



Université Panthéon-Assas

**BANQUE DES MEMOIRES**

**Master de droit pénal et sciences pénales**

**Dirigé par Yves Mayaud**

**2010**

***La criminalité des malades mentaux***

**Christine Fidelle**

**Sous la direction de Jean-Claude Bossard**



Université Panthéon-Assas  
Paris II

DROIT – ÉCONOMIE – SCIENCES SOCIALES  
12 place du Panthéon  
75231 PARIS

**FIDELLE Christine**

# **LA CRIMINALITÉ DES MALADES MENTAUX**

**Sous la direction du Docteur Jean-Claude BOSSARD**

Psychiatre et pédopsychiatre  
Chargé de cours à l'Université Paris II  
Expert près la Cour d'Appel de Paris, expert agréé par la Cour de cassation

**Master II Droit pénal et Sciences pénales**  
Année 2009 / 2010

## REMERCIEMENTS

**À notre directeur de mémoire**

**Monsieur le Docteur Jean-Claude BOSSARD**

*Psychiatre et pédopsychiatre  
Chargé de cours à l'Université Paris II  
Expert près la Cour d'Appel de Paris*

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans votre soutien, votre précieux enseignement et vos conseils avisés.

Soyez très sincèrement remercié pour votre grande disponibilité et pour l'intérêt apporté au contenu de notre mémoire et à nos conditions de travail.

Nous espérons que ce mémoire sera un remerciement suffisant au soutien et à la confiance sans cesse renouvelée dont vous avez fait preuve à notre égard.

**À Monsieur le Professeur Jean-Pierre OLIÉ**

*Professeur des Universités - Praticien hospitalier  
Professeur à la Faculté de médecine (Paris-V)  
Chef de service de psychiatrie à l'hôpital Sainte-Anne – (Paris-XIV)*

Recevez nos remerciements pour nous avoir donné accès à votre bibliothèque personnelle et nous avoir guidé dans notre recherche bibliographique.

**À ma famille**

Recevez par ce modeste travail un des témoignages de toutes les valeurs que vous avez voulues me transmettre.

Merci pour votre soutien sans faille et vos encouragements.

**À mon ami Vincent**

Merci pour ta présence, ta compréhension et la patience avec laquelle tu as relu minutieusement ce travail.



Tarquin et Lucrece - vers 1570  
Attribué au Titien (1488/89-1576)  
Huile sur toile - 193x143 cm  
Musée des Beaux-arts, Bordeaux

# **SOMMAIRE**

## **INTRODUCTION**

## **PARTIE I : LA MALADIE MENTALE CHEZ LE CRIMINEL**

### **CHAPITRE I : APPROCHE DE LA MALADIE MENTALE**

SECTION I : UNE ANALYSE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

SECTION II : LES LIENS ENTRE TROUBLE MENTAL ET FAIT CRIMINEL

### **CHAPITRE II – APPROCHE DE LA FOLIE CRIMINELLE**

SECTION I : DÉTERMINATION DE L'INDIVIDU CRIMINEL

SECTION II : EXPRESSION DE LA FOLIE CRIMINELLE

## **PARTIE II : LE CRIME CHEZ LE MALADE MENTAL**

### **CHAPITRE I : LA DANGÉROSITÉ POTENTIELLE DES MALADES MENTAUX**

SECTION I : DE LA DANGÉROSITÉ AU PASSAGE À L'ACTE

SECTION II : DU PASSAGE À L'ACTE À SA RÉPÉTITION

### **CHAPITRE II – L'ABSENCE D'AUTOMATICITÉ DU PASSAGE À L'ACTE**

SECTION I : PRISE EN COMPTE DE LA SPÉCIFICITÉ DE L'INDIVIDU DANS LE PASSAGE À L'ACTE

SECTION II : RECONSTRUIRE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE AUTOUR DE L'INDIVIDU

## **CONCLUSION**

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

*« L'homme est une réalité rationnelle  
alors que la société n'est qu'une relativité »  
(Marc Ancel)*

## INTRODUCTION

Le dimanche 27 avril 2010 à Clichy-la-Garenne, un déséquilibré poignarde à mort à plusieurs reprises un père de famille jouant au football avec son enfant, devant les yeux de ce dernier. Le meurtrier explique « qu'il aurait entendu des voix ». Le 2 avril 2010, un individu, âgé de 28 ans, donne un grand coup de pied dans le dos d'un quinquagénaire attendant le RER. La tête de la victime percute violemment le train qui arrive au même instant. Il décède durant son transport à l'hôpital. La mère du meurtrier avait déjà alerté les autorités sur le caractère déséquilibré de son fils : « Je sentais que mon fils pouvait commettre l'irréparable à tout moment » déclare-t-elle à la presse. Le 26 mars 2010, un prévenu dépressif mis en cause dans une affaire de complicité de viol et hospitalisé d'office au Centre hospitalier spécialisé Henri Guérin de Pierrefeu s'évade, laissant planer la crainte de la récurrence. Le 11 décembre 2009, une personne sans antécédent psychiatrique reconnu, assassine en pleine rue un octogénaire de plusieurs coups de couteau dans le bas ventre, après avoir donné un coup de pelle derrière la tête à une précédente victime croisée un peu plus tôt. Poursuivant son chemin, elle poignarde au hasard quatre autres personnes qu'elle croise, dont le mari d'une femme enceinte qui choquée, est prise d'un malaise. Le meurtrier est finalement maîtrisé malgré la force impressionnante qu'il déploie, faisant dire à des témoins qu'il a l'air d'un « fou déchaîné ». Le 13 novembre 2008, un schizophrène s'échappe de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève puis poignarde mortellement sans raison un étudiant.

Les faits divers relatant les crimes de malades mentaux affluent. Il serait possible de citer bien d'autres affaires récentes. Ces quelques exemples témoignent de la violence du passage à l'acte du malade mental, mais surtout du caractère irraisonné et imprévisible du moment meurtrier. Aucune logique ne ressort a priori de ces drames. Les crimes sont souvent sordides et interpellent l'émotion populaire comme le fait de tuer un père de famille devant les yeux de son enfant ou de s'attaquer au mari d'une femme enceinte. Ces quelques éléments propagés par les médias contribuent à construire une certaine image du malade mental dans la population. La peur est entretenue non seulement quant aux effets de la maladie mentale sur l'être humain, mais également par rapport aux institutions médicales censées les prendre en

charge. Toute évasion d'un malade mental d'un hôpital psychiatrique est immédiatement relatée dans les médias.

Mais qu'en est-il réellement de la criminalité des malades mentaux à proprement parler ? La criminalité des malades mentaux pose un dilemme dans le sens où il s'agit de définir la criminalité d'une part, la maladie mentale d'autre part, et de comprendre comment ces deux phénomènes peuvent s'intriquer.

#### Définition des concepts :

Le terme crime<sup>1</sup> vient du latin *crimen*, *criminus*, eux-mêmes issus de *cernere*, cerner et de *cribum*, crible. Ce terme a d'abord signifié « ce qui est à trier, à décider ». Ce sens a glissé vers le concept de « décision judiciaire », puis « d'accusation », pour finir par signifier « acte délictueux ». Le mot « crimme » apparaît dans la langue française en 1165 au sens large de « manquement grave à la morale, à la loi ». Puis vers 1283, son sens se restreint à « meurtre, assassinat, ou encore faute inexcusable ». En droit positif, le crime est la catégorie des infractions la plus grave. Le crime est jugé par la cour d'assises et la procédure mise en œuvre est nécessairement plus contraignante et formaliste qu'en matière correctionnelle ou contraventionnelle. Le crime se distingue du meurtre en ce sens que ce dernier n'est qu'une des infractions criminelles possibles. Si tout meurtre est un crime, tout crime n'est pas forcément meurtrier, tel est le cas du viol par exemple. La criminalité est l'ensemble des actes criminels commis pendant une période donnée. C'est pourquoi ne seront fait état ici que des infractions criminelles commises par des malades mentaux, bien qu'ils puissent réaliser d'autres délits pour lesquels la maladie mentale aura eu une influence certaine : kleptomanie engendrant des vols, escroqueries, ...

La maladie mentale peut être définie comme une affection qui atteint l'ordre de la pensée et qui peut rendre difficile l'intégration de la personne dans la société. Le concept de maladie mentale génère des controverses, mais personne ne conteste le fait que le malade mental est avant tout une personne qui souffre. Il est à noter que la plupart des documents internationaux ont abandonné le terme de « maladie mentale » au profit de « troubles

---

<sup>1</sup> BÉZÉNECH M., « Crime », dans PELICIER Y. (sous la direction de), *Les objets de la psychiatrie. Dictionnaire de concepts*, Paris, L'Esprit du temps, 1997, p.147-151.

mentaux » (CIM-10, DSM-IV TR). Le terme de « trouble » n'est pas exact mais plusieurs associations de consommateurs ont dénoncé celui de « maladie » comme impliquant une domination de la médecine sur ce secteur. L'OMS, en 1992, précise néanmoins que le terme de trouble mental doit s'entendre comme « un ensemble de symptômes ou de comportements cliniquement reconnaissables associés dans la plupart des cas à la détresse et à la perturbation des fonctions personnelles. La déviance ou le conflit social seul, sans dysfonctionnement personnel, ne doit pas être inclus dans les troubles mentaux tels que définis ici »<sup>2</sup>. Le malade mental criminel quant à lui est perçu comme doublement « déviant »<sup>3</sup>. Il est d'une part déviant par rapport à la loi sociale : certains parlent de déviance criminelle sociologique. Il est déviant aussi par rapport à la norme mentale ou déviance clinique. Toute la question est de savoir s'il doit être avant tout perçu comme malade mental ou comme criminel.

#### Evolution des notions :

Auguste Comte a déterminé trois ères dans l'évolution de la science criminologique. La première est dite « ère théologique ». Il n'existe pas de distinction entre criminel et malade mental. Pour la population, l'esprit du mal habitait ces criminels considérés comme nécessairement « fous » et qui par conséquent devaient être exorcisés ou subir des supplices religieux. Ce n'est pas contre la personne en elle-même qu'il fallait lutter mais contre la force démoniaque qui la possédait. La deuxième est « l'ère métaphysique ». Elle introduit la responsabilité du criminel. Peu à peu, l'homme devient responsable de ses actes, de manière consciente ou inconsciente, sans qu'il ne soit recherché une explication théologique à ce qui semble être pourtant contre-nature. La troisième est appelée « l'ère positive ». Elle correspond à la criminologie, terme créé par Topinard. Ce dernier définit la criminologie comme une science humaine ayant pour objet d'étude le criminel et le « processus criminogène » qui le conduit à passer à l'acte délinquant ou criminel et ainsi à enfreindre la loi. Avec cette ère, il faut analyser ce qui a conduit au passage à l'acte chez le malade mental criminel. Son crime a-t-il été engendré par sa maladie mentale ? De même, des recherches ont été effectuées pour savoir si le processus criminel lui-même n'était pas le résultat d'un processus sous-jacent pathologique. La question peut valablement se poser.

---

<sup>2</sup> OMS, *Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation*, 2005  
[www.who.int/mental.../ouvrageréférencesmdhleg\\_13\\_10.pdf](http://www.who.int/mental.../ouvrageréférencesmdhleg_13_10.pdf)

<sup>3</sup> TYRODE Y., ALBERNHE Th., *Psychiatrie légale, sociale, hospitalière, expertale*, Ellipses, Paris, 1995, 1150 pages.

Autrefois pour désigner le malade mental, on employait le terme de « fou ». Mais ce concept est très vague. Le fou désigne tout aussi bien celui qui est différent de soi, celui qui ne partage pas les mêmes normes que soi. Le fou a reçu des interprétations différentes selon les époques. Dans l'Antiquité, le fou est l'insensé. L'insensé est cet être qui refuse la sagesse, cet être de démesure. Il est celui qui ne maîtrise pas ses passions. Dès le XVIIIème siècle le fou devient l'aliéné. L'aliéné désigne l'individu qui est hors de lui mais aussi hors du groupe. Le malade mental n'est plus l'être de la démesure mais il devient simplement l'être différent, le marginal. Ce n'est qu'au XXème siècle que le « fou » devient le « malade ». C'est dès lors l'aspect d'une personne en souffrance qui est pris en compte. C'est à ce moment là que le domaine relatif au mental se médicalise. L'aliéniste devient psychiatre, il aura fallu quelques millénaires. Cette rapide évolution démontre qu'il est difficile de combattre les idées reçues à propos des maladies mentales. L'importance de la criminalité des malades mentaux est une de celles-ci et il faudra tout au long de ce travail analyser la pertinence de cette idée et tenter de lui redonner une juste assise.

#### Les questions soulevées autour de la criminalité des malades mentaux :

La criminalité des malades mentaux est un problème de société vaste et complexe. La question de la criminalité des malades mentaux est double. Il s'agit d'envisager d'une part l'ensemble des processus psychopathologiques qui peuvent amener un malade mental à commettre un acte violent de nature criminelle. La dangerosité d'un malade mental est fonction du trouble pathologique dont il souffre. La maladie mentale n'étant pas unique, il faut s'intéresser aux types de malades mentaux considérés comme dangereux et ainsi potentiellement criminels du fait de leur trouble. Le passage à l'acte ne se traduit pas et ne se comprend pas de la même manière chez un criminel exempt de maladie mentale et chez un malade mental ayant accompli un crime. La question de la criminalité des malades mentaux définit des enjeux particuliers quant à la dangerosité du malade mental. Il faut analyser les aspects prédictifs de cette dangerosité de même que les aspects préventifs du passage à l'acte et de ses éventuelles récidives.

D'autre part, le criminel est régulièrement considéré par l'opinion populaire commune comme « un malade », « un fou dangereux ». Cette opinion est entretenue par les médias qui adoptent un jugement partial sur les malades mentaux. La presse écrite relate régulièrement de tels crimes. Les presses locales, avides de faits divers sordides, font de la criminalité des

malades mentaux un de leurs sujets favoris. La presse nationale, plus modérée, ne s'intéresse qu'aux évènements principaux comme par exemple les meurtres des infirmières de Pau par Romain Dupuy, jeune schizophrène. Mais la télévision et le cinéma contribuent largement à propager cette opinion. Le rapport « Violence et Santé mentale » de mars 2005 issu de la commission présidée par Mme Anne Lovell rapporte les résultats d'une étude effectuée sur 34 films de la compagnie Disney<sup>4</sup>. Les termes de « fou » ou « dingue » contribuent à stigmatiser et dévaloriser certains personnages par rapport au reste de la société. Ce phénomène se retrouve dans 85 % de ces films d'animation.

Nos idées sur les malades mentaux sont profondément ancrées en nous et ce dès notre plus jeune âge. Nous devons alors nous poser la question : tout malade mental potentiellement dangereux est-il un criminel en puissance ? Le cœur de la problématique de la criminalité des malades mentaux peut être réduit à quelques questions essentielles. Peut-on considérer qu'un criminel est exempt de maladie mentale ? Ne peut-on pas dire qu'il y a pour le moins un trouble de la personnalité ? Ou du moins, quel est ce moment de folie qui le pousse à tuer, plus encore à préméditer son crime, et plus encore à récidiver, même plusieurs années plus tard pour certains ?

L'objet de ce mémoire est un défi à un double niveau. Il s'agit d'expliquer ce qui relève a priori de l'ordre de l'illogique, le passage à l'acte du criminel malade mental. Le second objectif, plus délicat car bien ancré dans nos mentalités, est de détruire les idées reçues concernant la criminalité des malades mentaux. Tous les criminels ne sont pas atteints de maladies mentales et tous les malades mentaux ne passent pas à l'acte.

Il convient de voir dans un premier temps la maladie mentale chez le criminel (partie I) : la criminalité peut-elle être réduite à un processus pathologique et dans la mesure où le processus pathologique coïncide avec le processus criminel, comment se manifeste le passage à l'acte des malades mentaux ? Il faut envisager dans un deuxième temps le crime chez le malade mental (partie II). Il est nécessaire d'atténuer les idées défendues précédemment et se demander si tous les malades mentaux sont des criminels en puissance ou s'ils ne sont que les instruments d'une politique de la peur.

---

<sup>4</sup> Commission "Violence et santé mentale", travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Anne Lovell, mars 2005, p.45.  
[http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/violence\\_sante/sante\\_mentale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/violence_sante/sante_mentale.pdf)

# **PARTIE I : LA MALADIE MENTALE CHEZ LE CRIMINEL**

Il est nécessaire d'étudier au préalable ce qu'est la maladie mentale (chapitre I) avant d'envisager comment celle-ci peut entraîner un passage à l'acte criminel (chapitre II).

## **CHAPITRE I : APPROCHE DE LA MALADIE MENTALE**

La maladie mentale se définit selon certaines caractéristiques posées par les grandes classifications internationales (section I). Cependant, il est valablement possible de se demander si d'une certaine façon, tout criminel n'est pas malade mental (section II).

### **→ SECTION I : ANALYSE CLINIQUE DES TROUBLES MENTAUX CRIMINOGENES**

Tout crime, pour aussi horrible soit-il, n'est pas forcément pathologique. Le véritable homicide pathologique est rare. Selon Richard-Devantoy et al<sup>5</sup>, 80 à 85% des homicides ne sont pas commis par des malades mentaux. En revanche, il survient le plus souvent dans un contexte psycho-affectif morbide, avec des motivations affectives, ce qui ne se retrouve pas forcément dans le meurtre non pathologique.<sup>6</sup> Cousin propose de classer les criminels en trois groupes.<sup>7</sup> Les « criminels normaux », exempts a priori de tout trouble mental, n'ont ni trouble de la personnalité, ni maladie mentale avérée. Ils sont la majorité des criminels. Les malades psychiatriques et plus spécialement les schizophrènes constituent le deuxième groupe. Ils sont bien moins nombreux. En dernier lieu, le groupe des criminels avec un trouble grave de la personnalité soulève plusieurs questions. En l'occurrence, sont-ils des malades mentaux ou non ? Faut-il adapter la peine et le traitement pénal ou médico-psychologique ?

Ce sont ces deux derniers groupes qui seront approfondis ici. Seules les pathologies psychiatriques les plus impliquées dans les crimes de par leur dangerosité potentielle seront

---

<sup>5</sup> RICHARD-DEVANTOY S., GOHIER B., CHOCARD A.-S., DUFLOT J.-P., LHUILLIER J.-P., GARRÉ J.-B., « Caractérisation socio-démographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers », Annales Médico Psychologiques, 167, 2009, p. 568-575.

<sup>6</sup> BÉZÉNECH M., ADDAD M., GRASSET A., « Criminologie et psychiatrie », Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Paris, Psychiatrie, 37 906A<sup>10</sup>, 10-1981.

<sup>7</sup> COUSIN F.-R., « Facteurs criminogènes des maladies mentales », Forensic (5), 2001, p. 27-31.

étudiées ici. Les névroses sont relativement peu impliquées dans le passage à l'acte criminel, c'est pourquoi elles font l'objet d'un développement à part.

### Les névroses et la criminalité :

Le terme névrose provient du grec *neuron* « nerf » et du suffixe *ose* pour désigner des maladies chroniques dégénératives. Le concept de névrose a été utilisé pour la première fois par un médecin écossais, William Cullen. L'étymologie prouve qu'on a longtemps considéré les névroses comme des maladies du système nerveux contrairement aux psychoses, véritables « maladies de l'âme ». Les névroses étaient considérées comme « une faiblesse inhabituelle du système nerveux » sans pour autant que puissent être observées des lésions organiques. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, on range dans la catégorie des névroses toutes les maladies dont on n'arrive pas à trouver les causes. Les travaux de Charcot sur l'hystérie et ceux de Bèart sur la neurasthénie vont enrichir la notion de névrose d'observations cliniques. Janet trouve dans l'origine des névroses un déficit de « la tension psychologique »<sup>8</sup>. Ce n'est qu'au XX<sup>ème</sup> siècle que se met en place la définition, largement inspirée des travaux de Freud. Freud découpait les maladies mentales en trois grandes catégories : les névroses, les psychoses et les perversions. Pour Freud, les névroses sont tout à la fois une maladie de la personnalité avec présence de certains symptômes, et une organisation pathologique du caractère « le caractère névrotique » liée à l'histoire infantile du sujet. La notion de névrose a évolué au sein des grandes classifications des troubles mentaux. Le DSM III (acronyme anglais de Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 3<sup>ème</sup> révision, classification proposée par l'association américaine de la psychiatrie) remplace le terme de « névrose » par celui de « trouble névrotique ». Avec ce changement de dénomination, la maladie est plus décrite par rapport à ses symptômes que comme la résultante d'une cause déterminée et identifiable. La conception freudienne n'est que partiellement reprise. La CIM-10 (Classification Internationale des Maladies élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé) et la DSM IV TR, actuelles grandes classifications des maladies mentales, consacrent l'effacement du terme de névrose au profit d'une description symptomatique de la maladie.

Michel Basquin considère la névrose comme « une affection perturbant le confort existentiel du sujet, retentissant sur sa vie sociale, mais sans rompre le contact avec la réalité

---

<sup>8</sup> JANET P., *Les névroses*, Editions Ernest Flammarion, Paris, première édition 1909, 397 pages

d'un monde normalement perçu »<sup>9</sup>. Cette perception objective de la réalité est d'ailleurs ce qui fait la différence essentielle entre psychoses et névroses. Le psychotique n'a de la réalité que celle qu'il se crée. Il existe quatre principales formes de névroses : le trouble anxieux généralisé dit avant névrose d'angoisse, le trouble dissociatif anciennement dénommé névrose hystérique, la névrose phobique et la névrose obsessionnelle. Les névroses sont caractérisées par un conflit intrapsychique qui fait l'objet d'un refoulement. Ceci en fait des individus où l'angoisse prédomine. Dans le trouble anxieux généralisé, l'anxiété ne porte sur rien de précis. Elle est générale comme l'indique son nom et domine le sujet de manière permanente. Elle peut entraîner des troubles du sommeil, des spasmes, voire une véritable attaque de panique. la névrose hystérique (on parle aujourd'hui de trouble dissociatif. Le trouble dissociatif est une manifestation somatique de l'angoisse se répercutant sur le corps – paralysie, cécité – sans qu'on puisse établir de cause organique. La manifestation de la maladie est souvent impressionnante et les sujets sont des êtres particulièrement fragiles et vulnérables. Dans la névrose phobique, l'angoisse se répercute sur des objets ou sur des situations. Dans la névrose obsessionnelle en revanche elle porte sur le mental ou les idées, sans que le sujet ne puisse plus s'en débarrasser. Les névroses entraînent des troubles des conduites sociales, pouvant toutefois varier en intensité en allant de simples gênes à une véritable invalidation pour le sujet.

D'un point de vue criminologique, l'hystérie peut amener à commettre des homicides, la névrose obsessionnelle des comportements pyromaniaques, exhibitionnistes ou kleptomaniques, et la mythomanie névrotique peut conduire à la réalisation d'escroqueries.<sup>10</sup> Ces trois derniers comportements sont toutefois considérés comme des délits et non des crimes d'un point de vue juridique. Une personne névrosée peut aussi présenter une phobie d'impulsion criminelle. Le patient lutte contre une idée monstrueuse, dangereuse à laquelle il se refuse. L'idée grandit et devient obsédante. Sa peur de céder l'aide à la combattre mais progressivement cette idée se transforme en une irrésistible envie susceptible de canaliser toutes ses angoisses : le passage à l'acte est imminent. Ce peut être le cas des mères qui craignent de blesser ou de laisser tomber leurs bébés. C'est aussi l'hypothèse de celui qui va pousser un anonyme sur les rails du métro. Souvent, la crainte de faire du mal à cet anonyme

---

<sup>9</sup> BASQUIN M., « Névroses », dans PÉLICIER Y. (sous la direction de), *Les objets de la psychiatrie. Dictionnaire de concepts*, Paris, L'Esprit du temps, 1997, p.371.

<sup>10</sup> BOURGEOIS D. , « Les névroses », dans ALBERNHE Th. (sous la direction de), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, Paris, 1997, p. 297-299.

provient de la crainte que le névrosé a qu'on lui fasse la même chose. Le névrosé, parce qu'il est sans cesse au contact de la réalité, non seulement sera considéré par la justice comme responsable de ses actes, mais aussi il sera enclin à un très fort sentiment de culpabilité après le passage à l'acte. Ce dernier cherchera à tous prix à expier son crime.

Impulsions homicides ou phobies d'impulsion restent des comportements exceptionnels en matière criminelle. Tel n'est pas le cas des troubles mentaux qui vont dès à présent être abordés dans leurs aspects cliniques dans un premier temps.

## **I - Les affections psychiatriques**

Parmi les affections psychiatriques criminogènes, certaines sont considérées comme de véritables maladies mentales. Leur potentiel criminogène est avéré (A). Il en est d'autres pour lesquelles la qualification de maladie mentale est hésitante. Considérées comme de simples troubles mentaux, ces affections ont un potentiel criminogène élevé avec pour conséquence de présenter leurs sujets comme des individus dangereux (B).

### **A – Maladies mentales à potentiel criminogène avéré**

Elles sont principalement les psychoses (1) et les troubles de l'humeur (2).

#### **1/ Les psychoses**

La psychose est un état traduisant un bouleversement radical des rapports du sujet avec la réalité et avec lui-même. Les cliniciens repèrent des psychoses aiguës, d'évolution inférieure à six mois, et des psychoses chroniques, d'évolution supérieure à six mois, se manifestant le plus souvent durant la vie entière.

##### *a - Les psychoses chroniques*

###### *- La schizophrénie*

Il s'agit d'une maladie grave, complexe, aux formes cliniques variées, touchant l'adulte jeune et évoluant de façon chronique durant toute une vie. Elle aboutit à une

désorganisation profonde du sujet. L'évolution est entrecoupée de moments féconds, volontiers délirants, où la question de la dangerosité prend toute sa dimension. L'unité de l'être est rompue. Tout devient atypique, bizarre, incompréhensible pour autrui et pour le sujet lui-même. Les premiers symptômes apparaissent entre 15 et 45 ans avec un pic moyen autour de 20 ans chez les hommes et 30 ans chez les femmes. Le repérage précoce de la maladie est difficile, surtout lorsqu'elle survient au moment de l'adolescence laissant penser à tort à une crise passagère. Cependant, plus ce diagnostic sera porté tôt, plus la prise en charge sera efficace, et meilleur sera le pronostic.

Le terme de schizophrénie a été introduit par E. Bleuler en 1911, à partir du grec *skhizein*, couper et *phren*, cerveau. Il va se substituer à celui de démence précoce (*dementia praecox*) proposé par Kraepelin à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Kraepelin et Bleuler vont réunir en une seule maladie ce qui avant été décrit comme trois états morbides distincts<sup>11</sup>. Pour Kraepelin, ce regroupement est justifié par une évolution vers un affaiblissement intellectuel de la personne. Pour Bleuler, il n'existe pas toujours cet état d'affaiblissement intellectuel mais le schizophrène ne retrouve jamais son état antérieur. Bleuler justifie ce recouplement par le fait qu'il existe de manière récurrente chez ces patients une dissociation du psychisme en complexes indépendants qui altèrent l'unité de la personnalité. Bleuler va distinguer des symptômes dits fondamentaux c'est-à-dire propres à la dissociation, et des symptômes accessoires, expression de la psychose. Henri Ey quant à lui analyse la dissociation du psychisme comme étant double : il y a une dissociation de la conscience, et une dissociation de la conscience de soi. En 1952, les chercheurs Delay et Deniker ont mis en évidence l'influence de la chlorpromazine dans les psychoses schizophréniques, molécule sans incidence sur les autres psychoses délirantes chroniques. Ainsi a été dévoilée la spécificité de la schizophrénie. Mais une question demeure : la schizophrénie doit-elle être considérée comme une maladie unique ou comme un groupe de psychoses ? En France par exemple est distinguée la schizophrénie simple, de la schizophrénie paranoïde qui fonctionne comme la paranoïa sur un délire d'interprétation, de la schizothymie qui se manifeste comme un trouble de l'humeur, ou encore de la schizophrénie héboïdophrénique qui est un trouble du comportement de type psychopathique.

---

<sup>11</sup> GARRABE J., « Schizophrénie », dans Pélicier Y. (sous la direction de), *Les objets de la psychiatrie. Dictionnaire de concepts*, Paris, L'Esprit du temps, 1997, p.557-559.

L'étiologie de la schizophrénie est encore sujet à discussion. Il semble exister un certain consensus pour une composante génétique, même si seulement 10% des schizophrénies sont des formes familiales. Il existe vraisemblablement une interaction avec des facteurs environnementaux constituant le modèle polygénique et multifactoriel à seuil. Plusieurs gènes confèreraient une prédisposition à la maladie, elle-même influencée par l'environnement (infection virale in utéro, complications obstétricales à la naissance, traumatisme crânien dans l'enfance, stress ...). La conjonction des facteurs génétiques et environnementaux conduirait à l'apparition de la maladie lorsqu'un certain seuil de vulnérabilité est atteint.<sup>12</sup> L'usage de substances psychoactives illicites, en l'occurrence le cannabis, joue un rôle précipitant dans l'apparition de la maladie et ensuite aggravant du fait essentiellement d'une mauvaise observance thérapeutique. Il favorise les rechutes délirantes. Certains neurotransmetteurs seraient également impliqués, surtout le système dopaminergique sur lequel vont intervenir les antipsychotiques.

Les caractéristiques cliniques décrites dans le DSM IV-TR<sup>13</sup> sont d'une part un état aigu, soit inaugural, soit moment fécond d'une schizophrénie installée de façon chronique, et d'autre part un syndrome chronique. L'état aigu se caractérise par des signes positifs et par un trouble de l'humeur. Le syndrome chronique comporte les troubles de la pensée qui persistent et des signes négatifs.

- Les signes positifs ou productifs comportent des troubles de la pensée, un délire et des hallucinations.

Les troubles de la pensée marquent la dissociation, noyau de la schizophrénie. Au début, le discours est vague, difficile à saisir. L'évolution se fait vers des troubles du cours de la pensée avec présence de barrages et de *fadings*. Les barrages correspondent à un vide de la pensée, une sorte « d'arrêt sur image ». Le sujet a l'impression d'avoir un blanc qu'il vit dans la plus grande indifférence. L'observateur note une suspension brutale du discours. Lorsque le sujet reprend la parole, il poursuit sur le même thème ou sur un autre thème. Les *fadings* correspondent à une perte du rythme et de la tonalité mais sans véritable vide. Tout se passe

---

<sup>12</sup> THIBAUT F., *Génétique de la schizophrénie*, J. Libbey éditions, Paris, 2003, 146 pages.

<sup>13</sup> American Psychiatric Association – DSM-IV-TR *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. GUELFY *et al.*, Masson, Paris, 2003, 1120 pages.

comme si la voix s'évanouissait. Les contenus de la pensée sont également affectés avec perte de la logique et diffluence<sup>14</sup>

Le délire correspond à une conviction fermement établie sur des fondements inadéquats. Il se décrit selon des mécanismes (intuitifs, interprétatifs, imaginatifs, hallucinatoires), des thèmes (persécution, mégalomanie, mystique, ...), une conviction délirante avec adhésion au délire plus ou moins forte et un vécu émotionnel du délire particulier. Dans la schizophrénie, on retrouve volontiers des idées délirantes de persécution, des idées de référence (« on parle de lui »), des idées d'influence (conviction que ses actes ou ses pensées sont sous l'emprise d'un tiers, un automatisme mental (tout se passe comme si une partie du cerveau échappait au contrôle du sujet pour être commandée par un tiers, phénomène décrit par de Clérambault).

Les hallucinations expriment un trouble de la perception. Classiquement, on parle « d'une perception sans objet à percevoir ». Elles peuvent être élémentaires (un bruit, un éclair lumineux, ...) ou complexes (des voix, des images, des sensations tactiles,...)

- Les anomalies de l'humeur sont fréquentes, à type d'état dépressif associé à un émoussement affectif et à des affects illogiques signant la dissociation idéo-affective (comme par exemple un rire en évoquant un souvenir triste).

- Les signes négatifs dominent l'évolution du sujet en dehors des phases processuelles. Le contact avec le psychotique donne une impression d'étrangeté, de bizarrerie. Les comportements sont aussi saugrenus que surprenants, sur fond d'impénétrabilité ou d'hermétisme. Le sujet est détaché, indifférent au monde extérieur et ambivalent (contradictions dans tous les domaines : intellectuel, affectif [« aimer et haïr en même temps »], comportemental [« vouloir et ne pas vouloir en même temps »]). Il existe une alogie, c'est-à-dire une absence d'initiative et de volonté. Le sujet peut rester inactif des heures durant ou bien se livrer à une activité stéréotypée. Il est négligent, parfois incurique. Le repli social peut dominer le tableau avec une tendance à s'isoler de ses pairs.

L'évolution de la maladie joue un rôle capital. Elle dépend grandement du niveau de stimulation sociale : « si on ne fait rien, le schizophrène n'évolue pas favorablement ». Le contexte social pourrait influencer notamment le contenu des idées délirantes. Il y aurait

---

<sup>14</sup> HARDY-BAYLÉ M.-C., HARDY P., CORRUBLE E., PASSERIEUX C., *Enseignement de la psychiatrie*, 2<sup>ème</sup> édition, Doin, 2003, 295 pages.

moins d'idées délirantes mystiques qu'il y a un siècle. Le pronostic est d'autant plus mauvais que l'âge de début est précoce car il n'a pas permis au sujet d'acquérir et de consolider certains apprentissages (domaines intellectuel, matériel, affectif, ...). De même, le niveau d'intelligence doit être considéré : plus l'efficacité intellectuelle est faible, plus le pronostic est sombre. Le risque suicidaire demeure une grande préoccupation : 1 patient sur 10 décède dans les stades initiaux de la maladie. Il est d'autant plus à craindre qu'il existe des antécédents suicidaires. Il est prégnant lors des moments dépressifs et/ou de désespoir lorsque le sujet est moins dissocié et qu'il prend la mesure de son handicap, ou lors des moments délirants puisqu'il peut y avoir obéissance à certaines injonctions délirantes.

La plupart du temps, il existe un déni de la maladie, une réticence à la prise du traitement et une mauvaise observance de celui-ci. L'ensemble de ces signes contribuent à une mauvaise évolution et au développement d'une potentielle dangerosité.

#### - Les délires paranoïaques

Le terme paranoïa a été créé en 1772 par Vogel. Il est formé du grec *para* (à côté) et *noos* (esprit, raison). Au XIX<sup>ème</sup> siècle en Allemagne, le terme de paranoïa désigne tous les délires sans distinction. Pour Krafft-Ebing il s'agit d'une maladie dégénérative qui n'entraîne pas d'altération intellectuelle. Mendel limite son champ aux délires systématisés sans hallucination. Kraepelin assimile paranoïa à un délire chronique systématisé qui ne peut être contredit. Cette version est actuellement retenue par les psychiatres.

Les délires paranoïaques<sup>15</sup> entrent dans le cadre des psychoses chroniques non dissociatives, donc autres que la schizophrénie. L'âge de début est plus tardif, en moyenne entre 35 et 55 ans. L'incidence des psychoses paranoïaques augmente avec l'âge. Malgré une évolution chronique, il peut exister des périodes de rémission entrecoupées de périodes processuelles. Les femmes semblent globalement plus fréquemment atteintes que les hommes. Mais certaines formes cliniques, comme le délire de jalousie, touchent préférentiellement les hommes. Ce délire est favorisé par une alcoolodépendance. Les facteurs de risque sont encore mal déterminés. L'existence d'une personnalité prémorbide de type paranoïaque, schizoïde ou évitante est souvent retrouvée. D'autres facteurs pourraient jouer un rôle tels que les

---

<sup>15</sup> GORWOOD P., « Autres troubles psychotiques », dans GRANGER B. (sous la direction de), *La psychiatrie d'aujourd'hui*, Paris, Odile Jacob, 2003, p.133-146.

handicaps sensoriels, surtout la surdité, l'immigration ou l'appartenance à une classe socio-économique faible.

Le diagnostic de psychose chronique n'est guère aisé dans la mesure où le sujet garde une apparente normalité tant dans le contact que dans le comportement, à condition de ne pas aborder la thématique délirante. Il s'agit de délires systématisés. Plusieurs formes cliniques sont décrites, relativement cloisonnées entre elles. Les caractéristiques du délire doivent être repérées<sup>16</sup>. Il importe d'abord de définir le mécanisme, c'est-à-dire le processus de pensée ou les perceptions sur lesquelles le délire prend forme. Les deux mécanismes prépondérants sont les interprétations (explication erronée d'un fait réel) et les intuitions (le sujet admet comme réelle et vraie une idée fausse). Ils sont source d'une potentielle dangerosité tant envers le sujet lui-même que pour son entourage.

Le délire est sous-tendu par un ou plusieurs thèmes. En ce qui concerne la question de la dangerosité, on retrouve volontiers des thèmes de persécution. Le sujet acquiert la conviction bientôt inébranlable qu'un autre ou d'autres cherchent à nuire à sa personne physique, à son psychisme, à ses biens, à sa réputation, ... Le danger devient maximal lorsque le délirant ne voit pas d'autre solution pour « survivre » que d'éliminer le persécuteur désigné. Dans le thème d'influence, le sujet a l'impression « d'être commandé par une force extérieure ». Le thème de jalousie se retrouve souvent en cas de dépendance à l'alcool. Le sujet a la conviction d'être trompé par la personne aimée. Une telle situation peut conduire dans quelques cas au meurtre de la personne aimée et/ou du prétendu rival.

Les délires paranoïaques sont systématisés, contrairement au délire rencontré dans la schizophrénie paranoïde, dans la mesure où ils présentent un développement cohérent et ordonné. L'adhésion du sujet à son délire, sa conviction, peuvent le rendre dangereux. Plus il investit affectivement l'activité délirante, plus il est susceptible de passer à l'acte (réactivité délirante). La qualité de la communication avec le thérapeute peut permettre d'établir une alliance thérapeutique indispensable à une prise en charge correcte, diminuant ainsi la potentielle dangerosité.

---

<sup>16</sup> HARDY-BAYLÉ M.-C., HARDY P., CORRUBLE E., PASSERIEUX C., *Enseignement de la psychiatrie*, 2<sup>ème</sup> édition, Doin, 2003, 295 pages.

La psychiatrie française<sup>17</sup> classe les délires chroniques systématisés en plusieurs catégories.

- Le délire d'interprétation ou paranoïa est un délire interprétatif, évoluant en réseau. Il débute autour de 40 ans insidieusement, le plus souvent chez une personnalité de type paranoïaque associant une hypertrophie du moi, une fausseté de jugement, de la méfiance, une psychorigidité et de l'orgueil. Il s'enrichit au cours de son évolution de faits et d'observations qui viennent renforcer la croyance du sujet. L'univers psychique est de plus en plus envahi par la thématique persécutrice. Il existe des épisodes féconds. Lorsqu'un persécuteur est nettement désigné et qu'il fait partie intégrante du délire interprétatif de persécution, l'hospitalisation sans consentement du sujet devient potentiellement urgente tant le risque de passage à l'acte hétéro-agressif contre ce persécuteur est probable. Les traitements aident à « enkyster le délire » plus qu'ils ne le font disparaître.

- Le délire de relation des sensitifs de Kretschmer ou délire de relation, encore nommé paranoïa sensitive, représente une forme à part du délire d'interprétation. Le vécu persécutif est centré sur l'expérience du sujet. Il est moins sthénique que le précédent. Le sujet est plutôt psychasthène, envahi par le doute. Les thèmes de dévalorisation et de culpabilité sont prégnants. Il présente une hypersensibilité aux réactions d'autrui, ou hyperesthésie sensitive. Ce délire concerne les relations sociales, la famille, les collègues de travail ou les amis. L'interprétation se nourrit du fait « qu'on parle de lui, qu'on dit du mal de lui, qu'on le critique ou même qu'on le méprise ». La conviction délirante est subie. Les passages à l'acte hétéro-agressifs sont moins fréquents. Mais le risque suicidaire est non négligeable.

- Les délires passionnels évoluent en secteur de façon circonscrite. Il peut s'agir d'un délire de revendication (conviction d'un préjudice subi) concernant divers domaines (la santé : hypocondrie délirante ; la justice : quérulent processif ; les sciences : inventeur méconnu ; la politique : idéaliste passionné), ou d'un délire de jalousie, ou d'une érotomanie (illusion délirante d'être aimé, décrite en 1921 par Gaëtan Gatian de Clérambault). Ils débutent volontiers brusquement par une interprétation ou une intuition délirante. Ils s'enrichissent ensuite d'autres interprétations délirantes. La forte charge affective associée est parfois à l'origine de passages à l'acte hétéro-agressifs. Ils se construisent en secteur car ils ne

---

<sup>17</sup> GORWOOD P., « Autres troubles psychotiques », dans GRANGER B. (sous la direction de), *La psychiatrie d'aujourd'hui*, Paris, Odile Jacob, 2003, p.133-146.

s'étendent pas à l'ensemble de la vie psychique. Ils restent centrés sur l'objet et la thématique quasi-exclusive du délire.

*b – Un cas de psychose aiguë : la psychose du post-partum ou psychose puerpérale*

La psychose puerpérale est une entité à part du fait de spécificités étiologiques et séméiologiques. Elle peut survenir entre le premier jour et jusqu'à deux semaines après l'accouchement. Si le *baby-blues* touche 50 à 80% des jeunes accouchées et la dépression du post-partum 10 à 15% des femmes, la psychose puerpérale aiguë est rare (0,1%) et concernent de jeunes femmes (20 à 35 ans). Il s'agit d'une bouffée confuso-thymo-délinante aiguë. L'état de conscience est fluctuant. La femme peut présenter un état oniroïde. Elle associe des symptômes affectifs tels que tristesse, idées suicidaires, agitation anxieuse ou parfois agitation maniaque à un délire centré sur le nouveau-né, comme une négation de grossesse ou de l'enfant, enrichi d'une culpabilité délirante et d'idées de persécution. Ce tableau peut aboutir au meurtre de l'enfant. Il est urgent de prendre en charge en milieu psychiatrique la mère et de la séparer de l'enfant afin de préserver la vie de ce dernier jusqu'à un retour à la normale. Actuellement, ces patientes sont accueillies dans des unités mère-enfant permettant d'impliquer la mère dans les soins de son nouveau-né sous la surveillance stricte des soignants.

**2/ Les troubles bipolaires de l'humeur**

Les troubles bipolaires ont été nommés successivement psychose maniaco-dépressive, maladie maniaco-dépressive avant de devenir troubles bipolaires par la CIM-10 et la DSM-IV-TR. L'abandon du terme de psychose en fait une catégorie à part entière à côté des névroses et des psychoses, les troubles bipolaires n'étant plus assimilés à ces dernières. Puis c'est le terme de maladie qui a été abandonné au profit de celui de trouble, insistant dès lors sur le caractère symptomatique de la maladie et non plus sur son étiologie.

Théophile Bonet fut le premier à mettre en lien manie et mélancolie Théophile en 1686. Baillarger en 1854 décrit cette maladie comme une folie à double forme tandis que Falret emploie le terme de folie circulaire. Kraepelin classe en 1915 les manies et les dépressions en fonction de leurs symptômes. Il distingue 18 types évolutifs de folie maniaco-dépressive, dont les formes unipolaires et bipolaires, mais il ne les oppose pas pour autant.

Ultérieurement, Kleist et Leonard subdivisent les formes unipolaires (dépressives) et formes bipolaires. Cette conception dichotomique du trouble est rejointe par Perris, Angst et Winokur.

Les troubles bipolaires<sup>18</sup> représentent un trouble de l'humeur spécifique comportant des accès maniaques ou hypomaniaques (pôle élevé) et des accès dépressifs (pôle bas). L'existence d'au moins un épisode maniaque ou hypomaniaque (y compris le virage maniaque sous antidépresseur) est indispensable pour porter le diagnostic de bipolarité. Ces accès sont récurrents. Cette maladie, qui affecte la vie entière, débute entre 15 et 25 ans. Chez les sujets jeunes il faut se poser la question d'un éventuel mode d'entrée dans la schizophrénie. Les troubles bipolaires sont sous diagnostiqués. Or leur pronostic est grave à cause de la souffrance importante pour le sujet due à la récurrence des épisodes et du risque suicidaire important (le trouble bipolaire est la première cause de suicide dans la population générale ; 25 à 50 % des patients bipolaires feront une tentative de suicide dans leur vie), du retentissement relationnel, familial et professionnel et de la fréquente association à des conduites addictives (50 à 60 % : alcool surtout, cannabis, ...). Chaque accès est une urgence, la mélancolie à cause du risque majeur de suicide, la manie à cause d'un risque social devant des troubles graves du comportement mettant en danger tant le sujet lui-même que l'entourage. Le traitement comporte un régulateur de l'humeur prescrit sur plusieurs années.

#### *a - La manie*

Le terme a été employé pour la première fois par Arétée de Cappadoce au deuxième siècle avant notre ère. L'accès maniaque a le plus souvent un début progressif sur quelques jours, marqué par une irritabilité et une modification progressive de l'humeur. Ce début est parfois brutal. Le sommeil est le symptôme phare : le sujet ne dort presque plus. Il est autant en forme le jour que la nuit. Il épuise son entourage. Il se sent « trop bien » et ne demande aucune aide.

À la phase d'état, le sujet présente une accélération dans tous les domaines : thymique, cognitif et comportemental. L'humeur est expansive, faite d'euphorie et d'exaltation. Le sujet est hypersentive à l'ambiance. Il veut faire participer les autres à sa joie. Mais il se montre volontiers ironique et caustique, parfois soudainement agressif. La pensée est diffluent avec

---

<sup>18</sup> HARDY-BAYLÉ M.-C., HARDY P., CORRUBLE E., PASSERIEUX C., *Enseignement de la psychiatrie*, 2<sup>ème</sup> édition, Doin, 2003, 295 pages.

une fuite des idées et une tachypsychie (accélération de la pensée). Le sujet parle constamment, véritable logorrhée. Les associations d'idées se font par assonances, jeux de mots, donnant des « coq-à-l'âne ». Les idées ont une dimension mégalomaniacale : il élabore des projets grandioses, dans un sentiment de toute-puissance avec une fréquence des thèmes érotiques. Mais la pensée reste superficielle et la perte de contact avec la réalité la rend inefficace. Le comportement est dominé par une agitation psychomotrice. Le sujet est en perpétuel mouvement, entraîné dans un excès d'activités (achats inconsidérés, prodigalité, investissements financiers irréalistes, excès épistolaire ...) Il existe une désinhibition sexuelle avec des rapports sexuels anarchiques et surtout non protégés l'exposant au risque des maladies sexuellement transmissibles.

Le maniaque épuise mais va également peu à peu s'épuiser et même se mettre gravement en danger. Les incidences néfastes sont variées mais volontiers lourdes de conséquences pour le sujet et pour l'entourage : dépenses excessives avec chèques sans provision, risque de ruine, excès de vitesse avec accidents de la voie publique, prise de décisions inconsidérées (décision de divorce, vente rapide d'un bien immobilier, achat d'une automobile luxueuse, d'un grand appartement, ...). Le maniaque peut devenir potentiellement dangereux car il ne tolère aucune frustration. Le passage à l'acte est favorisé par la prise d'alcool.

#### *b - La mélancolie*

La mélancolie peut se décliner en miroir de la manie. Dans le trouble bipolaire, ces deux états extrêmes s'alternent, à une fréquence et avec une répartition variable selon le sujet et selon l'évolution de la maladie. Le début est le plus souvent progressif, parfois brutal. Un suicide inattendu peut augurer l'entrée dans la mélancolie. C'est une urgence de tous les instants. L'humeur est fortement dépressive avec inhibition psychique (ralentissement de la pensée surtout) et motrice (extrême lenteur, visage figé, « de cire », avec le « classique oméga mélancolique »), laissant le sujet sans volonté, dans l'incapacité de se mettre naturellement en mouvement. La douleur morale est majeure. Le sujet est insensible à toute forme de réassurance. Il développe un sentiment d'impuissance et d'autodépréciation ainsi que des idées d'incurabilité et d'indignité. Le mélancolique se réfugie volontiers dans son lit, pour fuir (clinophilie). L'inappétence pour les aliments est parfois massive avec un amaigrissement notable.

La mélancolie est caractérisée par une thématique délirante dominée par le thème de l'auto-accusation. L'angoisse massive est accentuée tôt le matin, au lever du jour, le plus souvent après une nuit d'insomnie, laissant sujet dans l'incapacité de démarrer une nouvelle journée. Elle facilite le passage à l'acte. Le mélancolique est persuadé d'avoir commis une faute. Il mérite un châtement. « Le mélancolique ne se vit pas malade, il se sait coupable ». Le suicide collectif, dit encore suicide « altruiste », pousse le malade à sacrifier les siens, le conjoint ou ses enfants, afin de les délivrer à leur tour de ce châtement. Il est surtout le fait de personnalités complexes. Il n'est d'ailleurs pas certain de nos jours qu'il soit vraiment typique de la mélancolie mais relèverait plus généralement d'un syndrome dépressif majeur.<sup>19</sup>

Il est des cas où un trouble mental potentiellement dangereux n'est pas considéré comme une maladie mentale.

## **B – Troubles graves de la personnalité à potentiel dangereux**

Après avoir donné quelques précisions générales sur la personnalité (1), il faudra voir plus en détail les deux personnalités potentiellement dangereuses : la personnalité psychopathe et la personnalité état-limite (2).

### **1/ Notions générales sur la personnalité<sup>20</sup>**

Le terme personnalité est issu du mot personne qui lui-même vient du latin *persona* qui désignait les masques portés par les acteurs de théâtre. Les masques, en nombre limité, correspondaient à des caractères fixes à partir desquels les spectateurs pouvaient s'attendre à des comportements ou à des attitudes déterminées. En effet, la vie sociale a besoin de prévisibilité du comportement d'autrui.

La personnalité se définit, chez un sujet donné, comme le résultat de l'intégration dynamique de composantes cognitives (perception et vision de soi-même, d'autrui et des

---

<sup>19</sup> DENIKER P., OLIÉ J.-P. « Dérèglements de l'humeur. États dépressifs et maniaques », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈ Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.105-129.

<sup>20</sup> HARDY-BAYLÉ M.-C., HARDY P., CORRUBLE E., PASSERIEUX C., *Enseignement de la psychiatrie*, 2<sup>ème</sup> édition, Doin, 2003, 295 pages.

événements, pensées, fonctions intellectuelles supérieures), émotionnelles (affects, adéquation de la réponse émotionnelle en fonction de la situation), et comportementales (contrôle des impulsions). L'agencement de ces différents facteurs constitue *les traits de personnalité*, c'est-à-dire les modalités relationnelles de la personne. Un même individu peut posséder des traits de personnalités différentes, pouvant même se modifier en fonction des moments de crise ou des situations particulières de la vie. Ces tendances donnent à la personnalité sa dynamique. La personnalité est stable, contribuant à la permanence de l'être qui aura tendance à répondre de la même manière face à une même situation (notion de prédictivité). Elle est également unique, rendant le sujet reconnaissable, distinct des autres. Elle rend compte de l'originalité de chacun.

La personnalité devient pathologique lorsqu'elle se rigidifie. Les réponses deviennent inadaptées à une situation donnée. Le sujet est en souffrance. Le fonctionnement social ou professionnel en est altéré. Un trouble de la personnalité est une modalité durable de penser, de ressentir et de se comporter, qui est relativement stable dans le temps. Le diagnostic de personnalité pathologique doit tenir compte de l'origine ethnique, culturelle et sociale du sujet. Il ne peut être réalisé lorsque le sujet souffre d'un trouble psychiatrique.

## **2 – Cas de personnalités où la question de la dangerosité peut être posée**

### *a - Personnalité psychopathique ou asociale<sup>21</sup>*

La personnalité psychopathique, encore dite dyssociale ou antisociale, se caractérise par un ensemble d'anomalies du caractère et des conduites marquées par une impulsivité, une imprévisibilité, une intolérance aux frustrations et une instabilité affective et socio-professionnelle. Le manuel américain diagnostique et statistiques des troubles mentaux, 4<sup>ème</sup> édition<sup>22</sup>, décrit la personnalité antisociale comme « un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte », ajoutant que « la tromperie et la manipulation sont au centre de la personnalité antisociale ».

---

<sup>21</sup> PETITJEAN F. « La personnalité antisociale (Dyssociale) », dans FÉLINE A., GUELFY J.-D., HARDY P. (sous la direction de), *Les troubles de la personnalité*, Paris, Flammarion, Médecin-Sciences, 2002, p.171-184.

<sup>22</sup> American Psychiatric Association – DSM-IV. *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. GUELFY *et al.*, Masson, Paris, 1994.

Sur le plan épidémiologique, toutes les études montrent une prédominance masculine. Il existe une surmortalité liée au suicide, aux conduites à risque, aux conduites addictives (alcool et drogues). Mais elle a tendance à diminuer à mesure que l'âge augmente. Le niveau d'études atteint par ce type de personnalité est en règle générale assez faible.

Cliniquement, le psychopathe se caractérise par une biographie très instable. Trois mots clés reviennent en permanence pour le décrire : instabilité, inadaptabilité, impulsivité. Enfant, le futur psychopathe présente des manifestations caractérielles à type de colères, d'opposition aux parents, d'agressivité envers les autres enfants. La scolarisation est colorée par ces troubles du comportement et reste chaotique, faite de ruptures et de renvois. Les troubles s'aggravent à l'adolescence avec apparition de conduites nettement délinquantes, de conduites addictives et d'une sexualité précoce avec prises de risques inconsidérés. À l'âge adulte, le psychopathe continue à progresser dans la plus grande instabilité professionnelle et affective. Sa très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité expliquent la fréquence des passages à l'acte impulsifs (agressions plus ou moins violentes d'autrui, tentatives de suicide, fugues, crises d'agitation, ...) Ce comportement est nettement aggravé lorsque le sujet est alcoolisé. Le psychopathe n'éprouve ni culpabilité, ni honte, ni remords. Il agit froidement dans une absence totale d'empathie envers autrui et même avec un réel mépris. Le sujet présente une incapacité à maintenir des relations durables. D'ailleurs, les relations qu'il tisse sont utilitaires, le psychopathe étant volontiers manipulateur, théâtral, aimant tromper l'autre par pur plaisir ou par profit. Il est incapable de se projeter dans l'avenir, vivant dans l'instantané. Il est perpétuellement dans le passage à l'acte qui vient en lieu et place de la parole. Ceci entraîne une certaine incapacité à s'amender sous l'effet des sanctions. Le psychopathe ne reconnaît pas la loi sociale qu'il méprise. Il gère sa vie en fonction de sa seule loi avec une tendance à rejeter toute responsabilité sur autrui ou sur la société, mettant en scène une attitude irresponsable.

Autour de la quarantaine classiquement, il présenterait un phénomène d'épuisement des manifestations antisociales du à l'âge certes, mais aussi à l'accumulation d'événements de vie adverses et/ou de sanctions judiciaires. Il conserve néanmoins les mêmes caractéristiques psychologiques, en l'occurrence la dysphorie. Si à 40 ans, un psychopathe n'est pas mort suicidé, par accident, ou assassiné, il peut parfois trouver un certain équilibre auprès d'une compagne plus âgée que lui.

Plusieurs études ont évoqué une probable participation génétique. Mais avant tout, l'environnement et les différentes interactions jouent un rôle primordial dans la genèse de ce trouble grave de la personnalité. Un travail de Widom, cité par Petitjean, portant sur 908 enfants suivis en moyenne sur 15 ans et évalués par une méthodologie rigoureuse, conclut que le fait d'être victime de sévices et/ou d'abandon dans l'enfance est un prédicteur de comportements antisociaux sévères à l'âge adulte.

#### *b - Personnalité état-limite ou borderline*

L'état limite ou borderline doit être considéré comme un trouble de la personnalité. Il est le diagnostic le plus employé mais aussi le plus polémique. Il ne doit pas devenir un diagnostic « fourre tout ».

L'état limite va se forger sur des bases narcissiques fragiles. Il semble qu'il débute vers la fin de l'adolescence. Mais il apparaîtrait que la plupart des enfants instables, hyperactifs, sont en fait des états limites. Selon des études françaises et américaines, l'état limite se retrouverait chez 10 à 15 % des adolescents. Ce trouble de la personnalité serait plus fréquent chez la femme : 18 % de filles/10 % de garçons. Le dysfonctionnement créé par ce type de personnalité dure environ vingt ans avec un acmé vers 30 ans où le risque suicidaire atteint son maximum (environ 5 %). L'évolution au-delà de 40 ans se fait soit vers une insertion professionnelle réussie, soit vers un comportement asocial.

Aucun symptôme n'est pathognomonique de l'état limite. C'est l'existence d'une symptomatologie multiple, véritable *patchwork* clinique, qui reste le premier argument clinique. Mais c'est au niveau de la perturbation relationnelle que se définit le mieux ce type de personnalité. Des antécédents personnels d'abus sexuels sont fréquemment retrouvés. Ils concernent plus de la moitié des adolescents états limites. Dans 70 % de ces cas, l'abus est associé à une maltraitance physique. Ces abus sont, dans un tiers des cas environ, le fait du père, avec plus ou moins négligence de soins de la part de la mère. Une énurésie dans l'enfance est souvent retrouvée.

Cette personnalité va toucher l'ensemble de l'être. Au niveau cognitif, on observe des troubles de l'attention et des difficultés de planification des tâches. Sur le plan des affects, l'état limite se caractérise par un vécu de vide ainsi qu'un sentiment d'abandon par autrui ou

de rejet. Il décrit une profonde mésestime de lui-même. Il a tendance à interpréter les jugements d'autrui à son égard comme négatifs. Il est volontiers et rapidement en colère, hostile à autrui, ce qu'il va manifester par des décharges clastiques, soudaines et violentes. Son comportement est dominé par l'impulsivité qui en fait toute sa potentielle dangerosité. Les troubles des conduites sont fréquents et variés, tels que des fugues, des tentatives de suicide à répétition ou des automutilations. Ils correspondent à des exutoires à la tension psychique constante vécue par l'état limite. Il multiplie les conduites à risque, d'autant plus délétères pour lui et pour autrui qu'il s'alcoolise volontiers ou qu'il consomme des substances psychoactives illicites, en l'occurrence du cannabis. Sa relation à l'autre est basée sur une relation anaclitique. L'autre disparaît de sa vue et tout s'écroule. Cela aboutit à une incapacité à tolérer la moindre frustration, le moindre départ, la moindre perte. Ces relations interpersonnelles varient brusquement entre séparations et réconciliations, attitudes le plus souvent inexplicables.

Les états limites se compliquent fréquemment d'un état dépressif, davantage exprimé par une sensation de vide et de colère que par une tristesse. Lors de périodes de grande décompensation, l'état limite peut présenter un tableau d'allure psychotique avec une appréhension troublée de la réalité.

Sur le plan psychopathologique, le clivage domine le psychisme. L'état limite a une vision manichéenne de lui et du monde : tout est bon d'un côté, tout est mauvais de l'autre. Il va tantôt être le bon objet, tantôt le mauvais objet. Ces deux parties de lui-même coexistent, il en a conscience, mais l'une ne peut servir à l'autre d'expérience. Elles avancent sans jamais s'épauler. Il n'y a pas de synthèse harmonieuse. Mais contrairement au psychotique, l'état limite a une perception correcte de la réalité, pouvant faire la distinction réel/imaginaire.

### *c – Perversité et perversion*

Perversité est un terme issu du latin *perversitas* qui apparaît au XII<sup>ème</sup> siècle pour désigner le goût pour le mal et le plaisir qu'on en retire. Le terme perversion apparaît plus tard, au milieu du XV<sup>ème</sup> siècle, pour signifier le changement en mal. Perversion va rentrer progressivement dans le vocabulaire spécialisé de la psychopathologie. Le pervers devient celui par qui la perversité est utilisée, c'est-à-dire un être susceptible de faire du mal et d'en ressentir une jouissance. La perversion va ainsi prendre une connotation psychopathologique

sexuelle. Dans son ouvrage sur la *psychopathia sexualis*, Krafft-Ebing réalise à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle une description des différentes perversions sexuelles. En 1927, Delmas et Boll vont introduire la notion de constitution perverse. Il règne sur ce concept une charge sociale importante, encore de nos jours. Ainsi que l'expose J. Tignol, « étant entendu que la loi règle par ailleurs, et de toute façon, les conséquences éventuelles de leurs actes, nous devons aussi soigner les pervers, sauf à admettre qu'ils ne sont pas malades. Mais s'ils ne sont pas malades, nous n'avons pas à nous en occuper à titre médical ». <sup>23</sup> La perversion pose la question de savoir s'il s'agit d'une organisation psychique particulière ou de comportements sexuels aberrants où l'autre est réduit à l'état d'objet de plaisir à travers une mise en scène plus ou moins élaborée ? <sup>24</sup>

Ainsi que le définit la psychiatre et psychanalyste M.-F. Hirigoyen, dans son ouvrage traitant du harcèlement moral, le pervers exerce sur l'autre une relation d'emprise. Il vit dans le déni de l'altérité. Il ne ressent aucune culpabilité ni aucune empathie, incapable de discerner ce que l'autre peut ressentir en matière d'affects, d'émotions. Il prend un plaisir morbide à le voir souffrir, jouissant de sa douleur, le reléguant à la place d'un objet qu'on domine au gré de fantasmes. <sup>25</sup> Le pervers redoute l'émergence de ses pulsions agressives comme s'il se sentait à chaque fois en danger d'effondrement psychique. Il a besoin de tout contrôler, ce qui le rend difficile à repérer par les forces de l'ordre. Il agit dans le calme, avec froideur et de façon rationnelle, afin de transgresser la loi comme il l'entend. La recrudescence des agir pervers est importante lorsque le sujet traverse des périodes d'instabilité psychique au gré des événements de vie. Les pervers sont-ils vraiment des malades ? Pourtant, leurs actes sont le plus souvent monstrueux et anormaux. Et c'est en toute lucidité qu'ils vont commettre les pires atrocités. Lorsque, enfin, ils ont pu être conduits jusque devant un policier ou un soignant, ils se délectent volontiers de l'horreur qu'ils lisent dans le regard de l'autre écoutant le récit de leurs actes violents.

---

<sup>23</sup> TIGNOL J. « Perversion », dans PÉLICIER Y. (sous la direction de), *Les objets de la psychiatrie*, L'Esprit du Temps, 1997, p. 425-428.

<sup>24</sup> SENNINGER J.L., « Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale », EMC (Elsevier Masson SA, Paris), Psychiatrie, 37-510-A-10, 2007.

<sup>25</sup> HIRIGOYEN M.-F., *Le harcèlement moral*, Éditions La découverte et Syros, Paris, 1998, 252 pages.

## **II – Autres catégories de pathologies mentales criminogènes**

Les pathologies mentales peuvent aussi avoir une cause endogène organique (A) ou bien une cause exogène liée à l'utilisation de substances psychoactives (B).

### **A – Les affections neuropsychiatriques**

Les affections neuropsychiatriques criminogènes sont au nombre de trois : l'épilepsie (1), la démence (2) et le retard mental (3).

#### **1/ L'épilepsie**

L'épilepsie<sup>26 27 28</sup> ou comitialité est une affection chronique caractérisée par la répétition de paroxysmes ou crises dus à l'activation subite, simultanée et anormalement intense d'un grand nombre de neurones cérébraux. Il existe de nombreuses formes d'épilepsie. En France, environ 2% des admissions en psychiatrie sont le fait de troubles mentaux liés à l'épilepsie. Les motifs sont variés : troubles comportementaux, tentatives de suicide, confusion mentale, état délirant, syndrome dépressif. Les épisodes psychiatriques sont aigus et de durée brève. Ils concernent 5 à 8% des épileptiques. Dans la population carcérale, la prévalence de l'épilepsie est 2 à 4 fois supérieure à celle de la population générale. Néanmoins, les études ne montrent pas de différences significatives entre épileptiques et non épileptiques quant à la prévalence de la criminalité avec violences sur les personnes et les biens.

La violence chez l'épileptique est reliée à un certain nombre de facteurs. Certains d'entre eux sont spécifiques : sexe masculin, âge < 40 ans, QI inférieur à la moyenne, bas niveau socio-économique, mauvais traitements dans l'enfance. D'autres sont liés à la maladie : début précoce des crises, présence de lésions cérébrales, existence de multiples

---

<sup>26</sup> CHEVALIER J.-F., LEMPÉRIÈRE Th. « Troubles psychiques liés à l'épilepsie », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.202-209.

<sup>27</sup> HARDY-BAYLÉ M.-C., HARDY P., CORRUBLE E., PASSERIEUX C., *Enseignement de la psychiatrie*, 2<sup>ème</sup> édition, Doin, 2003, 295 pages.

<sup>28</sup> GARNIER M., DELAMARE V., *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, 20<sup>ème</sup> édition, Maloine, Paris, 1978.

types de crises partielles et généralisées. La violence en rapport direct avec le type de la crise elle-même n'intervient que pour une faible part dans la criminalité des épileptiques. Les troubles du comportement à caractère médico-légal sont le plus souvent décrits dans les états crépusculaires. Le sujet reste à peu près orienté dans le temps et l'espace et peut garder une activité relativement adaptée dans la vie quotidienne. Si l'état se prolonge, le sujet présente des fluctuations de l'état de conscience pouvant se présenter sous la forme de moments oniroïdes délirant (comme dans un rêve) et hallucinatoire (hallucinations visuelles surtout). Mais les troubles graves du comportement demeurent exceptionnels. Par ailleurs, l'épilepsie temporale est communément impliquée dans les comportements violents. Elle concerne plusieurs structures cérébrales contiguës et intimement reliées entre elles. Les crises générées sont partielles mais complexes, c'est-à-dire avec une altération de la conscience. Mais la question est de savoir si cette violence est une manifestation de la crise elle-même ou de la pathologie intercritique. Les données actuelles sont en faveur de l'extrême rareté de la violence en tant que phénomène critique.

L'épilepsie peut apporter à des degrés divers des remaniements de la personnalité parmi lesquels sont décrits une impulsivité, une explosivité et des troubles caractériels à l'origine de violence.

## 2/ Les démences

Les démences<sup>29</sup> sont caractérisées par un affaiblissement global et durable des fonctions supérieures, d'intensité suffisante pour entraîner des difficultés d'adaptation professionnelle ou sociale. Cet affaiblissement concerne le raisonnement, le jugement, les capacités attentionnelles et l'orientation. Le dément va présenter progressivement des troubles du langage variables selon la nature et la localisation du processus de dégénérescence, mais le plus souvent il s'agira d'un appauvrissement du langage. Le dément souffre également de troubles praxiques (incoordination des mouvements vers un but proposé) et de troubles gnosiques (altération de la faculté de reconnaître par un des sens la forme d'un objet, de se le représenter et d'en saisir la signification).

---

<sup>29</sup> HARDY-BAYLÉ M.-C., HARDY P., CORRUBLE E., PASSERIEUX C., *Enseignement de la psychiatrie*, 2<sup>ème</sup> édition, Doin, 2003, 295 pages.

Les troubles de la mémoire sont ceux qui inquiètent le plus souvent le sujet et son entourage. Ils peuvent concerner la mémoire à court terme mais aussi la mémoire à long terme dans les formes évoluées. Cet affaiblissement provoque des troubles caractériels et comportementaux à connotation parfois médico-légale. Ils sont nombreux et variés. Il peut s'agir d'une indifférence pour tout avec laisser-aller, incurie, et pour tous avec désintérêt, indifférence. Les autres remarquent un émoussement affectif, mais aussi une tendance accentuée aux colères associée à un égoïsme pathologique. Dans certains cas, le dément peut développer des idées délirantes hypocondriaques, de préjudice, ou de persécution, idées absurdes et incohérentes. Les troubles du comportement à caractère médico-légal concernent surtout les coups et blessures, mais aussi une tendance à l'exhibitionnisme par désinhibition par rapport aux normes sociales.

### **3/ Le retard mental**

Le retard mental<sup>30</sup>, ou arriération mentale, ou débilité mentale, se définit par un quotient intellectuel (QI) égal ou inférieur à 70 et par des particularités comportementales. Une comorbidité avec l'épilepsie est parfois retrouvée. Un tiers des arriérations sévères est d'origine inconnue. Un tiers correspond aux trisomiques 21, mais leur sociabilité pose assez peu de problèmes en général et permet un maintien fréquent en milieu familial. Le dernier tiers est le fait d'agressions pré-, péri-, ou post-natales, de maladies héréditaires du métabolisme et d'aberrations des chromosomes sexuels. L'anomalie du « X fragile » serait à l'origine probablement d'une prévalence légèrement supérieure de l'arriération chez les sujets de sexe masculin.

La fréquence des troubles psychiatriques est nettement plus importante chez les arriérés mentaux que dans le reste de la population. Parmi les diagnostics retenus, sont retrouvés des troubles affectifs et la schizophrénie, même si ce dernier diagnostic porte à controverse. Mais c'est surtout les troubles de la personnalité et de l'adaptation sociale qui posent question en matière de dangerosité potentielle. L'interaction entre le sujet et son entourage est ici primordiale. L'ensemble des études montre une fragilité de l'arriéré aux modifications environnementales et une fréquence de la pathologie réactionnelle telle qu'une

---

<sup>30</sup> RODIÈRE C., LEMPÉRIÈRE Th. « Troubles psychiatriques chez les arriérés mentaux à l'âge adulte », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.211-215.

brusque désorganisation de la personnalité ou des réactions dépressives ou caractérielles. La personnalité s'organise le plus souvent sur un mode passif-agressif ou passif-dépendant, bien plus rarement sur un mode psychopathique franc. Ces sujets sont facilement manipulables par des tiers. Une corrélation est retrouvée entre l'importance de l'agressivité et le degré de déficit intellectuel du débile mental. Le sujet ne peut pas se projeter dans le long terme et donc ne mesure pas la portée de ses actes.

La pathologie mentale peut également être provoquée ou même aggravée par l'utilisation de substances psychoactives.

## **B – Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives**

Ces substances peuvent être licites comme l'alcool (1) ou parfaitement illicites (2).

### **1/ Abus d'alcool et alcoolodépendance (ivresse aiguë, alcoolisme chronique)**<sup>31 32 33</sup>

L'alcool est une substance psychoactive, puisqu'ayant une action sur le cerveau, licite mais dont l'usage est contrôlé. L'alcoolisme correspond à l'expression comportementale d'un désordre psychosociobiologique dont le déterminisme est multifactoriel et complexe. L'étude de l'alcoolisme reste séparée de celle des autres substances psychoactives essentiellement parce qu'il est difficile de fixer des limites entre un usage socialement intégré, inscrit dans les traditions culturelles de nombreuses civilisations, et un usage pathologique ou mésusage, dont l'alcoolodépendance est un des aspects.

Le mésusage prolongé d'alcool est particulièrement délétère sur le plan de la santé tant physique que psychique, mais aussi socio-professionnel, et parfois juridique. Parmi les conséquences pathologiques, les troubles neuropsychiatriques sont fréquents et d'autant plus graves que la consommation est ancienne et/ou intense, quelles que soient par ailleurs les

---

<sup>31</sup> LAVOINE P.-L., « Approche nosographique de la dangerosité », Santé mentale 2008, 128, p. 31-33.

<sup>32</sup> ADES J. « Alcoolisme », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.211-215.

<sup>33</sup> LEGLEYE S., SPILKA S., Le NÉZET O., et al. « Les drogues à 17 ans : résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », Tendances 2009 juin, 66, 6 pages.

grandes variations individuelles face à l'alcool. Ces troubles concernent essentiellement des modifications de la vie émotionnelle, des troubles cognitifs et des attitudes sociales inadaptées, parfois marquées d'une réelle dangerosité. Les dommages sanitaires sont majeurs entraînant des décès prématurés chaque année de 45 000 personnes pour l'alcool (1 homme sur 7 ; 1 femme sur 33) et de 60 000 pour le tabac (équivalent du crash d'un Airbus de 165 personnes / jour).

Sur le plan clinique, les symptômes seront différents selon qu'il s'agit d'une ivresse aiguë ou d'une alcoolodépendance. « L'ivresse aiguë donne un aperçu des étages inférieurs du psychisme, elle permet aux couches profondes d'une personnalité psychopathique de se découvrir » écrivait Henri Ey en 1989.<sup>34</sup> Tous les types de violence peuvent être observés. Ces manifestations sont en relation avec l'action directe de l'alcool éthylique sur le système nerveux central. Néanmoins, de nos jours, l'alcoolisation aiguë est un facteur aggravant de la peine devant les juridictions pénales. Il existe une corrélation entre ces manifestations aiguës, la quantité absorbée, leur qualité et la tolérance du sujet, variable d'un individu à l'autre et selon l'état physique et mental de sujet à un moment donné. D'une manière globale, l'alcool lève des inhibitions sociales, favorisant comportements antisociaux et violences diverses. L'ivresse pathologique survient essentiellement lorsqu'il existe déjà un trouble de la personnalité (psychopathie, état limite...) ou un trouble organique cérébral (notamment l'épilepsie, l'alcool abaissant le seuil épiléptogène). Elle survient suite à une ingestion importante d'alcool et peut durer plusieurs heures. Elle évolue fréquemment vers le coma. Mais avant ce stade, le sujet présente très souvent une agitation psychomotrice importante, clastique, pouvant évoluer vers une fureur agressive difficile à contrôler et durant laquelle la dangerosité est maximale.

L'alcoolodépendance provoque entre autres des complications neuropsychiques. Parmi celles-ci, les accidents de sevrage peuvent avoir des conséquences graves. L'un des plus connus et aux conséquences médico-légales potentielles est le delirium tremens, tableau excito-confusionnel grave comprenant des manifestations délirantes et hallucinatoires, surtout des visions terrifiantes, et des troubles végétatifs (déshydratation majeure). Il survient dans les 24 à 48 heures d'un sevrage brusque, volontaire ou non (maladie intercurrente, intervention chirurgicale, affection fébrile, par exemple) et non médicalisé. Les signes sont d'abord une

---

<sup>34</sup> EY H., *Manuel de psychiatrie*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, Masson, 1989.

recrudescence des tremblements des extrémités, une anxiété nettement majorée au tomber de la nuit, une fièvre plus ou moins modérée avec des sueurs profuses et une obnubilation intellectuelle (obscurcissement de la conscience). Puis l'évolution laisse la place à une confusion mentale majeure caractérisée par une désorientation temporo-spatiale, une obnubilation et un délire onirique intense avec des mécanismes illusionnels et hallucinatoires à prédominance visuelle, acoustico-verbale et tactile. Les thèmes les plus classiques évoquent des préoccupations professionnelles ou bien sont dominés par des « zoopsies » terrifiantes (visions d'animaux, souvent de petite taille comme des serpents, des araignées ou des rats). La dangerosité potentielle tient au fait que le sujet n'adhère plus à la réalité, a une abolition totale de son discernement, ne contrôle plus ses actes, et qu'il cherche à se protéger de ses visions particulièrement angoissantes ou qu'il obéit à des injonctions délirantes.

Les délires chroniques des alcooliques sont une autre complication dont l'implication médico-légale peut prendre des accents dramatiques comme dans la jalousie pathologique. Selon une étude de Mowatt de 1966, cité par Ades, 1/5 des hommes meurtriers jaloux seraient des alcooliques. L'alcoolodépendance peut évoluer vers des démences d'étiologie variable. Elles s'accompagnent fréquemment d'idées délirantes.

Une autre violence due à l'alcool est malheureusement fréquente : les accidents mortels de la circulation estimés à 40% en France.

## 2/ Substances psycho-actives illicites<sup>35</sup>

La substance psychoactive illicite la plus consommée en France reste le cannabis. Mais c'est plutôt une polyconsommation qui est souvent mise en évidence, la plus fréquente étant alcool-tabac-cannabis à l'adolescence et chez les adultes jeunes. Après l'âge de 40 ans, la consommation de cannabis se raréfie.

Le cannabis est un hallucinogène. Cela l'éloigne de l'image trop souvent renvoyée par les consommateurs d'une « drogue douce ». Il ne peut y avoir de drogue douce du moment que les récepteurs du cerveau sont envahis par une substance active. Le cannabis entraîne une

---

<sup>35</sup> LÔO H., « Toxicomanies ou pharmacodépendances non alcooliques », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.309-317.

sensation de bien-être, de détente. Il est souvent consommé le soir après une journée de travail. La plupart des consommateurs affirment qu'il « vaut mieux fumer un joint que boire un verre de whisky, et que conduire après avoir fumé est beaucoup moins dangereux qu'après avoir bu de l'alcool ». Il s'agit d'idées fausses. Des études récentes montrent que le cannabis est significativement lié à une augmentation du risque d'être responsable d'un accident mortel de la route.<sup>36</sup> Sur 6766 conducteurs impliqués dans des accidents, 8,8% avaient consommé du cannabis alors qu'ils n'étaient que 2,8% sur les 3006 conducteurs non impliqués dans un accident. Cette augmentation s'explique par une baisse du temps de réaction, une atteinte de la coordination motrice et des troubles de l'attention secondaire à une consommation récente de cannabis.<sup>37</sup>

Le cannabis peut aussi procurer une euphorie avec désinhibition, une facilité idéative et imaginative ainsi qu'une hyperréactivité émotionnelle et sensorielle. Chez certains sujets davantage réceptifs, le cannabis peut provoquer des hallucinations et une distorsion des repères temporo-spatiaux. L'ivresse cannabique peut se manifester sous la forme d'une bouffée délirante aiguë ou d'un accès oniroïde.

En dehors du cannabis, il est inquiétant de constater l'augmentation récente des niveaux de diffusion de la cocaïne, des amphétamines, du crack, de l'héroïne, et du GHB, bien que ces comportements restent marginaux.

Après avoir constaté que la maladie mentale correspondait à des critères cliniques bien précis, même si un débat persiste pour ce qui est des troubles de la personnalité, un second débat a pendant longtemps animé les psychiatres et criminologues : la criminalité elle-même ne peut-elle être assimilée à un trouble mental ?

---

<sup>36</sup> LAUMON B., et al. « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM) : synthèse des principaux résultats », Saint Denis, OFDT, INSERM, INRETS, CEESAR, LAB PSA, 2005, 39p.

<sup>37</sup> SOLOWIJ N., "Cannabis and cognitive functioning", Cambridge, UK : Cambridge University Press, 1998.

## → SECTION II : LES LIENS ENTRE TROUBLE MENTAL ET FAIT CRIMINEL

« Il faut être fou pour tuer ». Telle est la pensée populaire commune. En effet que dire de ce moment particulier, le moment des faits, où un sujet prétendu normal passe à l'acte ? Car enlever la vie à autrui est bien un acte insensé, déraisonné. S'agit-il pour le moins d'une pathologie de la personnalité, même réduite au moment du passage à l'acte ? Mais alors, la personnalité pathologique doit-elle être considérée comme une sorte de maladie mentale ? Peut-on assimiler criminel et criminel malade mental ?

Certains auteurs ont tenté d'élaborer plusieurs théories tendant à considérer le crime comme une forme de maladie mentale (I). Toutefois, une totale assimilation entre les deux n'est ni possible ni même souhaitable (II).

### I – Les tentatives de rapprochement du trouble mental et du fait criminel

Daniel Widlöcher écrit dans l'ouvrage « Criminologie et psychiatrie »<sup>38</sup> que le concept de psychopathologie a évolué au cours du temps. D'une méthode scientifique d'analyse des maladies mentales, le terme a progressivement fini par désigner le domaine des maladies mentales lui-même. Le terme psychopathologie permet de s'interroger sur le pourquoi et le comment de la maladie mentale tout en décrivant la maladie elle-même. Dès lors, si on désigne le fait criminel comme un fait psychopathologique, on en vient à se demander pourquoi et comment le crime a été commis et quels en ont été les caractéristiques. Autrement dit, on établit un lien de causalité entre le fait criminel et la pathologie mentale sous-jacente.

Certaines théories ont été élaborées spécifiquement sur ce postulat comme ce fut le cas de la « personnalité criminelle » (A). Le rapprochement entre les deux a également été permis par le constat que tant la criminalité que la maladie mentale sont constituées par le franchissement de certaines limites, soit créées par la société, soit reconnues par elles. Ceci entraîne les marginalisations du malade mental et du criminel (B).

---

<sup>38</sup> WIDLÖCHER D., « Le fait criminel est-il un fait psychopathologique ? », dans ALBERNHE Th. (sous la direction de), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, Paris, 1997, p. 29.

## **A – La « personnalité criminelle » au service de la criminologie**

Pour les adeptes de cette théorie, le crime n'est que la réponse d'une personnalité à une situation particulière (1). Mais cette théorie a fait l'objet de nombreuses critiques qui se sont efforcées d'en démontrer toutes les limites (2).

### **1/ La « personnalité criminelle » selon Jean Pinatel**

L'idée de l'existence d'une « personnalité criminelle » spécifique a connu un certain succès dans les années 1950 à 1970. Elle a été soutenue par de nombreux psychiatres et psychanalystes et continue quelques fois encore à être appliquée aujourd'hui, notamment dans l'élaboration de tests psychologiques et des grilles d'évaluation psychiatrique.

Jean Pinatel (1913-1999), président de la société internationale de criminologie de 1950 à 1978, en a décrit les principaux aspects dans son « Traité de droit pénal et de criminologie » (1970)<sup>39</sup>. Pour lui, le criminel se distingue du non criminel par une aptitude particulière à passer à l'acte. Ce dernier obéit à quatre conditions : une condition morale (le criminel s'affranchit de l'éthique posée par la société), une condition pénale (la sanction pénale ne remplit pas son rôle dissuasif à l'égard du criminel), une condition matérielle (l'acte ne pose pas de difficulté d'exécution) et une condition affective (le criminel n'est pas inhibé par le sentiment du bien ou du mal). Quatre traits psychologiques correspondent respectivement à ces quatre conditions : l'égoïsme, la labilité, l'agressivité et l'indifférence affective. L'égoïsme est la référence continue à soi-même. La labilité suppose l'incapacité pour le criminel de prévoir les conséquences de ses actes, seul domine le plaisir du criminel. L'agressivité est engendrée par l'intolérance à la frustration. L'indifférence affective est caractérisée par une dévalorisation de la victime par le criminel. Cette dernière condition est la plus importante de toutes : sans elle le passage à l'acte devient impossible.

Pinatel considère ces traits psychologiques comme « le noyau dur » de la personnalité criminelle. Mais il existe des variables qui peuvent appuyer le passage à l'acte ou au contraire le freiner. Ces variables sont induites par la société, les aptitudes physiques ou intellectuelles

---

<sup>39</sup> PINATEL Jean et BOUZAT Pierre, *Traité de droit pénal et de criminologie*, volume 3 « Criminologie », Dalloz, Paris, 1963, p. 706 et suiv.

du délinquant ou criminel, ou encore les besoins instinctuels de ce dernier (sexuels, de nourriture...). Cependant Pinatel exclut de son raisonnement les « personnalités anormales ». Ces dernières subissent leurs actes, tandis que celui qui possède les traits d'une personnalité criminelle possède la faculté de se rétracter à tout moment. Ainsi pour Pinatel, le passage à l'acte est déjà inscrit dans la personnalité de l'auteur. Il sommeille dans le psychisme de l'individu et seules les circonstances peuvent en faciliter l'expression.

## 2/ Les limites de cette théorie

Élaborer une théorie générale de la « personnalité criminelle » est difficile tant les comportements criminels sont variés. De plus, certains traits de la personnalité criminelle ont été retrouvés chez des personnes non délinquantes. Christian Debuyst<sup>40</sup> a critiqué le caractère statique de ces traits de personnalité : le criminel semble les posséder de naissance et les garder à vie. Or la personnalité évolue jusqu'à l'âge adulte, et même si l'essentiel de cette dernière est maintenu, le comportement est toujours susceptible d'être modifié. Il dénonce également avec Walgrave l'ambiguïté de ce concept : des études ont démontré que les variables situationnelles étaient plus importantes que celles tenant à la personnalité. De plus, l'étude de cette personnalité s'est faite à partir des délinquants connus et enregistrés qui ne correspondent en réalité qu'à un faible nombre de la criminalité réelle.

Le recoupement de ces critères chez les délinquants récidivistes a séduit de nombreux criminologues. Les psychologues, bien que confirmant certains aspects, ont apporté quelques nuances. Les travaux de Pinatel sont complétés plutôt que totalement remis en cause. Anne-Marie Favard en 1991, après avoir confirmé l'existence de ces traits de « personnalité criminelle », remet en cause la structure quadripartite : elle met en évidence un aspect de personnalité unidimensionnel, créant des liens entre les quatre composantes. Les modifications de cette théorie apportées par LeBlanc en 1991 sont en revanche plus importantes. LeBlanc a une approche davantage dynamique de la « personnalité criminelle ». Comme Pinatel, il affirme que ses composantes se superposent aux autres personnalités pour favoriser le passage à l'acte. Cependant celles-ci se consolident au fur et à mesure que le délinquant s'insère dans la criminalité de carrière : la « personnalité criminelle » est renforcée chaque fois que la personne se conduit en criminel. Ainsi une personne peut avoir les traits de

---

<sup>40</sup> DEBUYST Ch., « Le concept de dangerosité et un de ses éléments constitutifs : la personnalité (criminelle) », *Déviance et Société*, 1977, Vol. 1, n°4, p. 364 et suiv.

la « personnalité criminelle » : elle ne deviendra véritablement criminelle que lorsqu'elle passera à l'acte. Pour LeBlanc, ces traits de personnalité ne suffisent plus à eux seuls à expliquer la criminalité. Il met en avant trois processus dynamiques qui les complètent : l'enracinement criminel, une dyssocialité qui perdure et un égocentrisme exacerbé. Le passage à l'acte selon lui est moins automatique que celui décrit par Pinatel.

La « personnalité criminelle » permet de repérer dans les traits de personnalité ceux qui sont susceptibles d'amener l'individu à passer à l'acte. Ce raisonnement repose essentiellement sur l'observation du criminel. Quelques décennies avant, c'est à partir du constat de la marginalité des malades mentaux et des criminels par rapport au reste de la société que l'assimilation entre les deux a pu être effectuée.

## **B – La marginalisation du criminel et du malade mental**

Le fait criminel et la maladie mentale ont en commun le franchissement de certaines limites. La maladie mentale est reconnue comme la violation d'une norme biologique. Mais le crime a longtemps été considéré comme le résultat de la violation de cette même norme, ce qui a conduit à considérer le crime comme une certaine forme de folie. Certains ont envisagé le crime comme une anormalité (1). D'autres ont voulu éviter cette confusion et expliquent le crime en tant que simple déviance : ils envisagent le crime comme une anomalie (2).

### **1/ Crime et folie**

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, Pritchard, psychiatre anglais, a développé le concept de folie morale énoncé au préalable par Abercomby<sup>41</sup>. Selon cette théorie, le crime doit être considéré comme un symptôme d'une aliénation qui affecterait uniquement la conscience morale. Chez cet individu d'une intelligence normale, les normes éthiques et morales n'ont pu être intégrées dans son psychisme. Seule sa morale subjective lui servirait de cadre de référence. La théorie du fou moral a complété sur le plan psychologique celle du « criminel-né » de Lombroso que nous allons développer un peu plus loin. Goddard pensait que la débilité mentale congénitale était la première cause de criminalité. Du fait de l'altération de ses facultés intellectuelles, la

---

<sup>41</sup> BENCHEIKH F. Z.-E., *La symbolique de l'acte criminel : une approche psychanalytique*, éditions L'Harmattan, collection Psychanalyse et civilisations, Paris, p. 65-70.

personne ne serait pas en mesure de pleinement intégrer les normes morales indispensables au fonctionnement de la société. Bien que cette idée ait été critiquée lors du deuxième congrès international d'anthropologie criminelle en 1889 afin que les criminologues ne dépendent pas entièrement de la psychiatrie, certains ont cédé à la facilité que représente la confusion entre criminalité et pathologie. Ainsi Ferri, le fondateur de la sociologie criminelle, écrit : « La ligne de démarcation entre le crime et la folie n'existe pas ; la nature ne fait point de sauts, et c'est nous qui établissons une séparation nette, là où il existe un passage graduel et une succession de nuances »<sup>42</sup>.

Etienne de Greef adopte une position intermédiaire. Il ne rejoint ni la consécration du libre arbitre par le droit pénal classique de son époque, ni la vision positiviste s'attachant à des éléments invariables tels que les traits de personnalité ou l'engagement dans le crime. Pourtant de Greef considère les délinquants comme des malades mentaux. Dans la revue de droit pénal et de criminologie de 1931, il explique que la zone dans laquelle le passage à l'acte est décidé est « largement pathologique »<sup>43</sup>. Pour lui, il existe deux types de criminels : ceux avec une personnalité morbide et ceux qui deviennent criminels après avoir traversé une période de pré-criminalité. Cette période se caractérise par l'enracinement de l'individu dans une sphère d'altération des valeurs et de persuasion de légitimité de sa volonté criminelle. Cette phase se retrouve chez des individus normaux comme chez les malades mentaux. De Greef note cependant que chez les individus normaux, cette période de pré-criminalité a amené le sujet à obnubiler tout contrôle moral dans une période de déchéance et de laisser-aller. Il en vient à se demander si un tel abandon de soi ne constitue pas au final une personnalité morbide. Dans ce cas, tous les crimes s'expliqueraient de manière psychologique par l'existence d'une personnalité morbide ou par l'influence d'une maladie mentale sous-jacente. Mais de Greef n'a jamais accepté l'idée d'une fatalité dans le passage à l'acte. Il est le premier à prendre en considération l'environnement du criminel et les circonstances du crime, ce qui a constitué un énorme progrès dans la compréhension d'un phénomène tout aussi compliqué qu'intemporel.

Associer le crime à la folie revient à préciser que le criminel ne se contente pas de violer une norme sociale - la norme juridique abstraite imposée par la société pour assurer sa

---

<sup>42</sup> FERRI E., *La sociologie criminelle*, Alcan, Paris, Bibliothèque de philosophie contemporaine, 1905, p. 437.

<sup>43</sup> DE GREEF E., « La notion de responsabilité en anthropologie criminelle », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1931, p. 445 et suiv.

pérennité et sa sécurité - mais il viole de plus une norme biologique. Certains criminologues et psychiatres ont refusé cette assimilation. Ils considèrent que la criminalité n'est pas une anormalité mais une anomalie, le criminel n'est pas nécessairement un malade mental mais un être déviant.

## 2/ Crime et anomalie

La thèse du criminel nécessairement malade mental ne fait pas l'unanimité. Certains ont refusé d'abandonner la distinction entre le normal et le pathologique, le crime redevenant chose normale. Mais il faut souligner que la distinction normal / pathologique n'est pas en soi évidente. Pour Canguilhem (1904 – 1995)<sup>44</sup>, la vie est normative : elle crée des normes biologiques. Elle institue des normes en interaction avec le milieu. C'est la relation entre le vivant et le milieu qui rend normal. L'homme normal est celui capable d'instituer de nouvelles normes, mêmes organiques, en fonction de son milieu et de ses conditions d'existence. Le pathologique n'est pas une absence de normes mais la création d'autres normes : le pathologique est également normatif mais les normes qu'il institue sont l'inverse de celles créées par un individu sain. L'anomalie est un terme descriptif qui représente une variation individuelle par rapport au normal. Garofalo<sup>45</sup> avait suivi le même raisonnement quelques décennies auparavant lorsqu'il se proposait de distinguer anomalie et infirmité. Selon lui, l'anomalie n'est pas destructrice de l'organisme contrairement à l'infirmité. Ce raisonnement appliqué à la matière criminologique fait que le crime est considéré comme une déviance, une variation du comportement de l'individu qui n'entraîne pas une dégradation de l'organisme du criminel. L'anomalie est une variation du normal, sans pour autant tomber dans le pathologique. Le trouble mental et le fait criminel sont ainsi distingués. Le fait psychopathologique représenté par le trouble mental ne s'applique plus au fait criminel mais aux processus psychiques que le crime a laissé voir : narcissisme, rapports identificatoires problématiques, ...

Le débat sur l'assimilation du criminel au malade mental, largement présent au cours des deux derniers siècles, tend à s'estomper. La confusion totale des deux concepts reste

---

<sup>44</sup> CANGUILHEM G., thèse « *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* », 1943 rééditée sous le titre *Le Normal et le Pathologique*, augmenté de *Nouvelles Réflexions concernant le normal et le pathologique* (1966), 9<sup>ème</sup> édition, PUF/Quadrige, Paris, 2005

<sup>45</sup> GAROFALO R., *La criminologie*, Alcan, Paris, 1888, p. 93.

défendue par certains psychanalystes et criminologues de manière purement résiduelle. De nos jours, on considère que maladie mentale et fait criminel doivent rester deux notions distinctes.

## **II – L'impossible confusion de la maladie mentale et du fait criminel**

L'assimilation entre criminel et criminel malade mental connaît certaines limites techniques et non plus idéologiques (A). De plus, une telle confusion, bien qu'elle facilite la compréhension de la criminalité, n'est pas souhaitable (B).

### **A – Les limites du rapprochement**

Ces limites sont de deux ordres : le domaine de la maladie mentale est variable (1). De plus, détecter une maladie mentale chez un criminel n'implique pas que celle-ci soit à l'origine du passage à l'acte. Ceci pose la question de la causalité entre l'acte criminel et le malade mentale (2).

#### **1/ Le domaine évasif de la maladie mentale**

Pour assimiler le fait criminel à un trouble mental, encore faut-il savoir de quoi on parle. Or, ce qui relève du trouble mental varie au fil du temps et selon les pays. Il semble que les références et évolutions culturelles aient influencé la reconnaissance des maladies mentales. L'homosexualité par exemple était considérée comme pathologique jusqu'en 1973. Suite à un mouvement de protestation des minorités sexuelles aux Etats-Unis, deux types d'homosexualités ont été distinguées : l'homosexualité egosyntonique et l'homosexualité egodystonique. Seule la seconde est considérée comme pathologique, l'homosexualité étant refoulée et non acceptée par l'individu lui-même, contrairement à la première. Le suicide, observé comme la conséquence d'une maladie mentale aux États-Unis ou au Royaume-Uni est au contraire le fruit d'une personne normale au Japon. À ce moment là, que penser des kamikazes ? Sont-ils des êtres souffrant de pathologies mentales ou ont-ils seulement des référents culturels différents des nôtres ? Ou bien est-ce les deux ?

La maladie mentale est bien, en plus du regroupement de données biologiques, une notion culturelle. Le malade mental est celui qui s'éloigne des normes posées par la société. En d'autres termes, à l'instar du criminel par rapport à la société, il est un être déviant. Ce qui peut être considéré sur le plan individuel comme un comportement pervers, devient un comportement acceptable lorsque la société est collectivement perverse ou anormale. Même s'il est possible de remettre en cause ces concepts en démontrant qu'ils reposent sur des critères essentiellement subjectifs, le rapprochement s'arrête lorsqu'on étudie le pourquoi de ces critères. En effet, pointer des comportements en les qualifiant de crime permet à la société de se protéger des atteintes qui mettraient en cause sa pérennité. Le criminel est marginalisé pour le bien de la survie de la société. Les malades mentaux ont un autre lien avec la société. Elle admet désormais que ce sont des êtres en souffrance. C'est parce qu'elle se doit d'assurer le bien être de ses membres qu'elle doit qualifier particulièrement des comportements qui détruisent avant tout le malade mental lui-même. Le criminel malade mental doit d'abord être traité comme un malade mental dès lors que la maladie mentale sera intervenue dans le passage à l'acte criminel.

## **2/ La relation de causalité entre maladie mentale et acte criminel**

Reconnaître une maladie mentale chez un criminel n'implique pas nécessairement que cette dernière soit à l'origine du crime. Il revient à l'expert de déterminer ce qui relève de la maladie mentale dans la dynamique criminelle et ce qui lui est étranger. Cette mission confiée au psychiatre est loin d'être évidente : il suffit pour s'en convaincre de se souvenir du procès de Marie Besnard dans les années 50 en France. Marie Besnard était soupçonnée d'être l'auteur de douze empoisonnements, dont celui de son mari. Les experts psychiatres l'ont reconnue comme « anormalement normale ». Cette formule signifie-t-elle que, coupable pour les psychiatres des faits retenus contre elle, il est surprenant qu'une personne puisse commettre une telle horreur sans pour autant souffrir d'un trouble mental ? Ou bien est-ce au contraire l'innocence de Marie Besnard qui a été retenue par les psychiatres car elle est une personne normale sur le plan psychiatrique ? L'anormalité résiderait alors dans l'imputation de tels faits. L'incertitude a dominé ce procès et c'est une décision d'acquittement qui interviendra au bout de dix ans. Cette affaire montre que la frontière est bien mince pour le psychiatre entre la description de l'influence d'un trouble mental sur le passage à l'acte et un jugement sur la culpabilité.

Même si considérer de manière générale un criminel comme souffrant d'une maladie mentale avait été réalisable – à condition toutefois de savoir ce qu'est à proprement parler une maladie mentale – il n'est pas certain qu'une telle confusion soit souhaitable.

## **B – Les intérêts de la distinction**

Les premiers aliénistes ont eu beaucoup de difficultés à faire reconnaître aux pouvoirs publics la spécificité des malades mentaux parmi les individus détenus dans les prisons. Pourtant la séparation entre délinquant et malade mental prônée par le psychiatre Pinel en 1792 présente un double intérêt. Elle permet dans un premier temps d'éviter l'instrumentalisation de la psychiatrie à des fins répressives. De plus, elle autorise le malade mental à recevoir une prise en charge spécifique.

Avant la révolution de 1789, les « insensés » étaient séquestrés selon des modalités multiples et variées et dans des lieux divers. Ils se retrouvaient mêlés à une population hétérogène de vagabonds, de prostituées, de vieillards épileptiques, de délinquants, de chômeurs, d'enfants abandonnés... Ces lieux de séquestration étaient regardés comme le moyen pour la société de se débarrasser des êtres qui pouvaient lui nuire. Les malades mentaux n'étaient pas traités et n'avaient aucune perspective de guérison.

La loi du 30 juin 1838, dite « loi sur les aliénés » ou « loi Esquirol », propose l'internement des malades mentaux dans un établissement spécifique afin que leur soient prodigués des soins et des mesures adaptées. Ces établissements ont pour but de favoriser la réinsertion du malade mental dans la société. Il s'agit d'une double loi de défense. Elle défend le patient en spécifiant les modalités et les lieux d'internement. Elle défend la société en la protégeant contre la dangerosité potentielle du patient.

La loi du 27 juin 1990 remplace celle du 30 juin 1838. Le placement volontaire devient l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) et le placement d'office se transforme en hospitalisation d'office (HO). La sortie des patients placés en HO ne peut être acceptée qu'à la suite d'une expertise réalisée par deux experts désignés par le préfet. Mais cette loi ne définit pas ce qu'elle entend par état dangereux. En matière de « sorties d'essai » applicables aux patients hospitalisés en HDT ou en HO, le Conseil d'État a décidé que l'hôpital peut engager sa responsabilité pour création d'un risque spécial envers les tiers.

Malade mental et criminel obéissent désormais à un régime différent. Qu'advient-il de la personne reconnue à la fois criminelle et malade mentale ? Sa place est-elle en prison ou dans un établissement de santé ? La question n'est pas tranchée. Tout dépend de la responsabilité du malade au moment du passage à l'acte. Selon l'article 122-1 alinéa I du code pénal, si la personne était atteinte au moment des faits « d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes », elle sera déclarée irresponsable pénalement et ne sera pas sujette à une sanction pénale. En revanche selon l'alinéa II de ce même article, si le trouble psychique ou neuropsychique a seulement « altéré son discernement ou le contrôle de ses actes » elle demeure punissable. Ce deuxième alinéa donne un sentiment de malaise. Il reconnaît expressément que la personne souffrait au moment du passage à l'acte d'un trouble psychique ou neuropsychique. Il reconnaît également que ce trouble a eu une influence sur le passage à l'acte. Autrement dit, la personne est considérée comme pathologique et non entièrement libre de ses actes. Pour autant elle sera déclarée pénalement responsable et sera accessible à une sanction pénale, dont la peine privative de liberté. La juridiction doit tenir compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Dans les faits, on assiste à une sévérité accrue... C'est souvent le cas pour les personnes souffrant de troubles de la personnalité, notamment les psychopathes et les personnalités états limites. Tire-t-on aujourd'hui vraiment toutes les conséquences de la distinction entre malade mental et criminel ? Chez le malade mental criminel, si le crime est engendré par la maladie mentale, il conviendrait de traiter en priorité ce qui est à la source du passage à l'acte, le trouble mental, que le discernement ait été aboli ou altéré.

Après avoir précisé qui souffre de trouble mental - celui qui présente les caractéristiques décrites dans les grandes classifications des maladies mentales ou de manière générale tout criminel - il faut à présent se demander comment prend forme cette criminalité.

## CHAPITRE II : **APPROCHE DE LA FOLIE CRIMINELLE**

Que l'auteur souffre de troubles mentaux ou qu'il soit sain d'esprit, le crime est avant tout l'œuvre d'un individu. C'est cette personne qu'il faut essayer d'appréhender (section I) avant d'étudier plus particulièrement comment se manifeste la folie criminelle du malade mental à l'échelle sociale (section II).

### → SECTION I : **DÉTERMINATION DE L'INDIVIDU CRIMINEL**

Les origines du « processus criminogène » restent méconnues. Ceux qui ont voulu expliquer cet individu criminel<sup>46</sup> s'en sont tenus à des méthodes objectives, privilégiant tantôt la source du crime dans l'individu lui-même (I), tantôt dans la société (II). Toutefois ces raisonnements objectifs restent relatifs : il semblerait que ce processus soit avant tout une résultante multifactorielle.

### **I – L'homme au cœur de la criminalité**

La criminologie est née au XIX<sup>ème</sup> siècle avec l'essor des « nouvelles sciences », les sciences humaines et sociales. Dans un premier temps, les chercheurs ont tenu à rester dans la rigueur objective des sciences dites « dures », en tentant d'expliquer un phénomène sociologique par des données biologiques. Mais alors que le criminel était déterminé en fonction de caractéristiques morphologiques (A), plusieurs psychiatres ont précisé l'importance des traits psychologiques dans le passage à l'acte du criminel (B). Enfin les progrès de la génétique ont permis ces dernières années un renouvellement de la théorie positiviste plaçant l'homme au cœur de la criminalité (C).

#### **A – Naissance de l'anthropologie criminelle<sup>47</sup>**

L'anthropologie criminelle ou l'acceptation de l'origine du comportement criminel dans les données biologiques de l'homme, a connu une prémisse au début du XIX<sup>ème</sup> siècle avec la

---

<sup>46</sup> EY H., *Manuel de psychiatrie*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, Masson, 1989.

<sup>47</sup> RENNEVILLE M., « Vice, vitriol, déviance », dans ALBERNHE Th. (sous la direction de), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, Paris, 1997, p. 415.

phrénologie de François-Joseph Gall (1758-1828). La phrénologie consiste à déduire des données physiologiques du cerveau et de l'apparence de la boîte crânienne, des incidences en matière de criminalité. Cette théorie, volontiers qualifiée de « moribonde » par ses contemporains, fut largement complétée dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle.

Un des acteurs majeurs de ce mouvement est Cesare Lombroso (1835-1909) avec son ouvrage « L'homme criminel » (*L'Uomo delinquente*, 1876). Lombroso<sup>48</sup> développe la thèse du « criminel né » réalisée à partir d'études phrénologiques et physionomiques. Le criminel appartient à une classe héréditaire qu'on peut distinguer par l'apparence physique. L'institutionnalisation de la préhistoire, la thèse évolutionniste de Darwin et les doctrines positivistes de l'époque ont inspiré Lombroso. Il explique que le criminel est une dégénérescence de la nature humaine et ses thèses sont inspirées de racialisme et de transformisme. Il considère que les femmes sont moins prédisposées à la criminalité car elles sont moins intelligentes et moins actives que les hommes.

Lombroso distingue des criminels prédisposés au viol (évasement du crâne, longueur des oreilles, yeux obliques, nez épaté, longueur des membres), des criminels prédisposés au meurtre (étroitesse du crâne, longueur des maxillaires, pommettes saillantes) et des criminels prédisposés au vol (mobilité des mains et du visage, barbe rare, système pileux peu développé). Il parle de caractères « ataviques » (génétiques) retrouvés dans 68 à 78% des cas.

À l'école italienne représentée par Lombroso avec la prédisposition spécifique, s'oppose l'école française représentée par Morel, Magnan ou Féré qui évoque la « dégénérescence mentale », prédisposition polymorphe, donc moins spécifique.

Au-delà du physique, l'étude du psychique dans la criminogénèse a permis de renouveler les concepts et les théories.

---

<sup>48</sup> [www.universalis.fr/encyclopedie/cesare-lombroso](http://www.universalis.fr/encyclopedie/cesare-lombroso)

## **B – Les apports de la psychiatrie médico-légale<sup>49</sup>**

Ces apports concernent principalement deux domaines : les homicides (1) et la délinquance sexuelle (2).

### *1/ La « monomanie homicide » d'Esquirol<sup>50</sup>*

La « monomanie homicide » est un concept décrit en premier par Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840). Psychiatre français, il est considéré comme le père de l'hôpital psychiatrique en France. Il a fait voter la loi de 1838 obligeant chaque département à se doter d'un hôpital spécialisé. Esquirol, encore appelé « le maître de Charenton », est également le précurseur de la psychiatrie médico-légale. Selon lui, l'aliéniste (qui deviendra plus tard le psychiatre) doit distinguer le criminel de l'aliéné (personne souffrant de troubles mentaux). Il a décrit également le « suicide précédé d'homicide » décrit dans la mélancolie.

Dans la « monomanie homicide », Esquirol passe en revue différents diagnostics nosographiques aujourd'hui reconnus lors de certains passages à l'acte meurtriers. Ces individus sont atteints de folie partielle, la monomanie homicide, qui ne se manifeste qu'au moment du passage à l'acte en touchant indifféremment l'intelligence, l'affect ou la volonté du sujet. Esquirol a décrit quelques traits présents chez ceux souffrant de monomanie homicide tels « une grande susceptibilité » ou encore une certaine « constitution nerveuse ». Pour Esquirol, les aliénés tuent. Certains, irrités, frappent dans un accès de colère car ils se sont perçus contrariés, d'autres tuent pour lutter contre un ennemi - réel ou fictif -, enfin les derniers obéissent aux hallucinations et illusions caractéristiques du délire. Parmi ces malades mentaux criminels, certains sont conscients de leurs actes tandis que les autres ne sont plus que l'instrument de leur folie.

La monomanie homicide a été reprise par Georget et Pinel. Elle a été appliquée à des cas d'homicides particulièrement horribles tels que le parricide de Pierre Rivière ou encore l'infanticide suivi de cannibalisme d'Henriette Cornier. Cependant, ce concept va s'avérer

---

<sup>49</sup> COUSIN F.-R., *Facteurs criminogènes des maladies mentales*, Forensic (5), 2001, p. 27-31.

<sup>50</sup> ESQUIROL J.-E., *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, chez J-B Baillière, 1838.

insuffisant à décrire les comportements criminels. La monomanie homicide est contestée par Antoine Émile Blanche (1820-1893). Pour lui, « il n'existe pas de forme spéciale d'aliénation mentale qui doive porter le nom de monomanie homicide. L'homicide peut être commis par des aliénés atteints d'affections mentales diverses, à la condition que les malades soient sujets à des crises d'excitation dite congestive assez intenses pour qu'ils n'en restent pas à la pensée et qu'ils viennent à l'acte »<sup>51</sup>. Selon cet auteur, le passage à l'acte survient au cours d'une crise, d'une évolution paroxystique, y compris dans un délire de persécution, mais il n'est pas la conséquence inéluctable d'une maladie mentale.

## 2/ Les crimes pervers : les travaux outre-Rhin de Krafft-Ebing (1840 – 1902)<sup>52</sup>

Richard Freiherr von Krafft-Ebing, psychiatre austro-hongrois, a attaché beaucoup d'importance aux facteurs héréditaires dans l'étiologie des maladies mentales, suivant en cela les idées de Morel et de Maignan, son contemporain parisien. Mais c'est surtout dans le domaine des troubles sexuels, et notamment des perversions sexuelles, que Krafft-Ebing apporte une contribution clinique originale avec son livre « *Psychopathia sexualis* » (1886), étude de médecine légale qui s'adresse aux médecins légistes et aux hommes de loi. Dans cet ouvrage, Krafft-Ebing étend au domaine de la sexualité son travail effectué sur la classification des maladies mentales en fonction de leurs symptômes. Son livre est constitué de descriptions de phénomènes qu'il qualifie de perversions sexuelles et qu'il classe en catégories. Krafft-Ebing définit la perversion comme toute extériorisation de l'instinct sexuel qui ne répond pas aux nécessités de la nature, c'est-à-dire aux nécessités de la reproduction. Il va populariser les termes de masochisme, de fétichisme et de sadisme, passés depuis dans le langage courant, en référence aux œuvres respectives de Leopold von Sacher-Masoch et du Marquis de Sade.

Les descriptions de Krafft-Ebing concernant les perversions sexuelles seront reprises par Freud qui se consacre non plus à leurs observations mais à l'explication des mécanismes psychiques qui en sont à l'origine. Albert Moll, psychiatre, reprendra le livre de Krafft-Ebing

---

<sup>51</sup> BLANCHE A. E., *Des homicides commis par les aliénés*, Librairie de P. Asselin, Paris, 1878, p. 8.  
URL : <http://manybooks.net/pages/blanchee2635326353-8/0.html>

<sup>52</sup> VON KRAFFT-EBING R., *Psychopathia sexualis*,. Étude médico-légale à l'usage des médecins et des juristes. Édition refondue par le Docteur Albert Moll. Traduit de l'allemand par René Lobstein, bibliothécaire à la faculté de médecine de Paris. Préface du Docteur Pierre Janet. Éditions Climats. Librairie Thierry Garnier 1990, 906 pages.

et classera les perversions en deux grandes catégories : celles dont l'acte lui-même est pervers (comme le fétichisme, masochisme, sadisme ou encore l'exhibitionnisme) et celles dont l'objet est pervers (pédophilie, gérontophilie, zoophilie...).

Plus récemment, la très controversée biocriminogénèse tend également à expliquer la criminalité au travers de la constitution organique de l'individu. Cette théorie est apparue en même temps que la génétique faisait ses premiers pas.

### **C - Biocriminogénèse**

La biocriminogénèse part de postulats bio-typologiques. Elle est dominée par l'œuvre de Di Tullio qui accorde une grande importance à l'hérédité, elle-même sous la dépendance de facteurs endocriniens et nutritionnels. Parmi plusieurs travaux, ceux concernant les anomalies chromosomiques ont fait date depuis 1962. En 1971, Nielsen, cité par H. Ey, met en évidence une corrélation entre le syndrome XYY et l'agressivité, notamment sexuelle. Il a surtout noté l'aspect délétère de la longueur du bras du chromosome Y. Mais en 1973, une étude élargie de L. Moor, également citée par H. Ey, démontre que 1,5% des sujets de la population générale ont un chromosome Y dont le bras long est plus long que la normale. Pour autant, ils ne sont pas repérés comme anormalement agressifs. Ainsi, le syndrome XYY est un facteur de délinquance pathologique puisque ce caryotype est plus souvent retrouvé parmi les personnalités psychopathiques. Mais cela ne fait pas de ce caryotype celui de la criminalité en général.

Progressivement, l'idée que l'homme naissait criminel a été abandonnée. Pour certains, l'homme devient criminel, sous l'influence de la société. Ainsi Lacassagne affirmait : « la justice flétrit, la prison corrompt et la société a les criminels qu'elle mérite ».<sup>53</sup>

## **II – L'homme malade de la société**

Les travaux d'Enrico Ferri ont élargi les causes possibles de criminalité sans rejeter pour autant l'anthropologie criminelle (A). La conciliation des diverses théories a donné l'impulsion au courant de la sociocriminogénèse (B).

---

<sup>53</sup> LACASSAGNE A., « Les transformations du droit pénal et les progrès de la médecine légale , de 1810 à 1912 », *Archives d'anthropologie criminelle*, 1913, p. 364.

## **A – La théorie multifactorielle d’Enrico Ferri (1856-1929)**

Enrico Ferri (1856-1929) est un criminaliste et un homme politique italien. En 1884 il écrit « La Sociologie criminelle ». Il est alors considéré comme le « père fondateur » de la criminologie moderne. Ferri avec Lombroso et Garofalo sont les principaux membres de l’école positiviste italienne. Ferri a à ce sujet contribué à établir les thèses de l’anthropologie criminelle. Toutefois il n’a pas réduit sa pensée à une vision strictement anthropologique comme Lombroso, mais il s’est intéressé à l’environnement social du criminel comme moteur de son passage à l’acte. Il est l’un des premiers à avoir posé la thèse d’une pluralité de facteurs pour expliquer la criminalité.

Ferri distingue chez le criminel trois sortes de facteurs : les facteurs anthropologiques, les facteurs physiques et cosmo-telluriques et enfin les facteurs sociaux. Les facteurs anthropologiques sont inhérents à la personne. Ils regroupent des indices biomorphologiques, des anomalies psychiques et les conditions ethniques et écologiques. Les facteurs physiques et cosmo-telluriques concernent l’environnement naturel. Les facteurs sociaux regroupent l’épidémiologie, l’éthique, la profession ou encore le milieu familial.

Ferri insiste sur l’aspect psychologique du criminel. Il a noté en l’occurrence que l’homicide était lié au suicide. Il considère que le suicide et l’homicide s’opposent continuellement : la réduction du nombre d’homicides correspond à autant de suicides réussis. L’augmentation de l’un ne peut se faire sans la réduction de l’autre. Le suicide serait considéré comme une forme d’homicide sur soi-même.

Une fois affirmée l’influence de la société sur le comportement criminel, des chercheurs se sont arrêtés sur l’influence psychique de la société sur l’individu même, donnant naissance à la sociocriminogénèse.

## **B – Sociocriminogénèse**

La sociocriminogénèse part de postulats socio-psychodynamiques. Elle est dominée par les travaux de E. Sutherland (1934). Il réduit l’importance de l’hérédité et des « penchants » dans la compréhension de la criminalité pour davantage se fixer sur le modèle

culturel du « conditionnement criminel ». Il met en évidence que la trajectoire biographique permet de suivre le parcours du criminel, ce que les travaux actuels corroborent. Cette théorie s'est enrichie d'autres travaux. Ainsi, Étienne de Greef a étudié la trajectoire psychodynamique du crime avant le passage à l'acte. En 1960, Otto Kinberg évoque un processus sociodynamique, véritable conception de la « situation pré-criminelle ». Selon sa théorie, certains sujets à fort potentiel criminel rendent certaines situations hautement dangereuses. En 1963, Charles Darley a présenté la « méthode des cas programmés » qui s'inspire de la conception de Kinberg. Le début du XX<sup>ème</sup> siècle a été marqué par la naissance de la psychanalyse avec Freud. Il met en évidence et explique des notions fondamentales telles que la culpabilité, l'autopunition, le complexe d'Œdipe et le complexe de castration, l'agressivité et les pulsions de vie et de mort. Il développe une psychodynamique inconsciente de la psychocriminogénèse.

Depuis, psychiatrie et criminologie sont intimement liées. Le juge fait appel à l'expert psychiatre sur diverses questions, en l'occurrence celle de la responsabilité au moment des faits et celle du risque de récidive en cas de dangerosité avérée. Les deux questions sont délicates. Actuellement, on ne parle plus de dangerosité mais d'état dangereux. De plus, tous les criminels ne sont pas forcément des malades mentaux. Quant à la maladie mentale, elle est un facteur favorisant et/ou aggravant le risque de violence, mais il n'en reste pas moins vrai que très rares sont les malades mentaux qui vont jusqu'au crime.

Ces différentes théories ont montré ce que pouvait être un criminel. Il faut se demander plus particulièrement désormais comment se manifeste cette criminalité chez le malade mental.

## → SECTION II : EXPRESSION DE LA FOLIE CRIMINELLE

La folie criminelle surprend tant par son imprévisibilité que par son degré d'intensité. Certaines affaires judiciaires sont devenues célèbres pour avoir parfaitement illustré ces deux particularités (I). Mais au-delà de l'aspect spectaculaire de certains crimes, ces affaires relèvent avant tout de comportements pathologiques que les infractions médico-légales entendent expliciter, à défaut de toujours pouvoir les prévenir (II).

### I – Quelques grandes affaires judiciaires témoins de la folie criminelle

La criminalité des malades mentaux fascine et angoisse. Elle sort de l'ordinaire tant par son illogisme que par son résultat. Les personnes développent à leur sujet une curiosité morbide (A), entretenue encore aujourd'hui par les médias (B).

#### **A – Fascination populaire traditionnelle pour la folie criminelle**

Dans les paragraphes qui suivent, seront exposés la biographie, le passage à l'acte, le procès et l'analyse psychiatrique d'un tueur en série (1), de l'auteur d'un parricide (2), d'un double meurtre paranoïaque (3) et d'un psychopathe s'étant paradoxalement attiré la sympathie populaire (4).

#### 1/ Landru, l'escroc meurtrier (1893-1919)

##### *Genèse d'un tueur en série*

Henri Désiré Landru, surnommé le « Barbe-Bleue » de Gambais, est un tueur en série français qui a sévi de 1915 à 1919. Il a connu une enfance choyée. Son père était chauffeur et sa mère couturière. Il a fréquenté l'école des Frères à Paris puis a officié comme sous-diacre dans une église. Il a épousé Marie-Catherine Rémy. Le couple a eu quatre enfants. Landru est un père aimant mais qui a du mal à subvenir aux besoins de sa famille. Il travaille dans une dizaine de métiers différents (brocanteur, comptable, cartographe, ...) puis fonde une fabrique de bicyclettes à pétrole mais qui fait faillite. Il s'engage dès lors dans une série d'escroqueries. Il est condamné à plusieurs reprises, dans les années 1900, à des amendes et à des peines de prison. Mais il réussit à être libéré du fait de son état mental, expertisé par des psychiatres qui

concluent que « sans être de la folie, il n'est plus du moins normal ». En 1909, il séduit une jeune femme qui lui remet tous ses titres. Landru s'échappe, laissant cette femme ruinée. Il est jeté en prison. À sa sortie, il monte une nouvelle escroquerie. Il est vite repéré mais parvient à s'enfuir. Il est condamné en 1914 par contumace à une peine de prison de quatre ans assortie d'une déportation à vie au bagne de Guyane. Il décide de poursuivre ses méfaits mais il ne doit plus être reconnu. Pour cela, il doit désormais éliminer ses victimes.

### *Les crimes*

À partir de 1915, Landru se fait passer pour un homme veuf, esseulé et disposant d'une certaine aisance. Charmeur et plein d'humour, il séduit des femmes seules et riches. Il leur fait miroiter le mariage et les invite à séjourner dans sa villa isolée qu'il loue à Gambais. À force d'éloquence, il parvient à faire signer à ses victimes une procuration, lui permettant ensuite de faire main basse sur leurs comptes bancaires. Puis vient le crime. Landru procède de manière stéréotypée. Il assassine les femmes dans la villa en les étranglant, puis il découpe leur corps. Une partie a priori non identifiable (tronc, jambe et bras) est enterrée dans les bois. Les têtes, les mains et les pieds sont incinérés dans la cuisinière de la villa. Landru tient un carnet noir dans lequel il détaille méticuleusement le déroulement des rencontres avec ses futures victimes, les déplacements et les dépenses.

### *Le procès et la condamnation*

Son procès s'ouvre le 7 novembre 1921 à Versailles. Onze meurtres lui sont officiellement attribués. Landru niera tout le long du procès être l'auteur de ces crimes. Il reconnaît seulement avoir volé et escroqué ses supposées victimes. Devant la cour, il fait preuve à diverses reprises d'une éloquence provocante et d'humour, s'attirant volontiers la sympathie de la salle. Cependant, la culpabilité de Landru est acquise d'emblée pour les jurés, mais elle reste difficile à prouver en l'absence de corps. Selon la rumeur, lors du procès, l'avocat de Landru, Maître de Moro-Giafferi, aurait annoncé qu'une des victimes était sur le point de rentrer dans le tribunal. Tout le monde aurait tourné la tête vers la porte, jusqu'à ce que l'avocat annonce l'inexactitude de cette affirmation, en soulignant que tous avaient eu un doute compte tenu du peu de preuves contre Landru et de l'absence de cadavre retrouvé. Néanmoins, l'avocat de l'accusation aurait surenchéri, en faisant remarquer que Landru, lui, n'avait pas tourné la tête vers la porte, ce qui aurait influencé le jugement. Landru est condamné à mort. Il sera guillotiné à l'aube du 25 février 1922 à l'âge de 52 ans.

### *Analyse psychanalytique du cas Landru*<sup>54</sup>

Francesca Biagi-Chai a cherché à savoir qui était Landru en s'attachant au plus près au langage. Selon elle, les experts commettent souvent l'imprudence d'expliquer les passages à l'acte par des références communes. Le psychanalyste s'attache autant à l'énonciation qu'à l'énoncé. « Qui est cet être parlant ? » « Quelle est la cohérence qui, dans la personnalité du criminel, a fait surgir l'acte ? » Landru aurait une « plasticité au discours de l'autre ». « Il répond à ce qu'on attend de lui et s'efface de l'énonciation ». À la place du sujet, vient souvent le « on ». Selon Biagi-Chai, Landru est un psychotique. Il reste impénétrable, impossible à déstabiliser face à l'insistance de ceux qui cherchent à obtenir un aveu. Ce dernier ouvrirait l'accès à la faute et humaniserait le sujet. Mais il y a une « mort subjective », « un vide ». Le moment de l'acte ne doit pas être séparé de la personnalité du sujet. La question est de savoir si le sujet est punissable ou non. En posant le diagnostic de psychose pour Landru, elle ne cherche pas à déresponsabiliser le sujet présentant des troubles mentaux, mais seulement à mieux le comprendre et donc à mieux le prendre en charge. Elle reprend l'aphorisme de Lacan « de notre position de sujet, nous sommes toujours responsables ».

### *2/ Pierre Rivière et le parricide (1835)*<sup>55</sup>

#### *Biographie*

Pierre Rivière est l'aîné d'une fratrie de cinq enfants. Sa mère le déteste et l'envoie dès qu'elle peut vivre chez son père dont elle sera le plus souvent séparée dès 1819. Cet abandon a certainement traumatisé Pierre. Elle traite son mari comme « un journalier gratuit, exigeant qu'il payât ses dettes au point de se ruiner pour elle... ». Pierre est décrit comme un être solitaire, farouche et cruel. Il présente des difficultés à s'intégrer dans la communauté rurale, malgré une certaine tolérance de celle-ci à son égard, à cause d'un comportement étrange. Il effectue les travaux qui lui sont confiés de « façon excessive, irraisonnée ». Il se comporte cruellement avec les enfants, reconnaissant qu'il s'agit pour lui d'un amusement. Il vit douloureusement les incessantes humiliations de sa mère à l'égard de son père. En

---

<sup>54</sup> PLATIER-ZEITOUN D., *Et vous aviez dit pervers narcissique ? À propos de ...* « Le cas Landru à la lumière de la psychanalyse » de Francesca BIAGI-CHAI, *Évolution psychiatrique* 2009, p.74.

<sup>55</sup> LAPALUS S. « *Pierre Rivière et les autres. De la violence familiale au crime : le parricide en France au XIXe siècle (1825-1914)* », Thèse de doctorat en histoire, *Revue d'histoire du XIXe siècle*, 24 | 2002, [En ligne], mis en ligne le 04 juin 2003. URL : <http://rh19.revues.org/index406.html>

grandissant, ainsi que l'écrit V. Janouin-Benanti dans son livre intitulé « La serpe du maudit »<sup>56</sup>, Pierre Rivière développe des signes inquiétants d'un déséquilibre mental. Il déteste les femmes et la procréation et devient mystique à force de lire la Bible.

### *Les crimes*

Le 3 juin 1835 vers midi, il entre dans la pièce principale de la ferme et assassine froidement à coups de serpe, en quelques minutes, sa mère, enceinte de presque sept mois, sa sœur âgée de 18 ans, et son frère âgé de 7 ans. Il rend compte de ses crimes aussitôt après à plusieurs voisins puis s'enfuit. Il sera arrêté seulement un mois plus tard à Falaise. Dans la maison d'arrêt, il rédige en une dizaine de jours un long mémoire intitulé « Moi Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère... » (première édition du mémoire : librairie Mancel, Caen, 1836). Très peu de criminels laissent le récit de leur acte. Pierre Rivière y reconstitue méticuleusement ses faits et gestes, mais aussi tout le vécu du drame familial. Il y explique avoir tué sa mère parce qu'elle humiliait son père au point que son existence était devenu un calvaire, sa sœur parce qu'elle était dans le « camp » de la mère, et son petit frère parce qu'il était le préféré de son père. En inspirant une profonde horreur à son père, il espérait l'émanciper de tout attachement pour lui et de l'extraire ainsi à cette malédiction familiale.

### *Procès et condamnation*

Pour le Code pénal de 1810, le parricide est placé au sommet de la hiérarchie pénale. Selon l'ancien article 299, il s'agit du « meurtre du père et de la mère légitimes, naturels ou adoptifs, ou de tout autre ascendant légitime ». Il est puni de mort avec un cérémonial particulier : « le condamné doit être conduit sur le lieu de l'exécution en chemise, nu-pieds et la tête couverte d'un voile noir » (article 13). Jusqu'à la réforme pénale de 1832, il subit en plus l'ablation du poing droit avant la décapitation.

Pierre Rivière comparaît les 11 et 12 novembre 1835 devant la Cour d'Assises du Calvados. Un grand débat s'ouvre autour de l'état mental du jeune homme, suite au contraste entre d'une part la cruauté et la froideur du crime et d'autre part la clarté et l'intelligence de son manuscrit. De plus, il se repent et dit avoir des remords. Mais il aime son père passionnément et explique qu'il ne supportait plus les souffrances que sa mère lui faisait

---

<sup>56</sup> JANOUIN-BENANTI V., *La serpe du maudit : 3 crimes en Calvados*, Édition Cheminements, Collection Crimes et Mystères, 2003, 407 pages.

endurer. Il explique aux juges qu'il a reçu un commandement de Dieu. Il ne retient de la lecture de la Bible que ce qui nourrit sa folie et pourtant il démontre une vraie logique. Trois des médecins qui l'ont examiné ont conclu qu'il n'était pas sain au moment des faits. Les trois autres ont affirmé le contraire. Les jurés l'ont condamné à la peine capitale. Mais dans le doute, une partie d'entre eux se ravisent et formulent un recours en grâce. Dans un rapport à la direction des affaires criminelles, le Président des Assises propose une commutation de la peine de mort en prison à perpétuité. L'avocat de Pierre Rivière, dans le cadre du recours en grâce, fait appel aux sept des plus éminents aliénistes parisiens du moment qui déclarent dans leur expertise l'irresponsabilité du jeune homme. Le 10 février 1836, Louis-Philippe accorde la grâce de la peine de mort. Le 7 mars 1836, Pierre Rivière entre à la prison de Beaulieu, à Caen, pour une peine de réclusion à perpétuité. Il s'y suicide le 20 octobre 1840.

#### *Approche psychiatrique*

Le diagnostic aujourd'hui reconnu est celui d'une schizophrénie. Il est possible qu'il ait développé une forme paranoïde avec un délire mystique, mais une discussion reste ouverte autour d'une forme schizo-thymique et d'un probable moment mélancoliforme l'ayant poussé au passage à l'acte. Le parricide relève d'une problématique fortement liée à celle du suicide. Il est commis dans la plupart des cas seul. Il apparaît ici une dimension mélancolique, où l'être aimé est épargné, mais les persécuteurs désignés (la mère et la sœur) sont tués. Quant au petit frère, son meurtre vient en gage d'une autopunition pour que le père protégé puisse le haïr et qu'il n'ait pas à souffrir de sa conduite. Ce crime sera également puni par la justice à laquelle Pierre Rivière demande de l'aide. Il prend conscience de son acte durant sa fuite. Il apparaît calme au moment où il est retrouvé et tout le long du procès car il se sait déjà condamné à mort. Il rédige avec intelligence son mémoire, véritable autobiographie, probablement « pour que justice soit faite enfin à l'égard de son père ». La clarté de ce récit interroge bien sûr par rapport à la folie du geste. Le passage à l'acte a été mûri. Sa mise en scène aura probablement joué un rôle cathartique, mettant fin à des années de douleur.

### **3/ La folie à deux des sœurs Papin (1933)**

#### *Biographie*

Christine (1905 – 1937) et Léa (1912 – 2001) Papin sont issues d'une fratrie de trois filles. L'aînée se prénomme Émilie. Christine est rapidement confiée à sa tante paternelle, sans raison apparente. Le couple parental, Gustave et Clémence, continue à élever les deux

âînées jusqu'à leur divorce en 1913, apparemment provoqué par le viol d'Émilia par son propre père, homme alcoolique et brutal. La mère obtient la garde de ses trois enfants. Mais elle est décrite comme une femme « volage ». Elle décide de ne garder avec elle que Léa et place les deux autres dans l'un des plus stricts pensionnats de la région. Christine et Léa sont placées et déplacées au gré de leur mère tout au long de leur enfance et de leur adolescence. Malgré la distance qui les sépare, une relation fusionnelle s'installe entre les deux sœurs qui se protègent mutuellement de cette mère qui ne leur offre aucune affection. Dans leurs antécédents, on retrouve aussi des violences conjugales, un cousin aliéné et un oncle pendu.

### *Les crimes*

Christine et Léa Papin travaillent en tant que servantes pour une famille bourgeoise d'une petite ville de province. Leur patronne est l'une des seules à leur témoigner de la gentillesse. En 1929, Madame, touchée par l'application de ses bonnes à leur travail, déroge à la règle de neutralité qu'elle avait posée au départ en intervenant directement auprès de leur mère pour que Christine et Léa gardent désormais leurs gages dans leur intégralité. Dès lors, Madame n'est plus simplement une patronne, mais une femme qui se soucie du bien et du bonheur de ses employées. Léa et Christine reçoivent ce geste comme une marque d'affection, qui instaure entre elles un lien d'un autre ordre que celui d'employeur à employé. Désormais, les deux sœurs appellent Madame « maman », dans le secret de leurs confidences, rejetant leur véritable mère qui ne devient plus que « cette femme ».

Leur attitude étrange étonne. Elles vivent de façon fusionnelle, passant leurs jours de congé ensemble, dans leur chambre. Elles ne sortent que pour se rendre à la messe, coquettes et élégantes, le dimanche matin. Elles ne lient jamais connaissance avec un garçon ou avec les domestiques ni avec les commerçants du quartier, qui les trouvent bizarres. Le 2 février 1933 au soir, les sœurs Papin provoquent par maladresse une panne d'électricité. La mère et la fille de retour à la maison, les deux sœurs déclenchent une attaque « d'emblée portée au paroxysme de la fureur », à l'égard de leurs deux patronnes. Une violente dispute éclate entre Christine et « Madame » qui se transforme rapidement en véritable agression lorsque Christine, prise d'une fureur subite, arrache à la main un œil à « Mademoiselle » et le jette dans l'escalier. Elle ordonne ensuite à sa sœur de faire de même avec leur maîtresse. Celle-ci s'exécute et arrache les deux yeux de « Madame ». Les deux femmes ne survivent que peu de temps. Elles mutilent ensuite sauvagement les corps à l'aide d'objets trouvés à portée de main. Elles leur écrasent la face, les dénudent en partie, taillent profondément les cuisses et

les fesses de l'une et arrosent l'autre de ce sang. Elles lavent ensuite l'ensemble des instruments, se purifient elles-mêmes et se couchent dans le même lit. Elles se seraient alors écriées : « en voilà du propre ! ».

Cette orgie sanglante s'est passée au cours d'une décharge clastique, aussi soudaine et inattendue que violente. Lui fait suite une sorte de soulagement mais vidé de toute émotion. Lorsque la Police arrive, alertée par le mari qui attendait sa femme et sa fille à un dîner extérieur, les deux sœurs sont allongées dans le même lit. Elles avouent les deux meurtres en justifiant l'autodéfense : « c'était elles ou nous ». Interrogées par le juge, elles ne peuvent donner un sens compréhensible à leur acte. Elles ont juste le souci de partager la responsabilité du crime. Elles expliqueront aux policiers avoir traité leurs victimes comme il était recommandé de le faire dans les manuels de cuisine de 1900 pour préparer des lapins, laissant transparaître leur savoir-faire de cuisinières.

#### *Procès et condamnations*

Elles sont toutes deux emprisonnées mais séparément. Après cinq mois de détention, Christine présente une crise d'agitation très violente avec des hallucinations terrifiantes. Au cours d'une autre crise, elle essaie de s'arracher les yeux, se blessant. La camisole de force est requise. Elle va se livrer à des exhibitions érotiques. Puis elle sombre dans un état mélancolique et délirant. Le 30 septembre 1933, les deux sœurs sont condamnées par le jury pour des motifs différents. Christine est accusée du double meurtre de ses patronnes, tandis que Léa est accusée d'avoir tué « en collaboration avec sa sœur ». Christine est condamnée à « avoir la tête tranchée sur la place du Mans », peine qui sera convertie par le Président de la République en travaux forcés à perpétuité. Elle est rapidement internée à l'hôpital psychiatrique. Mélancolique, refusant de s'alimenter, elle se laisse mourir le 18 mai 1937 à l'âge de 32 ans. Léa devra purger une peine de dix ans de travaux forcés et de vingt ans d'interdiction de séjour. Elle est libérée le 2 février 1943, jour anniversaire du crime, et meurt en 2001, à l'âge de 89 ans, après avoir passé le reste de sa vie chez sa mère.

#### *Approche psychiatrique*

La majorité des psychiatres consultés ont conclu à leur irresponsabilité. Parmi eux, le Docteur Logre émet plusieurs hypothèses sur leur état mental : idées de persécution,

perversion sexuelle, épilepsie ou hystéro-épilepsie. Jacques Lacan<sup>57</sup> a évoqué à leur sujet un cas de « folie à deux ». Il retient le diagnostic de paranoïa, dégageant « les traits classiques suivants : a) un délire intellectuel qui varie ses thèmes des idées de grandeur aux idées de persécution ; b) des réactions agressives très fréquemment meurtrières ; c) une évolution chronique.... Le délire est ici considéré comme un effort rationnel du sujet pour expliquer ses expériences et l'acte criminel comme une réaction passionnelle dont les motifs sont donnés par la conviction délirante. » En prison, Christine exprime des propos prouvant la méconnaissance de la réalité. Elle demande « comment se portent ses deux victimes et déclare qu'elle les croit revenues dans un autre corps », ou bien elle fait part de croyances plus énigmatiques : « je crois bien que dans une autre vie je devais être le mari de ma sœur ». La vie étrange de ces deux sœurs a fait parler « d'âmes siamoises, un monde à jamais clos »... « À lire leurs dépositions après le crime, dit le Dr Logre, on croit lire double ».

Une autre hypothèse reviendrait à dire qu'il existe un attachement entre les deux sœurs correspondant à la fusion psychotique entre deux êtres qui ne vont cesser de vivre en miroir l'une de l'autre, accomplissant leur crime de façon identique, synchronisée, sur deux victimes elles-mêmes miroirs des frustrations profondément enfouies. Se manifeste alors un glissement de signifiant maternel de leur propre mère, « volage », non protectrice et rejetante, vers leur patronne, plutôt gentille et qu'elles finissent par appeler « maman ». Christine, l'enfant rejetée, demande à Léa d'arracher l'œil de « Mademoiselle ». Si « Madame » est devenue « maman », « Mademoiselle » est probablement vécue comme une sœur, réveillant « l'hostilité primitive entre les frères ». Elle est « celle que maman aime et regarde, qui n'a d'yeux que pour elle ». À son tour, « maman » doit être punie de « ne pas avoir eu d'yeux pour ses deux autres filles ». Dans ce moment de fureur clastique, toute la haine cumulée se décharge violemment pour être, aussitôt l'acte commis, déniée, clivée de l'être. Christine domine Léa qui semble avoir subi sa vie et sa misère. Christine, rejetée très tôt entre les mains d'une tante paternelle, a construit peu à peu un monde où l'être désigné pour aimer (la mère) devient l'être à haïr ou le persécuteur désigné.

---

<sup>57</sup> LACAN J., « Motifs du crime paranoïaque. Le crime des sœurs Papin », Paru dans *Le Minotaure*, n° 3/4 – 1933-34, puis, dans *Obliques*, 1972, n° 2, pp. 100-103. Sera repris à la suite de la thèse : *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Seuil, coll. « Le champ freudien », 1975, pp. 25-28.

### *Biographie*

Lacenaire (1803 – 1936) est issu d'une famille de commerçants aisés, résidant à Lyon. Le criminel poète, tel qu'il fut surnommé, a été décapité le 9 janvier 1936. Sa biographie a été marquée par des carences affectives et des séparations précoces, par le rejet de la religion puis de la société dans son ensemble. Sa mère ne lui aurait prodigué aucune affection dans son jeune âge, ce qui l'aurait poussé à « se dépouiller de toute sensibilité » selon ses écrits. Sa vie est émaillée de ruptures, signant une profonde instabilité dont les divers métiers pratiqués par Lacenaire, sans qu'il puisse rester longtemps dans un même endroit, en sont une preuve (employé chez un avoué, clerc de notaire, employé de banque, journaliste, soldat à deux reprises, écrivain public...).

Enfant solitaire, sans affection de la part de ses parents, il leur attribue la précocité du sentiment d'injustice éprouvé vis-à-vis de la terre entière. Il a commencé par des vols répétés dans la bourse de sa mère. À l'adolescence, il connaît un épisode dépressif. Il est renvoyé de plusieurs établissements, nourrissant de plus en plus un sentiment de vengeance à chaque frustration. Mais ce qui semble avoir fait « bascule » dans son esprit est une rencontre inopinée avec la mort, alors qu'il se promenait à Lyon avec son père. Il assiste à une exécution, sans avoir été prévenu au préalable, au décours de la promenade, créant un effet de surprise devant cet événement violent, ce qui peut évoquer ici l'origine d'un traumatisme psychique. Y-a-t-il eu dès lors fascination pour des crimes ensanglantés et brutaux ? Cet événement a été stigmatisé en même temps par une prédiction paternelle. Devant l'échafaud, son père lui dit : « Tiens, regarde, c'est ainsi que tu finiras si tu ne changes pas ».

### *Les crimes*

Lacenaire rejoint Paris à son jeune âge adulte. Il commence par défrayer la chronique par une suite de vols et d'escroqueries. Il échoue en prison où il suit ce qu'il nommera lui-même son « université criminelle ». En 1830, au fond de son cachot, il recrute ses deux futurs comparses. Il écrit des ballades, des poèmes, qui connaissent un réel succès. Il y dénonce

---

<sup>58</sup> EVIN G., « Lacenaire, le bandit dandy », dans Le Figaro et TTM éditions (*Beaux arts magazine*), Éditeur Claude Pommereau, Hors série, Février 2010, p. 32-33.

<sup>59</sup> MÈLE E., *Pierre-François Lacenaire. Un destin criminel au XIX<sup>ème</sup> siècle*. Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire de criminologie appliquée à l'expertise mentale. Directeur de mémoire : Pr B. Cordier. 2004.

« l'ignominie du milieu carcéral français ». Sorti de prison, il commet plusieurs larcins avec ses associés, mais le système finit par déraiper et pousse Lacenaire à commettre un double meurtre à Paris : l'assassinat de Chardon (vieux connaissance de Lacenaire qu'il finit par haïr suite à des « discussions d'intérêt ») et de sa mère. Les corps sont mutilés atrocement à leur domicile par un « instrument aigu et tranchant monté sur un bouchon de liège », et achevés à la hache. La Police découvrira dès lors que Lacenaire avait déjà tué plusieurs fois par le passé. Enfermé à la Conciergerie, il y établit son salon où le Tout-Paris se presse pour recueillir ses confidences : il sculpte son image d'ennemi public maniéré.

### *Approche psychiatrique*

Lacenaire a constamment revendiqué le bien-fondé de ses crimes en tant que vengeance contre la société. L'étude de sa personnalité a révélé un sujet possédant une bonne image de lui-même, à la dimension mégalomane, mais nourrissant un vécu de persécution associé à des mécanismes de défense de type projectif. Lacenaire se positionne comme une victime et tout ce dont on l'accuse n'est que la résultante de la persécution dont il a été la cible depuis sa petite enfance. La faute appartient aux autres, définissant probablement un délire d'interprétation évoluant en réseau, de type paranoïaque. Il n'a montré aucune culpabilité, à quelque moment que ce soit, y compris sur l'échafaud.

La criminalité des malades mentaux surprend, angoisse mais ne laisse personne indifférent. Les médias actuels tirent parti de cet intérêt avec pour effets malheureux à la fois de généraliser des comportements qui restent exceptionnels et de provoquer dans la population un sentiment de méfiance envers des malades mentaux toujours plus stigmatisés.

## **B – La stigmatisation médiatique continue de la criminalité des malades mentaux**

Les trois affaires ici présentées ont défrayé la chronique et effrayé la population. Les médias ont insisté sur l'insécurité générée par le tueur en série Francis Heaulme, qui a pu pendant près de huit ans assassiner en toute impunité et sans mobile apparent (1). L'hypermédiatisation de l'horreur du passage à l'acte de Romain Dupuy, schizophrène (2), et les circonstances particulières de l'acte récidiviste de David Guebre-Johannes (3) mettent à mal la sécurité dans les établissements médicaux et l'efficacité du système répressif.

## *1/ Francis Heaulme, tueur en série : le « routard du crime »*

### *Biographie*

Francis Heaulme<sup>60</sup> a été reconnu coupable de meurtre dans six affaires, mais est soupçonné pour d'autres affaires sans que la preuve judiciaire ne puisse en être donnée. Il est né le 25 février 1959 à Metz. L'enfance de Heaulme est marquée du sceau de l'abandon et de la violence. On l'aurait surnommé « Félix le Chat » car il mangeait ce qu'il trouvait. Alcoolique, son père est violent, frappant régulièrement son épouse et ses enfants, et plus particulièrement le jeune Francis, jusqu'à l'âge de 17 ans. Il le traite de "bâtard" et de "retardé" à cause de son allure asexuée. Lors de son arrestation, un syndrome de Klinefelter est diagnostiqué chez Heaulme (anomalie génétique définie par la présence d'un gène sexuel X supplémentaire, se traduisant par une altération de l'identité sexuelle, une atrophie des testicules et, dans certains cas, par une légère débilité. Néanmoins, les différents experts psychiatriques resteront prudents, expliquant que le syndrome de Klinefelter ne mène pas au passage à l'acte). Heaulme est souvent enfermé par son père à la cave. En manque de reconnaissance et d'affection, il tente plusieurs fois de se suicider dans son adolescence. Mais son père reste indifférent. Heaulme se met à boire et sombre rapidement dans une forte alcoolodépendance. Il montre des signes de cruauté en enterrant des animaux vivants. Si les relations avec son père sont mauvaises, en revanche, il voue un amour sans borne à sa mère, qu'il considère comme « une Sainte ». Il apprend son cancer en 1982 et se trouve très affecté par son décès le 16 octobre 1984. Il se jette sur son cercueil en hurlant, le jour de l'enterrement. Dès novembre 1984, une vie de nomade, jonchée de crimes, va commencer dans toute la France pour une durée de huit ans, traversant plus de 37 départements. Il prend des psychotropes de façon plus ou moins anarchique, les mélangeant volontiers à l'alcool, se réfugie environ 130 fois dans des hôpitaux et des institutions psychiatriques pour soins ou pour cures de sevrage, souvent à sa demande, mais il n'adhère à aucun projet thérapeutique au long cours. Atteint du syndrome de Klinefelter, Heaulme ne peut pas assouvir les pulsions sexuelles qui l'assaillent. C'est dans le crime qu'il peut en calmer une partie.

### *Les crimes*

L'étude du mode opératoire montre que Francis Heaulme s'attaque indifféremment à des personnes vulnérables de sexe féminin ou masculin, des enfants, des jeunes gens ou des

---

<sup>60</sup> [www.tueursenserie.org/](http://www.tueursenserie.org/) - 2002/2010 - Conception et réalisation : Emily Tibbatts | Tous droits réservés | Site créé sous SPIP

adultes, qu'il rencontre fortuitement et qu'il tue impulsivement. L'absorption d'alcool favorise souvent le passage à l'acte. Les meurtres ont surtout une motivation sexuelle, contrecarrée par son impuissance que Heulme nie, et la plupart témoignent d'une grande brutalité. Il a poignardé un jeune garçon avec 83 coups de tournevis. Il tue indifféremment à coups de poings, de pierres, au couteau ou en étranglant. Certains crimes sont perpétrés avec un complice de rencontre, souvent facilement manipulable et qu'il ne revoit plus par la suite, ce qui reste un fait très rare pour un tueur en série. N'étant pas capable de commettre l'acte sexuel, il entraîne par deux fois des hommes dans ses crimes (dont un cousin éloigné), eux pour violer la victime, lui pour tuer et assouvir ses instincts sexuels.

Lors des interrogatoires, Heulme oscille entre deux désirs contraires, celui de parler pour se vanter et celui de se taire pour échapper à la justice. Il se présente volontiers comme "le gentil", celui qui tente d'intervenir sur les lieux d'un crime pour sauver la victime en tant que témoin involontaire et accidentel du meurtre. Plus tard, Heulme avoue être le meurtrier. Il se rétracte très souvent après ses aveux. Le gendarme qui suivra son affaire pendant des années finit par comprendre que chaque fois que Heulme va raconter un meurtre réel, « il met une chemise blanche, un pantalon à pinces et des chaussures disco. Il pense que je ne vais pas l'accuser parce qu'un tueur ne peut pas être si bien habillé » confie-t-il. Ce comportement relève-t-il d'une débilité légère ou bien d'un sujet particulièrement habile et manipulateur ? Heulme dérouté forces de l'ordre, magistrats et jurés. Experts et enquêteurs ont cependant noté « un blocage quand il s'agit de meurtres d'enfants », avec parfois des tremblements convulsifs. « C'est quand on ne lui demande rien qu'il en dit le plus » dira le gendarme.

#### *Procès et condamnations*

Heulme ne ressent aucun remord pour ses crimes. Il fait preuve d'une absence totale d'empathie pour ses victimes. Il n'a jamais la moindre parole ou la moindre pensée pour elles. Il est condamné en mai 1997 à la réclusion criminelle à perpétuité avec 22 ans de période de sûreté par la Cour d'Assises du Var, en 1999 à 30 ans de réclusion criminelle par la Cour d'Assises de la Meurthe-et-Moselle, et le 16 décembre 2004 à une peine de 30 ans de réclusion criminelle, assortie d'une période de sûreté de 20 ans, pour trois meurtres commis dans la région de la Marne en 1988 et 1989.

#### *Approche psychiatrique*

Plusieurs expertises psychiatriques et psychologiques ont été réalisées, aboutissant parfois à des conclusions inverses. Il ressort cependant une dysharmonie et une

désorganisation de la personnalité. La plupart du temps, il est reconnu « accessible à une sanction pénale ». Pour certains, il n'y a « ni altération du jugement, ni abolition du discernement ». La discussion autour de son intelligence reste ouverte. Mais un psychiatre (le docteur Jacques Henry) décrit chez Heulme une « excellente intelligence sociale ». Il est capable de persuader les autres, il s'en vante d'ailleurs en déclarant « qu'en les regardant dans les yeux, il y arrive toujours »...

## **2/ L'affaire Romain Dupuy, dite des « infirmières de Pau » (18/12/04)**

Le 18 décembre 2004, à 6h30, les corps sans vie d'une infirmière et d'une aide soignante de l'hôpital psychiatrique de Pau sont retrouvés dans le pavillon où elles étaient de garde. Elles ont été égorgées et décapitée pour l'une d'entre elle. Sa tête a été posée sur la télévision. La France est bouleversée par le drame. Cette affaire au fort retentissement politique va se trouver à l'origine d'une nouvelle loi sur l'irresponsabilité pénale.

Le 29 janvier 2005, un homme est arrêté pour tentative de meurtre sur des policiers lors d'un contrôle de routine. Il s'appelle Romain Dupuy. Âgé de 21 ans, il est un ancien patient de l'hôpital psychiatrique où il a fait trois séjours pour schizophrénie. Son ADN le confond. Romain Dupuy est bien le meurtrier des deux infirmières. Mais est-il responsable de ses actes ? Peut-il être jugé ? C'est le début d'une bataille d'experts qui durera deux ans. Au final, Romain Dupuy est reconnu non responsable de ses actes, son jugement étant aboli au moment des faits. Le non-lieu psychiatrique est demandé et confirmé après appel.

## **3/ « Le retour sur les lieux du crime » de David Guebre-Johannes (02/01/10)**

David Guebre-Johannes, âgé de 27 ans, tue le 3 janvier 2010 un homme d'une soixantaine d'années de dix coups de couteau dans un immeuble de Roquebrune-Cap-Martin, près de Nice. Deux voisins, un couple alerté par les cris, tentent de lui porter secours et sont sérieusement blessés à leur tour.

L'auteur du crime avait déjà défrayé la chronique en mai 2005 pour avoir porté huit coups de couteau sur le gardien de ce même immeuble, où il avait vécu avec ses parents et son frère jumeau. Il avait déjà tenté à deux reprises de mettre le feu, d'abord au palier du quatrième étage puis en arrosant de combustible la haie qui entoure l'immeuble. La victime avait survécu. Quelques jours avant ce drame, il s'était querellé avec un couple de voisins du

quatrième étage lui reprochant « de mettre la musique trop fort ». Il les avait menacés avec un couteau mais avait été interpellé. Il s'était attaqué au gardien quelques jours plus tard. David Guebre-Johannes avait été jugé irresponsable de ses actes, ayant commis ce geste sous l'ordre d'une hallucination auditive. Il avait déclaré « avoir une puce dans la tête et avoir suivi une voix qui lui avait commandé d'agir ». Il avait été interné en hôpital psychiatrique, mais il était en sortie d'essai, vivant dans une résidence médicalisée. Le couple en question avait pris peur, persuadé qu'il reviendrait, et avait déménagé peu après.

Cet homme s'est attaqué cinq ans plus tard à l'habitant de ce même appartement, ayant gardé gravé dans sa mémoire ce lieu, telle une obsession morbide. David Guebre-Johannes est reparti « tranquillement », son passage à l'acte accompli. Il a été interpellé peu après par la Police, sur un parking proche de la résidence. Tous les quotidiens et la télévision se sont emparés aussitôt de l'affaire. Les questions de la levée d'hospitalisation d'office et de la récurrence sont posées.

Au travers de ces divers exemples de passages à l'acte criminels et d'apparence irrationnelle, il se cache en réalité des comportements qui suivent leur propre logique comme le démontrent les infractions médico-légales.

## **II – Les infractions médico-légales**

Parmi les infractions susceptibles d'être réalisées<sup>61</sup>, certaines témoignent de véritables troubles mentaux présents chez leur auteur. Ainsi en est-il des homicides pathologiques (A) en opposition avec les homicides simples. Le parricide (B), le libéricide et l'infanticide (C) constituent des homicides dont la spécificité appelle une étude particulière.

Par ailleurs, les agressions sexuelles (D) et l'incendie criminel (E), malgré l'actualité et la fréquence médiatique, ne doivent pas faire oublier qu'elles ne sont pas l'exclusivité des malades mentaux.

---

<sup>61</sup> BÉZÉNECH M., LE BIHAN P., BOURGEOIS M.L., « Criminologie et psychiatrie », Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37 906-A-10, 2002, 15 pages.

## A – Les homicides pathologiques

Les homicides pathologiques se distinguent des meurtres réalisés par des délinquants dont on ne peut déterminer un trouble grave de la personnalité ou l'existence d'une maladie mentale, tout au plus des traits caractériels. Les meurtres de ces derniers sont réalisés librement et lucidement. Leur motivation est utilitaire (règlement de comptes, homicide crapuleux par intérêt ou par vengeance, euthanasie,...)

Les homicides pathologiques sont le fait d'un agresseur unique, souffrant de psychose, ou bien d'un sadique sexuel passagèrement incontrôlé. L'agresseur peut traverser une crise existentielle, passionnelle, coléreuse ou émotive, liée à des difficultés familiales, professionnelles ou sociales. Le crime est désorganisé et violent. Le mobile est inexistant ou illogique. La victime, souvent connue de l'agresseur, présente des blessures multiples, témoignant d'un acharnement excessif. Les lésions du visage type défiguration sont fréquentes. Des actes sexuels *ante-* et *post-mortem* sont parfois réalisés. L'agresseur est proche de sa victime, utilisant ses mains et ses pieds, un objet contondant, une arme blanche ou à feu, un lien (type cordelette). L'étranglement est fréquent ainsi que les blessures de défense sur la victime. L'agresseur ne cherche pas à cacher son meurtre, laissant le cadavre abandonné sans précaution. L'arrestation est habituellement facile, le sujet restant sur la scène du crime ou dans son voisinage immédiat, ou laissant de nombreuses traces permettant de l'identifier aisément. Une tentative de suicide après le meurtre (meurtre-suicide) n'est pas rare.

Bénézech et al proposent une classification des homicides pathologiques.

*1/ L'homicide impulsif* : l'agresseur est souvent atteint de troubles intellectuels à type de déficience légère et/ou d'un trouble de la personnalité (antisociale ou état limite). Il commet son acte en état d'ivresse, manifestant une colère importante, non contrôlée, à l'occasion d'un conflit, d'une frustration ou d'une crise. La victime peut être un proche ou une personne inconnue de l'agresseur.

*2/ L'homicide passionnel* : le sujet présente une crise existentielle grave à l'occasion d'une séparation ou d'une menace de rupture qu'il est incapable de supporter. La perte de l'objet provoque une souffrance intolérable à l'origine, entraînant un fléchissement dépressif et un

passage à l'acte de type meurtre-suicide. La victime est le plus souvent le ou la partenaire comme le sont parfois les enfants du couple.

3/ *L'homicide sexuel* : l'agresseur a besoin de dominer sa victime, soit par colère (haine envers les femmes ou haine indifférenciée), soit par plaisir (sadisme). Le crime peut être organisé, au quel cas la victime est sélectionnée selon des critères précis, ou il peut être désorganisé, la victime étant choisie de façon aléatoire, par opportunité. Ce dernier cas est surtout celui des agresseurs jeunes et inexpérimentés, sous l'influence d'une drogue ou de l'alcool, ou parce qu'atteints de troubles mentaux. La victime est souvent inconnue du meurtrier.

4/ *L'homicide dépressif* : souvent observé chez des sujets atteints de troubles thymiques uni- ou bipolaires, au cours d'un épisode mélancolique ou mélancoliforme. Le sujet entraîne ses proches dans la mort au cours d'un mouvement de régression fusionnelle avec la victime. La culpabilité et douleur morale, accompagnées d'auto-accusations et d'un délire congruent à l'humeur, sont intenses. La victime est quelquefois consentante en cas de « pacte suicidaire ». La motivation de l'agresseur se veut altruiste ou possessive.

5/ *L'homicide psychotique non délirant* : son auteur souffre soit de schizophrénie de type héboïdophrénie, soit de séquelles de psychose infantile sous forme de dysharmonie évolutive. La motivation est d'ordre intellectuel plus qu'émotionnel. Le crime peut se produire pour des causes insignifiantes dans un contexte de réaction impulsive, brutale, échappant à tout contrôle. Les proches sont les victimes les plus exposées.

6/ *L'homicide psychotique délirant* : le sujet est atteint d'un état délirant aigu ou chronique en phase processuelle à l'origine d'une altération importante des rapports avec la réalité. Le passage à l'acte survient habituellement au cours d'un moment anxieux majeur. Par projection délirante sur la victime, le sujet va ressentir intensément des sentiments de peur, de jalousie ou de persécution motivant la réaction meurtrière défensive contre le supposé agresseur. Les proches parents sont les victimes les plus exposées.

7/ *L'homicide de cause organique* : le sujet est sous l'emprise d'un ou plusieurs toxiques ou porteur d'une pathologie somatique susceptible de provoquer des perturbations émotionnelles criminogènes (trouble métabolique, tumeur cérébrale, démence, trouble du sommeil). Le

meurtre se produit le plus souvent au cours d'un épisode confusionnel avec désorientation temporo-spatiale, obnubilation de la conscience et surtout délire oniroïde en général terrifiant. Les troubles mentaux organiques les plus souvent en cause sont les ivresses alcooliques pathologiques et les syndromes induits par d'autres substances psychoactives.

*8/ L'homicide non classable ailleurs* : ce dernier groupe comprend une grande variété de crimes pathologiques, depuis le meurtre compulsif de motivation névrotique jusqu'au meurtre passagèrement psychotique, en passant par le meurtre réalisé par une personne souffrant d'hyperémotivité, de sentiment d'infériorité, de traits de personnalité passive-agressive.

Une telle classification est réductrice : le plus souvent une intrication de plusieurs types d'homicides est constatée. La connotation dépressive et la prise d'alcool ou de toxiques sont fréquentes.

## **B – Le parricide**

Une étude menée par Sylvie Lapalus<sup>62</sup> sur plusieurs parricides entre 1825 et 1914 montre qu'il s'agit souvent du crime par le fils contre le père (aujourd'hui estimé à 90% des parricides). Globalement, les accusés sont des hommes d'âge moyen 31 ans, mariés et relativement bien insérés socialement bien qu'instables dans leurs occupations ou leurs emplois. Leur passé révèle déjà des actes de violence à l'encontre de leur victime. Le crime survient généralement dans une cellule familiale fonctionnant en vase clos. Les protagonistes ont noué des liens inextricables au point que les victimes survivantes présentent un comportement particulièrement ambivalent au cours de l'instruction ou du procès. Selon Millaud et al, cités par Bénézech, beaucoup d'auteurs de parricides expriment un sentiment ancien d'impasse relationnelle, d'étouffement, d'échec de toutes les tentatives de prise de distance. Ils peuvent être confrontés à l'idée du parricide depuis longtemps, ayant sollicité souvent une aide psychiatrique avant le drame. Ce point contraste avec la soudaineté du passage à l'acte, déclenché par un événement souvent minime, et la sauvagerie du geste. Le crime des parents est multifactoriel, associant de façon complexe des dimensions psychologique, relationnelle, statutaire, économique et sociale...

---

<sup>62</sup> LAPALUS S. « *Pierre Rivière et les autres. De la violence familiale au crime : le parricide en France au XIXe siècle (1825-1914)*, Thèse de doctorat en histoire », *Revue d'histoire du XIXe siècle*, 24 | 2002, [En ligne], mis en ligne le 04 juin 2003. URL : <http://rh19.revues.org/index406.html>

Pour Bénézech et al, les auteurs de crimes familiaux sont généralement perturbés psychologiquement selon deux pôles dominants : un versant psychotique/vengeur pour le parricide (meurtre de son père – matricide : meurtre de sa mère) et le fratricide (meurtre de son frère ou de sa sœur), et un versant passionnel/dépressif pour l'uxoricide (meurtre de l'épouse par le mari) et le filicide (meurtre de son propre enfant). Les parricides représentent 3 à 6 % de l'ensemble des homicides.

Les adolescents parricides sont rarement atteints de psychose. Ils agissent le plus souvent au cours d'une explosion coléreuse suite à des abus répétés et à la violence intrafamiliale du père. Le mobile le plus fréquent est la protection de la mère et du reste de la fratrie contre la violence paternelle.

Parmi les adultes parricides, le diagnostic de psychose est plus fréquemment retrouvé. Le parricide représente 20 à 30% des homicides commis par les psychotiques. Le sujet est le plus souvent atteint de schizophrénie et tue plus volontiers la mère que le père, à moins qu'il ne s'agisse d'un double parricide (père et mère).

### **C – L'infanticide et le libéricide**

Le terme infanticide appartenait au vocabulaire juridique et désignait à la fois le meurtre d'un enfant, particulièrement d'un nouveau-né, et l'auteur d'un tel acte. Le libéricide concernait le meurtre d'un enfant âgé de plus de 24 heures. Désormais en droit, les termes ont disparu du code pénal et ont été remplacés par la circonstance aggravante du meurtre « sur un mineur de 15 ans » (art 221-4 1°) CP).

Selon Bénézech et al, l'annuaire statistique de la justice en France recense actuellement de 50 à 100 infanticides ou libéricides par an, ce qui correspond à environ 5 % des homicides volontaires. Ce chiffre a diminué depuis la mise en place de la contraception facilement accessible et la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse. Les infanticides sont le plus souvent commis par les mères, jeunes femmes âgées en moyenne de 20 à 25 ans, non désireuses d'enfant, d'autant que celui-ci est souvent illégitime, issues d'un milieu socioculturel souvent modeste et n'exerçant pas d'activité professionnelle. Les traits de personnalité sont en faveur d'une immaturité. Ces jeunes femmes présentent des difficultés à

communiquer avec autrui, vivant dans une grande solitude affective. La grossesse est souvent déniée et cachée à l'entourage.

Dans le cas de libéricides, les deux parents sont fréquemment en cause. Pour les victimes très jeunes, les auteurs sont plus souvent leurs mères que leurs pères, ce rapport tendant à s'inverser quand l'enfant progresse en âge. Les agresseurs sont dépressifs et traversent une crise suicidaire avec prégnance d'idées de suicide avant le passage à l'acte. Ainsi, selon Marzuk et al, cités par Bénézec, 16 à 29 % des mères et 40 à 60 % des pères se suicident immédiatement après le meurtre de leur enfant. D'autres pathologies sont incriminées telles que la psychose du post-partum et autres épisodes psychotiques, aigus ou chroniques. La désinhibition et les accès de violence sous l'effet de l'alcool sont souvent à l'origine de sévices mortels envers les enfants.

Le syndrome de Münchausen par procuration<sup>63</sup> est une forme grave de sévices à enfant. L'adulte qui a en charge l'enfant, provoque de manière délibérée chez lui des problèmes de santé sérieux et répétés avant de le conduire auprès d'un médecin ou du service des urgences pédiatriques. Décrit en 1977 par Sir Roy Meadow, il se définit par l'association de quatre critères. L'un des parents provoque la maladie de l'enfant qui est régulièrement amené devant un médecin afin d'obtenir la réalisation d'examen complémentaires et la prescription de traitements. Les parents responsables affirment ignorer l'origine des symptômes. Ces derniers régressent lorsque l'enfant est séparé du parent responsable. Dans 90% des cas, le parent à l'origine des sévices est la mère biologique, exerçant souvent une profession médicale ou paramédicale. Parmi elles, 30 % souffrent d'un syndrome de Münchausen simple. Elles se présentent comme des « mères très attentionnées ». Elles restent près de l'enfant durant les séjours hospitaliers, paraissant moins inquiètes que l'équipe soignante. Leur discours est volontiers médical et elles n'hésitent pas à suggérer des examens complémentaires invasifs ou des interventions chirurgicales. Dans sa forme extrême, ce syndrome peut conduire à des actes médicaux majeurs atteignant le pronostic vital de l'enfant

---

<sup>63</sup> Recherche Internet. *Le Syndrome de Münchausen par procuration. Étiologie, remédiation, étymologie, affaires judiciaires.* [http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome\\_de\\_M%C3%BCnchausen\\_par\\_procuration](http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_de_M%C3%BCnchausen_par_procuration)

## **D – Les agressions sexuelles**

Les agressions sexuelles sont particulièrement graves par leur fréquence, leur tendance à la récurrence et la qualité des victimes. Deux lois (n° 94-88 du 1<sup>er</sup> février 1994 et n° 98-468 du 17 juin 1998) renforcent le droit répressif français en matière de criminalité sexuelle. La plus récente, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs, a institué un suivi sociojudiciaire pouvant comprendre une injonction de soins. Selon les statistiques du ministère de la Justice, environ 50 % des affaires jugées en Cours d'assises concernent des crimes sexuels dont la moitié se rapportent à un viol sur mineur commis en milieu familial par un proche.

Selon Aubut, cité par Bénézech, l'incidence des affections psychiatriques parmi les délinquants sexuels, à l'exception des troubles de la personnalité, de l'alcoolisme et de l'abus de substances, n'apparaît pas plus importante que dans la population générale de niveau socioéconomique équivalent. Il n'existe pas de profil psychologique spécifique. En revanche, la grande majorité des agresseurs sexuels sont des hommes. Les adolescents sont plus souvent impliqués, surtout dans le cas de viol collectif. Parmi les agresseurs adultes, près de la moitié affirment avoir commis leur premier délit sexuel à l'adolescence. Selon Blatier, cité par Bénézech, les adolescents sont responsables de 25 % des viols et de 40 à 50 % des autres agressions sexuelles sur les enfants. Aubut précise qu'entre 20 et 30 % des viols de femmes adultes sont également le fait d'adolescents.

Seront examinés le viol, l'inceste et la pédophilie.

### **1/ Le viol**

Le viol est défini par l'article 222-23 du Code pénal comme étant « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ».

Des études menées avec une rigueur méthodologique, utilisant des méthodes statistiques (analyses de *clusters*) et permettant d'identifier des groupes de sujets homogènes, ont permis d'identifier de nouvelles typologies d'auteurs de viols. L'abus de substances psychoactives, y compris l'alcool, la psychose, les troubles organiques ou la déficience

intellectuelle ne sont pas des critères de classification mais des facteurs aggravants. Les sadiques sexuels représentent 10% des auteurs de viols. En revanche, la personnalité antisociale est souvent évoquée. En 1990, Knight et al, cités par Bénézech, proposent quatre grandes catégories : viol par opportunisme, par rage indifférenciée, par motivation sexuelle et par motivation vindicative.

La typologie la plus récente des viols, en fonction des motivations et du comportement de l'agresseur, est la suivante (Jackson et al, cités par Bénézech) :

*1/ Recherche de réassurance ou de compensation (power-reassurance rape).* L'agression a une fonction de réassurance pour le violeur. Ce dernier est volontiers un homme manquant de confiance en lui. Il perçoit sa virilité comme défaillante. Il mène une vie solitaire et éprouve des difficultés dans la relation à l'autre, surtout envers les femmes. Il choisit préférentiellement une femme de son voisinage qu'il aborde par surprise. Il utilise le minimum de force, ne voulant pas la blesser et renonçant en cas de résistance. Il rassure sa victime, s'enquiert de ses désirs et recherche sa participation. Il peut reprendre contact avec elle après l'agression, pensant que celle-ci a apprécié et qu'elle éprouve un sentiment pour lui.

*2/ Recherche de pouvoir ou expression d'un sentiment de domination (power-assertive rape).* L'agresseur a une insertion sociale relativement satisfaisante. Il attache une grande importance à son image virile et il se donne le droit de pouvoir agresser sexuellement une femme grâce à son sentiment de supériorité et de domination masculine. La victime est sélectionnée ou choisie par opportunité. Le viol se déroule avec violence, d'autant plus importante que la victime cherche à lui résister. L'agresseur veut contraindre sa victime, la contrôler, la maîtriser et l'humilier. Elle ne représente pour lui qu'un objet lui permettant d'assouvir ses fantasmes sexuels.

*3/ Rage, colère, vengeance ou déplacement (anger-retaliatory rape).* Le violeur a avant tout besoin d'agresser physiquement, les contacts sexuels étant une façon de plus d'humilier, de blesser, de dégrader et même de détruire la victime. Le viol est brutal, le plus souvent impulsif et spontané. Un sentiment de rage et de colère s'est progressivement installé dans les heures précédant le passage à l'acte suite à une dispute avec le conjoint, la famille, l'employeur, ... Ce sentiment est le moteur du viol plutôt qu'une véritable excitation sexuelle rattachable à des fantaisies déviantes. La victime n'a pas de caractéristiques particulièrement recherchées par

son violeur. Elle est souvent inconnue, représentative des objets de haine. Elle apparaît comme un substitut permettant le déplacement de la rage et du ressentiment envers les femmes, comme le réceptacle des pulsions agressives.

*4/ Sadisme (anger-excitation rape).* Le viol est préparé et planifié selon un imaginaire érotique violent, mettant en place un rituel prolongé avec une érotisation des mauvais traitements infligés à la victime. L'acte sexuel et l'agression sont comme fusionnés. Les victimes sont le plus souvent inconnues du violeur mais sont sélectionnées, choisies en raison de caractéristiques particulières (âge, apparence, statut social, vulnérabilité spéciale). Des objets (liens, instruments de torture) sont souvent apportés par l'agresseur. Les tortures impliquent de façon privilégiée les organes génitaux qui sont parfois mutilés. Les violences sont également psychologiques, le violeur prenant plaisir à terroriser sa victime en la menaçant de mort, en suscitant un sentiment de désespoir, en simulant une exécution. Il peut tuer sa victime pour ne pas être dénoncé et garde des souvenirs ou trophées de ses agressions.

Le taux de récurrence est de 20 à 36 % pour les violeurs de femmes adultes ayant absorbé de l'alcool avant l'infraction ou commis des actes de violence physique lors de celle-ci. La probabilité de récurrence sexuelle augmente avec le nombre de délits sexuels antérieurs, d'antécédents de comportements violents et d'incarcérations.

## **2/ La pédophilie**

La pédophilie est considérée comme une paraphilie. On distingue la pédophilie primaire, dite pédophilie d'élection ou chronique, forme la plus fréquente qui commence à l'adolescence, et la pédophilie réactionnelle ou transitoire, par remplacement ou compensation. La pédophilie est rarement secondaire à une affection mentale (schizophrénie, démence, déficience intellectuelle). Selon la nature de la relation affective entre l'adulte et l'enfant, il est classique de décrire une pédophilie de type « amoureux » (victime connue, activité non génitale) et une pédophilie de type narcissique-pervers (victime inconnue, actes génitalisés).

Selon Bouhet et al, cités par Bénézech, les abus sexuels sur des mineurs prépubères sont fréquents. Près de 20 % des femmes auraient été victimes d'abus sexuels dans l'enfance

ou l'adolescence, la moitié avant l'âge de 12 ans. Les auteurs de ces violences sexuelles sont quasi exclusivement des hommes, et 20 à 30 % des enfants victimes sont des garçons.

Groth et al (1982), cités par Bénézech, ont mis au point une classification des pédophiles en fonction du niveau de violence de l'agresseur sexuel, différenciant d'une part l'atteinte à la pudeur avec séduction, persuasion et recherche d'une réciprocité avec l'enfant, et d'autre part le viol où menaces, intimidation et force physique sont utilisées. Dans ce second cas, la victime apparaît comme le réceptacle de l'hostilité du sujet ou de son désir de domination, étant investie de façon négative, dépersonnalisée, humiliée.

### 3/ L'inceste

L'inceste est plus répandu que la pédophilie. Dans 90 % des cas, la relation incestueuse est de type père/fille ou beau-père/belle-fille avec le plus souvent une complicité plus ou moins consciente et un silence implicite de la mère. Les incestes mère/fils, mère/fille, entre membres de la fratrie ou commis par un autre parent sont plus rares. Par ailleurs, des abus sexuels dans l'enfance des agresseurs incarcérés sont retrouvés dans un tiers des cas, ce qui pose la question de la transmission transgénérationnelle de la maltraitance.

On distingue quatre catégories d'incestes : avec échange affectif (sans violence, recherche d'affection, de chaleur, de contact et d'intimité avec l'enfant), érotique, agressif, furieux. La relation incestueuse peut se prolonger sur plusieurs années, la révélation étant tardive ou absente.

L'inceste concerne tous les milieux mais paraît prédominer dans les familles défavorisées. La confusion des générations, l'absence de repères entre parents et enfants sont souvent invoquées. L'alcoolisme paternel est fréquent, comme les antécédents de carences affectives et d'abus sexuels des parents. Une psychorigidité, un égocentrisme et une tendance autoritaire sont les traits de personnalité les plus souvent rencontrés chez les pères incestueux avec souci d'un conformisme social de façade. Les récidives sont moins fréquentes que dans les cas de pédophilie (0 à 11 %).

## **E – L’incendie criminel**

L’incendie volontaire est une infraction grave et fréquente. La pyromanie est considérée comme un trouble du contrôle des impulsions.

L’incendiaire « type » est le plus souvent un homme jeune, âgé de 30 ans environ, célibataire, sans antécédent psychiatrique ni judiciaire. Son enfance est marquée par des carences affectives et éducatives. Il possède une faible efficacité intellectuelle. De caractère plutôt immature, il s’isole socialement et reste inhibé. La vengeance, la pulsion et l’attraction par le feu sont ses trois motivations essentielles. La fréquence des affects dépressifs et suicidaires est soulignée.

L’incendiaire récidiviste est volontiers un homme jeune dans 90 % des cas, âgé de 15 à 25 ans. Son enfance est marquée par des carences sévères. Il n’est pas rare qu’il souffre de schizophrénie ou d’une alcoolodépendance grave. Dans ses antécédents, on retrouve des contacts répétés ou intenses avec le feu, en particulier des actes incendiaires ou des brûlures par imprudence dans l’enfance. Il existerait une corrélation entre une fascination pathologique pour le feu chez les jeunes de 5 à 10 ans et son utilisation à l’âge adulte lors de situations conflictuelles. Ses motivations les plus fréquentes sont la pulsion et l’attraction par le feu, la vengeance et la dimension utilitaire passant au second plan. Une ou plusieurs tentatives de suicides antérieures sont un annonciateur important de récidive.

Le criminel est un homme qui peut souffrir de maladie mentale. Mais l’évolution de la pensée tend à écarter l’idée d’un lien indissociable entre le crime et la maladie mentale : le criminel n’est pas nécessairement malade mental. Mais le malade mental est-il nécessairement criminel ? Peut-on contrer l’image donnée par les médias d’un malade mental dangereux aux multiples passages à l’acte ? Cette image médiatique est-elle une réalité ou un phénomène de presse à sensations ?

## **PARTIE II : LE CRIME CHEZ LE MALADE MENTAL**

Pour bon nombre d'entre nous, les malades mentaux sont dangereux. Sont assimilés à la maladie mentale l'irrationalité du passage à l'acte, l'incompréhension et l'effroi. Certes, la maladie mentale est un facteur de dangerosité. Cependant, loin des échos médiatiques, le malade mental passe rarement à l'acte dans la réalité. De nombreux facteurs interviennent dans la criminalité et la maladie mentale n'est qu'un d'entre eux. Si on peut dire que le malade mental est potentiellement dangereux (chapitre I), l'état de dangerosité peut ne rester qu'au stade du possible car le passage à l'acte n'est pas systématique (chapitre II).

### **CHAPITRE I :**

### **LA DANGÉROSITÉ POTENTIELLE DES MALADES MENTAUX**

La dangerosité d'un individu se manifeste non seulement dans le passage à l'acte (section I) mais également dans sa répétition (section II).

### **SECTION I : DE LA DANGÉROSITÉ AU PASSAGE À L'ACTE**

La dangerosité d'un malade mental peut se définir de manière générale comme la potentialité d'un passage à l'acte criminel. Cette notion couvre en réalité plusieurs données (I). Elle ne s'exprime pas de la même manière dans le passage à l'acte selon la maladie mentale sous-jacente (II).

#### **I – La dangerosité**

La dangerosité est un concept très vaste qui intéresse plusieurs domaines (A). Elle peut être relayée par de l'agressivité ou de la violence (B).

#### **A – Concept central de dangerosité**

Le concept de dangerosité revêt un sens différent selon qu'il est entendu par la psychiatrie (1) ou par la criminologie (2).

## 1/ Dangerosité psychiatrique

Le terme dangerosité est issu du latin *domnarium*, pouvoir, lui-même issu du mot *dominus*, seigneur, maître, celui qui est susceptible d'exercer sa toute puissance. Bénézech et al<sup>64</sup> proposent la définition suivante pour la dangerosité : « État, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction ». La dangerosité psychiatrique<sup>65</sup> est une dangerosité pathologique engendrée directement par la maladie mentale ou par un trouble grave de la personnalité, même si ce dernier point est davantage sujet à discussion pour certains auteurs. Or il serait logique qu'un dysfonctionnement grave de la personnalité soit traité au même rang que celui provoqué par une maladie mentale, puisqu'il s'agit bien d'un trouble touchant, comme la maladie mentale, les trois sphères qui animent un être : les cognitions, les émotions et affects, et le comportement.

Selon Robert Badinter<sup>66</sup>, « dans la genèse, le premier homme né sur cette terre est un assassin. Il s'agit de Caïn, né d'Adam et d'Ève, qui tua son frère Abel... Symboliquement, tout meurtrier tue son frère ». Badinter en conclut à l'existence d'une pulsion de mort présente chez chacun de nous, « que le crime libère chez l'assassin et que le crime de l'assassin libère chez ceux qui veulent ensuite le mettre à mort ». Selon lui, si l'homme ne naît pas criminel, il porte néanmoins en lui l'instinct de mort qui le conduit au crime. « Cet instinct est maîtrisé, refoulé, jusqu'au passage à l'acte ».

Freud considère que tout comportement humain provient directement ou indirectement d'Éros – la pulsion de vie – dont l'énergie, la *libido*, est dirigée vers l'accroissement ou la reproduction de la vie<sup>67</sup>. Mais après la première guerre mondiale, Freud introduit la notion de

---

<sup>64</sup> BÉZÉNECH M., ADDAD M., GRASSET A., « Criminologie et psychiatrie », Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, Psychiatrie, 37 906A<sup>10</sup>, 10-1981.

<sup>65</sup> SENNINGER J.-L., « Dangerosité psychiatrique », Santé mentale, 128, 2008, p. 16-21.

<sup>66</sup> Le Figaro et TTM éditions (*Beaux arts magazine*). Éditeur Claude Pommereau. Hors série. Février 2010, p.6-11. « Entretien avec Robert Badinter. Les artistes font éclater mieux que les écrivains la violence criminelle ». Propos recueillis par Pommereau C. et Saccani J.-P.

<sup>67</sup> KAPLAN H.-I., SADOCK B.-J., *Synopsis de psychiatrie*, Psycho-neuro-biologie et psychiatrie. Traduction française Louville P., Masson-Williams & Wilkins, Paris, 1998

pulsion de mort en 1920, dans « Au-delà du principe de plaisir » (Essais de psychanalyse).<sup>68</sup> Il crée le néologisme *Todestrieb* (*Tod*, mort et *Trieb*, pulsion) pour la désigner. Elle s'oppose à la pulsion de vie, mais toutes deux sont indispensables à l'équilibre de l'être. Cette pulsion de mort tendrait à la réduction complète des tensions, ramenant l'être vivant à l'état anorganique. Elle serait d'abord tournée vers l'intérieur et conduirait à une autodestruction. Puis elle serait secondairement dirigée vers l'extérieur prenant l'aspect d'une pulsion d'agression ou de destruction.<sup>69</sup> Freud place ainsi une force mortifère au principe même du désir humain. Mais comme le souligne Schopenhauer, « cela ne fait pas pour autant de la mort le but de la vie. Il s'agit d'un alliage où Éros et Thanatos travaillent au cœur du désir ». <sup>70</sup> Dans « Totem et Tabou »<sup>71</sup>, Freud fait une interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs. Il suppose que la rivalité pour les femelles poussait les jeunes mâles à manger le vieux père. Mais la culpabilité liée à ce crime œdipien originaire a donné lieu aux lois totémiques tribales interdisant le meurtre et l'inceste.<sup>72</sup> Ces deux lois sont le fondement de notre civilisation. Les transgresser est un crime grave qui mérite d'être jugé et puni.

La psychiatrie a fait très tôt de la notion de dangerosité sa référence fondatrice. L'aliéniste allemand E. Kraepelin, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, affirmait que « tout aliéné constitue un danger permanent pour son entourage et surtout pour lui-même ». Le mythe fondateur provient du Code pénal de 1810, article 64, qui pose la question du libre arbitre dans le droit français. La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés est fondatrice du dispositif psychiatrique en France. Elle évoque les notions de « troubles de l'ordre public » et de « danger imminent ».

Senninger montre la difficulté de porter un diagnostic de dangerosité pathologique. « Dire d'un sujet qu'il est dangereux », explique-t-il, « revient à réaliser un pari sur l'avenir, celui d'un risque de passage à l'acte agressif »<sup>73</sup>. « Peut-on saisir l'insaisissable pour éviter

---

<sup>68</sup> FREUD S., *Essais de psychanalyse*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1975.

<sup>69</sup> JEAMMET Ph., REYNAUD M., CONSOLI S., *Psychologie médicale*, 4<sup>ème</sup> édition. Masson, Paris, 1989.

<sup>70</sup> ASSOUN P.-L., *Le vocabulaire de Freud*, Ellipses Édition, Paris, 2002.

<sup>71</sup> FREUD S., *Totem et Tabou*, Petite bibliothèque Payot. Traduction de l'allemand par Jankélévitch S. Paris, 1990 (1923, 1965, Éditions Payot pour l'édition en langue française).

<sup>72</sup> APPIGNANESI R., *Freud pour débutants*, Éditions La Découverte. Traduction de l'anglais par Austrousseau J. Paris, 1990.

<sup>73</sup> SENNINGER J.-L., « Dangerosité psychiatrique », *Santé mentale*, 128, 2008, p. 16-21.

l'inévitable ? » Un modèle d'approche médicale classique permet de poser la question sous cette forme : un diagnostic → un pronostic → un traitement

La dangerosité se comprend mieux par une approche séméiologique (au plus près des signes) que par une approche nosographique (regroupement des signes en symptômes). Le pronostic reste pour l'instant largement imprécis. Or établir un pronostic sur la dangerosité psychiatrique du patient est ce qui est de plus en plus demandé à l'expert par la loi elle-même. Ainsi pour ne citer que cet exemple, l'article 723-31 du code de procédure pénale impose en matière de surveillance judiciaire que le risque de récidive du détenu soit constaté par une expertise médicale ordonnée par le juge de l'application des peines. Pourtant, la prise en charge ne relève pas uniquement du monde médical. La dangerosité implique également une prise en charge sociale, judiciaire, et même familiale au plus près des racines du sujet.

Selon Barbier<sup>74</sup>, la dangerosité psychiatrique est due au risque de passage à l'acte à cause de l'existence de troubles mentaux. Elle implique trois critères : l'existence de troubles mentaux avérés, une dangerosité au sens du risque de passage à l'acte violent, et une relation de cause à effet entre les deux. La notion de danger est variable selon les auteurs. Les psychiatres, davantage cliniciens, considèrent que la notion de danger s'applique à l'imminence d'un passage à l'acte dans sa probabilité et en rapport avec un trouble mental. Les psychanalystes, davantage théoriciens, estiment que le risque de passage à l'acte est d'autant plus grand que la pathologie mentale du sujet ne lui a pas permis l'intégration de l'interdit de tuer. De plus en plus, les auteurs préfèrent parler d'état dangereux plutôt que de dangerosité. L'état dangereux devient un complexe de conditions sous l'action desquelles il est probable qu'un individu commette un acte violent. Ainsi que nous le détaillerons plus loin, les études actuelles mettent l'accent sur l'interaction d'un sujet et d'un environnement, la dangerosité étant dès lors admise en termes de dynamique de dangerosité.

## 2/ Dangerosité criminologique

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

---

<sup>74</sup> BARBIER D., « Dangerosité », dans PÉLICIER Y. (sous la direction de), *Les objets de la psychiatrie. Dictionnaire de concepts*, Paris, L'Esprit du temps, 1997, p.147-151.

Ferri<sup>75</sup>, en Italie, donnait une classification inspirée du contexte scientifique de l'époque qui mettait en avant, avec Lombroso, la théorie de « l'homme criminel ». « Il y a longtemps déjà, je les ai toutes ramenées à cinq types principaux : le criminel-né, le criminel-fou, le criminel par habitude acquise, le criminel par passion et le criminel par occasion - et ma classification bio-sociologique est adoptée aujourd'hui par presque tous les savants. »

De nos jours, les psychiatres tentent de classer les crimes selon deux approches différentes. Une approche classique est de privilégier la dimension psychopathologique de l'acte. On distingue ainsi<sup>76</sup> des crimes en fonction des perturbations mentales observées (crime rationnel ou non pathologique, crime passionnel, crime par compulsion névrotique, crime des pervers, des psychopathes, des psychotiques), des crimes en fonction de la qualité de la victime (crime individuel ou collectif comme le génocide, crime familial - parricide, matricide, infanticide, magnicide, inceste -, crime raciste, crime sur des inconnus) et enfin des crimes en fonction du mobile principal du passage à l'acte (intérêt, vengeance, pression, motifs délirants - jalousie, persécution -, crimes immotivés, incompréhensibles).

Une autre approche, plus récente, consiste en une analyse stratégique de la délinquance. Ce concept a été surtout développé par Cusson, cité par Bénézech, criminologue à Montréal. Le criminel s'engage dans la déviance parce que c'est la voie la plus accessible qui s'offre à lui. Certains individus choisiraient une carrière criminelle. Le sujet est fixé dans l'instant présent. Il agit en fonction des opportunités du moment. Les finalités du crime sont l'appropriation, l'agression défensive, la vengeance, le défoulement ou la domination.

La dangerosité est un concept central complexe mais gravitent autour des concepts annexes que sont essentiellement la violence et l'agressivité.

---

<sup>75</sup> FERRI E., *Les criminels dans l'art et la littérature*, Traduit de l'italien par Eugène Laurent, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Editeur Félix Alcan, 1908, 180 pages. [la 2<sup>ème</sup> édition datait de 1902].

<sup>76</sup> TYRODE Y., ALBERNHE Th., *Psychiatrie légale, sociale, hospitalière, expertale*, Ellipses, Paris, 1995, 1150 pages.

## **B – Concepts annexes : violence, agressivité**

« L'anxiété pousse à l'agressivité et l'agressivité pousse à la violence ». La violence, mode d'expression de la dangerosité (1), est nécessairement le fruit de l'agressivité de l'individu (2).

### **1/ La violence**

La violence est universelle. Elle comporte deux niveaux : d'une part la force physique ou brutalité, d'autre part, la transgression des lois, des règlements, des normes, des coutumes... Le mot violence est issu du latin *violentus*, *violentia*, qui signifie caractère farouche, force, transgression. Elle est sous-tendue par plusieurs facteurs d'ordre individuels (biologiques), sociaux, culturels, économiques, politiques. Elle se situe à quatre niveaux : individuel, relationnel, communautaire, sociétal.<sup>77</sup> Des travaux contemporains insistent sur les origines sociales de la violence, considérée comme un moyen de légitimer un pouvoir ou une autorité, à un niveau individuel ou collectif, avec des fluctuations selon l'époque et la société.

En 2002, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a essayé de définir la violence dans le « rapport mondial sur la violence et la santé » présenté à Genève. Elle souligne que la violence fait plus de 1,6 millions de morts chaque année dans le monde. Elle définit ce concept comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral ou une carence ».

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

---

<sup>77</sup> SENNINGER J.-L., « Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale », EMC (Elsevier Masson SA, Paris), Psychiatrie, 37-510-A-10, 2007.

## 2/ L'agressivité et l'agression

La violence est toujours usage de l'agressivité. Celle-ci, dont le mot vient du latin *ad gradere*, marcher vers, serait une tendance à attaquer. On appelle agressivité toute forme de comportement visant à faire du mal ou à blesser une autre personne. Ce comportement dépend des événements qui précèdent ou qui suivent les actes d'agression.

Mais la notion d'agressivité est sujette à controverse. Porot, cité par Minkowski<sup>78</sup>, explique les différents sens que les psychologues attribuent à l'agressivité. Pour les uns, l'agressivité signe des actes à caractère hostile, destructeur, malfaisant. Pour les autres, l'agressivité est un concept désignant des tendances actives, tournées vers l'extérieur, affirmatives en soi, possessives et constructives. Soit l'agressivité est synonyme d'hostilité et s'inscrit comme réaction. Soit l'agressivité signifie expansivité, extériorisation. Au-delà de ces querelles de sens, la question plus essentielle est de savoir si l'homme est agressif par essence, par réaction ou par nécessité ? Comparant l'agressivité animale à l'agressivité humaine, la plupart des auteurs estiment que l'animal agresse de façon instinctive pour assurer la survie de son espèce, tandis que chez l'homme, l'agressivité est acquise et difficile à rationaliser en termes de survie de l'espèce. Moser<sup>79</sup> expose plusieurs modèles de l'agression.

### - *Modèles pulsionnels de l'agression*

Ils regroupent deux principaux courants. D'une part, un courant psychanalytique met en exergue une régulation interne de l'individu. Il s'agit des pulsions de vie et de mort, opposition d'Éros et de Thanatos, décrites par Freud en 1920, qui feraient de l'agression un comportement instinctif. D'autre part, un courant éthologique insiste sur la nécessité d'assurer la vie sociale et l'évolution de l'espèce. Lorenz (1964) et Eibl-Eibesfeld (1972) considèrent l'agression comme l'expression d'un instinct de combat que l'homme partage avec de nombreux autres organismes vivants.

---

<sup>78</sup> MINKOWSKI E., *Traité de psychopathologie*, Collection « Les empêcheurs de tourner en rond », 1999.

<sup>79</sup> MOSER G., *L'agression*, Que sais-je ? Édition PUF, Paris, 1987.

- *Hypothèse frustration-agression*

o Modèle de l'Université de Yale aux États-Unis.

En 1939, cinq chercheurs de l'Université de Yale énoncent l'hypothèse selon laquelle toute agression est une conséquence de la frustration et toute frustration engendre une forme d'agression. La relation entre frustration et agression serait linéaire. L'intensité de la réponse agressive est proportionnelle à l'intensité de la frustration. De plus, l'inhibition de l'agression est la punition. Pour qu'elle soit efficace, la punition doit être immédiate. Mais les études montrent que ce n'est pas tant la punition elle-même qui possède cette action inhibitrice, mais la possibilité d'occurrence d'une punition. Plus la menace d'une punition est forte, plus l'inhibition de l'agression est importante. Par ailleurs, l'expression active de l'agression diminue la tendance à agresser. Ce phénomène prend le nom de *catharsis* ou ab-réaction. L'inhibition empêche le passage à l'acte agressif, mais ne diminue pas la tendance à être agressif. Le passage à l'acte pourra se produire dès la levée de l'inhibition.

o Modèle de Berkowitz : 1965-1969.

Berkowitz a repris le modèle de l'Université de Yale mais en posant le postulat que la relation entre frustration et agression n'est pas linéaire. Il introduit deux éléments intermédiaires : d'une part, un élément interne, la colère ; d'autre part, un élément externe, la nécessité d'indices évocateurs, indispensables à l'actualisation de l'agression. La frustration provoque de la colère. Son expression dépend du sens donné par le sujet à la frustration et en l'occurrence au comportement d'autrui dans la situation particulière d'interaction sujet-agresseur. Son intensité dépend également d'indices évocateurs externes représentés par des signaux d'agression plus généraux tels que des armées en tout genre, des films à contenu agressif ou des personnes identifiées comme agressives. La colère engendre en fonction de ces indicateurs externes l'agression. Elle est d'autant plus intense que l'excitation émotionnelle est grande et que la conscience qu'en a le sujet est faible. Cela conditionne l'intensité de l'impulsivité. Mais en 1978, Zillmann critique ce modèle car Berkowitz n'explique pas comment se construit l'association entre indice évocateur et agression.

- *Rôle de l'apprentissage dans les conduites d'agression*

Si le modèle précédent décrit un comportement réactif, celui de l'apprentissage social montre que l'organisme a une capacité à modifier son comportement et à l'adapter à des

situations précises en fonction des expériences antérieurement acquises. Différents mécanismes d'apprentissage sont mis en évidence.

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

L'apprentissage instrumental de Skinner est basé sur un apprentissage par essais et par erreurs. Il se fait par le jeu de renforcements, soit positifs, soit négatifs. Le renforcement positif correspond aux succès. Si l'agression est vécue comme un succès, elle aura tendance à être reproduite. Le renforcement négatif correspond aux échecs. Le comportement est inhibé, exclu.

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

L'apprentissage par observation de Bandura pose que l'agression est un comportement social appris. Les racines de l'agressivité humaine ne sont à rechercher ni dans un penchant inné pour la violence, ni dans des pulsions agressives éveillées par des frustrations. Les individus font acte de violence parce qu'ils ont acquis des réponses agressives à travers l'expérience passée. Ils peuvent recevoir ou anticiper différentes formes de récompense pour l'accomplissement de telle action, comme c'est le cas par exemple pour les soldats qui obtiennent des médailles pour avoir tué des troupes ennemies en temps de guerre. Les racines de l'agressivité se trouvent dans les expériences du passé qui forgent l'apprentissage de l'agresseur et sont facilitées par de nombreux facteurs externes liés à différentes situations.

- *Approche cognitive*

Entre le stimulus et la réponse interviennent des processus centraux internes, appelés processus cognitifs. Deux approches différentes sont décrites. En 1978, Zillmann pense que les processus centraux internes n'interviennent que dans certaines conditions. En 1974, Tedeschi, et en 1979, Da Gloria, pensent que les processus cognitifs constituent la trame même de l'explication du comportement agressif. Il s'agit de la théorie de l'attribution.

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

neurologiques secondaires qui les prédisposeraient biologiquement à un comportement violent.

Les modèles théoriques donnent certaines pistes de prévention. La théorie de la frustration-agression met l'accent sur le rôle de la *catharsis* comme réduction de la tendance à agresser ainsi que sur les effets de la punition comme inhibition de l'agression. Toutefois, elle précise que l'inhibition peut être levée. L'agressivité ne s'exprime pas mais elle demeure en sommeil, prête à s'extérioriser. Cette catharsis s'observe chaque fois que le sujet peut agresser la personne qui l'a provoqué ou frustré. En revanche, l'agression envers les sujets autres que le frustrateur, ou la visualisation de scènes violentes, ou l'agression seulement verbale, ne jouent pas de rôle cathartique. De plus, l'agression contre le frustrateur peut être vécue comme un renforcement positif. Si elle libère momentanément la tension, elle n'empêche pas la récurrence. C'est le cas en l'occurrence des psychopathes qui passent à l'acte de façon impulsive, qui y trouvent un réel soulagement et qui récidivent volontiers sans jamais ressentir une quelconque culpabilité.

Quant aux effets de la menace de punition, les premières études datent de 1957 avec Worchel. De nos jours, on pense que l'efficacité de la menace de la punition dépend de plusieurs facteurs. La colère ne doit pas être trop importante ou la provocation ressentie trop intense. La probabilité d'être puni doit être importante. La punition anticipée doit être élevée. L'agresseur ne doit retirer que peu de bénéfices de l'agression par rapport à la peine encourue. La punition est surtout efficace pour les délits mineurs.

Ainsi, « la punition est d'autant plus efficace qu'elle témoigne qu'autrui ou la société sont prêts à employer des moyens pour se faire respecter et ne tolèrent pas l'agression du sujet ». Mais pour être efficace, la punition doit être immédiate, contingente du comportement du sujet, considérée comme légitime et inscrite dans certaines normes sociales. Or dans la pratique pénale, la punition est constamment retardée de plusieurs mois ou années par rapport au moment des faits.

Les théories de l'apprentissage se réfèrent à des schémas de comportements. Elles suggèrent que ceux-ci peuvent être modifiés de la même manière qu'ils se sont consolidés. Les thérapies cognitivo-comportementales s'appuient sur cette observation.

La dangerosité n'est confirmée qu'au moment du passage à l'acte. L'expression de la dangerosité chez les malades mentaux est fonction de la maladie mentale sous-jacente.

## **II – Genèse du passage à l'acte**

Après avoir donné quelques éléments généraux sur le passage à l'acte d'un malade mental (A), il conviendra de s'intéresser à la spécificité de ce dernier en fonction de l'état mental du criminel (B).

### **A – Modèle dynamique et qualitatif du passage à l'acte**

La psychiatrie du XX<sup>ème</sup> siècle tente de dénouer le lien entre folie et dangerosité. Diverses études épidémiologiques, dont certaines sont reprises dans l'article de Bénézech et al<sup>80</sup>, suggèrent l'existence d'une relation positive entre un trouble mental majeur, une comorbidité psychiatrique et la criminalité. Toutefois, soulignons-le à nouveau, plusieurs auteurs s'accordent aujourd'hui de façon consensuelle pour préciser que la violence n'intéresse pas tous les patients et que la criminalité des malades mentaux ne représente qu'une faible proportion de la criminalité en général.

Le passage à l'acte peut être compris comme une conduite, c'est-à-dire une manière de se comporter d'un sujet dans une situation donnée à un moment donné de sa trajectoire existentielle. Comme toute conduite, il a un sens et s'inscrit dans un environnement lui-même signifiant. Il est une adresse à l'autre, se situant dans une relation avec autrui. En dehors de l'aspect constamment révoltant et parfois monstrueux de l'acte, le passage à l'acte meurtrier est le témoin d'une souffrance. Si cette dernière n'est pas inhérente à une maladie mentale, elle peut être le fait d'un dysfonctionnement de la personnalité. C'est pourquoi il serait préférable de considérer les troubles de la personnalité non seulement sous l'angle judiciaire mais aussi sous l'angle médical.

L'agressivité pousse à la violence qui se déclenche lorsqu'il y a rupture d'équilibre entre les impulsions et le contrôle interne. En revanche, impulsivité n'est pas synonyme

---

<sup>80</sup> BÉZÉNECH M., ADDAD M., GRASSET A., « Criminologie et psychiatrie », Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, Psychiatrie, 37 906A<sup>10</sup>, 10-1981.

d'agressivité. L'impulsivité serait à la base du passage à l'acte. Senninger<sup>81</sup> décrit un modèle dynamique qu'il nomme la « dynamique de dangerosité singulière ». Ce modèle repose sur un noyau basal qui est l'impulsivité. Chaque être posséderait une « impulsivité basale ». Les composantes de cette dernière seraient tout à la fois innées, génétiques, et acquises, fruit des expériences psychologiques de l'enfance. Ces expériences infantiles, sans cesse renforcées positivement ou négativement tout le long de l'existence, sont à l'origine de l'établissement des bases narcissiques de la personnalité. C'est sur ces bases, véritables fondements de la personnalité, que se développent la structure et les traits de personnalité ainsi que les mécanismes de défense, par nature inconscients. Des défenses courantes sont utilisées de façon permanente et banale. Les mécanismes de défense peuvent être adaptés permettant un fonctionnement mental souple et harmonieux pour le sujet lui-même et entre le sujet et son environnement, ou bien être non adaptés, pathologiques, parce que inefficaces, trop rigides, mal adaptés aux réalités internes et externes, ou trop exclusivement d'un même type, comme par exemple la projection chez le paranoïaque. Cette impulsivité basale ou fondamentale ferait partie intégrante de la personnalité de chaque être et pourrait émerger du fait de perturbations psychopathologiques ou lors de mises en situations désorganisatrices. L'intégration de tous ces éléments pourrait générer une « impulsivité résultante », propice au déclenchement du passage à l'acte.

L'impulsivité basale est en principe très faible chez les personnalités de structure névrotique. Il s'agit déjà d'une personnalité particulièrement élaborée, en phase harmonieuse avec la réalité. Le vécu des affects, l'expression des émotions, les capacités d'empathie envers autrui et d'introspection sur soi-même, mais aussi la capacité à ressentir de la culpabilité et de la honte, protègent probablement ces personnalités du passage à l'acte meurtrier.

Pour qu'il se produise un passage à l'acte violent, des facteurs situationnels particulièrement criminogènes doivent être présents. L'alcool est certainement un des plus redoutables mais il n'est pas le seul. Il n'en est pas de même pour la personnalité psychopathique. Des situations a priori banales suffisent pour que le psychopathe passe à l'acte.

La variable situationnelle joue aussi un rôle important. Certaines situations seront facilitatrices comme cela s'observe parfois en cas de viol. D'autres situations seront réductrices du passage à l'acte, inhibitrices, comme le cas de l'enfermement sur l'impulsivité.

---

<sup>81</sup> SENNINGER J.-L., « Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale », EMC (Elsevier Masson SA, Paris), Psychiatrie, 37-510-A-10, 2007.

De nombreux éléments psychopathologiques vont influencer cette impulsivité. Ainsi, un délire de persécution sera facilitateur, alors que l'état dépressif est décrit comme plutôt inhibiteur, le sujet étant écrasé la plupart du temps par un ralentissement psychomoteur intense. En revanche, l'anxiété peut faciliter le passage à l'acte mais plutôt dans sa composante autodestructrice.

Mais porter un diagnostic est insuffisant pour repérer une dangerosité chez un individu. Senninger pose certaines questions : « Pourquoi un sujet est-il potentiellement dangereux ? », « Quand et où passera-t-il à l'acte ? » Il précise qu'il faut aller plus loin dans l'étude clinique d'un sujet que la simple observation de signes séméiologiques. L'examineur doit tenir compte du psychisme de l'agresseur, mais surtout de son « état d'esprit » au moment du passage à l'acte (ses pensées, ses affects et sa capacité à pouvoir entrer en communication avec l'autre). C'est l'objet de l'agression et la forme de l'agression qui sont distordus dans les troubles psychiatriques. Il est indispensable de repérer des symptômes prédictifs. Selon cet auteur, « un des éléments de réponse consiste à repérer des trajectoires criminelles pathologiques, avec des moments privilégiés de production de la violence dans le parcours de la maladie ». Il décrit plusieurs types de trajectoires criminelles pathologiques :

- Le sujet « dangereux précoce », inaugurant ses troubles psychiques par un acte violent. C'est le crime a priori immotivé du schizophrène signant un mode d'entrée dans la maladie.
- Le sujet « dangereux tardif » passant à l'acte après une longue maturation de ses troubles. C'est le cas du délirant paranoïaque, persécuté, qui ne se résout à tuer qu'après épuisement de tous les autres moyens de défense contre ses persécuteurs désignés.
- Le sujet « dangereux par intermittence » dont la dangerosité suit l'évolution discontinue de la maladie, comme dans un trouble bipolaire.
- Le sujet « dangereux aigu » passant à l'acte de façon brutale et imprévisible dans un contexte qui n'est pas forcément celui d'une pathologie aiguë. Ce cas de figure se voit dans l'évolution processuelle d'une psychose chronique, le sujet déclenchant assez soudainement un délire avec hallucinations auditives lui donnant l'ordre de tuer.
- Le sujet « dangereux chronique » qui correspond au déséquilibre psychopathique dont la violence semble être une nécessité vitale impérieuse.

Le meilleur moyen de prévenir la criminalité des malades mentaux est de comprendre comment la maladie mentale peut engendrer le fait criminel.

## **B – Les caractéristiques du passage à l’acte selon le trouble mental sous-jacent**<sup>82 83 84</sup>

Seront étudiés les passages à l’acte dans les différentes maladies mentales à potentiel criminogène à savoir les psychoses (1), les troubles de l’humeur (2), les troubles graves de la personnalité (3) et dans certaines hypothèses classiques de déficience intellectuelle (4).

### **1/ Dans les psychoses : l’impossibilité d’être dans la réalité**

#### *a) Schizophrénie paranoïde*

Le schizophrène paranoïde souffre à la fois de dissociation idéo-affective et comportementale et d’un délire non systématisé, flou, marqué du sceau de la bizarrerie et de l’impénétrabilité. La schizophrénie représente la pathologie mentale la plus mise en cause dans les affaires criminelles. Néanmoins, le risque de crime violent chez le schizophrène demeure faible. Cette dangerosité est plus faible que celle liée à la prise de toxiques ou de troubles de la personnalité dans la population générale. En revanche, le risque de passage à l’acte violent est multiplié par 7 à 17 chez le schizophrène en cas d’usage de toxiques.

Les délirants paranoïdes et les héboïdophrènes passent plus souvent à l’acte que ce n’est le cas pour les autres formes de la schizophrénie. Le délirant paranoïde exerce préférentiellement des violences contre les personnes, tandis que les héboïdophrènes s’attaquent plus volontiers aux biens.

Le passage à l’acte est réalisé froidement, en l’absence de toute préméditation. Il est impulsif et en apparence incompréhensible. Après l’acte, le schizophrène ne ressent aucune culpabilité. Il montre de la froideur et de l’indifférence. Il dénie volontiers son crime dont il apparaît détaché.

La victime peut être connue du sujet. Il s’agit alors d’un crime familial, tel un matricide, ou même un double parricide. Dans d’autres circonstances, la victime est inconnue.

---

<sup>82</sup> TYRODE Y., ALBERNHE Th., *Psychiatrie légale, sociale, hospitalière, expertale*, Ellipses, Paris, 1995, 1150 pages.

<sup>83</sup> BÉZÉNECH M., ADDAD M., GRASSET A., « Criminologie et psychiatrie », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 906A<sup>10</sup>, 10-1981.

<sup>84</sup> SENNINGER J.-L., « Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale », *EMC (Elsevier Masson SA, Paris), Psychiatrie*, 37-510-A-10, 2007.

Le sujet agresse la personne au détour d'une rencontre inopinée. Souvent, le sujet dit s'être senti mal lorsque le regard de sa future victime l'a croisé. Il peut avoir vécu de façon fulgurante une anéantisation, angoisse extrême et insoutenable.

Le schizophrène a une prédilection pour les armes blanches. Le passage à l'acte se produit le plus souvent à des moments particuliers de l'évolution de la maladie, au début de la maladie, comme mode d'entrée dans la schizophrénie, ou au cours de son évolution lors de résurgences délirantes, phases processuelles émaillant le cours chronique de la schizophrénie. Il peut s'agir également de moments de déstabilisation lors du changement de traitement ou de l'arrêt intempestif de ce dernier. La violence contre les biens répond à des vols utilitaires ou à des destructions.

#### *b) Délires paranoïaques*

Les délires paranoïaques ont une réputation de dangerosité. Le passage à l'acte, lorsqu'il a lieu, est surtout le fait des délires passionnels qui évoluent en secteur. Parmi eux, le délire de revendication a pour thème essentiel un préjudice subi. Ce préjudice peut toucher différents secteurs comme par exemple la justice (quérulent processif) ou la santé (hypocondrie délirante, rare, contre le corps médical). Le délire de jalousie et l'érotomanie concernent le domaine affectif. La jalousie se voit surtout dans les couples où le mari alcoolique, face à sa propre déchéance qu'il nie, acquiert la certitude que sa femme le trompe et n'a de cesse que de retrouver son prétendu rival. Le risque criminogène concerne autant le conjoint que le rival désigné. Le délire érotomaniaque se déroule en trois phases. Durant la première phase d'espoir, le sujet est convaincu que l'autre désigné l'aime. Cette phase n'est pas criminogène. En revanche, la dangerosité apparaît et s'accroît au cours des deux autres phases, d'abord le dépit, puis la rancune. L'autre aimé devient l'autre haï et se retrouve en danger.

D'une manière générale, la dangerosité est d'autant plus importante que le sujet possède une conviction forte du préjudice. Il se place en tant que victime et réclame réparation qu'il ne va pas tarder à réaliser lui-même en guise de légitime défense. Il tue préférentiellement un persécuteur désigné sur lequel il projette toute la responsabilité de sa souffrance. Les infractions sont généralement précédées d'agressions verbales ou physiques avec escalade vers un passage à l'acte meurtrier. Chez le paranoïaque passionnel, la blessure narcissique imaginaire est insupportable, sa surestimation de soi étant mise à mal.

Le crime est prémédité. Il est organisé, le sujet mettant tous les atouts de son côté. Il obéit à un raisonnement paralogique (il paraît logique mais il est fondé sur un postulat de base faux à partir duquel va se déployer le délire). La vengeance et la légitime défense en sont les moteurs. Ce crime est considéré comme juste et mérité, à valeur de châtiment ou d'exemple. Le tueur paranoïaque n'éprouve que rarement de la culpabilité ou du regret après son acte.

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

## 2/ Dans les troubles de l'humeur

### a) *La mélancolie : le « meurtre altruiste »*

Diverses études montrent que le potentiel criminogène de la dépression est sous-évalué. Selon une étude de Gay et Mathis, citée par Senninger<sup>85</sup>, le risque de crime est plus important au cours des phases dépressives qu'au cours des phases maniaques, dans l'évolution d'un trouble bipolaire. Ce risque est majoré en cas d'angoisse.

Le meurtre ou l'homicide dit « altruiste » de la mélancolie est sous-tendu par un délire congruent à l'humeur avec thèmes de ruine ou de damnation. Le noyau en est l'auto-accusation, poussant la culpabilité à son comble. Senninger et Fontaa<sup>86</sup> précisent que « le dépressif perçoit souvent, avec une acuité toute particulière, alimentée par son sentiment de culpabilité, l'impact de sa souffrance sur ses proches, douloureusement affectés ». C'est pour les délivrer de cette souffrance insoutenable et en quelque sorte pour les protéger qu'il cherchera à les tuer, avant de tenter de se donner la mort à son tour. Le risque est d'autant plus marqué que le sujet déprimé traverse une crise existentielle telle une séparation de couple ou un épisode passionnel, présente une psychose, ou surtout est sous l'effet d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

La préméditation du crime est importante et soigneusement dissimulée. Mais elle peut disparaître en cas de virage maniaque. Les moments privilégiés du passage à l'acte sont les virages de l'humeur, une insomnie prodromique et surtout lors de la décompensation

---

<sup>85</sup> SENNINGER J.-L., « Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale », EMC (Elsevier Masson SA, Paris), Psychiatrie, 37-510-A-10, 2007.

<sup>86</sup> SENNINGER J.L., FONTAA V., « Les unités pour malades difficiles », dans ALBERNHE Th. (sous la direction de), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, Paris, 1997, p. 670.

matinale, le sujet ayant eu toute la nuit pour trouver la force d'agir devant l'intolérable d'une nouvelle journée qui s'amorce.

*b) La manie : exaltation et désordre social*

Le maniaque présente une désorganisation globale tant au niveau de son humeur qu'au niveau des cognitions et de son comportement. De ce fait, il ne peut élaborer un projet meurtrier. En revanche, il souffre d'un sentiment de toute-puissance qui peut le conduire à affronter celui qui dans son esprit représente l'autorité. Il est également très sensible à la moquerie et à la frustration et derrière une façade joyeuse et plaisante, il peut devenir subitement agressif. La fuite des idées, l'accélération des pensées, l'extrême labilité de son comportement ne lui permettent pas de se poser et de prendre du recul face aux situations.

Le maniaque exerce une violence plutôt contre les biens : grivèleries d'aliments, abus de confiance, dépenses somptuaires pouvant entraîner sa ruine, ... En revanche, il peut devenir subitement dangereux si l'on vient heurter, même à minima, son sentiment de toute-puissance. Il peut développer un déchaînement clastique d'agressivité. Mais d'autres violences sont possibles à cause d'un hyperérotisme associé à une défaillance des barrières sociales : attentat à la pudeur, viols, ... De plus, il a tendance à s'embraser face à un public.

Les moments privilégiés de passage à l'acte sont les virages de l'humeur à l'occasion d'un traitement non adapté, d'un deuil ou d'une alcoolisation.

**3/ Dans les troubles graves de la personnalité : personnalité psychopathique ou antisociale**

Toutes les études montrent une prévalence de la personnalité antisociale beaucoup plus élevée en prison (60%) que dans la population générale (2 à 3%). Le psychopathe est un « écorché vif », un être blessé dès le jeune âge, aux bases narcissiques fragiles. Sa personnalité se caractérise par des traits d'impulsivité, d'instabilité, d'irritabilité et d'intolérance profonde aux frustrations. Il vit dans l'immédiateté de ses désirs. Le passage à l'acte vient en lieu et place de la parole. Sa vie est émaillée de décompensations. La violence est chez lui une modalité d'être au monde. Son enfance est marquée par des carences affectives. Le père fait défaut à l'identification au moment de l'adolescence. C'est un père inconsistant, absent, rabroué par la mère. Il n'accomplit pas son rôle paternel de porteur de la loi. La mère est volontiers surprotectrice, confortant le vécu de toute-puissance chez son enfant. Il est « l'enfant-roi ». Le psychopathe va ériger sa propre loi, défiant celle de la

société. Lorsqu'il est appréhendé, il se place en position de victime rejetant la responsabilité sur l'agressé, la projection étant un des moyens de défense privilégié. Pour autant, contrairement au psychotique, il reste connecté à la réalité.

Le passage à l'acte se fait dans l'instant, en l'absence de toute préméditation. Il est poussé par un désir de revanche envers la société. La violence contre les biens est fréquente et polymorphe (escroqueries, dégradations diverses,...). La violence contre les personnes est de fréquence et de gravité variables. Elle est favorisée par l'abus de substances psychoactives, alcool et autres, auxquelles le psychopathe a facilement recours. Suite à l'événement, il ne ressent aucune sorte de culpabilité ou de remords.

#### **4/ Dans la déficience intellectuelle**

##### *a) La débilité*

La débilité correspond à une déficience intellectuelle. Selon le quotient intellectuel (QI), on retient : une débilité légère ( $71 < \text{QI} < 84$ ), une débilité moyenne ( $50 < \text{QI} < 70$ ), une débilité profonde ( $30 < \text{QI} < 49$ ), une arriération profonde ( $\text{QI} < 30$ ).

La déficience intellectuelle agit indirectement par une altération de l'affectivité. Le sujet ne peut mentaliser correctement ce qu'il ressent, il ne peut trouver la bonne distance par rapport aux personnes et aux situations. Il est fortement influençable. La débilité se caractérise par une insuffisance d'intégration des valeurs morales, une désinhibition instinctive, une immaturité affective, une intolérance aux frustrations, une irritabilité, une suggestibilité, un sentiment d'infériorité et un besoin d'affirmation de soi.

Davantage que le déficit intellectuel qui altère le discernement, les perturbations affectives sont au premier plan des troubles du comportement. Il existe parfois des comorbidités qui aggravent le tableau : un délire, une personnalité antisociale avec impulsivité, une perversité, une psychose infantile. Ces débilités entrent dans la catégorie des déficiences mentales dysharmoniques. Le risque de passage à l'acte médico-légal est augmenté.

De façon assez schématique, chez le débile profond, une insuffisance de bagage intellectuel l'empêche de commettre des agressions élaborées. Il est volontiers en proie à des

décharges de fureur aveugle. Chez le débile moyen, on observe un manque de contrôle, de jugement et de nuance dans ses relations affectives. Il peut réussir néanmoins à construire et à préméditer un acte violent un tant soit peu structuré. Chez le débile léger, un sentiment de dévalorisation va colorer ses faits. Il est fragile sur le plan émotionnel et ne réussit pas convenablement à différer ses réactions. Il est souvent incapable de médiatiser correctement ses affects par la parole. Il recherche des satisfactions immédiates. Il devient caractériel au point d'en être agressif. De façon plus générale, le déficient intellectuel agit souvent manipulé par un tiers. L'alcoolisation et/ou l'appartenance à une bande de délinquants favorisent le passage à l'acte. Parmi les violences contre les biens, on retrouve les incendies. Les violences contre les personnes sont variées : meurtres, viols, coups et blessures,...Le déficient intellectuel agit dans l'immédiateté. Il ne peut prévoir la conséquence de ses actes à long terme.

#### *b) La démence*

Les états démentiels offrent différents tableaux cliniques. Ils correspondent à une détérioration tardive des fonctions intellectuelles supérieures. Des troubles psychiatriques sont présents au début de l'évolution et peuvent révéler la démence. C'est dans ce contexte que peuvent être commis des actes médico-légaux. La violence contre les biens relève de grivèleries d'aliments, de diverses dégradations, ... La violence contre les personnes peut amener à des coups et blessures, parfois à un exhibitionnisme. Le dément passe à l'acte préférentiellement au cours d'épisodes anxieux ou confuso-oniriques. La préméditation n'existe pas sauf dans certains délires séniles de préjudice. Mais de même que pour les débiles mentaux et pour les maniaques, les déments sont bien plus souvent victimes qu'auteurs de délits ou de crimes.

Si la dangerosité du malade mental est révélée par le passage à l'acte, elle est confirmée par sa répétition.

## → SECTION II : DU PASSAGE À L'ACTE À SA RÉPÉTITION

La répétition du passage à l'acte chez le malade mental est le témoin de la difficulté à canaliser la dangerosité des malades mentaux criminels. La répétition du passage à l'acte peut se faire selon deux modes : la récidive (I) et la sérialité (II).

La récidive au sens psychiatrique doit être distinguée de la sérialité qui est considérée comme « la répétition d'événements, de choses identiques, semblables ou analogues dans le temps et/ou dans l'espace ». Ainsi, le *serial killer* reproduit son crime selon les mêmes caractéristiques, ce qui n'est pas le cas du récidiviste.<sup>87</sup>

### I – La récidive

La récidive fait l'objet de nombreuses lois de plus en plus répressives, marquant la difficulté à endiguer cette dernière (A). Mais de nouveaux outils élaborés par les psychiatres permettent une approche renouvelée du phénomène (B). Une place particulière doit être réservée à la récidive des délinquants sexuels (C).

#### **A – Présentation générale et difficulté de la lutte contre la récidive**

La loi s'est toujours intéressée à ce problème majeur qu'est la récidive, quelque soit la majorité politique au pouvoir. Riche d'études psychiatriques sur les maladies mentales des criminels récidivistes (2), le législateur a voulu également donner à la justice des armes qui se veulent efficaces (1).

#### 1/ À la recherche d'outils répressifs efficaces

La récidive est une donnée médicale qui a été intégrée au domaine juridique dès le XX<sup>ème</sup> siècle (articles 132-8 et suivant du code pénal).<sup>88</sup> Sur le plan pénal, elle correspond au renouvellement d'une infraction identique ou similaire à une première ayant fait l'objet d'une condamnation définitive, dans un délai déterminé par la loi. La plupart des récidivistes ne

---

<sup>87</sup> SENNINGER J.L., « Rechute, récidive, sérialité : des confusions dangereuses », *Annales Médico Psychologiques*, 163, 2005, p. 866-869.

<sup>88</sup> CIAVALDINI A., *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Chapitre 5 : « La récidive », Paris, Masson, 1999, p.31-39.

perçoivent pas de conséquence sociale, morale ou pénale de leurs actes délictueux pour eux-mêmes, pas plus qu'ils ne sont perceptifs des conséquences pour leurs victimes. Ils ne ressentent pas de culpabilité. Ciavaldini montre que les condamnations et/ou les incarcérations antérieures n'ont pas provoqué chez eux de transformations psychiques. La prévention de la récidive doit passer par une prise de conscience par le récidiviste de changement chez sa personne. La difficulté tient à ce que ces sujets, même s'ils ne sont pas satisfaits de leur fonctionnement, restent incapables de repérer qu'il est inapproprié et source de dangerosité. Ceci explique que sortis du cadre judiciaire, ils ne cherchent pas à accéder à une prise en charge quelconque.

Le Ministère de la Justice et des Libertés a fait paraître fin 2009 les chiffres de la Justice<sup>89</sup>. Les données concernant les crimes correspondent à l'année 2007. On dénombre 3391 criminels condamnés pour l'ensemble des juridictions françaises, dont 2718 majeurs et 673 mineurs. L'évolution entre 2006 et 2007 montre un accroissement de 0,2%. Selon la nature de l'infraction sanctionnée, le taux de récidive légale est le suivant :

Nature de l'infraction sanctionnée	Taux de récidive légale (%)
	Taux calculé sur les infractions principales uniquement
<b>Tous types de crimes</b>	<b>4,1</b>
<b>Homicides volontaires</b>	<b>2,8</b>
<b>Crimes sexuels</b>	<b>2,7</b>
<b>Vols criminels</b>	<b>10,6</b>

La délinquance sexuelle reste un problème majeur auquel les politiques et les magistrats accordent une réelle importance. Elle est la première cause d'incarcération en France. La part des délinquants sexuels au niveau de la population des condamnés a augmenté de 105,6% entre 1995 et 2003 et concerne 8109 personnes. Elle dépasse nettement la part des 5217 condamnés pour coups et blessures dont l'augmentation n'en est pas moins inquiétante (+ 161,2%). Dès lors, le législateur a mis en place des instruments spécifiques de contrôle des condamnés sexuels à l'instar du suivi socio-judiciaire. Dans ce cadre, et au titre des mesures de surveillance et de contrôle destinées à prévenir la récidive comme le précise l'article 131-36-1 du code pénal, le condamné peut être contraint de s'abstenir de paraître en certains lieux

<sup>89</sup> [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/1\\_stat\\_chiffrescles09\\_20091116.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_stat_chiffrescles09_20091116.pdf)

Les chiffres de la Justice. Édition 2009. Ministère de la Justice et des Libertés. Secrétariat général. Service support et moyens du ministère. Sous-direction de la Statistique et des Études. Paris.

accueillant des mineurs ou de fréquenter certaines personnes, ainsi que de ne pas exercer une activité professionnelle impliquant un contact habituel avec les mineurs. Le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins qui est prononcée par la juridiction de jugement comme le prévoit l'article 131-36-4 du code pénal. Le dispositif de l'injonction de soins est mis en œuvre par deux médecins, un médecin psychiatre dit médecin coordonnateur et un médecin traitant.

Le 13 juillet 2004, un rapport d'information sur le traitement de la récidive des infractions pénales est présenté à l'Assemblée Nationale.<sup>90</sup> Il dénonce la récidive comme « une réalité insuffisamment prise en compte par la chaîne pénale ». Ce rapport souligne différentes difficultés de mise en œuvre de ce suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins, et en l'occurrence une pénurie de médecins psychiatres dans le secteur public. De plus, le rapport précise que la prise en charge des délinquants sexuels se heurte à des oppositions doctrinales d'une grande partie de cette profession. En effet, il apparaît que pour une majorité de psychiatres, les délinquants sexuels sont des « pervers » au sens clinique du terme, qui ne peuvent, de ce fait, être soignés et qui ne relèvent pas de la psychiatrie à la différence des « schizophrènes ». La commission ayant élaboré ce rapport va plus loin en précisant que ce refus de prendre en charge une population, certes éminemment difficile, tient également à sa relative méconnaissance par les psychiatres. La formation initiale des médecins psychiatres ne comprend aucun enseignement spécifique sur les délinquants sexuels, ce qui ne favorise pas leur investissement en tant que coordonnateurs de l'injonction de soins.

Le 10 août 2007, la loi n°2007-1198 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs a été promulguée. Parmi les nouvelles dispositions législatives destinées à prévenir et sanctionner la récidive, cette loi crée l'instauration de peines minimales applicables aux récidivistes, l'exclusion de l'excuse de minorité pour les mineurs multirécidivistes de crimes ou délits violents, ainsi que la généralisation de l'injonction de soins pour les auteurs de crimes ou délits graves, en particulier de nature sexuelle.

---

<sup>90</sup> <http://www.assemblee-nationale.fr/>

Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République en conclusion des travaux d'une mission d'information constituée le 4 mars 2004 sur le traitement de la récidive des infractions pénales. Président : Pascal CLÉMENT. Rapporteur : Gérard LÉONARD, Députés.

Le Bihan et Bénézech ont mené une étude entre le 1<sup>er</sup> janvier 1990 et le 1<sup>er</sup> janvier 2005 sur douze malades mentaux, tous de sexe masculin, hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) de Cadillac (33). Ces douze sujets ont fait 35 victimes, 17 lors d'un premier crime et 18 lors de une à deux récidives par sujet. Chaque malade recense 2 à 5 crimes. Parmi les pathologies diagnostiquées sont retrouvés 6 cas de schizophrénie (50 %), 2 cas de délires paranoïaques (17%), 2 cas de retard mental moyen (17%), 1 cas de trouble schizo-affectif (8%) et enfin 1 sujet présente un trouble envahissant du développement (8%).

Pour le premier crime, l'âge moyen est de 28 ans [14-42 ans], tandis que pour les récidives, il est de 38 ans [23-64 ans]. Une période moyenne de 9 ans s'est écoulée entre deux crimes. Parmi les victimes, 83% n'appartiennent pas à l'entourage familial, mais 74% d'entre elles sont connues du meurtrier. Dans quatre cas, soit un tiers des récidives, le meurtre est réalisé contre un autre hospitalisé ou contre un autre détenu pendant l'incarcération. Le passage à l'acte est le plus souvent impulsif et très violent. L'arme est dans 51% des cas une arme d'opportunité (bâton). Les antécédents sont lourds. Dans 75% des cas, on retrouve des actes de violence, notamment des coups et blessures volontaires. Dans 50% des cas, on note des tentatives d'homicides. Ce point corrobore la réflexion d'autres auteurs qui font passer la prévention de la récidive avant tout par la mise en évidence d'antécédents psychiatriques, d'antécédents criminels violents et d'antécédents judiciaires. L'importance de l'accès aux soins des sujets porteurs de troubles mentaux doit par conséquent être particulièrement soulignée.

Les études ne sont pas les seuls outils à avoir été créés pour mieux concrétiser la récidive. Des échelles d'évaluation ont été mises au point.

---

<sup>91</sup> BÉZÉNECH M., LE BIHAN P., BOURGEOIS M.L., « Criminologie et psychiatrie », Encyclopédie Médicale Chirurgicale (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37 906-A-10, 2002, 15 pages.

<sup>92</sup> LE BIHAN P., BÉZÉNECH M., « La récidive de l'homicide pathologique », Étude descriptive et analytique de douze observations. Annales Médico Psychologiques, 163, 2005, p. 642-655.

## **B - Les échelles d'évaluation du risque de récidive**

La psychopathie ou personnalité antisociale représente un des diagnostics les plus souvent corrélés avec la notion de violence. Des échelles anglo-saxonnes tentent de mesurer cette violence : la PCL-R ou l'échelle de psychopathie de Hare et la HCR-20 : *Historical-Clinical-Risk-20 items*.

L'étude de Pham et al évalue la validité convergente entre la PCL-R, la HCR-20, les syndromes cliniques et les troubles de la personnalité ainsi que définis dans le DSM-IV.<sup>93</sup> Cette étude porte sur 60 détenus d'une maison d'arrêt de la région Centre, tous de sexe masculin, d'âge moyen 31 ans. Des tests préliminaires ont montré que tous possédaient un QI supérieur à 70. Deux psychotiques ont été exclus de l'étude. De même, 5% des détenus ont refusé d'y participer. Les scores de psychopathie ont été établis à partir de l'analyse des dossiers institutionnels, d'entretiens cliniques semi-structurés, recommandés par Hare et de la passation de la PCL-R composée de 20 items répartis en deux facteurs : le facteur 1 correspond aux caractéristiques narcissiques (égocentrisme et grandiosité) et le facteur 2 représente les comportements antisociaux et l'impulsivité. Les 20 items de la HCR-20 sont évalués à partir de l'entretien, de la passation de la PCL-R et de l'étude des dossiers institutionnels. L'évaluation du risque de récidive se fait à partir de la HCR-20. La comorbidité psychiatrique est également étudiée. Dans cette population de détenus, les délits se répartissent de la façon suivante : 63 % de délits non violents et 37 % de délits violents (vol avec violence, voie de fait, meurtre ou tentative de meurtre, possession et usage d'armes et explosifs, délits sexuels).

Les résultats montrent que la PCL-R et la HCR-20 ont une validité convergente élevée, congruentes avec les données internationales. Il existe un lien significatif entre la HCR-20 et les délits violents non sexuels. En revanche, tant la PCL-R que la HCR-20 n'apparaissent pas performantes pour les délits sexuels. Les déterminants cliniques et comportementaux des délinquants sexuels sont assez différents de ceux des autres délinquants. Les études montrent que la psychopathie est davantage associée à une violence

---

<sup>93</sup> PHAM T.H., CHEVRIER I., NIOCHE A., DUCRO C., RÉVEILLÈRE C., « Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge », *Annales Médico Psychologiques*, 163, 2005, p. 878-881.

instrumentale plutôt qu'à une violence émotionnelle, davantage réactive, qui elle se voit dans d'autres troubles mentaux.

D'autres échelles de mesure de la violence sont utilisées.<sup>94</sup> La START (*Short-term Assessment of Risk and Treatability*) fait suite à la HCR-20. Elle considère à la fois les facteurs de risque et les facteurs de protection du sujet. L'OAS (*Overt Aggression Scale*) évalue l'agression verbale et physique. Elle permet une appréciation qualitative des manifestations de violence exercées dans une unité de traitement.

Parmi les formes de récidive, celle qui reste la plus problématique et la plus fréquente concerne les délinquants sexuels.

### **C - Le cas spécial de la délinquance sexuelle<sup>95 96</sup>**

Le travail de Ciavaldini montre que la plupart des agresseurs sexuels connaissent une progression dans la gravité de leurs actes. Par ailleurs, plus la récidive augmente, plus l'éventualité qu'elle soit sexuelle est grande. Et un certain nombre de délinquants effectuent des « passages » de délits non sexuels vers des délits sexuels.

À sa sortie de prison, confronté à nouveau aux mêmes difficultés, le sujet aura tendance à réagir de façon similaire, celle que lui dicte son appareil psychique. La théorie de la progression suppose que le passage à l'acte antérieur, s'il devait se reproduire à l'identique, ne serait plus suffisant pour apporter le même soulagement de la tension intérieure. Le délinquant doit passer à l'étape au-dessus, ce qui n'est pas sans rappeler le phénomène de dépendance lié à l'utilisation de substances psychoactives. Dans cette progression, le récidiviste peut aller jusqu'au meurtre. Le crime sexuel fait passer la victime de sujet à objet. Elle devient un objet de plaisir. L'excitation ne peut se calmer qu'au travers de la voie sexuelle. Dans l'acte sexuel, le sujet ne recherche plus le plaisir au sens libidinal, mais le

---

<sup>94</sup> MILLAUD F., DUBREUCQ J.L., « Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique », Introduction, *Annales Médico Psychologiques*, 163, 2005, p. 846-851.

<sup>95</sup> CIAVALDINI A., *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Chapitre 5 « La récidive », Paris, Masson, 1999, p.31-39.

<sup>96</sup> BÉZÉNECH M., LE BIHAN P., BOURGEOIS M.L., « Criminologie et psychiatrie », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37 906-A-10, 2002, 15 pages.

plaisir au sens calmant. Ainsi Ciavaldini explique que « pour ces sujets, la rencontre avec l'objet s'assimile à une trajectoire excitante, profondément désorganisée, que seule une excitation supérieure pourra contenir ».

Bénézech et al tentent de mettre en évidence les facteurs pouvant favoriser l'émergence d'une activité fantasmatique sexuelle déviante ou d'une réaction coléreuse sexualisée chez les violeurs. Ils évoquent des situations de rejet ou de conflit avec les femmes, des déceptions face à un idéal de soi trop élevé, des problèmes liés à l'image corporelle. Les conflits avec des adultes perçus comme injustes ou menaçants, avec des personnes en situation d'autorité, ainsi que des situations de solitude et d'abandon joueraient ce même rôle chez les pédophiles. À côté de ces facteurs favorisants, une humeur dépressive semble être la variable la plus fortement associée à l'émergence d'une activité imaginaire déviante. Les délinquants sexuels présentent souvent des déficits relationnels dans la confiance éprouvée envers les autres. La comorbidité psychiatrique est un élément important à considérer, avec en l'occurrence, un trouble anxieux ou de l'humeur, un usage de substances psychoactives, la présence d'une autre paraphilie ou encore l'insuffisance du désir sexuel et de l'érection.

Les délinquants sexuels ont tendance à minimiser leur problématique sexuelle, rejetant la responsabilité sur l'agressé, cherchant à se donner un rôle de victime. Ils n'adhèrent généralement pas spontanément à une prise en charge. Lorsqu'ils acceptent celle-ci, c'est le plus souvent dans un but utilitaire : éviter une incarcération en cas d'injonction thérapeutique, se présenter sous un jour favorable devant le magistrat, atténuer une peine... Or, selon une étude d'Alexander, cité par Bénézech, 15 à 60 % des agresseurs sexuels non soignés récidivent sur une période de quelques années. Un traitement adapté est considéré comme pouvant faire diminuer de 20 à 30 % le risque de récurrence et donc protéger les victimes potentielles. Les soins nécessitent un encadrement légal attentif, surtout au début de la prise en charge. L'analyse de la trajectoire criminelle et la description exacte et détaillée des antécédents pénaux sont fondamentales, le principal prédicteur de la récurrence étant le nombre et la gravité des antécédents criminels.

À côté de la récurrence, les tueurs en série sont un autre grand problème de la multiplicité du passage à l'acte chez le criminel malade mental.

## II – Les tueurs en série ou *serial killers*<sup>97 98 99</sup>

De nombreux auteurs ont décrit ce phénomène. Dès 1881, Krafft-Ebing parle de « monstres psychosexuels » dans son livre *Psychopathia sexualis*.<sup>100</sup> En 1872, Cormier évoque le terme de « multicide ». Egger tente en 1983 d'affiner la définition et emploie le terme de meurtres en série. Mais le terme de tueur en série sera proposé par Robert Ressler, criminologue du *Federal Bureau of Investigation* dans les années 1980.

L'histoire est riche de cas célèbres. En France rentrent dans cette catégorie Francis Heaulme dit le « routard du crime » précédemment cité, mais encore « Barbe-Bleue » ou le docteur Marcel Pétiot. « Barbe-Bleue » au XV<sup>ème</sup> siècle, nommé Gilles de Montmorency-Laval, a violé, torturé et assassiné plus de cents enfants dans le cadre de rites sataniques et de sorcelleries. Le Docteur Marcel Petiot<sup>101</sup> (1897–1946) a été condamné à mort pour 27 meurtres. Avec un cynisme marqué du sceau de la « toute-puissance », il revendique 63 meurtres, assassinats qu'il dit « patriotiques » en cette période de deuxième guerre mondiale sur fond de nazisme. Enfant précoce, il est remarqué dès son jeune âge pour des troubles mentaux et une grande instabilité. Néanmoins, il réussit à obtenir en un temps record son doctorat en médecine et s'installe en cabinet à Villeneuve-sur-Yonne. La plupart des patients le décrivent comme un médecin « d'une grandeur d'âme et d'une grande générosité ». Mais certains d'entre eux ne sont jamais ressortis vivants de son cabinet. Les suppositions sont que le Docteur Petiot leur administrait une dose mortelle de poison, puis les dépouillait de tout ce qu'ils avaient sur eux, avant de les découper puis de les brûler ou de les jeter dans la Seine.

Ainsi que l'écrit Willy Pasini, les tueurs en série ne se considèrent pas forcément comme méchants. Ils sont la plupart du temps dominés par un délire mégalomane, de toute-puissance, qui leur donne l'illusion d'obtenir tout ce qu'ils désirent. Tous les tueurs en

---

<sup>97</sup> SENNINGER J.L., HIEGEL E., KAHN J.P., « Le tueur en série », *Annales Médico Psychologiques*, 162, 2004, p.634-644

<sup>98</sup> LEISTEDT S., COUAMNS N., PHAM T.H., LINKOWSKI P., « Psychopathologie du tueur en série », *Annales Médico Psychologiques*, 166, 2008, p. 677-685.

<sup>99</sup> PASINI W., *La méchanceté*, Édition Payot et Rivages (pour la traduction française) 1993.

<sup>100</sup> VON KRAFFT-EBING R. *Psychopathia sexualis*. Étude médico-légale à l'usage des médecins et des juristes. Édition refondue par le Docteur Albert Moll. Traduit de l'allemand par René Lobstein, Éditions Climats, Librairie Thierry Garnier 1990, 906 pages.

<sup>101</sup> [www.artezia.net/.../marcel\\_petiot/marcel\\_petiot.htm](http://www.artezia.net/.../marcel_petiot/marcel_petiot.htm)

série n'éprouvent pas du plaisir à tuer. Certains parlent même de souffrance au moment du crime.

Par définition, on distingue le meurtrier en série (*serial killer*), le meurtrier de masse (*mass murder*), et le meurtrier de bordée (*rampage killer* ou *spree murder*). Un tueur en série est un meurtrier récidiviste qui a commis au moins trois meurtres à distance les uns des autres (quelques jours à plusieurs années d'accalmie émotionnelle), sans mobile apparent. Il évite d'être repéré, pouvant poursuivre ses meurtres sur une longue période et dans des endroits différents. Un tueur de masse est un meurtrier qui tue au moins quatre personnes d'affilée en une seule fois (en quelques minutes ou quelques heures) et dans la même zone géographique. Il est facilement repéré par la police à laquelle il se livre parfois, à moins qu'il ne se suicide. Un tueur de bordée se lance dans une attaque meurtrière contre deux ou plusieurs victimes dans un court laps de temps, dans des endroits multiples et sans délai de réflexion. Selon le FBI, les tueurs en série utilisent volontiers, pour commettre leur crime, l'arme blanche ou la strangulation à mains nues. Ils recherchent un contact physique très proche de la victime. Ils prennent de nombreuses précautions pour ne pas être repérés. Les tueurs de masse et les tueurs en bordée utilisent plutôt une arme à feu.

Il existe différentes approches typologiques. Hazelwood et Douglas, cités par Leistedt, ont proposé en 1980 une classification entre tueur organisé et tueur désorganisé, utilisée par le FBI. Le tueur organisé représente environ 2/3 des tueurs en série. Il ne laisse rien au hasard. Il est « hyperadapté », à l'image que la société attend de lui, se créant en permanence un « faux self », à l'image du Docteur Petiot. Ainsi, le plus souvent, il s'agit d'un homme marié, bon mari, bon père de famille, sans difficulté sexuelle notoire. Son efficacité intellectuelle se situe dans la moyenne. Il est bien inséré socialement et professionnellement. Lorsqu'il se sent menacé, dans le sens où l'on pourrait repérer ses actes, il n'hésite pas à déménager avec sa famille, prétextant un changement d'emploi. Le crime est planifié longtemps à l'avance. Il choisit minutieusement sa victime suivant des critères spécifiques. Il sait la mettre en confiance afin de l'emmener sur les lieux du crime, choisis également à l'avance. Il aime humilier sa victime qu'il bâillonne puis soumet à ses exigences. Ses propos à son égard sont dégradants et sadiques. Il est parfois alcoolisé au moment du passage à l'acte mais il fait en sorte de garder son contrôle. Le corps de la victime est ensuite caché ou enterré. Il détruit les moindres preuves. Il aime suivre son forfait à travers les médias. Le tueur désorganisé représente 1/3 des tueurs en série. Il est un être isolé, solitaire, asocial. Son efficacité

intellectuelle est le plus souvent faible. Sexuellement, il est immature et incompetent. Il ne s'intéresse pas aux médias et ne cherche pas à échapper aux forces de l'ordre, à l'image de Francis Heaulme. Le crime est spontané, impulsif, obéissant à un orage de violence brutal. Il se déchaîne sur une victime qu'il ne connaissait pas jusque là, n'échangeant rien avec elle. Il est souvent anxieux au moment des faits. Il ne consomme pas forcément de substance psychoactive pour passer à l'acte. La scène du crime est laissée dans le plus grand désordre, le corps restant en évidence. Des actes sexuels *post mortem* sont fréquents.

Sur le plan épidémiologique, malgré une tendance à la diminution du nombre total des homicides, le nombre de tueurs en série ne cesse d'augmenter dans le monde. Il est le plus important aux États-Unis qui représentent 5% de la population mondiale et qui recensent 80% des tueurs en série. Viennent ensuite l'Europe avec 16%, dont la Grande Bretagne avec 28%, l'Allemagne avec 27% et la France avec 17%. Le phénomène tueur en série tend à s'accroître en Amérique du Sud et en Afrique du Sud. Une étude sur 36 tueurs en série menée en 1994 par Ressler et Douglas, cités par Leistedt, a repéré la fréquence de la triade suivante : hommes blancs, de type caucasien, 20-40 ans, présentant dans leurs antécédents une cruauté envers les animaux (sorte d'entraînement à la violence, comme nous l'avons décrit chez Francis Heaulme qui à l'adolescence enterrait vivants des animaux), une tendance à la pyromanie et une énurésie (60% des tueurs en série ont uriné dans leur lit jusqu'à leur adolescence). Près de 10% des tueurs en série appartiendraient à une profession médicale ou paramédicale.

Une étude psychopathologique montre que la majorité des tueurs en série répond aux critères de personnalité psychopathique, sadique sexuel. Ils présentent un dysfonctionnement global de la personnalité. Dans la sphère interpersonnelle, ils ont tendance à la manipulation, au mensonge pathologique, à l'hypocrisie. Dans les sphères cognitive et affective, on constate une incapacité à aimer, une absence d'empathie, une pauvreté du jugement et une incapacité à apprendre des expériences passées. Ils répètent des conduites asociales sous la forme d'agressions, de viols, de séquestrations, d'homicides...Le tueur en série a souvent grandi dans une famille chaotique, avec un père absent, dévalorisé par une mère violente, omnipotente. Il a été exposé dès son plus jeune âge à des expériences traumatisantes. Il a connu des échecs successifs sur les plans familial, amical et scolaire. Il a souffert d'une absence de reconnaissance et d'amour avec le rejet par les siens. Il vit isolé, développant une colère et une haine à la hauteur de la souffrance ressentie.

Tous les tueurs en série ne sont pas des sadiques sexuels, mais cette paraphilie est souvent retrouvée. Le sadisme va du sadisme moral, sadisme fréquent de la vie quotidienne, aux actes les plus élaborés. Il a pour but d'atteindre, via la souffrance infligée à un partenaire sexuel par une douleur et/ou une humiliation, une décharge orgasmique. Les tueurs en série ont une vie fantasmatique riche et foisonnante. Freud dans son ouvrage « l'interprétation des rêves »<sup>102</sup>, cite Platon sur la différence essentielle entre le citoyen ordinaire et le criminel : « l'homme de bien se contente de rêver ce que l'homme mauvais agit réellement ». Le tueur en série est confronté dès son enfance à un modèle familial désorganisé, non étayant, où règnent violence et souffrance. Il s'enferme très jeune dans un monde de fantasmes, fondé sur des pensées agressives, ritualisées, mêlant la souffrance, le sexe et la mort, afin de maintenir une source suffisante de plaisir. À l'âge adulte, le tueur en série règne en maître absolu et omnipotent dans ce monde fantasmatique : il a atteint une « maturité criminelle ».

Dans leur approche psychopathologique, Senninger et al<sup>103</sup> montrent chez le tueur en série un narcissisme pathologique, un sentiment d'omnipotence et un vécu d'héroïsation. Il existe une confrontation complexe entre une structure psychotique, un mouvement pervers narcissique et des conduites psychopathiques. Selon ces auteurs, les meurtres en série pourraient être considérés comme des actes de toute-puissance à fonction défensive face au risque d'une déstructuration psychotique. Pour d'autres auteurs, tels que Myers et al ou Leyton, cités par Senninger, le tueur en série répondrait à un phénomène complexe de compulsion-obsession. Mais contrairement au trouble obsessionnel compulsif (TOC), il ne s'agit pas ici de calmer une angoisse mais plutôt d'assouvir un plaisir. Cline ou Brown, également cités par Senninger, proposent un modèle « d'addiction au crime », comparant les expériences recherchées et vécues par le tueur en série à la notion de sensation et de plaisir éprouvés par les toxicomanes ou des joueurs pathologiques. Il s'agirait dans la répétition du passage à l'acte de retrouver le vécu et les émotions liées au premier passage à l'acte.

Malgré la dangerosité révélée par la répétition du passage à l'acte, il convient de souligner que la multiplicité du passage à l'acte ne concerne pas tous les criminels malades mentaux.

---

<sup>102</sup> FREUD S. : *Die traumdeutung*, 1900, L'interprétation des rêves, PUF, 1967.

<sup>103</sup> SENNINGER J.L, HIEGEL E, KAHN J.P, « Le tueur en série », *Annales Médico Psychologiques*, 162, 2004, p.634-644.

## CHAPITRE II :

# L'ABSENCE D'AUTOMATICITÉ DU PASSAGE À L'ACTE

Bien que le malade mental puisse être potentiellement dangereux, la maladie ne suffit jamais à elle seule à déclencher le passage à l'acte (section I). L'image relayée par les médias du malade mental fou et dangereux est d'autant plus erronée que ces personnes sont suivies pour leur maladie. Leur prise en charge réduit considérablement le risque de criminalité. Au-delà de la modification de nos opinions sur les malades mentaux, c'est tout une politique de santé mentale qu'il convient de revoir (section II).

### → SECTION I : PRISE EN COMPTE DE LA SPÉCIFICITÉ DE L'INDIVIDU DANS LE PASSAGE À L'ACTE<sup>104 105 106</sup>

Comme nous l'avons vu précédemment, le passage à l'acte s'inscrit dans une relation triangulaire entre l'agresseur, la victime et la situation du moment, elle-même s'interposant dans un moment donné de l'existence de l'agresseur et de l'agressé, et dans un environnement donné. La notion d'état dangereux chez un malade mental est empreinte de subjectivité et s'avère par conséquent difficile à cerner.<sup>107</sup> Il n'est pas prouvé que le malade mental soit plus dangereux qu'un sujet exempt de maladie mentale, bien au contraire. Ainsi que le souligne Cordier<sup>108</sup>, seule une minorité de crimes est commis par les malades mentaux. Il n'existe pas de maladie spécifiquement criminogène, même si la schizophrénie et la personnalité antisociale sont souvent retrouvées. Les facteurs situationnels sont importants à prendre en compte dans la compréhension du passage à l'acte. Ils doivent être évalués : isolement, précarité, exclusion...

---

<sup>104</sup> DE BEAUREPAIRE R., « Biologie de l'impulsivité et comportements dangereux », Santé mentale (Dossier « à propos de la dangerosité ») 128, 2008, p.44-47.

<sup>105</sup> MILLAUD F., DUBREUCQ J.L., « Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique ». Introduction. Annales Médico Psychologiques, 163, 2005, p. 846-851..

<sup>106</sup> MOSER G. *L'agression*. Que sais-je ? Édition PUF, Paris, 1987.

<sup>107</sup> CAROLI F., MASSÉ G., *Les situations d'urgence en psychiatrie*, Éditions Doins, Paris, 1985.

<sup>108</sup> CORDIER B., « Criminologie et maladies mentales », Forensic 1, 2000, p. 11.

Par ailleurs, l'état dangereux est un état transitoire. Un sujet repéré dangereux le sera à certains moments et deviendra inoffensif le reste du temps. La tolérance de l'environnement, du groupe, de la société à l'égard de l'état dangereux entre en ligne de compte. Cette tolérance est souvent liée à une culture donnée et à un contexte donné. C'est la conjonction de plusieurs facteurs qui pousseront un sujet à passer à l'acte. Parmi ces facteurs, certains sont à potentiel criminogène plus élevé, mais ne suffisent pas à eux seuls à expliquer la genèse d'un meurtre.

Nous allons aborder les facteurs propres au malade mental (I) et les facteurs relatifs au contexte dans lequel évolue ce malade mental (II).

## **I – Les facteurs de risque criminel propres au malade mental**

Ces facteurs sont de deux types : ils peuvent être soit liés à l'histoire de l'individu (A), soit à sa personne et à son comportement (B).

### **A – L'histoire personnelle du malade mental**

L'histoire personnelle du malade mental se compose majoritairement de ses antécédents (traumatiques notamment) (1) dont l'impact sera d'autant plus important qu'ils se seront manifestés durant la petite enfance ou l'enfance (2). Par ailleurs, les traits de personnalité qui peuvent inhiber ou au contraire favoriser le passage à l'acte (3).

#### **1/ Les antécédents**

Ils représentent le facteur le plus important. Les personnes impulsives et violentes ont presque toutes une histoire personnelle traumatique, ce que nos cas ont illustré.

Des études tentent d'expliquer pourquoi un comportement violent au cours de la vie est le meilleur prédicteur d'une nouvelle violence. Renaud de Beaurepaire a étudié les interactions entre la génétique, l'environnement et le cerveau. Il en déduit que ces interactions détermineraient les comportements du sujet à l'âge adulte, notamment ses réactions impulsives et violentes dans certaines situations.

Des maltraitances de tout ordre (physiques, psychologiques, sexuelles) ainsi que des expériences de victimisation, de séparation, d'abandon ou de perte, vont avoir un impact majeur sur le développement du cerveau et sur l'organisation psychique lorsqu'elles

surviennent dans l'enfance, et surtout dans la petite enfance. Pourtant certains sujets dotés d'une bonne résilience évolueront mieux que les autres, sans que l'on connaisse à l'heure actuelle les mécanismes psychologiques ou biologiques de la résilience. Quant aux autres, ils éprouveront de la difficulté à contrôler leur impulsivité et leur agressivité dans certaines conditions.

## *2/ La petite enfance et l'enfance*

Un psychiatre anglais, John Bowlby, a mis en évidence la notion fondamentale du lien qui se soutient de la théorie de l'attachement de l'enfant à sa mère depuis la naissance. Ce lien a une fonction structurante sur le fonctionnement psychique de l'enfant. Bowlby a établi une relation entre l'abandon dans l'enfance et des comportements antisociaux à l'adolescence. Un lien de bonne qualité favorise le développement chez l'enfant d'un « sentiment de sécurité interne ». L'enfant se forge des modèles internes à travers sa représentation du monde, l'attachement à des personnes ou à des objets et il construit des systèmes de valeurs. En l'absence de lien, l'enfant va grandir avec un « sentiment d'insécurité » et avec une faible estime de lui-même. Qu'ils soient bons ou mauvais, ces modèles sont des principes organisateurs à l'âge adulte. En l'absence de lien sécurisant, l'individu va développer un trouble grave de la personnalité. Il peut s'agir d'une personnalité psychopathique, instable et impulsive, où le passage à l'acte vient en lieu et place de la parole, de la capacité à mentaliser une situation, et où il y a négation des liens. Il peut s'agir aussi d'une personnalité état-limite qui se manifeste par une insécurité permanente des liens, devenant une véritable pathologie de la relation. Une personnalité dépressive sera dans la répétition permanente des expériences de perte. Une personnalité paranoïaque interprètera les liens à l'autre de façon délirante, essentiellement persécutrice.

Par ailleurs, une étude retentissante, réalisée par Raine et al (1997), cités par Combalbert<sup>109</sup>, montre qu'il semble exister une relation entre les complications survenant lors de l'accouchement et une prévalence augmentées des épisodes violents à l'adolescence ou à l'âge adulte. Cette étude porte sur 4269 garçons, de leur naissance à l'âge de 18 ans. Ceux qui ont connu des complications à la naissance (forceps notamment) et qui ont été rejetés très tôt par leur mère (mise en institution dans la première année et/ou tentative d'avortement par la

---

<sup>109</sup> COMBALBERT N., BRET-DIBAT J.L., FAVARD A.M., « Intérêts et limites de l'approche biologique pour l'étude des comportements agressifs », Annales Medico Psychologiques, 160, 2002, p. 640-648.

mère) ont trois fois plus de risques de devenir des criminels violents. Raine a été un des premiers à préconiser une approche bio-sociale pour essayer de réduire l'agressivité.

### 3/ Les traits de personnalité

Les personnalités à haut potentiel d'agressivité ont été évoquées du fait essentiellement d'une impulsivité comme les personnalités antisociales ou les états limites, ou à cause d'une fausseté de jugement comme les personnalités paranoïaques. Certains facteurs peuvent jouer un rôle relativement protecteur.

-- La peur de la punition, consécutive à une agression, a un effet inhibiteur de l'agressivité. Les sujets fortement concernés par le jugement s'avèrent moins agressifs que les sujets peu soucieux du regard de l'autre. Mais parfois, c'est l'effet contraire qui se produit lorsque l'agresseur puni interprète la punition comme d'autrui une attaque contre lui. Il peut alors nourrir un sentiment de vengeance et accroître son agressivité.

-- Les sujets qui anticipent des sentiments de culpabilité comme conséquence d'une agression sont susceptibles d'être moins agressifs que ceux qui ne ressentent que peu de culpabilité. L'absence de culpabilité et d'anxiété caractériserait les criminels violents, comme chez les psychopathes.

-- Un sentiment de désarroi peut se manifester chez des sujets qui craignent de ne pouvoir contrôler la situation. Ils auront tendance à ne pas répondre à des provocations fortes et répétées d'autrui.

-- Dans les années 70, Rosenman et Friedman ont isolé des sujets en perpétuelle compétition, dit sujets de type A. Ils sont constamment en mouvement, pressés en permanence par le temps, se battant contre de nombreuses échéances de la vie courante. Ils sont aussi particulièrement exposés à des risques cardio-vasculaires. Ce comportement les rend davantage agressifs.

-- En 1976, une étude de Toch, cité par Moser, réalisée sur des prisonniers, a montré que ceux-ci s'engagent dans des comportements violents afin d'atteindre certains buts individuels. Parmi les comportements violents les plus fréquents, il a remarqué la violence par sentiment d'insécurité et d'auto-estimation basse, les sujets avides d'affirmer leur importance et leur valeur par ce moyen, les sujets amenés à être agressifs pour jouer un rôle dominant dans les groupes.

L'histoire personnelle à elle seule ne suffit pas à expliquer le passage à l'acte ou son absence. Viennent se greffer des informations dites collatérales.

## **B - Informations collatérales**

Ces informations collatérales sont multiples ce qui témoigne de la complexité et de l'absence de l'automatisme du passage à l'acte. Elles peuvent être liées à la physiologie de l'individu (1) ou à son état mental (2). Elles peuvent également dépendre du comportement de l'individu lui-même : la présence chez lui d'abus, d'addictions (3) ou sa capacité d'autocritique et l'observance des traitements qui lui ont été prescrits (4) peuvent jouer un rôle décisif.

### **1/ Les facteurs de risque génétiques, biologiques et neurobiologiques**

Des expériences sur des animaux ont montré, grâce aux progrès de l'imagerie médicale, des modifications structurales au niveau du cerveau lorsque l'animal a été séparé de sa mère très précocement. Ces modifications affectent surtout l'hippocampe (centre organisateur de la mémoire), l'amygdale (siège de la « mémoire émotionnelle ») et le cortex pré-frontal (structure cérébrale impliquée dans les comportements moraux et la résolution de dilemmes moraux). Raine et al, cités par de Beaurepaire, ont montré que les criminels impulsifs avaient une atrophie du cortex préfrontal, tandis que les criminels « prédateurs » (ceux qui préméditent leurs actes), ont un cortex préfrontal normal mais des anomalies fonctionnelles sous-corticales.

Des séparations ou des maltraitances dans l'enfance entraînent également des anomalies de l'axe endocrinien corticotrope, le cortisol étant impliqué dans le stress, ce qui provoque des conséquences délétères sur le développement de la sérotonine, neurotransmetteur impliqué dans l'humeur. Une baisse de la sérotonine favorise la dépression mais également l'agressivité. Ce désordre provoqué par une réaction en chaîne explique la mauvaise tolérance du sujet face à une situation stressante et ses réactions impulsives, agressives, accompagnées d'une hyperémotivité ou au contraire d'une indifférence émotionnelle selon que l'amygdale est activée en excès ou en défaut.

En ce qui concerne la testostérone, hormone sexuelle masculine, il n'a pu être établi de relation de cause à effet entre des taux plasmatiques de testostérone élevés et des conduites agressives. Cette hormone faciliterait le déclenchement d'une réponse agressive mais ne l'induirait pas. De façon plus globale, les hormones qui ont une influence sur nos comportements, jouent un rôle d'amplification des réponses émotionnelles et comportementales mais elles ne peuvent pas, à elles seules, déclencher de tels états. De plus, nos comportements ont en retour des conséquences sur la libération des hormones. La biologie ne peut rendre compte à elle seule de la complexité et de la totalité des comportements agressifs humains. Ainsi, la castration chimique chez les délinquants sexuels, qui tend à abaisser la production de testostérone, permet de réduire l'appétit sexuel et de mieux maîtriser les pulsions, mais demeure d'efficacité relative.

Une découverte récente et passionnante, grâce aux travaux de Caspi, cité par de Beaurepaire, a mis en évidence une modulation par les gènes. On sait aujourd'hui scanner les gènes pour chaque maladie. Les gènes impliqués dans la violence sont présents chez chacun d'entre nous. Caspi nous enseigne que les gènes de la violence sont associés à des comportements violents seulement lorsque l'histoire personnelle du sujet comporte des traumatismes psychiques. Chez une personne non traumatisée, le gène participe à l'expression d'un comportement normal. Chez une personne ayant subi un stress traumatique grave, le même gène participe à un comportement pathologique.

Ces études se multiplient. Elles pourraient révolutionner l'approche des maladies mentales et des comportements violents. Grâce à la mise au point d'appareils de *screening* rapide des gènes, on pourrait dire en quelques minutes si un sujet est porteur de tel ou tel allèle le prédisposant à tel ou tel trouble comportemental ou psychiatrique.

## **2/ Les facteurs liés à l'état mental**

Certains symptômes sont potentiellement pourvoyeurs d'agressivité et de violence. Les délires jouent un rôle direct dans l'apparition de la violence. Les thèmes les plus impliqués sont des thèmes mystiques, de grandeur ou de persécution. Les hallucinations peuvent devenir impérieuses et ordonner des actes de violence tournée contre soi ou contre autrui. Le sujet peut être obsédé par des idées suicidaires et d'homicides, ou de viols avec

besoin de soulager une tension intérieure impliquant une souffrance. La désorganisation de la pensée chez le schizophrène favorise des actes impulsifs, imprévisibles et incompréhensibles. De façon plus globale, toute rupture de fonctionnement, toute modification d'une symptomatologie habituelles, doivent être considérées comme un facteur de probable dangerosité. L'accès au contenu mental du psychotique n'est pas toujours possible, barré par la réticence ou le clivage du fonctionnement psychique. Les personnalités les plus impliquées dans la dangerosité sont les personnalités antisociales ou psychopathiques, les états limites et les personnalités paranoïaques, pour lesquelles il existe le plus souvent un fond délirant plus ou moins facile à mettre en évidence.

### **3/ Les abus ou addictions**

Toutes les études affirment que l'intoxication par l'alcool ou par certaines autres substances psychoactives représente un des facteurs les plus importants de risque de violence tant chez les malades mentaux que dans la population générale. L'alcool lève les inhibitions et favorise l'expression de l'agression. La marijuana à forte dose aurait plutôt un effet inhibiteur en diminuant l'agressivité. Pour le cannabis, le problème est plus complexe. Chez les sujets « à risque », le cannabis a plutôt un effet désinhibiteur de l'agression.

### **4/ Capacité d'autocritique et son corollaire l'observance thérapeutique**

Meilleure est la capacité d'autocritique du sujet, plus importante est la réduction du risque de violence. Chez le malade mental, le psychotique en l'occurrence, cette autocritique n'est possible qu'avec l'aide du traitement qui permet une mise à distance du délire et la récupération d'une certaine organisation intrapsychique. Sans cela, le patient a tendance au déni des troubles, total ou partiel. Ainsi, l'observance thérapeutique, c'est-à-dire le suivi correct et régulier du traitement psychotrope, permet une stabilisation de l'état mental et diminue la dangerosité. Mais le patient a tendance à arrêter par lui-même son traitement, surtout lors des premières années du suivi, soit parce qu'il se sent mieux et ne voit pas la nécessité de le poursuivre, soit parce qu'il ressent des effets secondaires qui le gênent considérablement, soit enfin parce que le déni de la maladie n'est pas levé. Ces différentes raisons peuvent s'intriquer entre elles. L'alliance thérapeutique est indispensable à la réalisation de cette observance. Elle se fonde sur une relation de confiance avec le patient, elle-même passant par une information claire et adaptée, tant du patient que de ses proches.

Malheureusement, le malade réputé pour une certaine dangerosité aura tendance à créer le vide autour de lui.

Tout comme il est admis que la criminalité n'est plus dépendante uniquement de facteurs intrinsèques au criminel, des facteurs extrinsèques au malade mental sont reconnus comme favorisant son agressivité et son impulsivité, facilitant ainsi le passage à l'acte.

## **II – Les facteurs relatifs au contexte dans lequel évolue le malade mental**

Ces éléments extrinsèques tiennent à la fois au modèle de société caractérisé par la civilisation occidentale (A) mais également aux personnes qui la composent (B).

### **A – L'implication du modèle social dans le passage à l'acte**

Il semblerait que notre société pâtisse de son essor. Trois facteurs peuvent ici être relevés : le facteur démographique (1), le développement de l'urbanisme (2) et l'exposition à des modèles agressifs (3), principalement par la télévision et le cinéma.

#### **1/ Facteurs démographiques**

Millaud et Dubreuck ont porté leurs études sur les malades mentaux, notamment psychotiques. Ils ont mis en évidence des facteurs de risque de dangerosité. C'est ainsi le cas des personnes d'un âge inférieur à 30-40 ans. En revanche, si dans la population générale 90% de la violence est le fait des hommes, le sexe n'apparaît pas être un facteur discriminant dans la maladie mentale. En effet, cette dernière augmente de façon significative le risque de violence chez les femmes. De même, plus le comportement agressif est encouragé, plus la différence entre les hommes et les femmes s'estompe. Les célibataires quant à eux semblent être plus violents que les sujets mariés ou vivant en couple.

#### **2/ Le développement de l'urbanisme**

Freedman, en 1975, cité par Moser, a démontré que l'urbanisation favorise la criminalité. Il utilise pour ses études deux critères : le nombre de personnes/km<sup>2</sup> et le nombre

moyen d'individus par pièce d'habitation dans la région de New York. Plus la densité de la population est grande et plus la criminalité est développée. La promiscuité, mais encore davantage la diminution de l'espace vital, sont des facteurs favorisant hautement l'agressivité et la violence. L'un des facteurs les plus retrouvés est la densité à l'intérieur des logements en milieu urbain.

### 3/ L'exposition à des modèles agressifs

Des études ont montré qu'il existe un lien entre l'agressivité et la violence télévisée. Plus un enfant regarde des scènes violentes à la télévision, plus il exprime de l'agressivité envers autrui. Cette force de relation semble augmenter avec le temps par effet cumulatif de la violence dans les médias. Baron a étudié les effets de la violence télévisée et filmée sur le comportement des spectateurs.<sup>110</sup> Il a mis en évidence trois mécanismes successifs. L'apprentissage par l'observation permet au spectateur d'acquérir de nouveaux moyens de faire du mal à autrui, moyens qu'il ne possédait pas antérieurement dans son répertoire de comportements. Il y a ensuite un effet de désinhibition. Les restrictions ou inhibitions contre le fait d'agir de façon agressive sont diminuées par le simple fait de pouvoir observer quelqu'un d'autre agissant ainsi. Puis la désensibilisation s'installe. Elle marque le manque d'empathie, de reconnaissance de la souffrance d'autrui. Les émotions sont gommées par la télévision, la scène n'étant pas vécue dans la réalité. Il ne s'agit « que d'images », surtout pour les plus jeunes.

L'organisation de la société mais aussi son fonctionnement et les interactions qui se mettent en place entre ses membres peuvent constituer des facteurs de risque de criminalité.

## **B – L'influence d'autrui**

Les appartenances sociales influencent le comportement du malade mental (1). Pour autant il ne faut pas oublier la victime. Cette dernière, le plus souvent inconsciemment, est également amenée à intervenir dans l'attitude du malade mental (2).

---

<sup>110</sup> BARON R.A. Agression. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Edition 4, Kaplan H.I., Sadock B.J., Editors, p 219. Williams & Wilkins, Baltimore, 1985.

## 1/ L'influence indirecte des appartenances sociales

### *a) Conduites d'agression et appartenance à un groupe*

De nombreuses recherches ont montré que les individus ayant le sentiment d'appartenir à un groupe sont significativement plus agressifs que les individus isolés. Le sujet a tendance à se conformer aux normes du groupe. Il module son comportement en fonction de ce qu'il imagine que les autres attendent de lui. Par ailleurs, pour certains, le fait d'avoir été humiliés en public a pour conséquence qu'ils tenteront de rétablir une identité positive quelque soit le prix à payer.

### *b) L'anonymat ou le sentiment d'impunité*

Des études ont mis en évidence que l'agression est fonction aussi du sentiment d'impunité que le sujet peut ressentir du fait de l'anonymat. L'appartenance à un groupe a tendance à favoriser ce sentiment d'impunité et lève les inhibitions au passage à l'acte. Un sujet perdu dans une foule en colère ne se voit pas identifiable et ne peut pas se sentir responsable de ses actes puisqu'il délègue cette responsabilité à l'ensemble. L'individu s'efface au profit du groupe.

## 2/ L'influence directe de la victime

L'agression est aussi une réponse à l'autre. Elle peut se manifester face à une provocation verbale, une insulte, ou une provocation physique. Elle est majorée en cas de blessure provoquant de la douleur. Cette réponse par l'agressivité sera d'autant plus forte que la provocation vient d'une personne que l'agresseur estime ou que cette provocation lui fait perdre la face devant autrui. Ce qui se joue ici est non seulement la provocation par l'adversaire, future victime, mais aussi l'interprétation cognitive qui en est faite par celui qui va agresser.

Ainsi tout malade mental n'est pas criminel. Toute généralisation est erronée et dangereuse. Bien plus qu'un changement d'opinion à l'égard des malades mentaux, c'est un changement d'attitude qui mériterait d'être effectué dans leur intérêt. Il conviendrait que la politique de santé mentale s'attache bien plus à l'aspect curatif qu'à l'aspect répressif des malades mentaux criminels, sans pour autant l'abolir totalement.

## **SECTION II : RECONSTRUIRE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE AUTOUR DE L'INDIVIDU**

Notre société relayée par le pouvoir des médias assimile largement malades mentaux et criminalité (I). Pourtant il est préférable de se garder de toute généralisation hâtive. Si la maladie mentale joue un rôle particulier en matière de criminalité, c'est également à considérer les malades mentaux comme victimes d'actes criminels. Ainsi, si le but d'une société est de garantir la sécurité à tous ses membres, alors les malades mentaux devraient faire l'objet d'une protection particulière (II).

### **I – L'entretien critiquable d'une confusion entre maladie mentale et criminalité**

Notre société fait de la sécurité individuelle une priorité absolue. Répondant à l'émoi suscité par les crimes des malades mentaux, le législateur a fait le choix de protéger la société de ces derniers (A). Or les crimes commis par des malades mentaux sont nettement inférieurs à ceux commis par des individus dits sains d'esprit (B).

#### **A – Le choix politique de protéger la société du malade mental**

C'est un fait, les affaires criminelles sont de plus en plus médiatisées. Les faits divers impliquant des malades mentaux dans la réalisation d'actes criminels engendrent systématiquement des lois qui accentuent l'enfermement et l'exclusion de ces derniers. On arrive au stade où il devient possible d'affirmer que les faits divers font la loi (1). Pourtant il est bien illusoire de rechercher un risque zéro de criminalité, sans même prendre en compte celle impliquant des malades mentaux (2).

#### **1/ L'élaboration de la politique pénale à partir de faits divers**

En matière psychiatrique, les initiatives du législateur dépendent en grande partie des faits relayés par les médias. Ces derniers touchent toujours l'opinion publique. Le crime est la première crainte des citoyens. Celui du malade mental est difficilement prévisible. Ainsi, le législateur décide d'apporter des réponses pénales plus fermes afin de répondre aux angoisses de l'opinion. La distinction entre nécessité législative et opportunité électorale tend à

s'affaiblir. Les solutions envisagées lèsent les intérêts des malades mentaux. Progressivement se met en place ce que le professeur de psychiatrie Jean-Louis Senon nomme « un droit pénal sécuritaire »<sup>111</sup>. Ainsi, le rapport de la Commission Violence et santé mentale<sup>112</sup> précise que les non-lieux psychiatriques pour cause d'irresponsabilité mentale sont passés de 0,51 % en 1990 à 0,17 % en 1997. Il ajoute que la durée des peines des personnes souffrant de troubles mentaux, mais qui n'ont pas été reconnues irresponsables, s'est allongée ces dernières années. Les émotions publiques orientent plus que jamais dans l'immédiateté l'action du législateur.

Les exemples foisonnent. Il suffit pour s'en convaincre de voir l'inflation pénale législative de ces dernières années : en 2008, lors de la dernière législature, sur dix neuf lois, deux concernent la délinquance et neuf sont relatives à la sécurité. Le drame des infirmières de Pau (cf partie I, chapitre II, section II) en témoigne. Cette affaire a donné lieu à la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental<sup>113</sup>. Cette loi a instauré la très controversée rétention de sûreté. Cette mesure de sûreté s'applique aux individus particulièrement dangereux condamnés à une peine de réclusion criminelle de quinze ans ou plus, qui présentent une forte probabilité de récidive. Elle est spéciale à certaines infractions. Elle consiste au placement du condamné dans un centre de suivi socio-médico-judiciaire après l'exécution de sa peine. Il est à noter que cette mesure s'applique aux individus jugés dangereux « criminologiquement » et non « psychiatriquement ».

De même, le 12 novembre 2008, un étudiant grenoblois de 26 ans a été poignardé en pleine rue par un malade mental atteint de schizophrénie paranoïde, échappé d'un hôpital psychiatrique. Ce dernier a été jugé irresponsable pénalement le 1<sup>er</sup> décembre 2009. Suite à ce fait divers, une réforme de l'hospitalisation psychiatrique a été initiée portant création d'un fichier national relatif aux hospitalisations d'office. Une pétition intitulée « La nuit sécuritaire » a été signée par de nombreux professionnels de la santé mentale qui dénoncent « un plan pour la psychiatrie aux conséquences dévastatrices »<sup>114</sup>. Ils critiquent l'idée d'un

---

<sup>111</sup> [http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/Psy\\_crim/senon\\_homicide.pdf](http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/Psy_crim/senon_homicide.pdf)

<sup>112</sup> Commission « Violence et santé mentale », travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Anne Lovell, mars 2005, p.44. [http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/violence\\_sante/sante\\_mentale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/violence_sante/sante_mentale.pdf)

<sup>113</sup> GODFRY D., « Le droit et le malade mental dangereux », Santé mentale 128, 2008, p. 48-51

<sup>114</sup> <http://www.collectifpsychiatrie.fr/phpPetitions/index.php?petition=1>

amalgame de « la folie à une pure dangerosité sociale »<sup>115</sup> et de « la maladie mentale à la délinquance ».

Ces lois et le phénomène de « surmédiation » des crimes des malades mentaux n'ont d'autres effets que d'accentuer la stigmatisation d'une population déjà discriminée pour elle-même. La conférence ministérielle européenne d'Helsinki en janvier 2005 a permis l'adoption par l'Organisation Mondiale de la Santé d'une Déclaration et d'un Plan d'action. Ils ont pour but de supprimer cette stigmatisation qui conduit les malades mentaux à éviter ou refuser des soins, par crainte de retombées de la part de la société ou de l'État. Il est certain que l'irrationalité qui peut se retrouver dans les crimes des malades mentaux inquiète. Mais les médias se doivent de divulguer une information exacte dans sa réalité. Celle-ci implique la matérialité des faits et leur récurrence. Les médias devraient redonner à l'émotion la place qui lui revient, tant les retombées sociales et légales pour les malades mentaux sont importantes.

## **2/ L'illusion d'une sécurité absolue**

La politique du « risque zéro » est vouée à l'échec : la sécurité absolue ne peut malheureusement rester qu'au stade de l'utopie. La sécurité totale ne serait possible que dans une société uniformisée. Tout comme il est impossible de supprimer le malaise social, on ne peut supprimer la folie. La psychiatrie et la criminologie connaissent leurs limites : ces sciences ne peuvent prédire avec certitude ni l'éventualité, ni le moment d'un passage à l'acte violent chez un malade mental. Dans les cas les plus graves, on peut tout au plus prodiguer des soins aux patients afin de stabiliser leur état.

D'un point de vue psychiatrique, puisqu'il est impossible de supprimer la folie elle-même, seul l'enfermement des fous permettrait de tendre vers ce « risque zéro ». Cette politique était celle des précédents siècles où les malades mentaux, exclus de la société, passaient le reste de leur vie dans des asiles. Mais en choisissant de soigner le malade mental et de favoriser sa réinsertion, la médecine s'est enrichie de valeurs humanistes. Elle veut aider ceux qui n'ont pas choisi leur maladie. La médecine prend le même risque que la justice avec le criminel en tentant de réinsérer le malade dans la société. Exclure un problème, de manière générale, est une technique d'évitement qui ne permet en rien de le résoudre. Emmanuel Constant, président du conseil d'administration de l'hôpital de Ville-Evrard, s'interroge :

---

<sup>115</sup> *ibid*

« est-il plus utile d'organiser l'emprisonnement des enfants de 12 ans que de réduire à moins de six mois l'attente pour avoir un rendez-vous avec un pédopsychiatre ? »<sup>116</sup>. Puisqu'on ne peut éviter la folie, le débat sur la sécurité doit être repositionné. La question n'est pas « comment supprimer la folie » mais « comment la société peut-elle vivre avec ? ».

La construction médiatique et politique de l'image du malade mental nécessairement criminel est d'autant plus critiquable qu'elle contraste avec la fréquence des crimes commis par ces derniers.

## **B – La faible fréquence des crimes commis par les malades mentaux**

Le rapport de la Commission Violence et Santé Mentale paru le 13 février 2006 précise que sur 51 411 mis en examen, 212 ont obtenu un non-lieu pour irresponsabilité pénale, ce qui correspond à 0,4 % des crimes et des délits. Ainsi, parmi tous les crimes et les délits, très peu sont commis par des malades mentaux. Cette commission préconise la mise en place au niveau national d'une réflexion spécifique sur le rapport entre usagers, psychiatres et médias pour lutter contre les idées reçues.

Les idées reçues du malade mental dangereux criminel ne sont pas spécifiques à la population française. Aux États-Unis, 61 % des américains pensent qu'un schizophrène agressera une autre personne très probablement ou vraisemblablement. En France, schizophrénie est largement associée à passage à l'acte dans l'opinion commune. Ces idées s'expliquent néanmoins autrement que par les médias. Le rapport de la Commission Violence et Santé Mentale précise que parmi la population de malades mentaux, le taux du risque de violence s'élève, d'après les études épidémiologiques, de 2,7 à près de 10 %<sup>117</sup>. Les victimes sont la plupart du temps des proches. Il est vrai que la maladie mentale est un facteur de dangerosité comme il l'a été précisé pour la schizophrénie ou les troubles bipolaires. L'abus de substances psycho-actives de manière générale aggrave les risques de passage à l'acte quelque soit le trouble mental sous-jacent. Il favorise même le passage à l'acte chez les personnes présentant un trouble affectif ou un trouble anxieux alors qu'en l'absence d'abus de

---

<sup>116</sup> <http://www.liberation.fr/societe/0101313878-notre-president-aurait-il-peur-de-la-folie>

<sup>117</sup> Commission "Violence et santé mentale", travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Anne Lovell, mars 2005, p.3. [http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/violence\\_sante/sante\\_mentale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/violence_sante/sante_mentale.pdf)

ces substances, la violence chez ces personnes n'est pas plus importante que dans le reste de la population (étude de Swanson et al., 1990). De tels chiffres sont à relativiser par rapport à la prise ou non de toxiques.

Mais pour avoir une idée exacte de la criminalité des malades mentaux, il faut replacer ces chiffres parmi ceux de la population générale. Une étude a montré que les malades mentaux sont responsables environ de 0,16 crimes pour 100 000 habitants (étude de Coid, 1983)<sup>118</sup>.

Pour résumer, les malades mentaux sont responsables de 0,4 % des crimes et délits commis en France. Plus précisément, ils sont responsables de 0,00016 % des homicides. Même à considérer le taux important de violence parmi les malades mentaux, le danger qu'ils représentent pour la population est très loin de ce que nous présentent les médias. Les malades mentaux constituent une partie seulement de la population. Qui plus est, tous ne passent pas à l'acte, ne serait-ce que parce qu'ils sont surveillés et pris en charge thérapeutiquement pour la plupart. Jean-Louis Dubreucq, commentant une étude réalisée en Australie en 2004 par Wallace C. conclut : « L'augmentation de la violence des malades mentaux sur 25 ans est proportionnelle à la violence augmentant en population générale »<sup>119</sup>. Pour avoir une approche globale de la réalité, il faut étudier les risques de violence parmi les malades mentaux, mais surtout les comparer d'une part à la criminalité en général, d'autre part par rapport au reste de la population puisque c'est la population dans son entier qui constitue la société.

Percevoir la réalité des malades mentaux, c'est d'une part lutter contre l'idée que le malade mental est nécessairement criminel. C'est d'autre part comprendre que sa pathologie le rend vulnérable face à la criminalité ambiante, et inadapté face aux systèmes que s'est construits la société. Loin des stigmatisations habituelles, repenser la politique de santé mentale, c'est la recentrer autour d'un être incapable de se protéger correctement lui-même.

---

<sup>118</sup> MILLAUD F., MARLEAU J., PROULX F., BRAULT J., « *Violence homicide intra-familiale* », *Psychiatrie et violence*, volume 8, numéro 1, 2008

<sup>119</sup> DUBREUCQ J.-L., JOYAL C., MILLAUD F., « *Risque de violence et troubles mentaux graves* », *Annales Médico Psychologiques*, 163, 2005, p. 852-865

## **II – La nécessité de protéger le malade mental**

Les politiques pénales et de Santé publique actuelles méritent d’être revues en prenant en compte deux réalités. Le malade mental est bien plus souvent victime d’actes criminels qu’auteur de tels actes (A). De plus, il ne faut pas oublier que même en devenant criminel, le malade mental est avant tout une personne souffrant d’une pathologie qui a besoin d’être accompagnée et suivie (B).

### **A – Le malade mental victime d’actes criminels**

Le malade mental est en moyenne 11,8 fois plus victime d’actes criminels et délictuels que la population générale (rapport de la Commission Violence et Santé mentale). Contrairement à la criminalité, ce fait est peu médiatisé et peu connu. Peu de recherches se sont intéressées à ce problème. Les seules qui existent sont d’ailleurs internationales et non françaises. Ce fait constitue aujourd’hui un véritable défi de Santé publique et un défi démocratique dans la mesure où la société doit la sécurité à chacun de ses membres.

Quatre études rapportées par la Commission Violence et Santé mentale méritent d’être relevées. En 1998, Lam et Rosenheck démontrent que parmi les « sans domicile fixe » qui souffrent de troubles mentaux, 44 % avaient subi des violences contre leur personne ou contre leurs biens dans les deux mois précédant l’entretien<sup>120</sup>. De plus chez des patients schizophrènes vivant dans des logements thérapeutiques, une étude américaine de Lehman, Ward et Linn en 1982<sup>121</sup> fait état de 34% de schizophrènes victimes de vols ou d’agressions l’année précédente.

En comparaison avec la population générale, une étude de 1987<sup>122</sup> rapporte que les schizophrènes ont trois fois plus de probabilités en comparaison avec la population générale d’être victimes d’un crime violent. Une dernière étude portant sur 331 patients ayant été

---

<sup>120</sup> LAM JA, ROSENHECK R (1998), “The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness”. *Psychiatric Services* 49, p.335-342.

<sup>121</sup> LEHMAN AF, WARD NC, LINN LS (1982), “Chronic mental patients : the quality of life issue”, *American Journal of Psychiatry* 139, p. 1271-1276, 1982.

<sup>122</sup> CHUANG HT, WILLAIM R, DALBY JT (1987), “Criminal behaviour among schizophrenics”, *Canadian Journal of Psychiatry* 32, p. 255-258.

hospitalisés sans consentement puis assignés à des soins ambulatoires obligatoires, distingue selon la violence, des actes dont les malades mentaux ont été victimes quatre mois avant l'entretien. Cette étude établit que les malades mentaux sont aussi fréquemment victimes d'actes non violents (atteintes aux biens telles que vols ou escroquerie) que la population générale (environ 22% de risque). En revanche, leur probabilité d'être victimes d'actes criminels violents est trois fois plus élevée (8,2 % contre 3,1 %).

Le rapport de la Commission Violence et Santé mentale explique que ces études restent insuffisantes compte tenu de la méthodologie qu'elles emploient. Le problème principal est qu'elles ne prennent pas en compte les différentes institutions qui ont pris en charge ces malades mentaux, la particularité de leur situation matérielle ou bien l'état d'avancement de leur maladie mentale. Afin de surmonter ces difficultés, une étude américaine<sup>123</sup> a suivi sur trois ans 172 personnes souffrant de schizophrénie sans aucun problème lié à l'alcool ou à diverses drogues, et toutes logées hors de l'hôpital. Près de 38 % ont déclaré avoir été victimes d'un crime, qui plus est violent pour 91 % d'entre elles. Ce taux est 65 % à 130 % supérieur à celui que l'on retrouve dans la population générale.

Les causes de ce phénomène sont variées. Sont fréquemment cités l'abus d'alcool ou de substances psychoactives, la précarité des conditions de vie (absence de logement par exemple), des antécédents de violence et la particulière vulnérabilité de ces personnes du fait de leur état mental sans qu'ils en aient toujours conscience (personnalité comorbide chez les psychotiques par exemple). L'image des malades mentaux relayée par les médias de toute sorte et leur stigmatisation peuvent également expliquer les recrudescences de violence à leur égard. Comme le témoignent la rareté des études effectuées, ce phénomène est encore inconnu. Le début de sa résolution passe nécessairement par une prise de conscience de la société et du législateur.

Le malade mental souffre d'une société qui ignore encore, par défaut d'information, la réalité de son quotidien. De plus, les termes de « fou » ou « d'aliéné » ont laissé la place à celui de « malade mental » pour souligner que ce sont avant tout des êtres en souffrance.

---

<sup>123</sup> BREKKE JS, PRINDLE C, BAE SW, LONG JD (2001), "Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community", *Psychiatric Services* 52, p. 1358-1366.

## **B – La définition prioritaire du malade mental criminel en tant qu’être souffrant**

Il ne s’agit pas ici de démontrer en quoi le malade mental est un être souffrant mais d’expliquer, très paradoxalement et en totale contradiction avec l’apparence des situations, que le malade mental criminel est avant tout cet être pathologique. La dichotomie criminel / être mauvais et victime / personne à protéger est en matière de maladie mentale beaucoup trop simple pour refléter la réalité des situations. Deux exemples en témoignent. Le malade mental criminel tout comme n’importe quelle victime peut souffrir d’état de stress post-traumatique (1). De plus, l’incarcération des sujets psychotiques pose d’énormes difficultés tant pour le système carcéral que pour le psychotique lui-même (2).

### **1/ L’exemple de l’état de stress post-traumatique du malade mental criminel**

L’état de stress post-traumatique révélé aux États-Unis en 1970 (PTSD – *Post Traumatic Stress Disorder*), puis en France au milieu des années 80 (ESPT : État de Stress Post Traumatique), témoigne d’un lien entre trouble psychiatrique et événement traumatique. À la suite d’un événement traumatique où la question de la mort s’est posée pour le sujet dans une rencontre soudaine et violente, la personne peut développer ce trouble psychiatrique. Il évolue dans le temps en trois phases. Dans les suites immédiates et post-immédiates de l’événement, le sujet présente un état de stress aigu caractérisé par diverses manifestations comportementales et affectives. Puis s’installe une phase de latence de durée très variable (quelques semaines en général, pouvant aller de quelques heures à plusieurs années). À l’occasion d’un événement qui rappelle de près ou de loin l’événement traumatique, le sujet développe un syndrome de répétition traumatique, caractéristique de l’ESPT. Il se définit par des cauchemars de répétition de la scène traumatique (le sujet vit cette scène comme s’il y était, ce qui le réveille en sursaut, le laissant angoissé et en sueurs), des répétitions diurnes de parties de la scène traumatique, ou *flash back*, des réactions végétatives de sursaut (le sujet reste sur le-qui-vive comme si cela allait se reproduire à tout instant), une inhibition psychosociale. Seule une prise en charge psychothérapique adaptée permet une résolution plus ou moins complète de l’ESPT. Sans cela, un risque accru suicidaire et de désocialisation est vérifié. Tout événement traumatique ne provoque pas forcément un ESPT. Seulement un tiers des personnes ayant subi un événement traumatique présentent un ESPT. L’avancée des

études sur ce syndrome a mis en évidence deux critères pour qu'il soit caractérisé : un critère objectif lié à la gravité de l'événement et un critère subjectif lié à la personne de celui qui le subit. Ce dernier critère a permis de caractériser des populations plus susceptibles de développer un ESPT. Parmi celles-ci, les personnes présentant des antécédents psychiatriques lourds sont particulièrement vulnérables<sup>124</sup>. L'ESPT des criminels malades mentaux a de plus été révélé par Gray et al., il y a environ vingt ans<sup>125</sup>.

Des malades mentaux ayant commis un crime peuvent développer un état de stress post-traumatique en relation avec un sentiment de culpabilité. Serge Combaluzier, psychologue clinicien, définit plusieurs conditions afin que cet ESPT soit révélé puis combattu<sup>126</sup>. Il faut dans un premier temps la capacité pour l'individu à prendre conscience de ses actes et à pouvoir les révéler. Les dire ne suffit pas : encore faut-il pouvoir être entendu et écouté, ce qui implique la capacité de l'auditeur à pouvoir supporter ces révélations. Les difficultés qui surgissent en matière de maladie mentale sont relatives à la prise de conscience du malade mental de son crime et à son expression. Le malade mental criminel peut en effet suivre une logique d'évitement de l'ESPT grâce à un mécanisme psychologique de défense, l'amnésie psychogène.

Une étude de Duncan Cartwright, cité par Serge Combaluzier, démontre que les troubles post-traumatiques peuvent eux-mêmes avoir un lien dans le passage à l'acte criminel<sup>127</sup>. On est alors en présence d'un véritable cercle vicieux. La prise en compte de l'état de stress post-traumatique chez le malade mental, malgré les difficultés d'expression de ce dernier, devient alors un enjeu de santé publique. Il est possible de souligner la probable existence d'un ESPT chez Lacenaire et une corrélation avec ses actes criminels ainsi qu'il a été vu au travers de sa biographie.

---

<sup>124</sup> MUESER KT, ROSENBERG SD, GOODMAN LA, TRUMBETTA SL. (2002), "Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness : an interactive model," Schizophrenia Research 53, p. 123-143.

<sup>125</sup> GRAY NS, CARMAN NG, ROGERS P, MAC CULLOCH MJ, HAYWARD P, SNOWDEN RJ, "Post-traumatic stress disorder caused in mentally disordered offenders by the committing of a serious violent or sexual offence", J Forensic Psychiatry Psychol 1987 ; 14(1): 27-43

<sup>126</sup> COMBALUZIER S., « D'une dimension assez peu étudiée dans les tableaux cliniques des auteurs de violence : réflexions sur l'impact des difficultés post-traumatiques afférentes aux actes posés », Evolution Psychiatrique 2009, p. 74.

<sup>127</sup> CARTWRIGHT D., "The role of psychopathology and personality in rage-type homicide : a review", S Afr J Psychol., 2001, 31(3) : 12-9

Une seconde réalité témoignant de l'insuffisance de la reconnaissance de la maladie mentale chez le criminel est l'augmentation des sujets psychotiques en prison.

## **2/ L'augmentation du nombre de cas psychotiques en prison**

Les sujets psychotiques incarcérés sont de plus en plus nombreux. D'après le rapport Pradier, cité par le professeur Senon, « Tout se passe comme si la prison était devenue le seul lieu d'accueil pour un nombre croissant de psychotiques rejetés à l'extérieur de l'institution hospitalière par les responsables médicaux. »<sup>128</sup> Une étude à la Maison d'Arrêt de Toulouse et au Centre de Détention de Muret (31) a permis de repérer 3 à 4 % de psychotiques dans la population carcérale. Le rapport Floch du 28 juin 2000, issu de la commission d'enquête sur la situation des prisons françaises, précise que 10 % des entrants en prison ont été suivis psychiatriquement. Les médecins rapportent que 30 % d'entre eux ont des antécédents psychiatriques et la moitié présente des troubles psychologiques.<sup>129</sup> Cette augmentation constante est le corollaire du déclin de l'application du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal (CP), mais ce déclin ne permet pas d'expliquer à lui seul ce constat. Se pose la question de la préexistence d'une psychose à l'incarcération ou de son apparition en réaction à cette dernière.

Selon Senon et al,<sup>130</sup> trois hypothèses sont possibles. La psychose peut être l'expression d'une psychose chronique qui explique souvent la raison du passage à l'acte antérieur du condamné. Cette psychose préexistante à l'incarcération aurait en principe dû permettre l'application du premier alinéa de l'article 122-1 CP. Cependant, sa détection n'est pas toujours évidente pour les experts psychiatres. La psychose peut également être une décompensation psychotique aiguë (« psychose réactionnelle brève ») déclenchée par les conditions d'incarcération ou l'attente du procès. Elle ne justifie pas l'application de l'article 122-1 CP. Elle n'est que temporaire mais peut nécessiter une hospitalisation psychiatrique selon les modalités de l'article D 398 du code de procédure pénale. Un autre cas de

---

<sup>128</sup> [www.senon-online.com/Documentation/.../PA%20schizo.pdf](http://www.senon-online.com/Documentation/.../PA%20schizo.pdf)

<sup>129</sup> Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation des prisons françaises. Président de la commission : Louis Mermaz ; Rapporteur : Jacques Floch, p. 62.  
<http://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp>

<sup>130</sup> SENON J.-L., LAFAY N., PAPET N., MANZANERA C., « Psychoses et prison : un équilibre impossible entre sanitaire et judiciaire », Revue de droit pénitentiaire et de droit pénal, 2001  
[www.psychiatrieviolence.ca/articles/senon.pdf](http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/senon.pdf)

décompensation psychotique aiguë transitoire peut être induit par « un état limite à expression psychopathique ». L'individu est en réalité psychopathe et non psychotique chronique. Les psychopathies peuvent déclencher des décompensations psychotiques avec délire de persécution et troubles clastiques du comportement. En pratique, les psychopathes ne bénéficient pas de l'alinéa I de l'article 122-1 CP. Leur incarcération demeure possible ce qui, comme il a été vu dans la première partie, n'est pas insusceptible de toute critique. Là encore, une hospitalisation psychiatrique temporaire peut être ordonnée.

Concrètement, l'augmentation de ces sujets en prison, quelque soit leur origine, pose de nombreux problèmes. Sont régulièrement mis en avant par les psychiatres les difficultés pratiques d'application de l'article D 398 CPP, les difficultés d'accès aux soins, l'insuffisance des moyens thérapeutiques, l'inobservance du traitement ou encore le rôle de l'enfermement dans l'aggravation du trouble mental en général. Les carences de la politique de santé mentale résultent aujourd'hui d'une insuffisance de connaissance de la réalité de la dangerosité du malade mental mais également de son vécu. La coopération avec les experts psychiatres est capitale pour connaître la maladie mentale quitte à élargir son domaine aux troubles graves de la personnalité. Il ne faut plus se servir de la prison comme d'un endroit consistant à masquer l'absence de moyens et d'effectifs des services hospitaliers psychiatriques extérieurs. La maladie mentale pose aujourd'hui un véritable défi démocratique.

## CONCLUSION

Quelques soient les controverses de la définition de la maladie mentale, le malade mental est avant tout une personne qui souffre. Ce point souligne une des difficultés en matière de criminalité chez les malades mentaux : doit-on soigner ou punir ? Le sujet doit-il aller en prison ou à l'hôpital ? Que peut-il entendre et comprendre de son acte, puis de sa punition ? S'ajoute à ces interrogations celle de la récidive, qui effraie tant la société, qui pointe la potentielle dangerosité du malade mental, et qui pousse le législateur à durcir le système pénal après chaque affaire fortement médiatisée.

La question de la criminalité des malades mentaux est un défi à double niveau. En étudiant les caractéristiques du passage à l'acte du criminel malade mental, il a fallu comprendre l'illogique, l'insensé, le « hors norme » social. Dans un second temps, il s'est agi de revoir les idées reçues concernant la criminalité des malades mentaux. Tous les criminels ne sont pas atteints de maladie mentale et tous les malades mentaux ne passent pas à l'acte. Des études montrent que 80 à 85% des homicides ne sont pas commis par des malades mentaux. En revanche, l'acte d'un malade mental s'inscrit dans un contexte psycho-affectif morbide ce qui n'est pas le cas en principe pour un criminel non malade mental.

Parmi les affections mentales potentiellement criminogènes, les psychoses sont les plus concernées, ce qui peut s'entendre dans la mesure où il s'agit d'un état traduisant un bouleversement radical des rapports du sujet avec la réalité et avec lui-même.

Mais la question se complique avec les personnalités pathologiques. Elles ne sont pas repérées comme des maladies mentales *stricto sensu* et pourtant elles signent déjà une souffrance du sujet, longuement ancrée dans l'être depuis sa plus petite enfance. Un trouble de la personnalité est une modalité durable de penser, de ressentir et de se comporter, qui est relativement stable dans le temps. La relation du sujet vis-à-vis de lui-même et par rapport aux autres est rigidifiée. Les réponses sont inadaptées à la situation, altérant le fonctionnement affectif et socio-professionnel. Si à l'heure actuelle, la psychiatrie fait référence aux troubles graves de la personnalité, au niveau juridique, les personnes atteintes de ces troubles sont souvent considérées comme responsables pénalement. Pourtant, la plupart des experts psychiatres pensent que le discernement ou le contrôle des actes de tels sujets a été altéré et non aboli au moment du passage à l'acte. Les thérapeutes considèrent de plus en plus que ces

troubles sont d'origine clinique. Il est licite de se demander si ces personnes doivent faire l'objet d'un traitement pénal particulier. La question reste sensible. Un des dangers à reconnaître expressément les troubles graves de la personnalité comme une forme de maladie mentale susceptible d'engager l'irresponsabilité du criminel, est d'assimiler tout comportement violent une norme sociale à un trouble grave de la personnalité. Retour est alors fait à la question « tout criminel ne présente-t-il pas un trouble grave de la personnalité ? ». Le débat reste ouvert tant il est incompréhensible qu'une personne puisse décider de tuer ou d'agresser un autre être humain. Les chercheurs ont peu à peu abandonné l'assimilation du criminel au malade mental. L'une des raisons tient en la variété des comportements criminels.

Par ailleurs, qu'en est-il du passage à l'acte sous l'effet d'une substance psychoactive qui modifie les cognitions et le comportement d'un sujet ? Les études démontrent qu'il s'agit d'un des facteurs les plus favorisant du passage à l'acte, surtout en ce qui concerne l'alcool. Doit-on considérer l'alcoolodépendant comme un malade ou comme un déviant ? Nous savons depuis quelques années que cette dépendance entre dans le large cadre des addictions, sous-tendues par une souffrance profonde et durable. Les soins sont indispensables mais le juge a tendance à aggraver la peine de ceux qui ont agi sous l'effet de l'alcool. Il est également nécessaire de se demander si cette souffrance chronique est associée à d'autres comorbidités, en l'occurrence la dépression.

Les liens entre fait criminel et maladie mentale ont été étudiés de longue date, donnant naissance à diverses théories. Jean Pinatel, au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, a tenté de définir la personnalité criminelle. Mais cette théorie est critiquable. D'une part, les comportements criminels sont variés, d'autre part, certains traits de la personnalité criminelle sont retrouvés chez des personnes non délinquantes. De nos jours, aucune personnalité type d'un comportement pathologique donné n'a pu être mise en évidence. La question s'est alors posée en terme de norme, en référence essentiellement aux travaux de Canguilhem. La maladie mentale correspond à une anormalité par rapport à la norme biologique. Mais le crime ne peut être défini en terme de biologie. Il ne s'agit pas d'une anormalité mais d'une anomalie, d'une violation de la norme, non pas biologique mais sociale, voire éthique. Le lien n'est pas à double sens. Tout criminel n'est pas un malade mental, même si la question se pose de savoir ce qui a pu augurer le passage à l'acte. En revanche, le malade mental, par une perception différente de lui-même et du monde extérieur, est probablement anormal du point de vue neuro-biologique et psychologique, mais il apparaît également anormal du point de vue social

et éthique. Si le criminel non malade mental est susceptible de « savoir ce qu'il fait », le malade mental « ne sait que partiellement ou pas du tout ce qu'il joue dans l'action de tuer ». Et la raison qu'il peut en donner est bien souvent énigmatique. Un malade mental tue rarement. Mais quand il tue, c'est à cause d'une souffrance profonde, complexe, et non pas par déviance ou méchanceté délibérée. L'article 122-1 du nouveau code pénal a tenté de signifier ces nuances en introduisant les notions de discernement et de contrôle des actes au moment des faits. Mais si le psychiatre regarde du côté du psychisme, en s'intéressant à la trajectoire existentielle d'un sujet et non au seul moment du passage à l'acte, le magistrat réfléchit par rapport à une norme sociale et à un code où des règles très strictes sont édictées pour la sécurité de la société. Le lien ne se situe pas entre crime et maladie mentale, mais entre un être malade mental et un être exempt a priori de pathologie mentale. Tout en appartenant à une société, le malade mental ne peut s'y épanouir selon les mêmes normes qu'un sujet non pathologique. Les fondements mêmes de la civilisation qui sont de ne point tuer et de ne pas commettre l'inceste n'ont pas le même sens, ni le même impact, selon qu'on est sain d'esprit ou que l'on souffre d'un désordre qui nous sort plus ou moins profondément de la réalité, encore que tout est question de degré d'intensité. Le risque serait que la société vienne juger le malade mental comme elle jugerait celui a priori sain d'esprit.

Reconnaître la dangerosité chez le malade mental est fondamental. Mais la compréhension que l'on doit en avoir n'est pas celle d'un sujet hors norme parce que déviant, mais hors norme parce que ne vivant pas avec les mêmes repères psychiques. Ces repères sont modifiés du fait de la maladie. Cette modification n'est pas le fait d'une personnalité à part, dite criminelle, ou d'une tare anthropologique comme le soulignait Lombroso. Il s'agit d'un phénomène complexe où se mêlent l'intrinsèque et l'extrinsèque. L'intrinsèque se constitue de ce qui fait qu'un sujet vient au monde et se développe d'une certaine manière sous l'effet de facteurs biologiques, neurologiques et psychologiques, ces derniers étant largement sous l'influence des premiers liens affectifs. L'extrinsèque vient de l'entourage familial puis social. Notre mode de vie, notre culture, les valeurs de la société, sont autant de points à considérer.

Le passage à l'acte ne peut se comprendre que dans une triangulation où l'on retrouve un sujet (l'agresseur), une victime (l'agressé) et une situation donnée. L'agresseur est un être à part entière non seulement au moment du passage à l'acte, mais aussi avec tout ce qui le caractérise depuis sa naissance. Il en est de même de la victime. La situation est celle d'un moment, mais elle s'inscrit dans un environnement social, culturel, politique, ...L'agresseur

non malade mental agit avec des motifs bien précis, le plus souvent la colère, la vengeance, le gain... Le malade mental agit sous l'influence d'une souffrance profonde qui le pousse à commettre un acte le plus souvent non prémédité, illogique. Dans les cas où la préméditation et une certaine logique sont retrouvées, comme c'est le cas pour le paranoïaque, c'est le postulat de base qui est faussé et un observateur avisé verra que cette préméditation et cette logique sont nourries par une souffrance, le délire, véritable néo-réalité que le sujet a du composer pour ne pas sombrer. La question est plus délicate pour le trouble de la personnalité. Néanmoins, on y retrouve la rigidité, le manque d'élaboration interne permettant de prendre le recul nécessaire face à une situation, l'impulsivité où les affects dominent totalement la capacité à penser et à réfléchir. Le plus souvent, ces sujets n'ont aucun ressentiment, aucune culpabilité, non pas par méchanceté pure et calculée, mais par non développement initial de tels affects du fait de carences affectives précoces et graves. La personnalité pathologique doit être considérée comme un désordre psychique grave à prendre en compte au même titre que la maladie mentale. Du reste, la frontière entre les deux est parfois bien ténue.

Il faut comprendre d'abord le sujet dans sa dimension d'être en souffrance. Dans un second temps, le magistrat se doit de protéger la société. Il le fera en fonction des lois, mais il reste une partie de réflexion basée sur l'humain. La décision est d'abord de favoriser les soins. Nous savons qu'un malade mental pris en charge correctement et prenant son traitement avec une bonne observance ne rechutera pas ou moins gravement. Une mauvaise prise en charge favorise le retour du délire, les décompensations dépressives et anxieuses, le recours majoré à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives, autant de facteurs favorisant la dangerosité du sujet contre lui-même et/ou contre autrui.

Pour autant, il n'est pas question d'exclure le malade mental de la société, mais bien de l'aider à une resocialisation. Le jugement peut provoquer une certaine prise de conscience. Le sujet ne doit pas en faire l'économie. Le procès a un rôle symbolique. Mais ensuite, ce n'est certainement pas en prison que le malade mental se stabilisera.

La question est complexe. Il faut modifier nos vues par rapport à la maladie mentale, nos frayeurs par rapport à ce « fou » parce que différent de nous. Il faut revoir l'impact relativement délétère de certaines médiatisations à outrance portant sur la place publique le spectacle du crime en oubliant l'acteur et sa souffrance. Défaut d'information ou événementialité, l'image que les médias renvoient des malades mentaux contribue à les exclure de la société. Stigmatiser les malades mentaux n'endigüe en rien la criminalité de ces

derniers. Pour autant, même si la surmédiatisation de la criminalité des malades mentaux se rencontre dans la plupart des civilisations industrialisées, une telle approche n'est pas irréversible. Une prise de conscience quant à la réalité de la criminalité des malades mentaux et des dangers que peut apporter une exploitation excessive des passages à l'acte suffirait probablement à apaiser le phénomène.

Il est également nécessaire de se pencher sur le manque de moyens mis à disposition des psychiatres : déficit national en praticiens, manque de structures adaptées pour recevoir ces patients, manque de formation de certains en ce qui concerne la question des expertises en matière pénale.

Un point relie l'ensemble des malades mentaux. Criminel ou non, libre ou pas de ses actes, le malade mental est un individu « malade ». Il est cet être qui souffre et la société doit pouvoir prendre conscience de cette réalité et l'aider. Boris Vian avait bien compris cette idée en 1947 lorsqu'il écrivit dans son roman *L'écume des jours* , « ce qui m'intéresse, ce n'est pas le bonheur de tous les hommes, c'est celui de chacun ».

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## OUVRAGES GENERAUX

1. ADES J. « Alcoolisme », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.211-215.
2. American Psychiatric Association – DSM-IV. *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. GUELFY *et al.*, Masson, Paris, 1994.
3. American Psychiatric Association – DSM-IV-TR *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. GUELFY *et al.*, Masson, Paris, 2003, 1120 pages.
4. BARBIER D., « Dangerosité », dans PÉLICIER Y. (sous la direction de), *Les objets de la psychiatrie. Dictionnaire de concepts*, Paris, L'Esprit du temps, 1997, p.147-151.
5. BASQUIN M., « Névroses », dans PÉLICIER Y. (sous la direction de), *Les objets de la psychiatrie. Dictionnaire de concepts*, Paris, L'Esprit du temps, 1997, p.371.
6. BÉZÉNECH M., « Crime », dans PELICIER Y. (sous la direction de), *Les objets de la psychiatrie. Dictionnaire de concepts*, Paris, L'Esprit du temps, 1997, p.147-151.
7. CHEVALIER J.-F., LEMPÉRIÈRE Th. « Troubles psychiques liés à l'épilepsie », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.202-209.
8. DENIKER P., OLIÉ J.-P. « Dérèglements de l'humeur. États dépressifs et maniaques », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.105-129.
9. EY H., *Manuel de psychiatrie*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, Masson, 1989.
10. GARNIER M., DELAMARE V., *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, 20<sup>ème</sup> édition, Maloine, Paris, 1978.
11. GARRABE J., « Schizophrénie », dans Pélicier Y. (sous la direction de), *Les objets de la psychiatrie. Dictionnaire de concepts*, Paris, L'Esprit du temps, 1997, p.557-559.
12. GORWOOD P., « Autres troubles psychotiques », dans GRANGER B. (sous la direction de), *La psychiatrie d'aujourd'hui*, Paris, Odile Jacob, 2003, p.133-146.
13. HARDY-BAYLÉ M.-C., HARDY P., CORRUBLE E., PASSERIEUX C., *Enseignement de la psychiatrie*, 2<sup>ème</sup> édition, Doin, 2003, 295 pages.

14. JEAMMET Ph., REYNAUD M., CONSOLI S., *Psychologie médicale*, 4<sup>ème</sup> édition. Masson, Paris, 1989.
15. KAPLAN H.-I., SADOCK B.-J., *Synopsis de psychiatrie*, Psycho-neuro-biologie et psychiatrie. Traduction française Louville P., Masson-Williams & Wilkins, Paris, 1998
16. LÔO H., « Toxicomanies ou pharmacodépendances non alcooliques », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.309-317.
17. MINKOWSKI E., *Traité de psychopathologie*, Collection « Les empêcheurs de tourner en rond », 1999.
18. PINATEL Jean et BOUZAT Pierre, *Traité de droit pénal et de criminologie*, volume 3 « Criminologie », Dalloz, Paris, 1963, p. 706 et suiv.
19. RODIÈRE C., LEMPÉRIÈRE Th. « Troubles psychiatriques chez les arriérés mentaux à l'âge adulte », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.211-215.
20. TIGNOL J. « Perversion », dans PÉLICIER Y. (sous la direction de), *Les objets de la psychiatrie*, L'Esprit du Temps, 1997, p. 425-428.

### **OUVRAGES SPECIALISES**

1. APPIGNANESI R., *Freud pour débutants*, Éditions La Découverte. Traduction de l'anglais par Austrousseau J. Paris, 1990.
2. ASSOUN P.-L., *Le vocabulaire de Freud*, Ellipses Édition, Paris, 2002.
3. BARON R.A. «Agression», In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Edition 4, Kaplan H.I., Sadock B.J., Editors, p 219. Williams & Wilkins, Baltimore, 1985.
4. BENCHEIKH F. Z.-E., *La symbolique de l'acte criminel : une approche psychanalytique*, éditions L'Harmattan, collection Psychanalyse et civilisations, Paris, p. 65-70.
5. BLANCHE A. E., *Des homicides commis par les aliénés*, Librairie de P. Asselin, Paris, 1878, p. 8. URL : <http://manybooks.net/pages/blanchee2635326353-8/0.html>
6. BOURGEOIS D. , « Les névroses », dans ALBERNHE Th. (sous la direction de), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, Paris, 1997, p. 297-299.

7. CAROLI F., MASSÉ G., *Les situations d'urgence en psychiatrie*, Éditions Doins, Paris, 1985.
8. CIAVALDINI A., *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Chapitre 5 : « La récédive », Paris, Masson, 1999, p.31-39.
9. ESQUIROL J.-E., *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, chez J-B Baillière, 1838.
10. FERRI E., *La sociologie criminelle*, Alcan, Paris, Bibliothèque de philosophie contemporaine, 1905, p. 437.
11. FERRI E., *Les criminels dans l'art et la littérature*, Traduit de l'italien par Eugène Laurent, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Editeur Félix Alcan, 1908, 180 pages. [la 2<sup>ème</sup> édition datait de 1902].
12. FREUD S. : *Die traumdeutung*, 1900, L'interprétation des rêves, PUF, 1967.
13. FREUD S., *Essais de psychanalyse*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1975.
14. FREUD S., *Totem et Tabou*, Petite bibliothèque Payot. Traduction de l'allemand par Jankélévitch S. Paris, 1990 (1923, 1965, Éditions Payot pour l'édition en langue française).
15. GAROFALO R., *La criminologie*, Alcan, Paris, 1888, p. 93.
16. HIRIGOYEN M.-F., *Le harcèlement moral*, Éditions La découverte et Syros, Paris, 1998, 252 pages.
17. JANET P., *Les névroses*, Editions Ernest Flammarion, Paris, première édition 1909, 397 pages
18. JANOUIN-BENANTI V., *La serpe du maudit : 3 crimes en Calvados*, Édition Cheminements, Collection Crimes et Mystères, 2003, 407 pages.
19. MOSER G., *L'agression*, Que sais-je ? Édition PUF, Paris, 1987.
20. PASINI W., *La méchanceté*, Édition Payot et Rivages (pour la traduction française) 1993.
21. PETITJEAN F. « La personnalité antisociale (Dyssociale) », dans FÉLINE A., GUELFY J.-D., HARDY P. (sous la direction de), *Les troubles de la personnalité*, Paris, Flammarion, Médecin-Sciences, 2002, p.171-184.
22. RENNEVILLE M., « Vice, vitriol, déviance », dans ALBERNHE Th. (sous la direction de), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, Paris, 1997, p. 415.

23. SENNINGER J.L., FONTAA V., « Les unités pour malades difficiles », dans ALBERNHE Th. (sous la direction de), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, Paris, 1997, p. 670
24. THIBAUT F., *Génétique de la schizophrénie*, J. Libbey éditions, Paris, 2003, 146 pages.
25. TYRODE Y., ALBERNHE Th., *Psychiatrie légale, sociale, hospitalière, expertale*, Ellipses, Paris, 1995, 1150 pages.
26. VON KRAFFT-EBING R., *Psychopathia sexualis*, Étude médico-légale à l'usage des médecins et des juristes. Édition refondue par le Docteur Albert Moll. Traduit de l'allemand par René Lobstein, bibliothécaire à la faculté de médecine de Paris. Préface du Docteur Pierre Janet. Éditions Climats. Librairie Thierry Garnier 1990, 906 pages.
27. WIDLÖCHER D., « Le fait criminel est-il un fait psychopathologique ? », dans ALBERNHE Th. (sous la direction de), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, Paris, 1997, p. 29.

## ARTICLES

1. BÉZÉNECH M., ADDAD M., GRASSET A., « Criminologie et psychiatrie », Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Paris, Psychiatrie, 37 906A<sup>10</sup>, 10-1981.
2. BÉZÉNECH M., LE BIHAN P., BOURGEOIS M.L., « Criminologie et psychiatrie », Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37 906-A-10, 2002, 15 pages.
3. BREKKE JS, PRINDLE C, BAE SW, LONG JD, «Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community», *Psychiatric Services* 52, 2001, p. 1358-1366.
4. CARTWRIGHT D., “The role of psychopathology and personality in rage-type homicide : a review”, *S Afr J Psychol.*, 2001, 31(3) : 12-9
5. CHUANG HT, WILLAIM R, DALBY JT, « Criminal behaviour among schizophrenics », *Canadian Journal of Psychiatry* 32, 1987, p. 255-258.
6. COMBALBERT N., BRET-DIBAT J.L., FAVARD A.M., « Intérêts et limites de l'approche biologique pour l'étude des comportements agressifs », *Annales Medico Psychologiques*, 160, 2002, p. 640-648.
7. COMBALUZIER S., « D'une dimension assez peu étudiée dans les tableaux cliniques des auteurs de violence : réflexions sur l'impact des difficultés post-traumatiques afférentes aux actes posés », *Evolutions Psychiatrique*, 2009, p. 74.
8. CORDIER B., « Criminologie et maladies mentales », *Forensic* 1, 2000, p. 11.

9. COUSIN F.-R., « Facteurs criminogènes des maladies mentales », *Forensic* (5), 2001, p. 27-31.
10. DE BEAUREPAIRE R., « Biologie de l'impulsivité et comportements dangereux », *Santé mentale (Dossier « à propos de la dangerosité »)* 128, 2008, p.44-47.
11. DEBUYST Ch., « Le concept de dangerosité et un de ses éléments constitutifs : la personnalité (criminelle) », *Déviance et Société*, 1977, Vol. 1, n°4, p. 364 et suiv.
12. DE GREEF E., « La notion de responsabilité en anthropologie criminelle », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1931, p. 445 et suiv.
13. DUBREUCQ J.-L., JOYAL C., MILLAUD F., « Risque de violence et troubles mentaux graves », *Annales Médico Psychologiques*, 163, 2005, p. 852-865
14. EVIN G., « Lacenaire, le bandit dandy », dans *Le Figaro et TTM éditions (Beaux arts magazine)*. Éditeur Claude Pommereau. Hors série. Février 2010, p. 32-33.
15. GODFRY D., « Le droit et le malade mental dangereux », *Santé mentale* 128, 2008, p. 48-51
16. GRAY NS, CARMAN NG, ROGERS P, MAC CULLOCH MJ, HAYWARD P, SNOWDEN RJ, « Post-traumatic stress disorder caused in mentally disordered offenders by the committing of a serious violent or sexual offence », *J Forensic Psychiatry Psychol* 1987 ; 14(1): 27-43
17. LACAN J., « Motifs du crime paranoïaque. Le crime des sœurs Papin », Paru dans *Le Minotaure*, n° 3/4 – 1933-34, puis, dans *Obliques*, 1972, n° 2, pp. 100-103. Sera repris à la suite de la thèse : *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Seuil, coll. « Le champ freudien », 1975, pp. 25-28.
18. LACASSAGNE A., « Les transformations du droit pénal et les progrès de la médecine légale, de 1810 à 1912 », *Archives d'anthropologie criminelle*, 1913, p. 364.
19. LAM JA, ROSENHECK R (1998), « The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness ». *Psychiatric Services* 49, p.335-342.
20. LAUMON B., et al. « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM) : synthèse des principaux résultats », Saint Denis, OFDT, INSERM, INRETS, CEESAR, LAB PSA, 2005, 39p.
21. LAVOINE P.-L., « Approche nosographique de la dangerosité », *Santé mentale* 2008, 128, p. 31-33.
22. LE BIHAN P., BÉZÉNECH M., « La récurrence de l'homicide pathologique », Étude descriptive et analytique de douze observations. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 2005, p. 642-655.

23. Le Figaro et TTM éditions (*Beaux arts magazine*). Éditeur Claude Pommereau. Hors série. Février 2010 : 6-11. « Entretien avec Robert Badinter. Les artistes font éclater mieux que les écrivains la violence criminelle ». Propos recueillis par Pommereau C. et Saccani J.-P.
24. LEGLEYE S., SPILKA S., Le NÉZET O., et al. « Les drogues à 17 ans : résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances* 2009 juin, 66, 6 pages.
25. LEHMAN AF, WARD NC, LINN LS, « Chronic mental patients : the quality of life issue », *American Journal of Psychiatry* 139, 1982, p. 1271-1276, 1982.
26. LEISTEDT S., COUAMNS N., PHAM T.H., LINKOWSKI P., « Psychopathologie du tueur en série », *Annales Médico Psychologiques*, 166, 2008, p. 677-685.
27. MILLAUD F., DUBREUCQ J.L., « Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique », Introduction, *Annales Médico Psychologiques*, 163, 2005, p. 846-851.
28. MILLAUD F., MARLEAU J., PROULX F., BRAULT J., « Violence homicide intra-familiale », *Psychiatrie et violence*, volume 8, numéro 1, 2008
29. MUESER KT, ROSENBERG SD, GOODMAN LA, TRUMBETTA SL. (2002), « Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness : an interactive model *Schizophrenia Research* », 53, p. 123-143.
30. PHAM T.H., CHEVRIER I., NIOCHE A., DUCRO C., RÉVEILLÈRE C., « Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge », *Annales Médico Psychologiques*, 163, 2005, p. 878-881.
31. PLATIER-ZEITOUN D., *Et vous aviez dit pervers narcissique ? À propos de ... « Le cas Landru à la lumière de la psychanalyse »* de Francesca BIAGI-CHAI, *Évolution psychiatrique*, 2009, p.74.
32. RICHARD-DEVANTOY S., GOHIER B., CHOCARD A.-S., DUFLOT J.-P., LHUILLIER J.-P., GARRÉ J.-B., « Caractérisation socio-démographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers », *Annales Médico Psychologiques*, 167, 2009, p. 568-575.
33. ROUILLON F., « Épidémiologie des troubles psychiatriques », *Annales Médico Psychologiques*, 166, 2008, p. 63-70.
34. SENNINGER J.-L., « Dangerosité psychiatrique », *Santé mentale*, 128, 2008, p. 16-21.
35. SENNINGER J.L., « Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale », EMC (Elsevier Masson SA, Paris), *Psychiatrie*, 37-510-A-10, 2007.
36. SENNINGER J.L., « Rechute, récidence, sérialité : des confusions dangereuses », *Annales Médico Psychologiques*, 163, 2005, p. 866-869.

37. SENNINGER J.L, HIEGEL E., KAHN J.P, « Le tueur en série », Annales Médico Psychologiques, 162, 2004, p.634-644
38. SENON J.-L., LAFAY N., PAPET N., MANZANERA C., « Psychoses et prison : un équilibre impossible entre sanitaire et judiciaire », Revue de droit pénitentiaire et de droit pénal, 2001
39. SOLOWIJ N., “Cannabis and cognitive functioning”, Cambridge, UK : Cambridge University Press, 1998.

## **RAPPORTS**

1. Commission “Violence et santé mentale”, travaux préparatoires à l’élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Anne Lovell, mars 2005, p.3, p. 44 et suiv.
2. Rapport d’information déposé en application de l’article 145 du Règlement par la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l’administration générale de la République en conclusion des travaux d’une mission d’information constituée le 4 mars 2004 sur le traitement de la récidive des infractions pénales. Président : Pascal CLÉMENT. Rapporteur : Gérard LÉONARD, Députés.  
<http://www.assemblee-nationale.fr/>
3. Rapport fait au nom de la commission d’enquête sur la situation des prisons françaises. Président de la commission : Louis Mermaz ; Rapporteur : Jacques Floch, p. 62.  
<http://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp>

## **THÈSES ET MÉMOIRES**

1. CANGUILHEM G., thèse « *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* », 1943 rééditée sous le titre *Le Normal et le Pathologique*, augmenté de *Nouvelles Réflexions concernant le normal et le pathologique* (1966), 9<sup>ème</sup> édition, PUF/Quadrige, Paris, 2005
2. LAPALUS S. « *Pierre Rivière et les autres. De la violence familiale au crime : le parricide en France au XIXe siècle (1825-1914)* », Thèse de doctorat en histoire, *Revue d'histoire du XIXe siècle*, 24 | 2002, [En ligne], mis en ligne le 04 juin 2003. URL : <http://rh19.revues.org/index406.html>
3. MÈLE E., *Pierre-François Lacenaire. Un destin criminel au XIX<sup>ème</sup> siècle*. Mémoire pour l’obtention du diplôme universitaire de criminologie appliquée à l’expertise mentale. Directeur de mémoire : Pr B. Cordier. 2004.

## SITES INTERNET

1. [http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/violence\\_sante/sante\\_mentale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/violence_sante/sante_mentale.pdf)
2. [www.universalis.fr/encyclopedie/cesare-lombroso](http://www.universalis.fr/encyclopedie/cesare-lombroso)
3. [www.tueursenserie.org/](http://www.tueursenserie.org/) - 2002/2010 - Conception et réalisation : Emily Tibbatts | Tous droits réservés | Site créé sous SPIP
4. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome\\_de\\_M%C3%BCnchausen\\_par\\_procuration](http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_de_M%C3%BCnchausen_par_procuration)
5. [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/1\\_stat\\_chiffrescles09\\_20091116.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_stat_chiffrescles09_20091116.pdf)  
Les chiffres de la Justice. Édition 2009. Ministère de la Justice et des Libertés. Secrétariat général. Service support et moyens du ministère. Sous-direction de la Statistique et des Études. Paris.
6. [www.artezia.net/.../marcel\\_petiot/marcel\\_petiot.htm](http://www.artezia.net/.../marcel_petiot/marcel_petiot.htm)
7. [http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/Psy\\_crim/senon\\_homicide.pdf](http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Droit/Psy_crim/senon_homicide.pdf)
8. <http://www.collectifpsychiatrie.fr/phpPetitions/index.php?petition=1>
9. <http://www.liberation.fr/societe/0101313878-notre-president-aurait-il-peur-de-la-folie>
10. [www.senon-online.com/Documentation/.../PA%20schizo.pdf](http://www.senon-online.com/Documentation/.../PA%20schizo.pdf)
11. [www.psychiatrieviolence.ca/articles/senon.pdf](http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/senon.pdf)
12. [www.who.int/mental.../ouvrageresferencesmdhleg\\_13\\_10.pdf](http://www.who.int/mental.../ouvrageresferencesmdhleg_13_10.pdf)  
OMS, *Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation*, 2005

# **SOMMAIRE**

## INTRODUCTION

## **PARTIE I : LA MALADIE MENTALE CHEZ LE CRIMINEL**

### **→ CHAPITRE I : APPROCHE DE LA MALADIE MENTALE**

#### **SECTION I : ANALYSE CLINIQUE DES TROUBLES MENTAUX CRIMINOGENES**

##### **I – Les affections psychiatriques**

###### **A – Maladies mentales à potentiel criminogène avéré**

###### 1/ Les psychoses

###### a - Les psychoses chroniques

- La schizophrénie

- Les délires paranoïaques

###### b – Un cas de psychose aiguë : la psychose du post-partum

###### 2/ Les troubles bipolaires de l'humeur

###### a - La manie

###### b - La mélancolie

###### **B – Troubles graves de la personnalité à potentiel dangereux**

###### 1/ Notions générales sur la personnalité

###### 2/ Cas de personnalités où la question de la dangerosité peut être posée

###### a - Personnalité psychopathique (ou dyssociale, ou antisociale)

###### b - Personnalité état-limite ou borderline

###### c – Perversité et perversion

##### **II – Les autres sources de pathologies mentales criminogènes**

###### **A – Les affections neuropsychiatriques**

###### 1/ L'épilepsie

###### 2/ Les démences

###### 3/ Le retard mental

**B – Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives**

- 1/ Abus d'alcool et alcoolodépendance (ivresse aiguë, alcoolisme chronique)
- 2/ Substances psycho-actives illicites

**SECTION II : LES LIENS ENTRE FAIT CRIMINEL ET TROUBLE MENTAL**

**I – Les tentatives de rapprochement du fait criminel et du trouble mental**

**A – La personnalité criminelle au service de la criminologie**

- 1/ La personnalité criminelle selon Jean Pinatel
- 2/ Les limites de cette théorie

**B – La marginalisation du criminel et du malade mental**

- 1/ Crime et folie
- 2/ Crime et anomalie

**II – La confusion impossible du fait criminel avec la maladie mentale**

**A – Les limites du rapprochement**

- 1/ Le domaine évasif de la maladie mentale
- 2/ La relation de causalité entre maladie mentale et acte criminel

**B – Les intérêts de la distinction**

**→ CHAPITRE II : APPROCHE DE LA FOLIE CRIMINELLE**

**SECTION I : DETERMINATION DE L'INDIVIDU CRIMINEL**

**I – L'homme au cœur de la criminalité**

**A – Naissance de l'anthropologie criminelle**

**B – Les apports de la psychiatrie médico-légale**

- 1/ La « monomanie homicide » d'Esquirol
- 2/ Les crimes pervers : les travaux outre-Rhin de Krafft-Ebing

**C – Biocriminogénèse**

## **II – L’homme malade de la société**

**A – La théorie multifactorielle d’E. Ferri**

**B – Sociocriminogénèse**

## **SECTION II :                    EXPRESSION DE LA FOLIE CRIMINELLE**

### **I–Quelques grandes affaires judiciaires témoins de la folie criminelle**

**A – Fascination populaire pour la folie criminelle**

- 1/ Landru, l’escroc meurtrier (1893-1919)
- 2/ Pierre Rivière et le parricide (1835)
- 3/ La folie à deux des sœurs Papin (1933)
- 4/ Lacenaire, le « bandit dandy » (1936)

**B – La stigmatisation médiatique continue de la criminalité des malades mentaux**

- 1/ Francis Heaulmes, tueur en série surnommé le « routard du crime »
- 2/ L’affaire Romain Dupuy dite des « infirmières de Pau » (18/12/04)
- 3/ « Le retour sur les lieux du crime » de David Guebre-Johannes (02/01/10)

### **II – Les infractions médico-légales**

**A – Les homicides pathologiques**

- 1/ Impulsif
- 2/ Passionnel
- 3/ Sexuel
- 4/ Dépressif
- 5/ Psychotique non délirant
- 6/ Psychotique délirant
- 7/ Cause organique
- 8/ Non classable ailleurs

**B – Le parricide**

**C – L’infanticide et le libéricide**

**D – Les agressions sexuelles**

- 1/ Viols
- 2/ Pédophilie
- 3/ Inceste

**E – L’incendie criminel**

## **PARTIE II : LE CRIME CHEZ LE MALADE MENTAL**

### **→ CHAPITRE I : LA DANGÉROSITÉ POTENTIELLE DES MALADES MENTAUX**

#### **SECTION I : DE LA DANGÉROSITÉ AU PASSAGE À L'ACTE**

##### **I – La dangerosité**

###### **A – Concept central de dangerosité**

- 1/ Dangerosité psychiatrique
- 2/ Dangerosité criminologique

###### **B – Concepts annexes : violence, agressivité (agression)**

##### **II - Genèse du passage à l'acte**

###### **A – Modèle dynamique et qualitatif du passage à l'acte**

###### **B – Les caractéristiques du passage à l'acte selon le trouble mental sous-jacent**

- 1/ Dans les psychoses : l'impossibilité d'être dans la réalité
  - a) Schizophrénie paranoïde
  - b) Délires paranoïaques
- 2/ Dans les troubles de l'humeur
  - a) La mélancolie : le « meurtre altruiste »
  - b) La manie : exaltation et désordre social
- 3/ Dans les troubles graves de la personnalité : personnalité psychopathique ou antisociale
- 4/ Dans la déficience intellectuelle
  - a) La débilité
  - b) La démence

#### **SECTION II : DU PASSAGE À L'ACTE À SA RÉPÉTITION**

##### **I – La récidive**

###### **A – Présentation générale et difficultés de la lutte contre la récidive**

- 1/ A la recherche d'outils répressifs efficaces

2/ Étude de la récurrence dans l'homicide pathologique

**B - Les échelles d'évaluation du risque de récurrence**

**C - Le cas spécial de la délinquance sexuelle**

## **II – Les tueurs en série ou *serial killers***

### **→ CHAPITRE II : L'ABSENCE D'AUTOMATICITÉ DU PASSAGE À L'ACTE**

#### **SECTION I : PRISE EN COMPTE DE LA SPÉCIFICITÉ DE L'INDIVIDU DANS LE PASSAGE À L'ACTE**

##### **I – Les facteurs de risque criminel propres au malade mental**

**A – L'histoire personnelle du malade mental**

- 1/ Les antécédents
- 2/ La petite enfance et l'enfance
- 3/ Les traits de personnalité

**B - Informations collatérales**

- 1/ Les facteurs de risque génétiques, biologiques et neurobiologiques
- 2/ Les facteurs liés à l'état mental
- 3/ Les abus ou addictions
- 4/ Capacité d'autocritique et son corollaire l'observance thérapeutique

##### **II – Les facteurs relatifs au contexte dans lequel évolue le malade mental**

**A – L'implication du modèle social dans le passage à l'acte**

- 1/ Facteurs démographiques
- 2/ Le développement de l'urbanisme
- 3/ L'exposition à des modèles agressifs

**B – L'influence d'autrui**

- 1/ L'influence indirecte des appartenances sociales
  - a) Conduites d'agression et appartenance à un groupe
  - b) L'anonymat ou le sentiment d'impunité

- 2/ L'influence directe de la victime

**SECTION II : RECONSTRUIRE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE  
AUTOUR DE L'INDIVIDU**

**I – L'entretien critiquable d'une confusion entre maladie mentale et criminalité**

**A – Le choix politique de protéger la société du malade mental**

- 1/ L'élaboration de la politique pénale à partir de faits divers
- 2/ L'illusion d'une sécurité absolue

**B – La faible fréquence des crimes commis par les malades mentaux**

**II – La nécessité de protéger le malade mental**

**A – Le malade mental victime d'actes criminels**

**B – La définition prioritaire du malade mental criminel en tant qu'être souffrant**

- 1/ L'exemple de l'état de stress post-traumatique du malade mental criminel
- 2/ L'augmentation du nombre de cas psychotiques en prison

**Conclusion**

**Références bibliographiques**