

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 9 Octobre 2015 à Poitiers
par Madame Anne-Lise Ducasse

Les homicides jugés en Poitou-Charentes entre 2008 et 2013 : analyse comparative des homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux sur 67 dossiers.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Membres : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Madame le Professeur Laurence LETURMY
Monsieur le Docteur Michel SAPANET
Madame le Docteur Alexia DELBREIL

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Alexia DELBREIL
Monsieur le Professeur SENON

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2015)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCIO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Amaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Poitiers.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous remercie aussi pour votre enseignement, dont j'ai eu la chance de bénéficier au cours de ces quatre années d'internat et du DIU de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale. Veuillez trouver ci-joint le témoignage de mon profond respect et de ma sincère admiration.

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Poitiers. Chef du service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale de Poitiers.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie également pour votre enseignement dont j'ai eu la chance de bénéficier au cours de ces quatre années d'internat. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A Madame le Professeur Laurence LETURMY

Professeur à la faculté de Droit et de Sciences sociales de l'Université de Poitiers.

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Michel SAPANET

Maître de conférences universitaire en Médecine Légale à la Faculté de Médecine de Poitiers.
Chef du service de Médecine Légale du CHU de Poitier.

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Je tiens à vous remercier pour l'accueil que vous m'avez réservé dans votre service et pour votre enseignement dont j'ai eu la chance de bénéficier. Je tenais également à vous remercier d'avoir pu conforter mon intérêt pour la Médecine Légale et de m'avoir permise de persévérer dans cette voie. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Alexia DELBREIL

Psychiatre et Médecin légiste, Chef de Clinique Assistant dans le service de Médecine Légale du CHU de Poitiers.

Je te remercie d'avoir accepté de diriger et de m'accompagner tout au long de ce travail. Je tiens également à te remercier pour tout ce que j'ai pu apprendre à tes côtés, pour ta patience et ton soutien. Merci pour ces moments de découvertes, de joies et de rires tant dans le service qu'en dehors. Avec mon plus grand respect et mon admiration.

Aux équipes avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler et qui m'ont formée.

A Madame Martine CECCALDI, Procureur Général à la Cour d'Appel de Poitiers.

A Monsieur Dominique MAIN, Premier Président à la Cour d'Appel de Poitiers.

A Mesdames Sophie MANEQUIN, Véronique LETEUX et Valène JOLLY et Monsieur Serge BILLIG pour leur aide précieuse.

A ma famille, à mon Cédric, à mes amis, à mes colocataires et à mes co internes fabuleux...

*« Le criminel, au moment où il accomplit son crime,
est toujours un malade ».*

F.M. Dostoïevski, 1866, Crime et Châtiment, III, 5

*« Oh ma belle, encore un verre d'alcool
et je vais fusiller le destin de plein vol ».*

B. Lavilliers, 2010, Possession, Causes perdues et musiques tropicales

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	11
Première partie : revue de la littérature	12
1. Homicides	12
1.1. Définitions.....	12
1.2. Droit Pénal Français	12
1.3. Irresponsabilité pénale	13
2. Epidémiologie et caractéristiques des homicides	16
2.1. Epidémiologie	16
2.2. Profil du passage à l'acte	18
3. Particularités des homicides intrafamiliaux	25
3.1. Caractéristiques communes aux homicides intrafamiliaux.....	25
3.2. Caractéristiques particulières de l'homicide conjugal.....	27
3.3. Caractéristiques particulières du parricide.....	31
3.4. Caractéristiques particulières du filicide	34
4. Le meurtre, œuvre d'un fou ?	38
4.1. Antécédents psychiatriques.....	38
4.2. Troubles mentaux	38
4.3. La place des toxiques	42
5. Récidive et dangerosité	44
5.1. La question de la récidive	45
5.2. La place de la loi dans la prévention de la récidive	46
5.3. La place du psychiatre dans la prévention de la récidive	48
DEUXIEME PARTIE : Etude	52
1. Population et méthode.....	52
1.1. Objectif de l'étude	52
1.2. Population étudiée, temporalité et lieux de l'étude	52
1.3. Schéma d'étude	53
2. Résultats	60
2.1. Caractéristiques individuelles des sujets	61
2.2. Analyse du passage à l'acte	82

2.3. Phase post-criminelle et judiciaire	90
3. Discussion	93
3.1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature.....	93
3.2. Points forts et limites de l'étude	110
3.3. Perspectives	111
Conclusion	122

Liste des abréviations

USA : Etats-Unis d'Amérique

CP: Code Pénal

FBI: Federal Bureau of Investigation

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

DSM: Statistical Manual of Mental Disorders

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

SDF: Sans Domicile Fixe

CPIP : Conseillers Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

GPPR : Groupes de Parole de Prévention de la Récidive

PPR : Programmes de Prévention de la Récidive

SPIP : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

HAS : Haute Autorité de Santé

SFA : Société Française d'Alcoologie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Introduction

L'homicide, acte provoquant la mort d'une personne, fait partie des infractions les plus anciennes. Déjà reconnu dans l'Antiquité, il s'agit d'une atteinte à la vie, valeur fondamentale par excellence. Le meurtre et l'assassinat sont de nos jours des événements rares. Notre époque apparaît en effet comme beaucoup plus sécuritaire que d'autres périodes de l'humanité. L'homicide est un bon indicateur du niveau de criminalité globale dans une société. Ainsi la France se trouve au 28^{ème} rang mondial avec un taux d'homicide estimé en 2013 à 1,1/100 000 habitants ce qui constitue un taux plutôt faible.

Au-delà du cadre moral de l'acte, les homicides ont également un coût monétaire important pour les sociétés. Ainsi DeLisi et al. estiment le prix d'un homicide aux Etats-Unis d'Amérique (USA) à 17 millions de dollars (incluant les frais de la police, les procédures judiciaires, l'incarcération et la baisse de productivité) (1). Il s'agit donc d'une préoccupation sociétale importante que ce soit du point de vue philosophique, médical ou économique.

Aux yeux de tous et depuis longtemps, l'homicide, acte inhumain, ne pouvait être que l'œuvre d'un fou. De nombreux travaux permettent de nuancer cette idée reçue et de dégager des éléments essentiels concernant l'auteur, la victime, les relations entre les protagonistes ainsi que le déroulement du passage à l'acte. D'un point de vue criminologique, on distingue les homicides intrafamiliaux (commis dans la sphère familiale ou conjugale) des homicides extrafamiliaux. Ces deux types d'homicide, de par les relations mises en jeu, semblent très éloignés. Cependant, sont-ils si différents ?

L'objectif de cette thèse est de mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques, psychopathologiques et criminologiques des auteurs d'homicides en Poitou-Charentes entre 2008 et 2013 et de réaliser une étude comparative entre les homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux, afin de dégager des pistes de repérage et de prévention des situations à risque léthal.

Première partie : revue de la littérature

1. Homicides

1.1. Définitions

En français, le mot « homicide » signifie à la fois « *celui, celle qui tue un être humain* » et « *qui a tué ou veut tuer quelqu'un* » (2).

D'un point de vue criminologique, on distingue les homicides extrafamiliaux des homicides intrafamiliaux, commis dans la sphère familiale ou conjugale. Les homicides intrafamiliaux sont eux-mêmes sous-divisés suivant la relation existante entre les protagonistes. On parle d'homicide conjugal lorsqu'il est commis sur un partenaire ou ex-partenaire intime quel que soit son statut (mariage, concubinage, PACS ou simple relation amoureuse). Le parricide se définit comme étant le meurtre du père ou de la mère par un enfant naturel ou adopté. Certains auteurs distinguent le matricide (meurtre de la mère) du patricide (meurtre du père). Lorsque, au contraire c'est un parent qui tue son enfant, on parle de filicide voire de néonaticide lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né (3).

Il existe une autre catégorie d'homicide qui est l'homicide-suicide que nous n'aborderons pas dans ce travail. L'acte homicide-suicide peut être défini par tout homicide ou tentative d'homicide, suivi du suicide ou de la tentative de suicide de l'auteur des faits dans un délai court (classiquement inférieur à 24h) (4).

1.2. Droit Pénal Français

Le Droit Pénal Français distingue l'homicide involontaire de l'homicide volontaire appelé meurtre. Le meurtre est un acte homicide, positif et matériel, exercé sur une victime vivante même si celle-ci a donné son consentement (euthanasie) ou s'il y a eu erreur sur sa personne, quel qu'en soit le mobile. Si le meurtre a été réfléchi avant d'être commis, on parle

de préméditation encore appelé assassinat. Le meurtre est puni de trente ans de réclusion criminelle (article 221-1 du Code Pénal (CP)) (5).

La loi prévoit des dispositions particulières concernant certains types d'homicide parmi lesquels :

- l'assassinat,
- le meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime,
- le meurtre commis sur un mineur de quinze ans,
- le meurtre commis sur un ascendant légitime ou naturel,
- le meurtre commis sur les pères ou mères adoptifs,
- le meurtre commis sur une personne particulièrement vulnérable en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou de son état de grossesse.

Dans ces cas de figure, la loi prévoit une peine plus lourde : la réclusion criminelle à perpétuité (6, 8, 9, 10).

L'infraction de violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner est punie de quinze ans de réclusion criminelle (Art. 222-7 CP) (10). La peine est portée à vingt ans si l'infraction est accompagnée des circonstances aggravantes énumérées par l'article 222-8 du CP (11). On y retrouve un grand nombre des circonstances particulières mentionnées précédemment pour le meurtre. Enfin, toutes les tentatives sont punies de la même peine que le crime.

1.3. Irresponsabilité pénale

La question de la responsabilité des actes des malades mentaux est depuis très longtemps une question soulevée lors des passages à l'acte violents. En France, dès 1810, l'article 64 du Code Pénal (CP) annule l'acte criminel accompli en état de démence. « *Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* » (12). L'ancien Code Pénal instaure donc une alternative. Soit le criminel est conscient de ses actes. Il en est alors déclaré coupable et responsable et est puni en conséquence. Soit son état de démence est reconnu et, à la différence de ce qui prévalait sous l'Ancien Régime, il ne peut être jugé. Toutefois, s'il

constitue une menace pour l'ordre public, il peut être remis à l'autorité administrative qui décide de son placement d'office dans un établissement pour aliénés.

Le droit pénal français a progressivement pris en compte la situation d'altération du discernement chez des personnes qui ne sont pas complètement démentes. Tout d'abord, la loi du 25 juin 1824 puis celle du 28 avril 1832 ouvrent la possibilité aux juges de reconnaître des circonstances atténuantes dans certains crimes et délits et d'adapter la peine à la personnalité et aux motivations de l'accusé. Un arrêt de la Cour de cassation de 1885 a posé explicitement le principe de l'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement. Enfin, le 12 décembre 1905, le garde des Sceaux Joseph Chaumié adresse aux parquets généraux une circulaire (dite « circulaire Chaumié») qui pose le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes reconnues responsables de leurs actes tout en présentant un trouble mental : « *à côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelles mesures l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé* » (13). Il est attendu du juge d'instruction qu'il demande systématiquement à l'expert psychiatre, non seulement de se prononcer sur l'état de démence de l'inculpé au moment de l'acte (au sens de l'article 64 du code pénal), mais également de lui faire préciser « *si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité* » (13).

A partir de 1968, la loi prévoit un non-lieu psychiatrique. Cette irresponsabilité judiciaire entraînait l'irresponsabilité civile et les victimes n'étaient pas indemnisables. Cette notion est renforcée par la réforme du Code Pénal Napoléonien de 1810, en 1994, avec la création de l'article 122-1 relatif à la responsabilité des auteurs de crime. L'alinéa 1 renforce l'idée de l'irresponsabilité des malades mentaux : « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » (13). L'alinéa 2 reprend la notion d'altération du discernement : « *la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable* » (13).

La loi du 25 février 2008 (dite loi Dati), réforme le Code Pénal et supprime le non-lieu psychiatrique qu'elle remplace par une déclaration d'irresponsabilité pénale. Cette

modification de la loi permet pour la victime ou ses ayants droits une reconnaissance devant la justice même en cas d'irresponsabilité pénale (alinéa 1 de l'article 122-1 du CP) (14). En effet, comme nous l'avons vu précédemment, en cas de non-lieu psychiatrique, il n'y avait pas de poursuite possible contre l'auteur, pas de procès et pas d'indemnisations des ayant droits. Depuis 2008, l'affaire est présentée devant la chambre de l'instruction, lors d'une audience publique contradictoire. Une ordonnance d'irresponsabilité pénale est rendue. Dans cette ordonnance figure qu'il existe des charges suffisantes établissant que le sujet a commis les faits qui lui sont reprochés (art 706-120 du CPP) (15). La chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement peuvent ordonner une hospitalisation sous contrainte à la demande du représentant de l'état dans un hôpital psychiatrique public (art. 706-135 du CPP) et des mesures de sûreté à l'encontre du malade mental irresponsable (art. 706-136 du CPP) (16). Ces mesures ne doivent pas faire obstacle au soin et s'appliquent que le malade soit hospitalisé ou non. Les décisions d'irresponsabilités pénales pour cause de trouble mental sont inscrites sur le fichier national automatisé et le casier judiciaire national automatisé.

Enfin, le second alinéa de l'article 122-1 est modifié le 15 août 2014. L'auteur atteint d'une altération du discernement est responsable de ses actes néanmoins il existe un retentissement sur la peine qui sera alors minorée. *« La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans »* (14). Cette loi prévoit également l'instauration de soins adaptés.

Nous avons pris le parti de traiter les différentes catégories d'homicide en s'appuyant sur la classification criminologique de ces derniers. Dans un premier temps, nous nous intéressons aux données globales existantes dans la littérature concernant les homicides puis nous mettrons en évidence, les aspects spécifiques qui ont pu être établis dans le cadre des homicides intrafamiliaux.

2. Epidémiologie et caractéristiques des homicides

La littérature scientifique regorge de données concernant les homicides. Au-delà de l'aspect extrême et parfois fascinant que peut prendre l'acte d'ôter la vie à autrui, l'homicide est un bon indicateur du niveau de criminalité globale dans une société. En effet, les études montrent que plus il y a d'homicides dans une société, plus il y a d'agressions et de vols (17).

2.1. Epidémiologie

On estime que chaque année, 607 750 personnes dans le Monde décèdent d'un homicide (17). Il est possible d'estimer le niveau de violence d'un pays en mesurant le nombre d'homicides ou taux d'homicides pour 100 000 habitants. Grâce à cette variable, il existe des chiffres relativement précis du nombre d'homicides commis dans le Monde. Il faut néanmoins pondérer cette notion. En effet, les chiffres mettent en évidence les décès révélés. On peut donc estimer que ces données sont minorées par rapport à la réalité. De plus, la fiabilité des données peut varier d'un pays à l'autre.

2.1.1. Dans le Monde

Il existe des variations spectaculaires du taux d'homicides en fonction des pays (Figure 1). En 2004, le taux d'homicides moyen dans le Monde était de 11,8 pour 100 000 habitants (17).

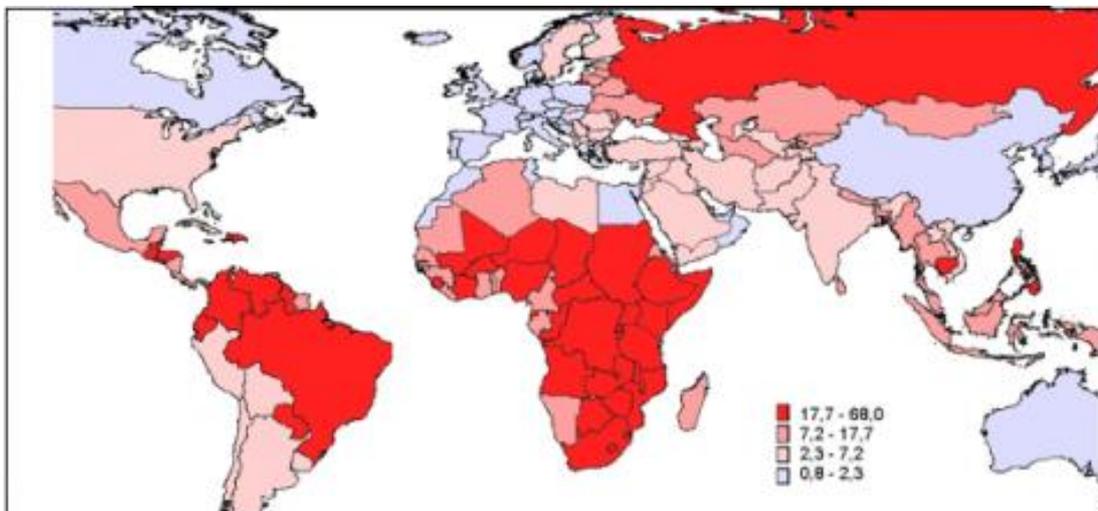


Figure 1 Répartition du taux d’homicides pour 100 000 habitants en 2004 (17)

Le pays au plus faible taux est le Japon avec 0,4 homicide pour 100 000 habitants. A l’autre extrême se trouve la Colombie avec plus de 60 homicides pour 100 000 habitants. Viennent ensuite la Russie (28,4/100 000), le Brésil (23,3/100 000) et le Kazakhstan (18,8/100 000) (18). On peut constater que les pays d’une même région tendent à avoir le même taux d’homicides (Figure 1).

Les chiffres des homicides et des tentatives d’homicide ont tendance à diminuer depuis le Moyen-âge s’opposant à l’idée courante que nous vivons dans un Monde de violence souvent relayée par les médias (20, 22).

2.1.2. En Europe

Concernant le continent européen, il existe également des disparités. Ainsi, si le taux est relativement faible (entre 0,5 et 7,5/100 000) il est plus important en Europe de l’Est (Bulgarie, Estonie, Moldavie) (21).

2.1.3. En France

La France se trouve au 28^{ème} rang mondial avec un taux d’homicide estimé à 1,1/100 000 habitants en 2013 ce qui constitue un taux plutôt faible (22). Cela représente chaque année

une moyenne de 510 homicides volontaires. Après avoir progressivement augmenté pour atteindre un maximum au milieu des années quatre-vingts, l'ensemble des homicides, tentatives d'homicides et coups et blessures suivis de mort a diminué jusqu'en 2000 avant d'atteindre un niveau légèrement inférieur à celui qu'il avait au début des années soixante-dix (19).

2.2. Profil du passage à l'acte

Il existe de très nombreux travaux sur les homicides permettant de dégager des éléments essentiels concernant l'auteur, la victime, les relations entre les protagonistes ainsi que le déroulement du passage à l'acte. Nous avons pris le parti de traiter le passage à l'acte homicide de façon chronologique en nous intéressant tout d'abord à la période antérieure à l'infraction, puis à la période criminelle et enfin à la période post-criminelle.

2.2.1. Période antérieure à l'infraction

Lors de la période antérieure à l'infraction, il est possible de mettre en évidence des éléments récurrents concernant l'auteur, la victime et les relations existantes, ou non, entre eux. Si certaines caractéristiques sont très fréquemment retrouvées, il n'existe pas de portrait pathognomonique d'un auteur d'homicide.

2.2.1.1. L'auteur

Sexe

Toutes les études nationales et internationales retrouvent une prédominance d'hommes auteurs d'homicide variant entre 70% et 90%, soit un sex ratio de 6,5 hommes pour une femme (19, 20, 24, 25, 26).

Dans une étude réalisée en 2009, S. Richard-Devantoy et al. constataient cependant que le sex-ratio s'inversait à la faveur des femmes lorsqu'un trouble de l'humeur était retrouvé chez le meurtrier (25).

Âge

Selon M. Ouimet, l'âge est une variable très fortement liée à la délinquance, loin devant le genre ou le statut sociodémographique (17). Là encore, toutes les études internationales retrouvent une moyenne d'âge des auteurs comprise entre 30 et 39 ans (20, 25, 26, 27).

Statut socio-économique

L'interrogation du milieu social des criminels donne des résultats nets : ils appartiennent massivement aux milieux populaires avec très souvent, reproduction d'une position sociale précaire.

- **Statut conjugal** : il n'existe pas de profil conjugal clairement établi. Si certains auteurs mettent en avant une tendance à l'isolement chez des sujets célibataires, divorcés ou séparés au moment des faits (20, 26), d'autres études retrouvent une majorité d'auteurs en couple ou mariés (25, 27).
- **Enfant** : il existe également des disparités concernant la présence d'enfants chez les auteurs d'homicide, en fonction des études. Certaines retrouvent une majorité d'auteurs sans enfant allant dans le sens d'un certain isolement social (26). D'autres études retrouvent autant d'auteurs avec ou sans enfant (25).
- **Niveau d'éducation** : Le niveau d'éducation des auteurs est bas avec, pour plus de la moitié des cas, un niveau scolaire primaire (56,7%) ou secondaire (38,2%) (25, 26, 27). Ce niveau d'instruction s'explique par un échec scolaire ou par une sortie légitime vers la vie active mais dévalorisée par le système scolaire (CAP, BEP).
- **Emploi** : L'inactivité et l'instabilité professionnelle sont fréquentes. Parmi les causes d'absence d'emploi sont retrouvés : le chômage (22%), une invalidité (8%), la retraite (5%), le rôle de femme au foyer (5,6%), un arrêt maladie (2%) ou des sujets étudiants (3%). Concernant les auteurs en activité au moment des faits, ils exercent majoritairement des professions d'ouvriers (44,4%) ou d'employés (23%). Les métiers de l'artisanat (15,8%) ou de l'agriculture sont moins fréquemment retrouvés (7,4%). Les professions intermédiaires ainsi que les cadres sont rares (25, 26, 27).

Antécédents judiciaires

Les antécédents judiciaires sont fréquents. Environ 50% des auteurs sont connus des services de Police avant les faits (26). Des condamnations antérieures sont retrouvées entre 6% et 17,5% des affaires (20, 25, 27). Par ordre décroissant on retrouve des atteintes aux

biens, des atteintes aux personnes et des conduites en état d'ivresse. La récidive en matière d'homicide est rare et les cas de « tueurs en série » sont exceptionnels (20, 25, 27).

2.2.1.2. La victime

Sexe

La victime est majoritairement, elle aussi, de sexe masculin (19, 28). Cette donnée est retrouvée dans de nombreuses études avec des pourcentages variant de 62% à 94% d'hommes victimes d'homicide (22, 23, 24, 27, 29). Cela représente un sex ratio d'environ 6,5 hommes pour une femme (19, 30).

Âge

La tranche d'âge des victimes est très vaste. En effet, des sujets de tout âge peuvent être retrouvés néanmoins, il apparaît dans les études un âge moyen des victimes situé entre 30 et 40 ans (23, 28, 29, 30).

Certaines études mettent en évidence des disparités en fonction du sexe de la victime. Ainsi, les victimes hommes seraient globalement plus jeunes que les victimes femmes. Les hommes seraient plus représentés parmi les victimes de moins de 50 ans tandis qu'au-delà de 50 ans, ce sont les femmes qui seraient majoritaires (22, 24).

Statut socio-économique

Il existe moins de recherches concernant la victime et notamment son environnement de vie (scolarité, vie sentimentale, niveau de vie). Il apparaît cependant que le profil socio-économique des victimes diffère peu de celui des auteurs. La grosse majorité des crimes violents est commise par des agresseurs qui appartiennent à la même classe sociale que la victime et au même groupe ethnique (32). On retrouve une surreprésentation des situations d'exclusion sociale et de désorganisation familiale (19, 31).

2.2.1.3. Relations auteur/victime

Les homicides sont des comportements qui résultent d'une interaction entre auteur(s) et victime(s), dans une situation donnée. Quel que soit le continent, le pays, le mode de vie urbain ou rural, il existe une constante : dans la majorité des cas, victime et auteur ont établi une relation antérieure au passage à l'acte (20, 23).

Ainsi, M. Maxfield en 1989 a distingué quatre situations par ordre de fréquence. La première regroupe les personnes qui ont, entre elles, ou bien ont eu dans un passé proche, des relations de type conjugal (mariés, en union libre, en concubinage ou liées par un pacte civil

de solidarité). Ce type de relations est retrouvé dans un cinquième de la totalité des meurtres (19). La seconde catégorie regroupe les personnes qui ont entre elles des relations familiales (19). La troisième catégorie regroupe les personnes qui se connaissaient également mais sans entretenir des liens conjugaux ou familiaux. Ce sont le plus souvent des voisins directs ou de simples personnes connues en raison de la fréquentation des mêmes lieux : lieu de résidence, lieu de sortie nocturne, débit de boissons, etc. (20, 30). La quatrième catégorie regroupe les situations très diverses mais très minoritaires d'absence de toute relation entre auteurs et victimes (20, 23, 30).

M. Woodworth et S. Porter distinguent l'agression dite « instrumentale » autrement dit intentionnelle et dirigée sur une cible spécifique, de l'agression « réactionnelle ». L'agression réactionnelle serait plus spontanée, impulsive et guidée par l'émotion. Ces auteurs estiment que les agressions réactionnelles impliquent une excitation émotionnelle élevée souvent en lien avec une connaissance antérieure entre auteur et victime (33).

2.2.2. Passage à l'acte criminel

L'étude du passage à l'acte ou du mode opératoire est ancienne. Elle permet d'analyser ce qui se joue entre l'auteur et sa victime, d'essayer d'appréhender comment un pair bascule dans l'impensable. M. Bénézech et al. ont longtemps soutenu l'idée que les crimes pathologiques, œuvres d'un fou, obéissaient aux règles des tragédies classiques à savoir unité de temps, de lieu et d'action, permettant de les distinguer des autres homicides. M. Bénézech et al. opposaient le meurtre inorganisé, prototype du mode opératoire du meurtrier psychotique et le meurtre organisé du meurtrier indemne de pathologie mentale (34). Cette notion est aujourd'hui contestée car de nombreuses études ont mis en évidence que cette unité était très fréquemment présente. Globalement, les homicides se produisent dans un même lieu, dans une période temporelle brève et dans un même mouvement opératoire par un auteur agissant seul (26).

2.2.2.1. Temporalité

- **Saison** : il n'existe pas de saison prédisposant au passage à l'acte criminel. En revanche de nombreuses études ont mis en évidence une recrudescence des homicides en été et en hiver sans que des explications ne soient clairement établies (22, 24, 28, 30).

- **Jour de la semaine :** de nombreux auteurs évoquent une majoration des homicides en fin de semaine (vendredi, samedi et dimanche) (20, 24). Certains font le lien entre le week-end et les habitudes de vie (sortie, consommation de produits toxiques) qui seraient catalyseurs de passages à l'acte violents (19).
- **Moment de la journée :** les études ne retrouvent pas de moment dans la journée particulier où sont commis les homicides. Il apparaît néanmoins que les homicides sont plus souvent perpétrés le soir ou la nuit (20, 25, 26, 28, 29).
- **Durée :** le passage à l'acte est généralement soudain et brutal, n'excédant pas quelques minutes (26).

2.2.2.2. Lieu

Il n'existe pas de disparité géographique, l'homicide ayant lieu aussi bien en milieu rural qu'urbain. Les homicides sont le plus fréquemment commis dans l'intimité du domicile. Dans un peu plus de 60% des cas, il s'agit du domicile de la victime. Dans environ 7%, ils se produisent au domicile de l'auteur. Le reste des homicides se produit dans des zones urbaines (14%) (parking, hall d'entrée d'immeuble, etc.), dans des lieux isolés (14%) et dans 11% des cas, dans un lieu public (bar, restaurant, discothèque, etc.) (22, 24, 25, 26, 27, 30).

2.2.2.3. Arme utilisée

Le choix de l'arme dépend de la culture mais aussi de la disponibilité sociale de l'instrument utilisé. L'homicide par arme à feu est plus fréquent dans des pays où il est plus facile de les obtenir légalement. En France, comme dans la plupart des pays, les trois armes les plus fréquemment utilisées sont les armes à feu, les objets tranchants tels que les couteaux ou les objets contondants, bien loin devant l'asphyxie mécanique ou l'utilisation de poison (8, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 34). Il existe une différence entre les armes employées par les hommes ou les femmes. Si l'utilisation d'une arme à feu est plus fréquemment retrouvée chez les hommes, les femmes ont plus facilement recours à une arme de proximité telle qu'un couteau de cuisine (23, 27).

Il est possible de rencontrer, dans des cas plus rares, une utilisation de plusieurs moyens létaux (8, 26). Enfin, une violence excessive ou un acharnement de l'auteur sur sa victime reste rare. Néanmoins, dans une étude de 2008, S. Richard-Devantoy retrouvait que la moitié des décès était secondaire à au moins deux coups, « *indicateur du caractère volontiers émotionnel du passage à l'acte* » (26).

2.2.2.4. Motivations

Certains passages à l'acte apparaissent pour les victimes comme soudains, irrationnels, inattendus et pour la justice sans mobile. Néanmoins, il est possible de dégager des motivations récurrentes.

Dans la littérature, les motivations les plus fréquemment retrouvées sont la querelle (40%) et la revanche (20%). Viennent ensuite les problématiques conjugales telles que l'infidélité ou la jalousie et les conflits de propriété (20, 24, 29, 30). Dans 20% des cas, le meurtre est associé à un délit parmi lesquels le vol est le plus représenté (25). Selon le site du Ministère de l'Intérieur répertoriant en 2009 les homicides commis entre février 2008 et janvier 2009, les règlements de compte entre malfaiteurs représentent 16,3% des homicides (36). Les motivations délirantes sont rares. Chez le patient schizophrène, le passage à l'acte criminel est motivé par un délire de persécution (60% des cas), sexuel ou métaphysique. Les mécanismes délirants sont fréquemment hallucinatoires (60%) et/ou constitués d'un automatisme mental (50%) (26, 32). Selon S. Richard-Devantoy, dans 30% des cas, une situation de rupture affective (sentimentale, licenciement) dans le mois précédent les faits est retrouvée. Dans ces cas, le motif passionnel prédomine, questionnant la perte d'objet dans le processus criminogène (25).

2.2.2.5. Utilisation de toxiques

La consommation de toxiques chez l'auteur d'homicide est retrouvée entre 18,5% et 60% des cas. La consommation d'alcool est la plus fréquente avec parfois des taux très importants. La présence de toxiques illicites est moins habituelle. La cocaïne est la plus représentée devant le cannabis et l'héroïne. Il peut exister une combinaison de plusieurs toxiques (22, 24, 27).

2.2.3. Phase post-criminelle

L'analyse de la phase faisant suite au passage à l'acte, permet de s'intéresser au rapport du sujet à son acte et à la victime, à travers l'analyse de la reconnaissance de l'acte, l'évaluation des sentiments de culpabilité et de responsabilité qui en découlent (37).

Suite à l'homicide, peu d'auteurs tentent de camoufler leur crime, de déplacer le cadavre ou de le faire disparaître. La plupart du temps, le cadavre est laissé sur place, dans sa

position initiale (26). La majorité des auteurs d'homicide reste également sur le lieu du crime. D'autres, au contraire, fuient après le passage à l'acte. Différentes positions de l'auteur peuvent être rencontrées. Certains tentent d'enlever les traces et indices sur la scène et sur sa personne, de simuler un accident ou un suicide. Parfois, l'auteur cherche à prolonger la satisfaction de ses pulsions agressives et/ou sexuelles par des atteintes au cadavre, des marques individuelles sur les lieux, des vols de souvenirs fétichistes. Il n'est pas rare que l'auteur mette en place des conduites de réparation en appelant au secours ou en se dénonçant spontanément (26, 35). Enfin, certains auteurs se suicident ou tentent de mettre fin à leurs jours. Suivant les études, cela concerne entre 10% et 30% des auteurs (25, 26).

L'Unité des Sciences du Comportement de l'Académie du *Federal Bureau of Investigation* (FBI) classe les auteurs d'homicide en deux catégories extrêmes selon le profil criminologique de l'agresseur et les caractéristiques de la scène du crime : le meurtrier organisé qui agit avec self contrôle et le meurtrier désorganisé incapable de gérer rationnellement la situation. Schématiquement, le meurtrier organisé prémédite, planifie son crime et maîtrise la situation pendant l'agression. Il cache ensuite le cadavre de sa victime pour tenter d'échapper à la justice. Il s'agit ici de violence prédatrice, instrumentale ou encore cognitive, dont l'objectif est l'obtention d'un bénéfice particulier. Le mobile est rationnel et utilitaire. A contrario, le meurtrier désorganisé commet son acte de façon impulsive, spontanée, non préparée, avec une violence soudaine et excessive. Il laisse sur les lieux de nombreux indices à charge et ne déplace pas le corps. Cette catégorie correspond à une violence affective, émotionnelle, motivée essentiellement par divers sentiments (colère, angoisse, dépression, passion, haine, jalousie, vengeance, peur), sans mobile rationnel ou utilitaire. Ces deux types de motivations de la violence (émotionnelle et cognitive) et leur scénario correspondant peuvent bien sûr coexister simultanément chez le même agresseur au temps de l'action. Une troisième catégorie d'homicide, dite mixte, associe simultanément et de façon équilibrée certains critères de l'organisation et de la désorganisation (39).

Au-delà de ces éléments relatifs aux homicides, il existe une autre sous-catégorie que l'on appelle homicides intrafamiliaux, compte tenu des relations entre les protagonistes. Nous allons maintenant nous intéresser à ce type d'homicide et décrire les particularités qui ont pu être mises en évidence dans la littérature scientifique française et internationale.

3. Particularités des homicides intrafamiliaux

Les homicides intrafamiliaux représentent environ un tiers des homicides (3, 23, 24). Cette proportion est assez stable dans le temps (40). On distingue différents types d'homicides intrafamiliaux en fonction du lien unissant la victime et son agresseur : le filicide (homicide d'un enfant par son père ou sa mère), le parricide (homicide d'un parent par son enfant), le sororicide (homicide de sa sœur), le fratricide (homicide de son frère), l'uxoricide (homicide d'une femme par son conjoint) et le familicide (41). De nombreuses études ont pu mettre en évidence des caractéristiques propres aux homicides intrafamiliaux. Les homicides intrafamiliaux les plus fréquents sont l'uxoricide, le filicide et le parricide c'est pourquoi nous allons les détailler (38, 50, 53).

3.1. Caractéristiques communes aux homicides intrafamiliaux

3.1.1. Auteur masculin

Dans le cas des homicides intrafamiliaux, la prépondérance des auteurs de sexe masculin est d'autant plus importante. En effet, les hommes représentent environ 90% des auteurs (38, 53). La part des femmes ne s'élève que dans les cas des meurtres conjugaux et des infanticides (19).

3.1.2. Psychopathologie

Classiquement dans la littérature scientifique, l'homicide intrafamilial est l'œuvre d'un malade mental. La proximité affective entre les protagonistes est d'autant plus marquée que le meurtrier présente une maladie mentale. Dans les faits, si les pathologies mentales graves sont surreprésentées chez les auteurs de ce type d'homicide, ils n'en ont pas l'exclusivité. S. Richard-Devantoy et al. relèvent que 44% des victimes sont un membre de la famille du meurtrier chez les malades mentaux (25).

Les troubles mentaux fréquemment retrouvés sont la schizophrénie et les dépressions sévères (18, 27, 41). M. Millaud et son équipe soulignent que quelque soit la pathologie mentale, les éléments psychotiques sont au cœur des gestes homicides intrafamiliaux. Les délires jouent un rôle prépondérant et toutes les thématiques ont une coloration paranoïde franche dans le délire de persécution ou plus indirecte dans les délires de contrôle, de grandeur, mystiques ou dépressifs altruistes (43). Tous les sujets perçoivent, à un moment ou un autre, qu'eux-mêmes ou leurs proches courent un danger de mort. Ce danger devient imminent et intense au moment du passage à l'acte. Ils doivent sauver leur peau, à tout prix ou, dans le cas des homicides dépressifs altruistes, sauver leurs proches de maux terribles dont ils s'estiment d'ailleurs le plus souvent responsables et leur éviter de souffrir (41, 42).

Le type d'homicide est différent en fonction du sexe, de l'auteur et de la présence ou non de pathologie mentale. Chez l'homme, l'épouse et la maîtresse sont les victimes privilégiées en l'absence de pathologie mentale. A contrario, lorsque l'homme est atteint d'un trouble mental, les victimes vont classiquement être l'épouse ou la mère. Les victimes des femmes meurtrières sont le mari dans les homicides non pathologiques et les enfants quand l'homicidaire souffre d'un trouble psychiatrique (25).

3.1.3. Motivations communes

La motivation sous-jacente au passage à l'acte intrafamilial peut donc être la perturbation de l'état mental (psychose, dépression majeure). Il existe d'autres motivations fréquemment retrouvées comme la colère réactionnelle (suite à une dispute), la violence subie, les intérêts financiers, l'altruisme ou la perception que la famille voudrait voir le parent mourir (conspiration familiale) (39). M. Bénézech indique qu'il y a deux versants dans les homicides familiaux : le versant psychotique/vengeur dans le cadre des parricides et fratricides et le versant passionnel/dépressif dans le cadre des homicides conjugaux et des filicides (45).

3.2. Caractéristiques particulières de l'homicide conjugal

Comme la plupart des homicides intrafamiliaux, les homicides conjugaux sont de plus en plus médiatisés. Ils sont classiquement considérés comme une forme ultime de violences conjugales (46). C'est pourquoi, le Ministère de la Justice depuis une quinzaine d'années s'intéresse aux morts violentes au sein des couples et établit un rapport annuel sur le sujet.

Il existe plusieurs types d'homicide conjugal en fonction du sexe de la victime. On parle d'uxoricide ou de fémicide lorsqu'il s'agit du meurtre de la conjointe. On parle de maricide lorsqu'il s'agit de celui du conjoint (43).

3.2.1. Epidémiologie

L'homicide conjugal est l'homicide intrafamilial le plus fréquent. Selon une étude canadienne de 2005, les homicides conjugaux représentent 53% des homicides intrafamiliaux (47). Sa prévalence, en France comme au Canada, est d'environ 15% des homicides résolus (41). Il s'agit dans la plupart des cas du meurtre de la femme. Une étude de 2009 estimait qu'il s'agissait de la septième cause de décès prématuré chez la femme, toutes causes confondues. Une femme est victime d'un meurtre de la part de son (ex)-partenaire tous les deux jours et demi, soit 118 décès par an selon une estimation de 2014 (48).

3.2.2. Les protagonistes

3.2.2.1. L'auteur

M. Cusson et R. Boisvert, dans leur étude de 1994, retrouvaient 85,7% d'homme tuant leur femme ou leur maîtresse, 4,2% d'homme tuant leur amant et 9, 1% de femme tuant leur conjoint ou leur amant (46). L'uxoricide est perpétré par le partenaire dans 30 à 55% des cas ou l'ex-partenaire dans les cas restants (42).

Comparativement aux hommes ayant commis un autre type d'homicide, l'auteur d'un homicide conjugal est relativement âgé (42 ans en moyenne) (39, 40, 67).

3.2.2.2. La victime

On sait que la violence conjugale concerne toutes les couches de la société, mais les femmes victimes d'uxoricide appartiennent à un milieu relativement homogène, et plutôt défavorisé. Leur scolarité est faible avec un arrêt des études précoce. Elles deviennent souvent mères très tôt avec une première maternité à moins de 20 ans. Le tissu social est restreint, centré sur le couple et la famille, les amis sont rares, se limitant souvent à quelques voisins. Ces victimes possèdent donc peu d'investissements extérieurs et de ressources (50).

3.2.3. Profil psychopathologique de l'auteur

La présence d'une maladie mentale telle que des troubles psychotiques ou des dépressions sévères est rare. Pour les homicides conjugaux commis dans un contexte pathologique, on retrouve une sémiologie essentiellement dépressive (43). La littérature fait également état de troubles délirants persistants de type paranoïaque (42). En revanche, des traits ou troubles de personnalité sont fréquemment retrouvés chez les auteurs d'homicides conjugaux. Il s'agit plus particulièrement des personnalités antisociales et borderlines, passives agressives ou évitantes et dépendantes (39, 40, 41, 64, 67). La fragilité narcissique, les angoisses de séparation et d'échec du sentiment de contrôle présents dans ces troubles de la personnalité semblent essentiels à la compréhension de la violence conjugale létale (52).

3.2.4. Spécificités du passage à l'acte

3.2.4.1. Signes avant-coureurs d'homicide conjugal

Sociologues, juristes et psychiatres s'accordent pour mettre en évidence la part majeure des violences conjugales comme précurseur du geste homicide. En effet, la moitié des femmes tuées par leur conjoint étaient victimes de violences avant les faits. Un décès sur dix résulterait de coups portés sans intention de donner la mort (40, 64, 65, 66). Loin d'un meurtre de rumeur, soudain et imprévisible, l'homicide conjugal intervient donc fréquemment dans un contexte de violence au sein du couple sous toutes ses formes (financière, psychologique, sexuelle, physique), d'installation progressive, dont il en est la forme ultime (46). Forts de ces constats, des signes précurseurs du passage à l'acte homicide ont pu être mis en évidence.

Violences conjugales

Tout d'abord, M. Cusson et al. ont pointé du doigt la répétitivité de la violence conjugale (54). Au-delà de la fréquence, la sévérité des violences est également un indicateur de risque d'homicide. En effet, l'uxoricide est considéré par certains auteurs comme le paroxysme d'une série de violences conjugales de plus en plus sévères (42). Ainsi, des violences physiques graves telles que la strangulation, l'association de violences sexuelles, l'augmentation de la fréquence et de la gravité des violences ou des violences physiques sur une femme enceinte ainsi que des menaces verbales de mort ou de suicide sont des indices mentionnés dans la littérature comme signes avant-coureurs d'homicide conjugal (52, 53).

La séparation

La plupart des études confirment que la période qui précède ou suit immédiatement une rupture de relation constitue un des moments où les risques de létalité sont les plus importants (46, 58, 69, 71, 72, 73). M. Wilson et al. ont démontré que dans la moitié des cas de meurtres d'ex-partenaires, la femme avait été tuée dans les deux mois suivant la séparation du couple (56).

3.2.4.2. Motivations

De nombreuses études mettent en évidence des motivations différentes en fonction du sexe de l'auteur. L'homme qui tue sa compagne est l'instigateur de la violence dans le couple tandis que la femme homicide en est, la plupart du temps, la victime (56). Ainsi, un peu plus de la moitié des femmes tue leur partenaire alors qu'elles sont attaquées par lui et se sentent en danger au moment du passage à l'acte (47, 56).

S. Frigon et L. Viau notent que, dans la plupart des cas, l'homicide conjugal commis par les hommes semble répondre à une stratégie d'appropriation, de contrôle et de domination (59). R. Boisvert et M. Cusson évoque le « *contrôle obsessionnel de la conjointe* » souvent présent chez les conjoints violents et mis à mal lorsque la femme remet unilatéralement en cause le lien conjugal. L'homme vit alors cette menace comme une perte de la possession exclusive de l'autre. Selon ces auteurs, 54,5% des homicides conjugaux révèlent un caractère de possession (46). A cette notion, les auteurs ajoutent également la notion de « *possession sexuelle* » lorsque l'homme soupçonne sa conjointe d'infidélité. Au Canada entre 1974 et 1983, la Police a attribué 21,3% des meurtres conjugaux à la jalousie (46).

Enfin, une autre caractéristique retrouvée est la mésentente au sein du couple qui alimente les altercations et les querelles. La querelle est une motivation retrouvée dans 23,4% des homicides conjugaux selon M. Cusson et R. Boisvert (46).

3.2.4.3. *Le passage à l'acte*

M. Cusson et R. Boisvert ont mis en évidence des conditions facilitantes permettant d'aboutir à l'homicide par possession. Le déclenchement se trouve généralement dans une remise en cause unilatérale du lien conjugal comme nous l'avons vu précédemment (initiative de séparation ou de divorce, séparation récente). Il faut ensuite que la future victime reste accessible (soumission psychique, physique, financière). La victime apparaît vulnérable car souvent privée de moyen de défense de part les différences de force physique avec son partenaire mais également par son isolement limitant ses moyens de protection. Il faut ensuite le temps nécessaire pour que le problème conjugal arrive à maturité et entre dans sa phase critique soit par des ruptures qui s'éternisent soit grâce à des alternances entre séparations et réconciliations. Enfin, certaines circonstances vont permettre la neutralisation de la prohibition du meurtre (aveuglement de la passion, rage, accoutumance à la violence, alcool). Ainsi, M. Cusson et R. Boisvert ont décrit le cheminement classique aboutissant à l'homicide : une rupture initiée, la mort annoncée (menaces de mort par l'auteur), le défi de la victime refusant de se soumettre au contrôle de l'auteur aboutissant à une altercation et enfin la mise à mort (46).

Globalement, l'homicide ayant lieu dans un contexte de crise, l'arme utilisée va souvent être une arme d'opportunité (objet contondant, arme blanche). Néanmoins, E. Cechova-Vayleux et al., dans une étude publiée en 2013, mettaient en évidence que les armes à feu (37,5%) et les armes blanches (31,3%) constituaient les moyens privilégiés de l'acte meurtrier (42). La présence d'armes à feu au domicile constitue un facteur de risque important d'homicide conjugal (57).

Chez les femmes auteurs, le geste meurtrier semble le plus souvent prendre ces femmes « par surprise », ou même leur échapper plus ou moins complètement : une dispute de trop, une bagarre de trop, une insulte de trop, et l'arme est là, sous la main, le couteau de cuisine le plus souvent, une bouteille qui traîne, mais aussi éventuellement la carabine (50).

3.3. Caractéristiques particulières du parricide

Comme nous l'avons vu précédemment, le terme parricide désigne le meurtre du père ou de la mère par un enfant naturel ou adopté. Certains auteurs distinguent le matricide (meurtre de la mère) du patricide (meurtre du père) (3).

3.3.1. Epidémiologie

Le parricide est plutôt rare puisqu'il représente en France 2 à 3% des homicides correspondant aux chiffres retrouvés dans le Monde (1,6% aux USA, 3,4% en Australie, 2,8% en Angleterre). Son incidence en France est estimée à 30 cas par an (48, 49, 55).

3.3.2. Caractéristiques particulières des protagonistes

3.3.2.1. L'auteur

Les auteurs de parricide sont dans 90% des cas de sexe masculin. Si la majorité des crimes est commise par des adultes, le parricide a comme particularité un âge des auteurs souvent très inférieur aux données retrouvées chez les auteurs d'homicides extrafamiliaux. En effet, les meurtres des parents commis par des mineurs représentent de 6 à 28% des observations. La moyenne d'âge se situe entre 24 et 30 ans. Le parricide est considéré comme très rare après 30 ans (41, 55).

3.3.2.2. La victime

La victime est le père dans les deux tiers des cas. Cependant cette prédominance des victimes hommes serait moins importante voire inversée lorsque l'auteur est atteint d'un trouble psychotique. Le meurtre des deux parents (double parricide) reste rare et correspond à environ 10% des parricides. Il semble presque toujours associé au diagnostic de psychose (schizophrénique en particulier) (2, 33, 41, 52, 53, 55).

3.3.2.3. Type de relations

C. Devaux et al. rapportent dans 65% des cas, le meurtre du père par le fils, dans 20% des cas, le meurtre de la mère par le fils, dans 6% des cas, le meurtre du père par la fille. Le meurtre de la mère par la fille est encore plus rare (34).

Il est important de souligner la présence d'antécédents de violences. En effet, une relation conflictuelle est fréquemment retrouvée avec le parent victime. Les auteurs ont souvent été victimes de violences de la part du père, parfois sexuelles, ou témoin de violences conjugales ou sur la fratrie. A l'inverse, entre 40% et 88% des auteurs ont exercé des violences contre la victime avant le passage à l'acte parricide. La présence de menaces de mort envers la victime ou un autre membre de la famille est retrouvée dans 51% des cas et souvent dans la semaine précédent les faits. Selon CK. Mc Knight et al., 72% des victimes ont tenté de mettre une limite à leur enfant, telle que la possibilité d'une hospitalisation, la diminution de contact ou l'arrêt d'une cohabitation peu de temps avant les faits (2, 27, 50). Ces éléments sont donc en faveur d'une notion de rupture récente comme retrouvée précédemment dans les homicides conjugaux.

3.3.2.4. Psychopathologie des auteurs

Des parricides peuvent être commis par des sujets adultes indemnes de troubles mentaux apparents, pour des motivations parfois utilitaires (héritage, vol) ou en relation avec le comportement de la victime. Cependant, de tout temps, les auteurs ont noté la fréquence des symptômes psychotiques chez les adultes meurtriers de leurs parents. En effet, elle varie entre 30 et 60% des cas en fonction des études. Parmi ces troubles psychotiques, la schizophrénie paranoïde est l'affection la plus fréquente (41). D'autres troubles tels que les délires chroniques, les dépressions atypiques, les troubles de la personnalité, les troubles bipolaires ou les antécédents d'abus de substances ont aussi été décrits (2, 52).

Contrairement à ce qui est observé pour l'ensemble des parricides (psychotiques et non psychotiques), la victime des actes psychotiques n'est plus majoritairement le père mais la mère. Les enfants et les adolescents parricides présentent moins fréquemment des troubles psychotiques (2, 27, 33, 52, 53, 55).

3.3.3. Spécificités du passage à l'acte

3.3.3.1. Motivations

P. Le Bihan et M. Bénézech proposent onze motivations principales. Les cinq premières correspondent notamment aux motivations qui sous-tendent le passage à l'acte du schizophrène paranoïde. Dans 71,4% des cas, il s'agit d'une persécution délirante, dans 47,6% d'une menace pour la vie psychique, dans 45,2% d'une menace pour la vie physique, dans 21,4% d'un ordre meurtrier hallucinatoire et dans 16,7% d'une menace pour l'identité sexuelle. Les schizophrènes paranoïdes sont plus influencés par des délires (de persécution, d'influence ou de grandeur) et à un moindre degré par des hallucinations. Les idées délirantes à thème de persécution peuvent amener le sujet à percevoir un parent comme un persécuteur ou au contraire comme une victime qu'il faut protéger à tout prix (3, 33). Les autres motivations sont pour 16,7% la violence subie, pour 11,9% une colère réactionnelle, pour 9,5% la jalousie incestueuse, pour 7,1% de l'altruisme délirant, pour 4,8% une haine des femmes et finalement, dans 2,4% des cas, il s'agit d'une motivation utilitaire (intérêts financiers) (2, 52). L'individu qui commet l'homicide par altruisme se croit gravement malade (ou l'est vraiment) et croit qu'il est impensable de laisser un de ses parents sans personne pour s'occuper de lui. Dans d'autres cas, l'individu commet l'homicide pour apaiser les souffrances d'un de ses parents malades. Ce type de motivation se retrouve plus souvent chez les parricides présentant un trouble de l'humeur (3).

Concernant les adolescents, il s'agit majoritairement du meurtre justicier du père bourreau domestique, au cours d'un épisode de violence, consécutif à une provocation prolongée et à des sévices sur la fratrie et/ou la mère. Le geste peut alors s'inscrire dans le cadre d'une vengeance et d'une libération de la famille face à un père oppresseur. Néanmoins, d'autres motivations peuvent être mises en évidence telle qu'une motivation de nature économique et liée à une personnalité antisociale ou à des problèmes de toxiques (2, 3, 33, 52, 55).

3.3.3.2. Le passage à l'acte

Classiquement, le passage à l'acte parricide est décrit comme brutal. Cependant, les auteurs peuvent se confronter pendant des semaines, voire des années, par intermittence ou de façon constante, à l'idée du parricide (3, 33, 53, 55). Le déclencheur du passage à l'acte est alors le plus souvent anodin. KM. Heide et TA. Pete cités par S. Léveillée et al. indiquent que dans 52% des cas le passage à l'acte intervient suite à une dispute concernant une demande d'argent ou pour un autre motif (3). Les auteurs ajoutent que le passage à l'acte survient

souvent dans un contexte émotionnel paroxystique et soudain, dans une impasse relationnelle d'étouffement, d'échec des tentatives de prise de distance avec le parent victime (52, 55). Au-delà de l'apparente soudaineté du geste, les parricides sont souvent marqués par une brutalité et un acharnement contre la ou les victimes sous forme d'un déchaînement physique. En effet, dans près de la moitié des cas, il existe une violence excessive exercée (2, 33, 41, 55).

Enfin, de nombreux auteurs soulignent l'importance de la composante thymique dépressive précédant ou succédant l'acte parricide. Les idéations suicidaires sont fréquemment retrouvées avant et après le meurtre. Le suicide ou la tentative de suicide après le crime représente entre 5% et 30% des parricides après le passage à l'acte (2, 33, 55).

De ces données M. Bénézech établit un portrait-robot du sujet ayant commis un parricide : homme de 25 à 30 ans, à l'intelligence le plus souvent normale, fréquemment atteint de schizophrénie paranoïde, célibataire, sans travail, vivant avec une mère hyper protectrice et/ou un père dominateur, tuant son père le plus souvent dans la chambre parentale, avec des moyens contondants (34).

3.4. Caractéristiques particulières du filicide

Le filicide correspond à l'homicide d'un enfant par son père et/ou sa mère. Au plan clinique, on parle de « néonaticide » pour le meurtre dans les 24 heures suivant la naissance tandis que l'emploi du terme infanticide ou encore filicide, renvoie au meurtre de l'enfant plus grand (57, 58).

3.4.1. Epidémiologie

La prévalence du filicide en France est comprise entre 6 et 10% des homicides résolus et représente 17% des homicides intrafamiliaux. Les néonaticides quant à eux représentaient 0.12 pour 100 000 naissances en 2008. Ce taux est inférieur à ce qui peut être retrouvé dans le Monde (0,6 pour 100 000 en Suisse et jusqu'à 8,8 pour 100 000 aux USA). Il s'agirait de la première cause de mort d'enfants dans le Monde (41, 45, 57, 59, 63).

3.4.2. Spécificité des protagonistes

3.4.2.1. L'auteur

Ce qui est très caractéristique des auteurs d'homicide sur enfant c'est que le sexe des parents varie en fonction de l'âge de l'enfant.

La répartition des sexes chez les auteurs de filicide est plutôt équilibrée puisqu'il s'agit d'un homme dans 55% à 60% des cas. En revanche, de nombreuses études ont mis en évidence que les femmes étaient auteurs de filicide chez des enfants plus jeunes. Ainsi, une étude canadienne retrouvait un âge moyen des enfants tués par la mère de 4 ans et par le père de 8 ans (67). De même, l'auteur de néonaticide est classiquement une femme. Il s'agit de femmes jeunes, immatures, isolées, célibataires ou détachées de leur partenaire, coupées de leur environnement social, cachant ou déniaient leur grossesse, ne préparant pas la naissance et ne prenant aucune précaution durant leur grossesse. Il existe très souvent une histoire familiale chaotique et la présence d'abus dans l'enfance. La présence d'homme dans le meurtre de nouveau-né est exceptionnelle (33, 38, 41, 57, 59, 60, 62, 63). Cependant, l'étude récente de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) a démontré que l'infanticide traversait toutes les classes sociales et que les facteurs psychoaffectifs primaient sur les facteurs socio-économiques (70).

3.4.2.2. La victime

Les études sont d'accord pour dire que plus un enfant est jeune, plus il est à risque d'être tué par l'un de ses parents. En effet, les premières heures suivant la naissance sont les plus risquées pour un enfant (66). Il apparaît que 50% des victimes sont âgées de moins de 1 an. Les enfants d'âge préscolaire jusqu'à 5 ans constituent le deuxième groupe le plus à risque d'être tué par leurs parents. Les études se contredisent concernant le sexe des victimes. Si classiquement, le sexe masculin est plus à risque de violences intrafamiliales et d'homicides, des études plus récentes retrouvent une répartition égale entre les sexes (59, 61). La prématurité ou un handicap de l'enfant peuvent être des facteurs de risque de passage à l'acte (70).

3.4.2.3. Caractéristiques psychopathologiques de l'auteur

Il existe des divergences dans la littérature quant à la présence de maladies mentales chez les auteurs de filicides. Certaines études rapportent des symptômes psychotiques et des

dépansions sévères chez la majorité des sujets et d'autres plus récentes constatent l'inverse. Selon ces études, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'un problème de santé mentale au moment du passage à l'acte. Un trouble de personnalité limite semble jouer également un rôle prépondérant (53, 60, 61, 62, 63).

3.4.3. Spécificité du passage à l'acte

3.4.3.1. Motivation

Outre les caractéristiques sémiologiques communes à tous les homicides intrafamiliaux, la dynamique du filicide varie en fonction du sexe des agresseurs.

Concernant les femmes, G. McKee a catégorisé cinq types d'infanticide (63). La première catégorie regroupe les troubles mentaux (mères suicidaires, impulsives ou délirantes). Le passage à l'acte intervient dans un but altruiste. Ces femmes sont convaincues d'être les seules à pouvoir prendre soin de leur enfant. Ceux-ci sont parfois perçus comme le prolongement de leur mère, sans différenciation possible de leur part et leur détresse devient dans leur esprit celle de leur enfant. Le projet homicide s'élabore peu à peu dans ce contexte, le parent devenant de plus en plus seul, désespéré et désespéré (3, 4, 41, 57, 60, 62). La deuxième catégorie correspond aux mères dites « inaffectives » (regroupant les dénis ou dénégations de grossesse, les mères ambivalentes, rancunières ou épuisées) (57, 60, 62). La troisième catégorie regroupe les mères négligentes ou causant la mort par accident. Ces mères présentent des comportements inadaptés (excessifs ou absents), éventuellement récidivants ou persistants (41, 53, 57). La quatrième catégorie correspond aux filicides par vengeance ou syndrome de Médée. L'enfant n'est pas aimé pour lui-même mais est considéré comme un objet dont on peut disposer à ses propres fins. Cette motivation est fréquemment retrouvée dans des contextes de séparation du couple parental (3, 41, 61). Enfin, la dernière catégorie, dite « psychopathique », inclut des mères qui utilisent leur enfant pour leurs besoins narcissiques propres ou encore pour leurs besoins financiers (57, 61).

Chez les hommes, les motivations sont différentes. Il existe globalement deux types de geste filicide. Le premier trouve sa source dans le motif de vengeance à l'égard de la conjointe. Le deuxième, très fréquent, se déroule dans un contexte d'abus physiques sévères. Des épisodes de violences conjugales envers la conjointe avant le passage à l'acte filicide sont fréquents. Parfois, l'homme tue ou tente de tuer sa conjointe au moment du crime. Ce geste appelé « familicide » est un geste presque exclusivement masculin (60, 61, 62).

3.4.3.2. Le passage à l'acte

La méthode utilisée pour commettre l'homicide varie également en fonction du sexe de l'auteur. Les pères ont davantage recours à la violence physique que les mères. Une des spécificités en termes de moyen léthal est l'utilisation fréquente d'objet contondant (notamment chez les pères) et de l'asphyxie (surtout chez les mères). Enfin, comme le soulignait A. Tardieu, l'infanticide le plus caractéristique est celui de l'enfant à peine né sans soin. La mère accouche seule à la maison, après un déni ou une dénégation de grossesse. Certaines peuvent exercer des manœuvres actives telle que la suffocation pour mettre fin à la vie du nouveau-né ou au contraire, le nouveau né est négligé, très souvent abandonné dans un environnement clos, sans signe de violence (58, 59, 61, 63).

3.4.4. Phase post-criminelle

Les filicides et familicides sont corrélés à un taux important de suicide de l'auteur, notamment chez les pères. Un passage à l'acte suicidaire est retrouvé dans environ un quart des filicides (41, 59, 61).

Les gestes homicides intrafamiliaux sont assez rares mais créent toujours des situations traumatiques qui débordent largement le strict cadre familial et touchent l'ensemble de la société. Ce sont des crimes très médiatisés, qui contribuent en partie à la stigmatisation des malades mentaux bien que le rôle joué par la maladie mentale soit à nuancer.

4. Le meurtre, œuvre d'un fou ?

4.1. Antécédents psychiatriques

Différentes études retrouvent la présence d'antécédents psychiatriques chez 49% à 60% des auteurs d'homicides. Les tentatives de suicide, les abus ou dépendance alcooliques, et les troubles de l'humeur sont les plus fréquemment retrouvés (25, 26, 27). En revanche, les antécédents de psychose, de déficience mentale ou d'anxiété sont rares (25, 27). Environ un quart des auteurs d'homicide a des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (25).

Des antécédents d'abus ou de dépendance aux toxiques seraient retrouvés dans environ 20% des cas. Les substances les plus fréquemment mises en évidence sont l'alcool, loin devant le cannabis, l'héroïne, la cocaïne ou d'autres substances psychostimulantes (27, 36).

Le trouble de l'humeur quasi-exclusivement retrouvé est la dépression. Ainsi, on estime qu'entre 20% et 50% des auteurs ont un antécédent d'épisode dépressif majeur (14, 25, 31, 43). Dans un tiers des cas, les auteurs ont commis un (72%) ou plusieurs gestes suicidaires. Cette tentative de suicide est grave dans 27% des cas (14, 18).

Les antécédents psychiatriques familiaux chez les auteurs sont assez fréquents. Dans une étude de 2009, S. Richard-Devantoy et son équipe retrouvaient la présence d'antécédents psychiatriques dans la famille de 38,6% des auteurs. L'alcool (77%) et le suicide (7%) étaient les plus représentés. Concernant l'alcool, il s'agissait essentiellement d'un alcoolisme paternel (81%) ou des deux parents (14,3%). Le suicide abouti concernait généralement le père (26,7%) ou le frère (46,7%), plus rarement la mère et la sœur (25).

4.2. Troubles mentaux

Loin des clichés médiatiques, la majorité des auteurs d'homicide ne présentent pas de maladie mentale grave. La définition consensuelle des troubles mentaux graves de S. Hodgins et al. regroupe les diagnostics de schizophrénie, de trouble de l'humeur et de trouble délirant, qui correspond dans la nosographie française à la psychose paranoïaque (73). Seulement 15%

à 20% des auteurs en seraient atteints (26, 25, 31, 39). Dans une étude récente s'intéressant à 210 meurtriers, S. Richard-Devantoy et son équipe retrouvaient que seulement un cinquième d'entre eux étaient reconnus irresponsables pénalement pour trouble mental (25). La justice publie régulièrement des chiffres concernant son fonctionnement. Il apparaît qu'en 2011, 124 irresponsabilités pénales ont été prononcées. En 2013, les irresponsabilités représentaient 0,5% des affaires traitées en matière criminelle (72, 73).

Cette définition restreinte de la maladie mentale (troubles psychotiques ou dépressifs exclusivement) s'oppose à celle, plus large, du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5), qui est l'outil de référence de classement des troubles mentaux dans la littérature internationale. Si l'on se réfère à cette définition large, 30% pour les pays anglo-saxons à 90% pour les pays scandinaves, des auteurs d'homicide répondraient aux critères diagnostiques d'une maladie mentale (25, 38).

4.2.1. Troubles mentaux graves

Les maladies mentales graves augmenteraient de manière significative le risque de commettre un homicide. Ce risque serait multiplié par deux chez les hommes et par six chez les femmes (73).

4.2.1.1. Schizophrénie

La prévalence de la schizophrénie chez les auteurs d'homicide est comprise entre 3,6% et 10%. Ce chiffre se trouve diminué si on élimine les patients ayant une comorbidité à type d'abus ou dépendances à des substances (32, 38, 40). Cependant, les schizophrénies sont considérées comme les maladies mentales statistiquement les plus criminogènes. Des études montrent que la schizophrénie multiplie par quatre à dix fois le risque de commettre un homicide (31, 32, 41). Il semble que le premier épisode psychotique soit plus pourvoyeur de violence. En effet, la prévalence des taux annuels d'homicide lors du premier épisode psychotique est de 15,5 fois le taux annuel d'homicide après le traitement de la psychose. De même, 38,5% des homicides ont lieu au cours du premier épisode psychotique. Ce passage à l'acte violent peut être un mode de révélation de la maladie dans 15% des cas (25, 31, 32).

Il apparaît nettement que les thèmes délirants de persécution et d'influence avec idées d'emprise et de contrôle idéique sont les plus criminogènes (26, 32). L'agression peut être

soudaine, immotivée, irrationnelle, sans signe annonciateur ou, à l'inverse, survenir dans un contexte clinique bruyant au cours d'une phase productive de la maladie (34).

Enfin, les auteurs insistent sur l'importance des comorbidités notamment addictives et les troubles de la personnalité de type psychopathique, et ceci d'autant plus chez les femmes. La consommation, l'abus ou la dépendance aux substances toxiques, en particulier l'alcool, augmente le risque de passage à l'acte criminel chez le schizophrène. D'autres facteurs aggravant le risque de passage à l'acte homicide ont été mis en évidence tels qu'un retard de prise en charge de la schizophrénie supérieur ou égal à un an ainsi qu'une durée courte de suivi et un nombre réduit d'hospitalisations (32, 42).

4.2.1.2. Troubles de l'humeur et mélancolie

Un trouble de l'humeur au moment des faits est retrouvé chez 6 à 8% des auteurs d'homicides. Il s'agit d'auteurs déprimés. La sévérité de la dépression peut être variable, avec comme stade ultime la mélancolie. Des études sur la dépression ont mis en évidence une perturbation de la conscience et de la vigilance suite à une tension émotionnelle intense et durable entraînant de l'angoisse, des troubles du sommeil et des modifications neurovégétatives qui pourraient intervenir dans le passage à l'acte. Les mélancoliques sont majoritairement des femmes, relativement jeunes ayant effectué des études supérieures, et dont la trajectoire de vie a été marquée par des pertes (décès d'un parent, d'un enfant ou d'un membre de la famille). Chez le sujet mélancolique, peuvent émerger des éléments délirants. Les thématiques de persécution, de jalousie et surtout d'altruisme prédominent. L'homicide mélancolique est particulier puisqu'il est marqué par un acharnement visant à anéantir la victime. Le suicide ou sa tentative chez les meurtriers après le passage à l'acte homicide n'est pas rare puisque sa fréquence varie de 2% à 6% aux États-Unis et peut atteindre 42% au Danemark. Parmi ces homicides-suicides, 36% à 75% des auteurs sont déprimés. Ces meurtres-suicides intéressent surtout des auteurs présentant une jalousie pathologique passant à l'acte sur le conjoint, des mères dépressives auteurs de libéricides, des pères de famille ou des couples âgés et déprimés souffrant d'affections physiques invalidantes ou douloureuses, des meurtriers de masse (5, 26, 31, 37, 40).

4.2.1.3. Délire paranoïaque

Les délires paranoïaques ont une réputation classique de dangerosité même s'ils sont retrouvés de façon assez rare. En effet, les auteurs d'homicide reconnus comme délirants paranoïaques représentent 0,9% à 2% des auteurs d'homicide. Il s'agit classiquement d'hommes d'âge mûr, mariés, sans antécédent judiciaire ni psychiatrique. Les délires les plus

fréquemment retrouvés sont à thématique de persécution, de jalousie ou de préjudice. Les mécanismes sont interprétatifs avec parfois un état confuso-onirique associé pouvant faciliter le passage à l'acte. Ce dernier est commis généralement de façon préméditée et organisée, dans une démarche paralogique de légitime défense, de réparation, de vengeance ou de jalousie. Le mécanisme psychopathologique est la projection, le patient persécuté tuant pour éviter d'être lui-même victime. Des études ont mis en évidence que la dangerosité est proportionnelle à l'hyperthymie, à l'exaltation passionnelle, mais également à la dépression (26, 31, 40).

La Figure 2 regroupe les principaux thèmes délirants retrouvés dans ces troubles mentaux graves. Le passage à l'acte est souvent lié à des facteurs émotionnels ou affectifs secondaires à la symptomatologie délirante plus qu'au délire lui-même. S. Richard-Devantoy et al. avancent l'hypothèse que « *la psychose vient mettre en acte l'homicide* ». Ainsi, les altérations perceptuelles, les troubles du jugement et la dimension émotionnelle (anxiété, peur, colère, tristesse, impulsivité) secondaires à l'intensité du vécu délirant et favorisés par des comorbidités peuvent créer les conditions d'un passage à l'acte homicide (44).

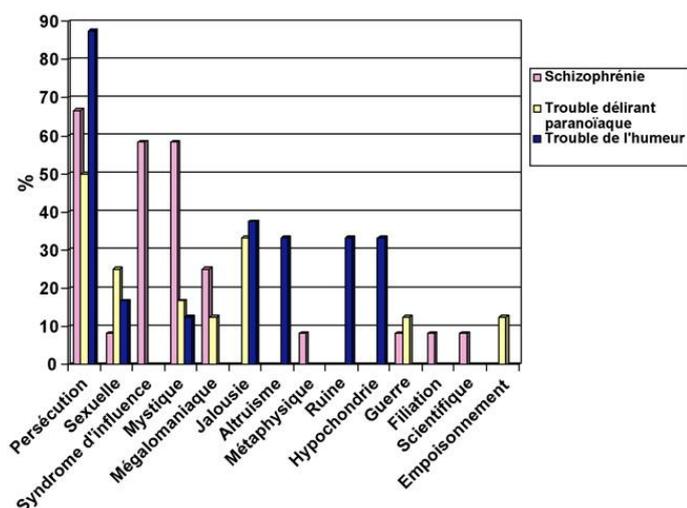


Figure 2 Principaux thèmes des meurtriers malades mentaux graves et délirants (74)

4.2.2. Troubles de la personnalité

Un trouble de la personnalité est retrouvé chez 19,2% des auteurs d'homicide. Les troubles de la personnalité retrouvés appartiennent essentiellement au cluster B du DSM 5, à

savoir les personnalités antisociales, borderlines devant les personnalités histrioniques et narcissiques (24, 25, 45, 46).

La personnalité la plus criminogène est la personnalité antisociale avec un risque de commettre un homicide multiplié entre 10 et 29 fois par rapport à la population générale. Cette donnée est encore plus importante chez la femme (jusqu'à 50 fois supérieure) (25, 31, 38, 43). Les personnalités antisociales sont caractérisées par l'agressivité, l'impulsivité, l'instabilité, l'intolérance à la frustration, la tendance au passage à l'acte. Il existe une comorbidité très fréquente avec l'abus ou la dépendance à l'alcool ou des substances pouvant favoriser le passage à l'acte (19).

4.3. La place des toxiques

L'alcool et l'usage ou l'abus de substances psycho-actives augmentent la criminalité et les comportements agressifs pour les malades mentaux comme pour les sujets indemnes de troubles (25, 31). Dans l'étude d'A. Verzeletti et al. réalisée en Italie entre 1982 et 2012, 60% des auteurs ont été contrôlés positifs à l'alcool et/ou aux drogues illicites (majoritairement à la cocaïne, au cannabis et aux amphétamines) (21).

4.3.1. Alcool

L'association entre la criminalité violente et l'intoxication à l'alcool est reconnue depuis longtemps (25, 31, 79).

La fréquence des problématiques éthyliques chez les auteurs et les victimes d'homicide n'est pas rare. L'abus ou la dépendance à l'alcool est diagnostiquée chez 4,7% à 47% des meurtriers selon les pays. De nombreuses études mettent en évidence une majoration très importante du risque de passage à l'acte homicide en présence d'alcool (multiplié par 12) et ce d'autant plus chez les femmes (multiplié par 50). La plupart des études convergent pour souligner la part prépondérante de l'alcool dans le passage à l'acte meurtrier. Les chiffres diffèrent en fonction des régions néanmoins, on estime que près de la moitié des affaires criminelles serait commise sous imprégnation alcoolique. Pour exemple, trois méta-analyses citées par R. Matzopoulos et étudiant l'association entre la consommation d'alcool et la

violence retrouvent qu'entre 27% et 47% des violences volontaires étaient liées à la consommation d'alcool (82). Une enquête nationale suédoise retrouvait 61% des auteurs intoxiqués par l'alcool au moment des faits, contre 38% au Danemark, 66% en Finlande, 77% en Islande et 56% en Ecosse (22, 25, 38, 41, 80).

La question est de savoir si l'intoxication alcoolique est une cause du passage à l'acte homicide, une condition ou simplement un facteur de coïncidence. L'alcool peut intervenir à plusieurs niveaux dans le passage à l'acte violent. En effet, il peut s'agir du diagnostic principal présenté par le sujet ou intervenir comme une comorbidité en association avec un autre trouble mental. Dans l'alcoolisme chronique, les troubles du caractère ou la détérioration intellectuelle peuvent favoriser un acte criminel. L'alcoolisme facilite également l'apparition de psychoses délirantes chroniques à thèmes de persécution ou de jalousie. Le delirium tremens, lors d'un sevrage brutal, provoque parfois un passage à l'acte violent avec amnésie lacunaire et idée fixe post-onirique. Enfin, l'alcool peut intervenir à un troisième niveau, consommé au moment du passage à l'acte. La consommation d'alcool peut atténuer la peur, réduire les performances attentionnelles, le contrôle cognitif et émotionnel. L'effet désinhibiteur reconnu de l'alcool, pouvant entraîner une perte de contrôle et une libération des pulsions violentes, a aussi été pointé comme facteur déterminant de la criminogénèse (22, 24, 25, 31, 41, 80).

Une consommation d'alcool est retrouvée chez un grand nombre de victimes d'homicide. Certains auteurs suggèrent que cela peut modifier la perception de l'environnement et la coordination motrice mettant l'individu dans un contexte particulier de vulnérabilité. Une étude réalisée en 1999 en Afrique du Sud a retrouvé une consommation d'alcool au moment de la mort chez 62% des femmes victimes d'homicide (82). Un autre élément peut être la désinhibition induite par l'alcool. La victime peut se montrer plus provocatrice envers l'auteur ou, du moins, moins consciente du danger environnant.

4.3.2. Autres substances psycho-actives

De nombreuses études montrent une association entre abus de substances psycho-actives et criminalité. Entre 9 et 11% des auteurs d'homicide seraient sous l'emprise de toxiques au moment du passage à l'acte (30, 74, 79, 80). Une étude sud africaine sur la consommation régulière de cannabis retrouvait entre 22% et 28% de consommation auto-

déclarée chez des auteurs d'infractions violentes. Une autre étude réalisée confirme la prévalence importante de la consommation de drogues chez les auteurs de crimes violents avec, pour près de la moitié, un contrôle positif aux drogues illicites par test urinaire (82). Une consommation de drogues illicites telles que la cocaïne et l'héroïne est devenue tout aussi importante depuis les années 80 (84).

La consommation de substances psycho-actives entraîne des manifestations psychiatriques favorisant des comportements criminels ou violents. Cette survenue d'actes de violence est non seulement retrouvée chez les patients dépendants mais aussi chez ceux ne présentant aucun trouble psychiatrique. Un effet confusiogène peut être observé avec de nombreux produits, particulièrement en cas d'association. Des épisodes paranoïdes violents sont possibles en cas d'utilisation de psychostimulants (amphétamines, ecstasy, cocaïne, crack), de phencyclidine (PCP ou « poussière d'ange ») ou de barbituriques d'action rapide. Enfin, un effet désinhibiteur avec libération instinctuelle est quelquefois observé avec la prise de cannabis ou de tranquillisants. Les benzodiazépines très fréquemment consommées dans la population générale peuvent provoquer des états d'obnubilation avec euphorie, ébriété, sentiment d'invincibilité, levée des inhibitions, agressivité et manifestations antisociales. Le passage à l'acte peut être suivi d'une phase d'endormissement avec amnésie antérograde. Ces effets sont rarement mis en évidence au cours d'une première consommation de benzodiazépine ou lors d'une prise chronique (dû à l'effet d'habituation au produit). On retrouve dans de nombreux cas l'effet d'une prise importante (voire massive) dans l'apparition d'une telle symptomatologie. L'ensemble de ces manifestations peut être potentialisé par l'alcool. Les manifestations de sevrage liées à l'utilisation d'héroïne ou de crack, peuvent aussi s'accompagner de troubles graves du comportement (24, 31, 41, 82).

L'ensemble de ces travaux suggère donc l'existence d'une relation positive entre trouble mental majeur, comorbidité psychiatrique et criminalité, association apparaissant d'autant plus forte qu'il s'agit d'un homme schizophrène avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance, en particulier l'alcool.

5. Récidive et dangerosité

La prévention de la récidive criminelle est un souci majeur de tout système judiciaire et de toute société organisée. Si la prévention de la récidive relève de la compétence de l'autorité judiciaire, l'évaluation du risque nécessite généralement le recours à l'expert et en l'occurrence à l'expert psychiatre. La question de la dangerosité, d'un point de vue de la criminologie clinique est une question d'actualité. Cependant, il s'agit d'une préoccupation ancienne et complexe. L'évaluation de la dangerosité consiste à réaliser une analyse scientifique des facteurs de risque de violence. Il faut attendre les années 80 pour voir apparaître les premières recherches concernant l'étude de la violence chez des personnes atteintes ou non de troubles psychiques.

5.1. La question de la récidive

Dans le code pénal français, une personne physique ou morale est considérée en état de récidive lorsque, après avoir été condamnée définitivement pour une première infraction, elle en commet une deuxième similaire ou assimilée dans les conditions prévues par la loi. La réitération diffère de la récidive dans le fait qu'il s'agit d'une infraction différente de la première (86). La récidive est dite perpétuelle lorsque celle-ci est retenue quel que soit l'intervalle de temps séparant l'infraction nouvelle de la condamnation précédente (87).

La récidive en matière d'homicide est comprise, en France comme à l'étranger, entre 0,7% et 5,1% (81, 83). F. Cusson a étudié des auteurs d'homicide au Québec sur une période de 15 ans. Une récidive homicide est retrouvée dans 4,6% des cas. La probabilité qu'un meurtrier récidive au cours des 24 années qui suivent un premier homicide est ainsi 74 fois plus élevée que le risque qu'un habitant du Québec commette un tel crime durant la même période de temps (89). L'intervalle de temps entre deux crimes est très variable, en moyenne supérieur à sept ans (86). Il existe une différence entre le type d'homicide et la récidive. La récidive se rencontre surtout dans les règlements de compte, les homicides sexuels ou de rodeur. Les auteurs d'homicides passionnels ou par querelle sont moins souvent impliqués dans une nouvelle affaire de meurtre (86). Selon J. Modestin et R. Ammann, le taux de récidive criminelle est statistiquement plus important pour les personnes présentant des troubles mentaux que pour la population générale (90). En effet, plusieurs études mettent en évidence la part prépondérante des troubles éthyliques chroniques, des personnalités

psychopathiques et de la schizophrénie dans la récidive (77, 84). Après un premier homicide, la probabilité de commettre un nouveau meurtre est multiplié par 13 en cas d'alcoolisme, et par 26 en cas de schizophrénie par rapport à la population générale masculine (77, 81, 83). La récidive dans les cinq ans après la sortie est cinq fois plus probable chez les sujets diagnostiqués psychopathes par rapport aux sujets non psychopathes (86).

La prévention de la récidive est une préoccupation croissante du législateur. Elle se traduit par une production législative et réglementaire intense depuis une quinzaine d'années. Les réformes pénales se succèdent en tentant de légitimer son action par un recours à la science et aux praticiens de terrain.

5.2. La place de la loi dans la prévention de la récidive

Le législateur est intervenu en se dotant d'outils afin de limiter la récidive. Les nouvelles lois promulguées portent, soit sur l'incrimination, soit sur la sanction. En effet, la récidive fait partie des circonstances aggravantes rattachées à certaines infractions en fonction de la dangerosité du délinquant. Elle entraîne donc systématiquement un alourdissement des peines prononcées à l'encontre des auteurs. La loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions a étendu le champ d'application de la récidive légale à la réitération d'infractions (91). La loi n°2007-1198 du 10 août 2007 avait pour but de lutter contre la récidive en demandant au juge de prononcer une peine minimum d'emprisonnement lorsqu'un délinquant était en état de récidive légale. Ces peines planchers, jugées inefficaces dans la prévention de la récidive, ont été supprimées en août 2014 (92).

En raison de l'échec de la peine dans ses fonctions classiques, le législateur a tenté d'innover avec la loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté (93). Au-delà de la répression du prévenu en raison de la culpabilité constatée, il s'agit plus particulièrement de la prévention de la société en raison de l'état dangereux imputé à une personne déterminée (87). Les nouvelles mesures visent les personnes dangereuses ainsi que les personnes atteintes d'un trouble mental. Le placement sous surveillance judiciaire constitue une première solution au traitement de la dangerosité. Il peut s'agir d'un placement sous surveillance électronique fixe ou mobile. Si la durée de cette surveillance judiciaire est limitée et ne peut excéder la durée de celle correspondant au crédit de réduction de peine, elle peut néanmoins être prolongée pour une durée de deux ans renouvelable et être remplacée par une surveillance de sûreté (82, 88). La surveillance de sûreté des personnes dangereuses

s'apparente à la surveillance judiciaire avec des obligations à remplir. Elle s'applique aux personnes condamnées à une peine d'au moins 15 ans de réclusion criminelle. En cas de violation de ces obligations, il peut être ordonné le placement dans un centre de rétention. La durée maximale de cette mesure est de deux ans et peut être également renouvelée (93). Il convient enfin d'évoquer une dernière mesure, la plus restrictive : la rétention de sûreté des personnes dangereuses. Cette mesure est de loin la plus controversée et consiste en un placement du condamné en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel il lui est proposé de façon permanente une prise en charge médicale, sociale et psychologique. Ordonnée par décision motivée de la juridiction régionale de la rétention de sûreté après « *évaluation pluridisciplinaire de la dangerosité assortie d'une expertise médicale réalisée par deux experts* », elle est à durée déterminée mais renouvelable sans limite (93). Aucun plafond n'est fixé. Le but est ainsi de protéger la société en écartant les personnes extrêmement dangereuses même après exécution de leur peine (87).

Au-delà de la prévention de la récidive par la répression, il existe également d'autres moyens. La prévention de la récidive est une des missions des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) en France. Depuis 2007, les groupes de parole de prévention de la récidive (GPPR) forment une nouvelle modalité de travail pour le CPIP à travers des programmes de prévention de la récidive (PPR). Ces groupes de parole s'inspirent de pratiques étrangères de type cognitivo-comportemental et visent à faire prendre conscience aux sujets des conséquences de leurs actes et à leur permettre de ne pas répéter ces comportements par l'apprentissage de nouvelles stratégies d'évitement des situations à risque. Les séances, au nombre de dix à quinze pour un programme, peuvent se dérouler à un rythme établi théoriquement à une séance par semaine au maximum, pour une durée de une à deux heures. Elles réunissent douze personnes maximum (94). Ces groupes d'intervention peuvent être orientés vers les faits et leur prévention en utilisant la pensée collective, pour s'adresser à des individus considérés comme « similaires » au regard de l'infraction commise. À l'inverse, des groupes s'organisent autour des émotions et se servent du groupe pour travailler la différenciation des sujets. Une étude a mis en évidence que le groupe centré sur les faits, en se focalisant sur l'infraction commise, met le sujet en dehors de toute considération générale de ses propres volontés ou capacités à s'inscrire dans son environnement. L'acte est stigmatisé. En effet, les participants mettent en avant des raisons internes relatives à des difficultés de gestion des situations ; l'alcool étant particulièrement mis en avant comme modalité de coping. Le groupe centré sur les sujets favorise au contraire l'émergence d'une confrontation de l'individu à son environnement. Le sujet peut prendre en considération ses propres envies,

ressources et les intégrer dans une perspective sociale. En proposant une réflexion sur les émotions, ressenties et identifiées chez autrui, ces groupes placent les participants dans une position active dans laquelle ils doivent prendre conscience de l'impact de leurs propres comportements sur leur histoire de vie mais également sur celle de leur entourage (95).

5.3. La place du psychiatre dans la prévention de la récidive

5.3.1. Historique et définition de la dangerosité

5.3.1.1. Historique

La notion de dangerosité apparaît chez les criminologues positivistes qui veulent proposer un traitement distinct selon la dangerosité criminelle des individus. Ainsi, Cesare Lombroso défend dans son ouvrage « L'homme criminel » le déterminisme individuel et prône le positivisme anthropologique. Dans un second temps, Enrico Ferri développe la thèse du déterminisme social et prône ainsi le positivisme sociologique. Cette notion de dangerosité est reprise au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle par l'école de la défense sociale dont l'objectif est une justice pénale plus efficace, prenant en compte la personnalité du délinquant par une diversification des sanctions. A la fin du XX^{ème} siècle, sous le poids des associations de victimes, naît la notion de dangerosité sociale et sa recherche de prévention de la récidive dans un but de protection de la société.

5.3.1.2. Définition

Les psychologues et les psychiatres sont régulièrement sollicités par les magistrats sur la question de la dangerosité des sujets expertisés. Le degré de dangerosité influence la détermination de la peine et son exécution. En effet, la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 indique que les condamnés seront désormais affectés dans les établissements pour peine sur la base de « *critères liés à leur éventuelle dangerosité et à leur personnalité* » (96). Mais qualifier quelqu'un de dangereux et prédire son comportement ne peut pas reposer uniquement sur le principe de répétition. Il faut donc prendre en compte : les circonstances du passage à l'acte, la nature de l'infraction, les addictions éventuelles (alcool, drogues), les potentiels troubles psychiatriques, la personnalité de l'auteur, l'environnement social et familial, l'impact de la sanction sur son comportement, les facteurs individuels favorisant la récidive, l'attitude de l'auteur à l'égard de la victime, etc.

Une des difficultés dans la notion de dangerosité réside dans le fait que le terme « dangerosité », utilisé à la fois par les psychiatres et les criminologues, recouvre une sémiologie différente. En effet, la « dangerosité », au sens criminologique, est un phénomène psychosocial caractérisé par une grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens. Il s'agit là d'un pronostic de la récidive ou de la réitération. M. Bénézech et al. proposent comme définition de 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* » (34). Tandis que pour les psychiatres, la « dangerosité » est caractérisée par un risque de passage à l'acte lié au trouble mental (97). Il s'agit donc d'une « *manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale* » (98). On distingue l'état dangereux permanent (trait) et l'état dangereux imminent (état), ainsi que la dangerosité criminologique (facteurs étiologiques généraux) et la dangerosité psychiatrique (facteurs étiologiques mentaux). La dangerosité se caractérise selon HJ. Steadman par trois composantes : les facteurs de risque, la nature et l'intensité des faits infractionnels antérieurs et la probabilité/risque de survenue d'un nouveau passage à l'acte (99).

5.3.2. Evaluation de la dangerosité

Il existe des facteurs de risque prédictifs de la violence qui concernent différents champs de la vie du sujet : son enfance, ses antécédents criminels, son état mental, son mode de vie et ses aptitudes sociales, sa situation pré-criminelle, le lien entretenu avec la victime et enfin son positionnement au regard d'une prise en charge de sa violence. L'hétérogénéité de ces facteurs rend l'évaluation de l'état dangereux difficile d'autant que l'état dangereux d'un même individu ne présente pas un caractère permanent et linéaire.

Il existe deux grandes catégories d'évaluation de la dangerosité : cliniques et actuarielles.

La première méthode consistait dans le jugement clinique d'un professionnel, de façon non structurée. Il s'agit de la démarche sémiologie hypothético-déductive médicale dont le but va être le diagnostic et la thérapeutique. Cette méthode pose la question de la reproductibilité. L'analyse plus criminologique à proprement parler repose sur l'interprétation des relations entre facteurs situationnels et personnels ayant pu conduire au passage à l'acte. Cette méthode

est plus structurée, puisqu'elle repose sur une identification précise des événements et circonstances ayant précédé et suivi les faits de violence commis. Devant les limites présentées par ces méthodes, des auteurs ont proposé des modèles de structuration reposant sur les connaissances scientifiques. Ces méthodes se basent sur des facteurs de risques clairement identifiés et précisent la façon de les rechercher. L'*Historical Clinical Risk management* (HCR-20) est une échelle semi-structurée d'évaluation du risque fréquemment utilisée. Il s'agit d'une échelle composée de 20 facteurs portant sur l'histoire du patient, l'appréciation clinique actuelle du patient et le futur en termes de gestion du risque probable (Annexe 1)(100). Cette échelle aide à donner une appréciation en termes de risque faible, moyen ou élevé. Le jugement clinique conserve donc sa place dans cette méthode.

La méthode actuarielle de l'évaluation de la dangerosité repose sur des données d'évaluation associées ou corrélées à la violence selon des règles fixes et préalablement établies (101). Cette méthode a pour but de prédire l'apparition d'un événement durant une période de temps précise pour une population donnée. Il s'agit d'une méthode empirique où les facteurs de risque sont retenus en fonction de leur niveau d'association, statistiquement établi, avec le phénomène que l'on veut prédire. Les premières échelles actuarielles prenaient en compte uniquement des facteurs dits statiques. Les facteurs statiques ne sont, par définition, pas modifiables et concernent en générale le passé des sujets (nature de l'agression, antécédents judiciaires, âge et sexe de l'auteur et de la victime, antécédents d'abus de substances psycho-actives, existence d'une relation auteur-victime). Des études ont mis en évidence que les abus et les négligences dans l'enfance affectent le développement du cerveau et influencent négativement le développement cognitif, psychologique et social de l'individu (82). Le comportement dans l'adolescence permet de prédire une certaine dangerosité. Par exemple, des problèmes tels que l'hyperactivité, l'impulsivité, des troubles des conduites et de l'attention dans l'enfance sont des exemples de facteurs comportementaux pouvant prédisposer les jeunes adultes à afficher un comportement violent et agressif (82). L'inconvénient des échelles statiques était que par définition elles ne considéraient pas une possibilité de changement du sujet et ne donnent pas d'indications sur les interventions possibles pour réduire le risque et faciliter la réinsertion sociale.

Progressivement des facteurs de risque dits dynamiques vont être introduits dans les méthodes actuarielles d'évaluation de la dangerosité. Les facteurs de risque dynamiques sont susceptibles de changer au cours du temps grâce à un apprentissage social. La recherche de ses facteurs permet de déterminer un niveau de risque de violence (faible, moyen, élevé) et de déterminer le niveau de prise en charge requis. Ces outils peuvent aboutir à une sous-

estimation et une surestimation de la violence et de la dangerosité. Dans son rapport pour le Ministère de la Justice, JF Burgelin évoque que 60 à 80% des individus seraient considérés et jugés dangereux à tort. Cette surestimation de la dangerosité est préjudiciable, non seulement pour ces individus, mais également pour la société qui, dans un souci sécuritaire, approuve l'application de mesures inadaptées (102).

Les échelles les plus récentes prennent en compte les facteurs à la fois de risque mais également de protection. La théorie de la « *désistance* » met en avant la capacité d'un délinquant à mettre fin à sa carrière de délinquant grâce à un processus dynamique. Les sujets possèdent des facteurs tels que des facteurs affectifs, une insertion professionnelle, un arrêt de la consommation de toxiques considérés comme un frein à la récidive. Le rôle du thérapeute (comme des professionnels judiciaires) doit aller vers un renforcement de ces facteurs lors de la prise en charge du sujet (97, 98).

Les praticiens, par l'intermédiaire des expertises, sont de plus en plus sollicités pour évaluer la dangerosité et le risque de récidive. Si progressivement, la science élabore des outils qui s'améliorent d'un point de vue éthique, social et thérapeutique, il est indispensable d'y associer une analyse clinique. De plus il serait intéressant de réaliser un travail scientifique visant à adapter et à valider en France les outils publiés dans la littérature internationale. En effet, les professionnels français doivent s'appropriier les outils actuariels, développés pour l'essentiel d'entre eux en langue anglaise et sur des populations non comparables à la population française (89).

DEUXIEME PARTIE : Etude

1. Population et méthode

1.1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de rechercher l'existence d'un profil psychopathologique et criminologique de l'auteur d'homicide en Poitou-Charentes.

Les objectifs secondaires sont de distinguer les profils des auteurs d'homicides extrafamiliaux et intrafamiliaux, afin de rechercher des différences entre ces deux types d'homicides et de réaliser une comparaison avec les données de la littérature pour repérer des facteurs de risque de passages à l'acte létaux afin d'élaborer des perspectives de prévention.

1.2. Population étudiée, temporalité et lieux de l'étude

La population étudiée est constituée par l'ensemble des personnes jugées en Cour d'Assises pour homicide ou tentative d'homicide, entre 2008 et 2013, dans les juridictions de la Cour d'Appel de Poitiers. L'inclusion a été arrêtée fin 2013 afin que tous les dossiers soient jugés y compris ceux bénéficiant d'un appel. Les dossiers pour lesquels une ordonnance d'irresponsabilité pénale a été prononcée entre 2008 et 2013 ont également été inclus.

La Cour d'Appel de Poitiers comprend quatre départements : la Vienne, les Deux-Sèvres, La Vendée et la Charente-Maritime. Les dossiers ont donc été recherchés respectivement dans les archives des Tribunaux de Grande Instance (TGI) et des Chambres d'Instruction (pour les irresponsabilités pénales) de Poitiers, Niort, La Roche sur Yon et Saintes.

1.2.1. Critères d'inclusion

Les dossiers jugés devant une Cour d'Assises de l'un des quatre TGI cités précédemment ont été inclus lorsque l'ordonnance de mise en accusation (OMA) mentionnait au moins l'une des infractions suivantes :

- meurtre ou tentative de meurtre,
- assassinat ou tentative d'assassinat,
- violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner,
- empoisonnement.

1.2.2. Critères d'exclusion

Les dossiers dont l'OMA ne mentionnait pas les infractions citées précédemment ou non jugés dans les délais ont été exclus.

1.3. Schéma d'étude

1.3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une durée de 5 ans, à la fois descriptive et comparative.

1.3.2. Grille de recueil de données (Annexe 2)

Une grille de recueil des données a été élaborée à partir de l'étude de la littérature sur les homicides et dans la lignée d'une précédente étude réalisée, par A. Delbreil, sur les auteurs d'homicides conjugaux en Poitou-Charentes. Cette grille de recueil comporte 122 items, qui ont été utilisés pour le masque de saisie.

Elle s'organise autour de 7 axes :

- variables sociodémographiques de l'auteur et de la victime,
- variables psychologiques/psychiatriques de l'auteur et de la victime,
- variables criminologiques de l'auteur et de la victime,
- caractéristiques relationnelles entre victime et auteur,
- éléments concernant les faits,
- variables post-passage à l'acte,
- éléments de la procédure judiciaire.

Nous avons tenu à définir les items suivants :

1.3.2.1. Variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques constituent les variables individuelles décrivant le mode de vie de l'auteur et de la victime au moment des faits.

Statut conjugal

Il s'agit du statut conjugal des protagonistes individuellement au moment des faits. Comme dans les études canadiennes, le terme d'« union libre » a été utilisé pour définir un couple non marié et non pacsé. Celui de « célibataire » a été utilisé pour définir une personne seule au moment des faits, pouvant être séparée ou divorcée et n'ayant pas de nouveau partenaire.

Scolarité

Le niveau scolaire a été déterminé par la dernière classe fréquentée ou le dernier diplôme obtenu par la personne.

Le niveau intellectuel

Le niveau intellectuel a été évalué par des tests psychologiques pratiqués au cours des expertises psychologiques.

Le type d'emploi

Le type d'emploi correspond aux différentes professions et catégories socioprofessionnelles définies par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Une catégorie « étudiant » a été rajoutée.

Le type de résidence

Le type de résidence est défini par le partage d'une vie commune avec un conjoint ou ex-conjoint, des enfants, un des parents, un tiers (pouvant être un autre membre de la famille ou un ami), ou non. Une catégorie sans domicile fixe (SDF) a été individualisée.

1.3.2.2. Variables psychologiques et psychiatriques

Les relevés des données ont été réalisés en utilisant la classification du DSM IV-TR car le DSM 5 n'était pas encore traduit en français. Le DSM IV-TR inclut les maladies mentales dans son axe I et les troubles de la personnalité dans son axe II. Cette distinction a été utilisée lors du relevé des données.

Symptômes dépressifs ou psychotiques

Il s'agit de la présence de symptômes définis par la classification DSMIV-TR, uniquement sur l'année précédant les faits. Ils ont été recherchés à l'aide des expertises psychiatriques et psychologiques.

Diagnostics psychiatriques de l'axe I / de l'axe II

Ces diagnostics sont définis par les critères diagnostics de la classification DSMIV-TR utilisée pour le relevé des données. Ces diagnostics ont été recherchés à l'aide des expertises psychiatriques et psychologiques sans limite de temps.

Evènements de vie traumatisants

Cette variable regroupe des évènements de vie survenus antérieurement aux faits tels qu'un placement en foyer ou en famille d'accueil, un rejet de la part des parents, des violences physiques familiales au quotidien, des agressions sexuelles...

Instabilité

L'instabilité est définie par des changements rapides sur le plan affectif et/ou professionnel avec impossibilité de maintien d'un équilibre de vie.

Dépendance affective

La dépendance affective définit le besoin général et excessif d'être pris en charge par autrui, pouvant conduire à une peur de la séparation et entraîner des difficultés interpersonnelles.

Relations sociales

Les relations sociales ont été divisées en pauvres, normales et riches. Cette variable a été recherchée à l'aide des expertises psychologiques et psychiatriques, les différentes auditions des proches et les enquêtes de personnalité.

Loisirs

Les loisirs ont été divisés en loisirs collectifs, solitaires ou collectifs et solitaires. Cette variable a été recherchée à l'aide des expertises psychologiques et psychiatriques, des différentes auditions des proches et des enquêtes de personnalité.

Présence d'un entourage étayant

Cet entourage peut être familial autant qu'amical, il s'agit de la présence de personnes auxquelles le sujet peut se confier ou qui peuvent remarquer et signaler des difficultés.

Hospitalisations psychiatriques

Seules les hospitalisations en hôpital psychiatrique (libres ou sous contrainte) durant l'année précédant les faits ont été retenues.

Traitement en cours

Seuls les traitements médicamenteux psychotropes ont été retenus (anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques, neuroleptiques...).

Conclusions des expertises psychiatriques et psychologiques

Les expertises ont apporté de nombreux éléments répartis dans cette section et ont de plus permis de mettre en évidence les données suivantes concernant l'auteur : probable dangerosité, curabilité, réadaptabilité, accessibilité à une sanction pénale, altération ou abolition du discernement.

1.3.2.3. Variables criminologiques

Antécédents judiciaires

Seuls les antécédents judiciaires qui figuraient sur le casier judiciaire des sujets ont été retenus. Ils sont de plusieurs ordres :

- Contre les personnes : violences, agressions sexuelles, menaces, harcèlement, ...
- Contre les biens : vol, destruction de biens, incendie, ...
- Autres : conduite en état d'ivresse, trafic de stupéfiants, délit de fuite, ...

Impulsivité

Ce critère se rapporte ici à une personne qui agit la plupart du temps soudainement et sans réfléchir, de façon automatique, sans préméditer les conséquences de ses actes.

1.3.2.4. Variables concernant des liens potentiels entre auteur et victime

Type de relation

Il s'agit de préciser quelle relation est entretenue entre les protagonistes lorsqu'ils ont un lien avant les faits. Cette variable va permettre de mettre en évidence s'il s'agit d'un homicide intrafamilial ou extrafamilial. Parmi les relations, le terme « autre » prend en compte les connaissances familiales, les connaissances de vue et les relations de voisinage.

1.3.2.5. Variables concernant le passage à l'acte

Facteur déclencheur non immédiat de l'homicide

Certains événements dans la vie des auteurs ou dans la relation entre auteur et victime, dans les six mois avant les faits, ont été repérés comme pouvant être à l'origine de la pensée criminelle.

Facteur déclencheur immédiat de l'homicide

Ont été considérés comme facteurs déclencheurs immédiats, certains événements se déroulant le jour des faits, ayant pu précipiter le passage à l'acte criminel.

Motivations à commettre l'homicide

Les motivations ont été divisées en sept catégories correspondant aux critères des études canadiennes similaires (25).

Préméditation

La préméditation a été retenue lorsqu'elle a été validée par la décision judiciaire définitive (assassinat ou tentative d'assassinat).

Intoxication alcool/drogue

Ont été prises en compte, les intoxications au moment des faits, prouvées par analyse toxicologique de prélèvements.

Utilisation d'une violence excessive

La violence excessive correspond au terme anglais « overkill » dont nous avons retenu la définition suivante de la littérature : « *deux ou plusieurs coups de couteau, ou tirs, ou un passage à tabac* » (26).

1.3.2.6. Variables concernant la période post-criminelle

Maquillage du crime

Le maquillage comprend tout comportement dont le but est d'induire en erreur les enquêteurs: disparition du corps, élaboration d'un scénario pour se disculper...

Déplacement du corps

Ces variables ont été prises en compte uniquement lorsque la victime était décédée.

Sentiment de culpabilité et positionnement de victime

Ces variables ont été recherchées dans les expertises psychiatriques et psychologiques. Elles restent néanmoins très subjectives.

Accusation retenue

Il s'agit de l'accusation définitive au terme du procès d'Assises.

1.3.3. Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé d'avril 2014 à avril 2015 grâce à la consultation des dossiers d'homicide et de tentative d'homicide, jugés entre 2008 et 2013, sur la Cour d'Appel de Poitiers.

Avec autorisation du Ministère de la Justice, il a été possible de consulter, sur place, la totalité des dossiers correspondants dans les différents Tribunaux de Grande Instance du ressort de la Cour d'Appel de Poitiers.

Dans un premier temps, la lecture des minutes a permis de sélectionner tous les dossiers d'homicide et de tentative d'homicide jugés entre 2008 et 2013 et de les inclure automatiquement dans l'étude. Pour les dossiers bénéficiant d'un appel, la date du procès d'appel a été prise en compte pour les inclure ou non dans l'étude.

Concernant les dossiers dont les auteurs ont été reconnus irresponsables pénalement, il a été difficile d'avoir accès à une liste exhaustive. L'interrogatoire de certains experts a permis d'obtenir le nom d'auteurs ayant été reconnus irresponsables de leurs actes. Ces noms ont été fournis aux différentes chambres d'instruction du ressort de la Cour d'Appel de Poitiers permettant ensuite la lecture des dossiers correspondants.

La lecture de chaque dossier a permis de remplir à la main la grille de recueil des données grâce notamment à:

- l'ordonnance de mise en accusation,
- les procès verbaux de police et de gendarmerie : interrogatoire de l'accusé, de la victime, de l'entourage, enquête de voisinage, ...
- l'enquête de personnalité de l'auteur,
- les expertises : psychiatrique, psychologique, toxicologique, rapport d'autopsie ou d'examen de victime,
- le casier judiciaire de l'auteur,
- le dossier de détention provisoire,
- la correspondance de l'accusé.

Chaque grille de recueil a par la suite été anonymisée et numérotée en fonction du tribunal d'origine.

Les données papiers ont ensuite été retranscrites par saisie informatique dans le logiciel Microsoft Office Excel 2007®.

1.3.4. Analyse statistique

Une analyse descriptive a d'abord été réalisée en prenant en compte tous les homicides et tentatives d'homicide. Puis, une analyse comparative a été réalisée entre les homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux.

Les calculs des moyennes, des écart-types et des pourcentages ont été réalisés grâce aux fonctions du logiciel Microsoft Office Excel 2007®.

L'analyse statistique des résultats a été réalisée grâce au logiciel en ligne « Biostatv ». Les comparaisons de moyennes ont été réalisées par un test de Student. Les tests de comparaison ont été réalisés par un Chi carré, ou par un test de Fisher quand un des effectifs était strictement inférieur à 5. Le risque de première espèce a été fixé à 5%.

2. Résultats

Notre relevé de données a permis d'inclure 67 dossiers. Ces dossiers se répartissent dans les juridictions de la Cour d'Appel de Poitiers de la façon suivante :

- 9 dossiers au TGI de Poitiers,
- 27 dossiers au TGI de Saintes,
- 7 dossiers au TGI de Niort,
- 24 dossiers au TGI de La Roche-sur-Yon.

L'analyse des dossiers a permis de dégager 34 homicides ou tentatives d'homicide intrafamiliaux et 34 homicides ou tentative d'homicides extrafamiliaux.

Parmi les homicides et tentatives d'homicides intrafamiliaux sont mis en évidence :

- 20 homicides conjugaux,
- 8 néonaticides et infanticides,
- 3 parricides,
- 1 tentative de fratricide,
- 2 homicides de beaux-parents.

Il apparaît donc dans notre étude une répartition inégale de l'ensemble des homicides (plus représentés en Vendée et en Charente Maritime). Les homicides intrafamiliaux sont eux aussi répartis de façon hétérogène puisque près de la moitié d'entre eux sont commis en Charente Maritime (47% (n=16)). La Vendée présente elle aussi une surreprésentation de ce type d'homicide (32% (n=11)) par rapport aux Deux-Sèvres (12% (n=4)) et à la Vienne (9% (n=3)). Ces différences sont en lien avec la présence d'un nombre d'homicides conjugaux plus important dans ces départements. En effet, 40% des homicides conjugaux sont perpétrés

en Charente Maritime et 35% en Vendée. Les infanticides sont globalement répartis de façon homogène (entre 10% et 14%).

Pour chaque critère retrouvé, une analyse descriptive (quelque soit le type d'homicide) puis une analyse comparative entre homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux a été réalisée. Le terme « non renseigné » signifie que l'information en question n'a pas été retrouvée dans les dossiers ou qu'elle n'est pas adaptée à la situation (exemple : niveau scolaire chez un nouveau-né).

2.1. Caractéristiques individuelles des sujets

La consultation de ces 67 dossiers a permis d'inclure 71 auteurs (34 auteurs d'homicides intrafamiliaux et 37 auteurs d'homicides extrafamiliaux) et 69 victimes d'homicide ou tentatives d'homicide.

2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

2.1.1.1. Sexe

Dans notre étude, les auteurs d'homicides ou de tentatives d'homicide étaient dans 76% (n=54) des cas de sexe masculin. Les hommes étaient également plus représentés chez les victimes (68% (n=47)) (Figure 3). Il existait une proportion d'hommes plus importante dans les homicides extrafamiliaux (89% (n=33)) que dans les homicides intrafamiliaux (62% (n=21)) ($p=0,011$) (Figure 4).

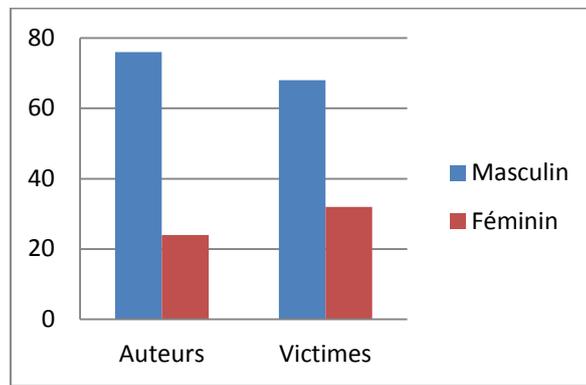


Figure 3 Répartition des sexes des auteurs et des victimes

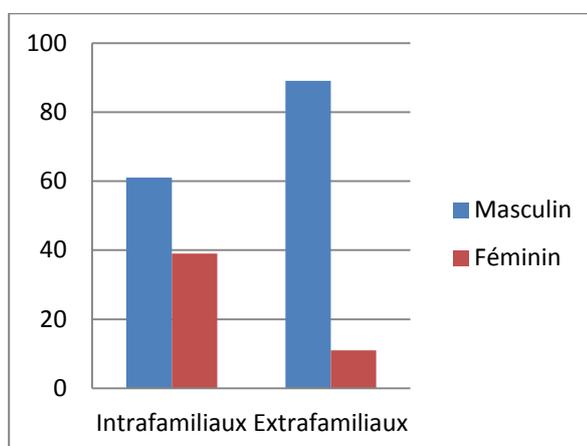


Figure 4 Répartition des sexes des auteurs en fonction du type d'homicide

2.1.1.2. Âge des sujets

Auteurs

Les âges des auteurs étaient compris entre 18 ans et 80 ans. La moyenne d'âge des auteurs était de 35,6 ans (écart-type 13,2 ans). Les catégories d'âge les plus représentées étaient les catégories « 25-29 » ans et « 35-39 » ans (Figure 5).

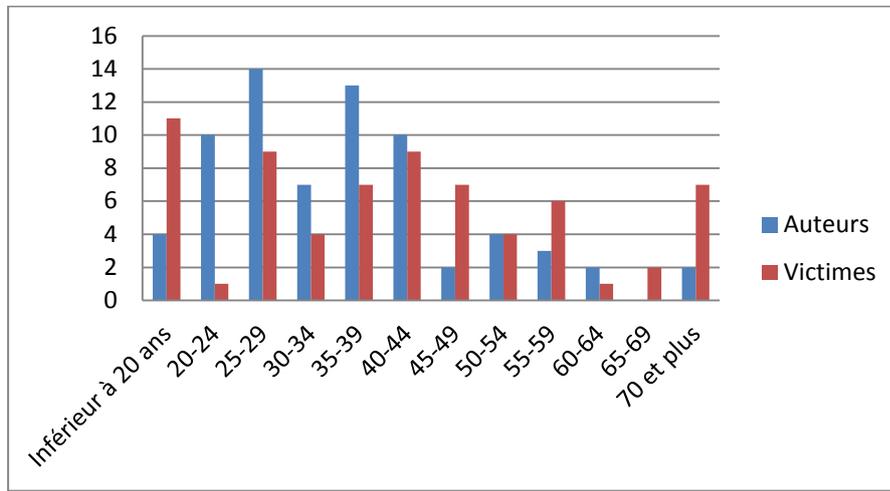


Figure 5 Répartition des âges des auteurs et des victimes

Les auteurs d’homicides intrafamiliaux étaient plus âgés que les auteurs d’homicides extrafamiliaux ($p=0,03$). En effet, l’auteur d’homicide intrafamilial était âgé en moyenne de 40,4 ans (écart-type 12,9 ans) contre 31,2 ans (écart-type 12,1) pour l’auteur d’homicide extrafamilial.

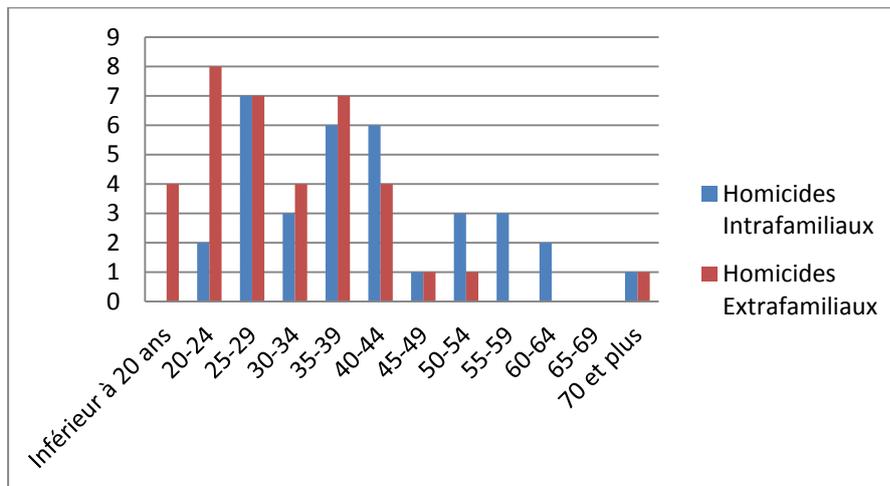


Figure 6 Répartition des âges des auteurs en fonction du type d’homicide

Victimes

La moyenne d’âge des victimes était de 38,8 ans. Les plus jeunes étaient des nouveau-nés tandis que le plus âgé avait 85 ans. Les tranches d’âge « inférieure à 20 ans », « 24-29 » et « 40-44 » étaient les plus représentées (Figure 5).

2.1.1.3. *Mode de vie*

Statut conjugal

Auteurs comme victimes étaient le plus souvent célibataires ou en union libre (Tableau 1).

STATUT CONJUGAL	Auteurs n (%) (n=71)	Victimes n (%) (n=69)
Célibataire	34 (48)	23 (33)
Marié	9 (13)	14 (20)
Union libre	27 (38)	17 (25)
PACSé	0 (0)	0 (0)
Veuf	1 (1)	4 (6)

Tableau 1 Statut conjugal des auteurs et des victimes au moment des faits

Les auteurs d'homicides extrafamiliaux étaient plus souvent célibataires que les auteurs d'homicides intrafamiliaux qui étaient, quant à eux, plus souvent en union libre (Tableau 2).

STATUT CONJUGAL	Homicides Intrafamiliaux (n= 34)	Homicides Extrafamiliaux (n =37)	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Célibataire	6 (26)	25 (68)	2,26 E⁻⁵
Marié	7 (21)	2 (5)	0,64
Union libre	18 (53)	9 (24)	0,013
PACSé	0 (0)	0 (0)	1
Veuf	0 (0)	1 (3)	1

Tableau 2 Statut conjugal des auteurs au moment des faits en fonction du type d'homicide

Contexte de vie

Plus d'un quart des auteurs et des victimes vivait seul au moment des faits. Les auteurs ne vivant pas seuls habitaient le plus souvent avec un conjoint ou un parent. Concernant les victimes, dans 16% des cas, le mode de vie n'avait pas pu être mis en évidence. Lorsqu'elles ne vivaient pas seules, les victimes habitaient le plus souvent avec un conjoint ou avec enfant (Tableau 3).

CONTEXTE DE VIE	Auteurs n (%) (n=71)	Victimes n (%) (n=69)
Avec conjoint et enfant(s)	11 (15)	7 (10)
Avec conjoint	14 (20)	10 (14)
Avec ex-conjoint et enfant(s)	2 (3)	1 (1)
Avec ex-conjoint	1 (1)	2 (3)
Avec enfant(s)	1 (1)	7 (10)
Avec parent(s)	14 (20)	6 (9)
Seul	20 (28)	18 (26)
SDF	6 (8)	5 (7)
Avec tiers	2 (3)	2 (3)
Non renseigné	0 (0)	11 (16)

Tableau 3 Contexte de vie des sujets au moment des faits

CONTEXTE DE VIE	Homicides Intrafamiliaux (n = 34)	Homicides Extrafamiliaux (n = 37)	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Avec conjoint et enfant	10 (29)	1 (3)	0,0023
Avec conjoint	8 (24)	6 (16)	0,44
Avec ex-conjoint et enfant	1 (3)	1 (3)	1
Avec ex-conjoint	1 (3)	0 (0)	0,48
Avec enfant	1 (3)	0 (0)	0,48
Avec parent	5 (15)	9 (24)	0,38
Seul	7 (21)	13 (35)	0,17
SDF	1 (3)	5 (14)	0,20
Avec tiers	0 (0)	2 (5)	0,49

Tableau 4 Contexte de vie des auteurs au moment des faits en fonction du type d'homicide

Les auteurs d'homicides intrafamiliaux vivaient plus souvent avec un conjoint (avec ou sans enfant ($p=0,0027$)) ou avec conjoint et enfants que les auteurs d'homicides extrafamiliaux ($p=0,0023$). Les autres différences mises en évidence dans le contexte de vie se sont révélées non significatives (Tableau 4).

Emploi

Il apparaissait dans notre étude qu'une majorité d'auteurs ne travaillait pas au moment des faits. En effet, seuls 30% (n= 21) des auteurs étaient en activité lors du passage à l'acte. Plus de la moitié des auteurs était au chômage (n=36). Les auteurs d'homicides extrafamiliaux étaient plus fréquemment au chômage que les auteurs d'homicides intrafamiliaux ($p=0,013$) (Tableau 6). Ainsi, 44% des auteurs d'homicides intrafamiliaux étaient en activité au moment des faits contre 16% des auteurs extrafamiliaux. La profession la plus représentée était celle

d'employé (n=14) (Tableau 5). Cette profession était plus fréquemment rencontrée chez les auteurs d'homicides intrafamiliaux ($p=0,018$) (Tableau 6).

Concernant les victimes, un peu plus d'un quart d'entre elles était au chômage au moment des faits (n=18). La profession la plus retrouvée était celle d'employé (11%). Il est à noter que dans 20% des cas, la profession n'avait pas pu être mise en évidence (Tableau 5).

TYPE D'EMPLOI	Auteurs n (%) (n=71)	Victimes n (%) (n=69)
Agriculteur	0 (0)	0 (0)
Commerçant, chef d'entreprise	3 (4)	2 (3)
Cadre, profession intellectuelle supérieure	0 (0)	0 (0)
Profession intermédiaire	0 (0)	0 (0)
Employé	14 (20)	11 (16)
Ouvrier	4 (6)	7 (10)
Retraité	3 (4)	9 (13)
Chômeur	36 (51)	18 (26)
En invalidité	7 (10)	7 (10)
Congés maladie	1 (1)	1 (1)
Etudiant	3 (4)	0 (0)
Non renseigné	0 (0)	14 (20)

Tableau 5 Emploi des sujets au moment des faits

TYPE D'EMPLOI	Homicides Intrafamiliaux (n=34)	Homicides Extrafamiliaux (n=37)	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Agriculteur	0 (0)	0 (0)	<i>1</i>
Commerçant, chef d'entreprise	2 (6)	1 (3)	<i>0,60</i>
Cadre, profession intellectuelle supérieure	0 (0)	0 (0)	<i>1</i>
Employé	12 (35)	2 (5)	<i>0,018</i>
Ouvrier	1 (3)	3 (8)	<i>0,62</i>
Retraité	2 (6)	1 (3)	<i>0,60</i>
Chômeur	12 (35)	24 (65)	<i>0,013</i>
En invalidité	4 (12)	3 (8)	<i>0,70</i>
Congés maladie	1 (3)	0 (0)	<i>0,48</i>
Etudiant	(0)	3 (8)	<i>0,24</i>

Tableau 6 Emploi des auteurs au moment des faits en fonction du type d'homicide

Vie sociale

Les auteurs avaient majoritairement une vie sociale pauvre (n=45). Environ la moitié des auteurs n'avait pas de loisir ni d'entourage étayant (Tableau 7). Il n'existait pas de différence significative entre les auteurs d'homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux.

Les données concernant la vie sociale étaient manquantes chez une partie non négligeable de victimes. Lorsque ces données ont pu être relevées, il apparaissait que les victimes avaient des relations sociales globalement normales (n=18) ou pauvres (n=15). Les loisirs étaient le plus souvent solitaires (15%) et seul la moitié d'entre elles avait un entourage étayant (Tableau 7).

VIE SOCIALE	Auteur n (%) (n=71)	Victimes n (%) (n=69)
Relations sociales		
Riches	7 (10)	6 (9)
Normales	17 (24)	18 (26)
Pauvres	45 (63)	15 (22)
Non renseigné	2 (3)	30 (45)
Loisirs		
Collectifs	16 (22)	9 (13)
Solitaires	19 (27)	15 (22)
Solitaires et collectifs	4 (6)	2 (3)
Aucun	32 (45)	7 (10)
Non renseigné	0 (0)	36 (52)
Entourage étayant	34 (48)	33 (48)
Non renseigné	0 (0)	19 (28)

Tableau 7 Vie sociale des sujets au moment des faits

2.1.1.4. Niveau intellectuel et scolaire

Il apparaissait que 72% des auteurs avaient un niveau intellectuel normal (n=51). Plus de la moitié d'entre eux avait arrêté leur scolarité au collège (n=41) (Tableau 8). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les niveaux scolaires et intellectuels des auteurs d'homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux.

Les niveaux intellectuel et scolaire des victimes n'ont pas pu être renseignés dans respectivement 74% (n=51) et 46% (32) des cas. Il apparaissait néanmoins qu'un niveau intellectuel normal était le plus fréquent. Le niveau scolaire collège était également le plus fréquent (Tableau 8).

NIVEAU	Auteurs n (%) (n=71)	Victimes n (%) (n=69)
Niveau intellectuel		
Déficiência mentale	1 (1)	1 (1)
Déficiência mentale légère	6 (8)	0 (0)
Normal inférieur	9 (13)	2 (3)
Normal	51 (72)	15 (22)
Normal supérieur	4 (6)	0 (0)
<i>Non renseigné</i>	0 (0)	51 (74)
Niveau scolaire		
Primaire	4 (6)	2 (3)
Collège	41 (58)	23 (33)
Lycée	20 (28)	8 (12)
Universitaire	5 (7)	4 (6)
<i>Non renseigné</i>	0 (0)	32 (46)

Tableau 8 Niveau intellectuel et scolaire des sujets

2.1.1.5. Psychopathologie

Auteurs

La totalité des auteurs avait bénéficié d'une expertise psychiatrique. Le délai moyen entre l'arrestation de l'accusé et l'expertise psychiatrique était de 5,2 mois (écart-type 8,2 mois). Il apparaissait que 25% (n=18) des accusés avaient nécessité une contre-expertise psychiatrique.

Dans notre étude, 75% (n=53) des auteurs avaient eu une expertise psychologique. Le délai moyen entre l'arrestation de l'accusé et l'expertise psychologique était de 6,2 mois (écart-type 9,2 mois). Notre étude retrouvait 6% (n=4) des accusés ayant nécessité une contre expertise psychologique. L'ensemble de ces accusés avait bénéficié d'une contre expertise psychiatrique.

Les troubles de l'humeur retrouvés étaient exclusivement des troubles dépressifs (Tableau 9). Il existait des différences entre les antécédents psychiatriques présentés par les auteurs en fonction du type d'homicide. En effet, les auteurs d'homicides intrafamiliaux avaient plus fréquemment des antécédents de troubles de l'humeur. Les auteurs d'homicides extrafamiliaux quant à eux avaient plus souvent des antécédents d'abus ou dépendance aux toxiques et d'hospitalisations psychiatriques (Tableau 10).

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Auteurs n (%) (n=71)
Antécédents psychiatriques	44 (62)
Abus ou dépendance à l'alcool	16 (23)
Abus ou dépendance aux toxiques	20 (28)
Troubles de l'humeur	12 (17)
Troubles psychotiques	4 (6)
Troubles anxieux	1 (1)
Hospitalisation psychiatrique	12 (17)
Tentative de suicide	17 (24)
Troubles dans l'enfance	6 (8)
Troubles du comportement	2 (3)

Tableau 9 Antécédents psychiatriques des auteurs

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	Homicides Intrafamiliaux (n= 34)	Homicides Extrafamiliaux (n =37)	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Antécédents psychiatriques	19 (56)	25 (68)	<i>0,13</i>
Abus ou dépendance à l'alcool	5 (15)	11 (30)	<i>0,13</i>
Abus ou dépendance aux toxiques	4 (12)	16 (43)	<i>0,0038</i>
Troubles de l'humeur	10 (29)	2 (5)	<i>0,010</i>
Troubles psychotiques	1 (3)	3 (8)	<i>0,62</i>
Troubles anxieux	0 (0)	1 (3)	<i>1</i>
Hospitalisation psychiatrique	2 (6)	10 (27)	<i>0,025</i>
Tentative de suicide	9 (26)	8 (22)	<i>0,63</i>
Troubles dans l'enfance	3 (9)	3 (8)	<i>1</i>
Troubles du comportement	0 (0)	2 (5)	<i>0,49</i>

Tableau 10 Antécédents psychiatriques en fonction du type d'homicide

La symptomatologie dépressive l'année précédant les faits était relativement fréquente (32% des auteurs (n=23)) contrairement à la symptomatologie psychotique (1% (n=1)). Les auteurs d'homicides intrafamiliaux avaient plus de symptômes dépressifs l'année précédant les faits que les auteurs d'homicides extrafamiliaux (Tableau 11). Une hospitalisation en milieu spécialisé psychiatrique, l'année précédant les faits, était retrouvée dans 10% (n=7) des cas.

DONNEES PSYCHIATRIQUES	Homicides Intrafamiliaux (n= 34)	Homicides Extrafamiliaux (n =37)	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Symptômes dépressifs	17 (50)	6 (16)	0,0023
Symptômes psychotiques	0 (0)	1 (3)	1
Traitement en cours	12 (35)	12 (32)	0,80
Hospitalisation psychiatrique	4 (12)	3 (8)	0,70

Tableau 11 Données psychiatriques dans l'année précédant les faits en fonction du type d'homicide

Il apparaissait que 34% (n=24) des auteurs de notre étude bénéficiaient d'un traitement psychotrope. Les traitements antidépresseurs étaient les plus fréquemment retrouvés (n=9) devant les anxiolytiques (11% (n=8)), les traitements de substitution à l'héroïne et de sevrage à l'alcool et les hypnotiques (8% (n=6)). Les neuroleptiques antipsychotiques et les thymorégulateurs étaient retrouvés respectivement dans 6% (n=4) et 4% (n=3) des cas. La présence de plusieurs classes médicamenteuses n'était pas rare.

DONNEES PSYCHOPATHOLOGIQUES	Auteur n (%) (n=71)
Immaturité	9 (13)
Défaillances narcissiques	18 (25)
Intolérance à la frustration	25 (35)
Déficit d'élaboration et de verbalisation des affects	21 (30)
Egocentrisme	17 (24)
Carences affectives et éducatives	34 (48)
Dépendance affective	29 (41)
<i>Non renseigné</i>	6 (8)
Instabilité	54 (76)
Événements de vie traumatisants	48 (68)
Altération du discernement	23 (32)
Abolition du discernement	2 (3)
Dangerosité	43 (61)
Curabilité	36 (51)
<i>Inopportun</i>	32 (45)
Ré adaptabilité	66 (93)

Tableau 12 Données psychopathologiques des auteurs

Près de la moitié des auteurs présentait des carences affectives et éducatives, ainsi qu'une dépendance affective. Une dépendance affective était plus fréquente chez les auteurs d'homicides intrafamiliaux ($p=0,0031$) (Tableau 13).

DONNEES PSYCHOPATHOLOGIQUES	Homicides Intrafamiliaux (n= 34)	Homicides Extrafamiliaux (n =37)	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Immaturité	4 (12)	5 (14)	<i>1</i>
Défaillances narcissiques	12 (35)	6 (16)	<i>0,065</i>
Intolérance à la frustration	10 (29)	15 (41)	<i>0,33</i>
Déficit d'élaboration et de verbalisation des affects	9 (26)	12 (32)	<i>0,58</i>
Egocentrisme	6 (18)	11 (30)	<i>0,23</i>
Carences affectives et éducatives	16 (47)	8 (49)	<i>0,89</i>
Dépendance affective	20 (59)	19 (24)	<i>0,0031</i>
Instabilité	26 (76)	28 (76)	<i>0,94</i>
Evènements de vie traumatisants	21 (71)	24 (65)	<i>0,79</i>

Tableau 13 Données psychopathologiques des auteurs en fonction du type d'homicide

Le parcours de vie de ces sujets était marqué par l'instabilité et la présence d'évènements de vie traumatisants (Tableau 12). Pour la majorité d'entre eux, il s'agissait d'abandon, de placement en foyer ou en famille d'accueil (41% (n=29)) ou de violences physiques (28% (n=20)). Les violences sexuelles étaient retrouvées chez 8% (n=6) des auteurs.

Le diagnostic d'un trouble psychiatrique grave était mis en évidence chez 20% (n=14) des auteurs. Il s'agissait pour dix d'entre eux d'un syndrome dépressif majeur et pour trois d'entre eux d'une schizophrénie paranoïde. Un diagnostic psychiatrique de l'axe I était retrouvé chez 70% (n=50) des auteurs tous confondus (Tableau 14). Un abus ou une dépendance à l'alcool était le plus retrouvé avec 54% des auteurs concernés (n=38) devant l'abus ou la dépendance aux toxiques et les troubles de l'humeur (dans le cadre de cette étude, uniquement du registre de la dépression). Les troubles psychotiques étaient retrouvés chez 4% des auteurs (n=3). Il s'agissait pour les trois d'un diagnostic de schizophrénie paranoïde.

AXE I	Auteur n (%) (n=71)
Diagnostic de l'axe I	50 (70)
Pathologie psychiatrique grave	14 (20)
Trouble habituellement diagnostiqué pendant l'enfance ou l'adolescence	3 (4)
Abus/dépendance à l'alcool	38 (54)
Abus/dépendance aux toxiques	16 (23)
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	3 (4)
Troubles de l'humeur	10 (14)
Trouble de l'adaptation	4 (6)

Tableau 14 *Diagnostics psychiatriques de l'axe I retrouvés chez les auteurs*

Les auteurs d'homicides extrafamiliaux présentaient plus d'abus ou de dépendance aux toxiques (notamment au cannabis) (Tableau 15).

AXE I	Homicides Intrafamiliaux (n= 34)	Homicides Extrafamiliaux (n =37)	p
	n (%)	n (%)	
Diagnostic de l'axe I	22 (65)	28 (76)	0,31
Pathologie psychiatrique grave	8 (24)	5 (14)	0,28
Trouble habituellement diagnostiqué pendant l'enfance ou l'adolescence	1 (3)	2 (5)	1
Abus/dépendance à l'alcool	16 (47)	22 (59)	0,30
Abus/dépendance aux toxiques	4 (12)	12 (32)	0,048
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	1 (3)	2 (5)	1
Troubles de l'humeur	7 (21)	3 (8)	0,18
Trouble de l'adaptation	1 (3)	3 (8)	0,62

Tableau 15 *Diagnostics psychiatriques de l'axe I retrouvés en fonction du type d'homicide*

Un trouble de la personnalité, correspondant à l'axe II du DSM IV-TR était retrouvé chez 55% des auteurs (n=39). Les plus fréquents étaient les troubles du cluster B (borderline 23% (n=16) et antisocial 17% (n=12). Les auteurs d'homicides extrafamiliaux présentaient plus de trouble de la personnalité antisociale que les auteurs d'homicides intrafamiliaux (Tableau 16). Un trouble de la personnalité dépendant était retrouvé chez 8% (n=6) des auteurs. Les autres troubles de la personnalité étaient peu représentés. Les personnalités paranoïaques et histrioniques étaient retrouvées chez 4% (n=3) des auteurs. Les personnalités schizoïdes ou narcissiques étaient retrouvées chez 3% (n=2) d'entre eux.

Ainsi, seuls 11 auteurs (15,5%) étaient dépourvus de toute pathologie psychiatrique (axe I et II confondu). Il n'existait pas de différence significative entre les homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux.

AXE II	Homicides Intrafamiliaux (n= 34)	Homicides Extrafamiliaux (n =37)	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Diagnostic de l'axe II	19 (56)	20 (54)	0,88
Borderline	8 (24)	8 (22)	0,85
Paranoïaque	3 (9)	0 (0)	0,10
Antisociale	2 (6)	10 (27)	0,025
Schizoïde	0 (0)	2 (5)	0,49
Schizotypique	0 (0)	0 (0)	1
Histrionique	2 (6)	1 (3)	0,60
Narcissique	2 (6)	0 (0)	0,23
Évitante	0 (0)	1 (3)	1
Dépendante	5 (15)	1 (3)	0,097
Obsessionnelle compulsive	0 (0)	0 (0)	1

Tableau 16 *Diagnostiques psychiatriques de l'axe II en fonction du type d'homicide*

En nous référant à la classification du DSM 5 traduite récemment en français, il apparaissait que 83% (n=59) des auteurs répondaient aux critères d'un diagnostic psychiatrique.

Les experts psychiatres s'étaient prononcés pour une altération du discernement au moment du passage à l'acte dans 32% (n=23) des cas. Il n'existait pas de différence en fonction du type d'homicide. Une abolition du discernement avait été évoquée dans un dossier d'homicide intrafamilial et dans un dossier d'homicide extrafamilial. Ils avaient abouti chacun à une ordonnance d'irresponsabilité pénale (Tableau 12).

Une dangerosité sociale, criminologique ou psychiatrique était relevée dans 61% (n=43) des expertises. Dans 45% (n=32) des cas, la question de la curabilité des sujets était jugée inopportune de la part des experts. Dans le cas contraire, la réponse était favorable dans 51% (n=36) des cas. Une réadaptation de l'auteur dans la société était jugée possible dans 93% (n=66) des cas (Tableau 12). Concernant ces critères, il n'existait pas de différence entre les homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux.

Victimes

Des antécédents psychiatriques étaient retrouvés chez 36% (n=25) des victimes. Les plus représentés étaient l'abus ou la dépendance à l'alcool (17% (n=12)), les troubles de l'humeur (9% (n=6)), l'abus ou la dépendance aux toxiques (7% (n=5)). Une hospitalisation en milieu spécialisé psychiatrique était retrouvée chez 6% des victimes (n=4).

Dans 19% (n=13) des cas, il n'était pas possible de retrouver l'existence ou non d'antécédents psychiatriques familiaux. Lorsque cela était possible, il s'avérait que 30% (n=17) des victimes avaient des antécédents familiaux. Dans 59% (n=10) des cas, il s'agissait d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool devant des tentatives de suicide (24% (n=4)).

Un diagnostic de l'axe I du DSM IV-TR était retrouvé chez 42% (n=29) des victimes (données manquantes 13% (n=9)). Parmi les diagnostics de l'axe I, l'abus ou la dépendance à l'alcool était retrouvé dans 34% (n=23) des cas, bien loin devant l'abus ou la dépendance aux toxiques (6% (n=4)) et les troubles de l'humeur (4% (n=3)).

Le reste des données concernant la psychopathologie des victimes n'était pas suffisant (quantitativement et qualitativement) dans les dossiers pour être exploitable.

Dans le cas des tentatives d'homicide ou d'assassinat, 8% (n=1) des victimes survivantes avaient bénéficié d'une expertise psychiatrique et 54% (n=7) d'une expertise psychologique. Deux d'entre elles (15%) présentaient un syndrome de stress post-traumatique. Le diagnostic de dépression réactionnelle aux faits était retrouvé chez une victime (8%).

2.1.1.6. Antécédents criminologiques

Antécédents judiciaires

Des antécédents judiciaires étaient retrouvés chez 65% des auteurs (Tableau 17). Les auteurs d'homicides extrafamiliaux présentaient plus souvent des antécédents judiciaires (78% (n=29)) que les auteurs d'homicides intrafamiliaux (50% (n=17)) ($p=0,024$).

Les sujets pouvaient avoir plusieurs types d'antécédents judiciaires à la fois.

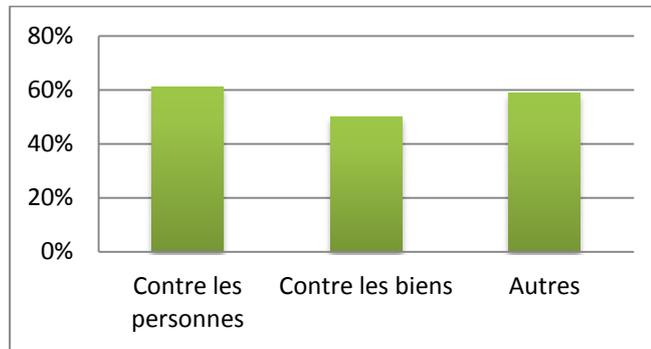


Figure 7 Antécédents judiciaires des auteurs

Parmi les antécédents contre les personnes, les violences volontaires étaient le plus fréquemment retrouvées. Chez un des auteurs, ces violences volontaires avaient entraîné la mort sans intention de la donner. Seul un des auteurs avait un antécédent d’assassinat. Il s’agissait de l’assassinat de son ex-compagne.

Les autres types d’antécédents judiciaires les plus représentés étaient les conduites en état d’ivresse et les condamnations en lien avec les stupéfiants (15% (n=11)), les conduites sans permis ou sans assurance (11% (n=8)) et les délits de fuite (3% (n=2)).

Les auteurs d’homicides extrafamiliaux avaient plus d’antécédents de violences contre les personnes ($p= 0, 032$) et contre les biens ($p= 0,042$) que dans le groupe intrafamiliaux. La différence observée entre les autres antécédents judiciaires n’était pas significative.

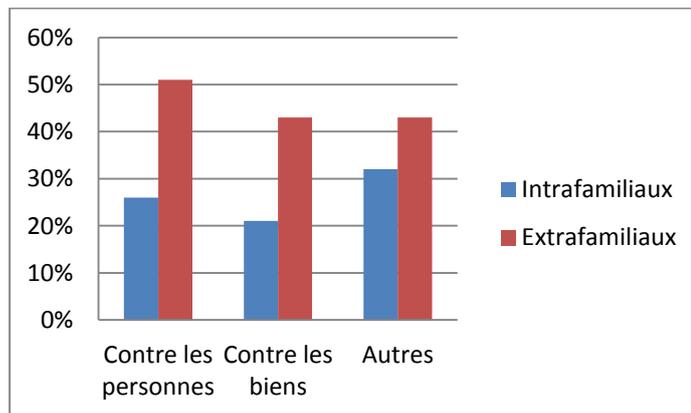


Figure 8 Antécédents judiciaires en fonction du type d'homicide

Une confrontation antérieure à de la violence n’était pas rare tant qu’en tant qu’auteur (notamment sur conjoint) que victime ou témoin dans l’enfance. L’impulsivité était une donnée fréquemment retrouvée chez les auteurs (Tableau 17).

DONNEES CRIMINOLOGIQUES	Auteurs n (%) (n=71)	Victimes n (%) (n=68)
Antécédents judiciaires	46 (65)	16 (23%)
<i>Données manquantes</i>	0 (0)	30 (43)
Antécédents de violences physiques sur conjoint	27 (38)	9 (13)
<i>Données manquantes</i>	0 (0)	16 (23)
Antécédents de violences physiques sur enfant	11 (15)	3 (4)
<i>Données manquantes</i>	0 (0)	17 (25)
Impulsivité	47 (66)	7 (10)
<i>Données manquantes</i>	0 (0)	32 (46)
Victime de violences dans l'enfance	21 (30)	8 (12)
<i>Données manquante</i>	0 (0)	30 (43)
Témoin de violences dans l'enfance	25 (35)	5 (7)
<i>Données manquantes</i>	0 (0)	31 (45)

Tableau 17 Données criminologiques des auteurs et des victimes

Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes. En revanche, les auteurs d'homicides intrafamiliaux avaient plus souvent des antécédents de violences envers les enfants que les auteurs d'homicides extrafamiliaux (Tableau 18).

DONNEES CRIMINOLOGIQUES	Homicides intrafamiliaux (n=34)	Homicides extrafamiliaux (n=37)	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Antécédents de violences physiques sur conjoint	15 (44)	12 (32)	0,31
Antécédents de violence physiques sur enfant	10 (29)	1 (3)	0,0023
Impulsivité	21 (62)	26 (70)	0,45
Victime de violences dans l'enfance	7 (21)	14 (38)	0,13
Témoin de violences dans l'enfance	10 (29)	15 (41)	0,33

Tableau 18 Données criminologiques des auteurs en fonction du type d'homicide

2.1.2. Relation auteur/victime

2.1.2.1. Relation antérieure

Dans 83% (n=59) des cas, auteurs et victimes se connaissaient et entretenaient des relations avant les faits. Dans un tiers des cas, la relation liant auteur et victime était de nature conjugale (présente ou passée). Dans environ un quart des cas, il s'agissait d'une relation amicale ou familiale (Figure 9).

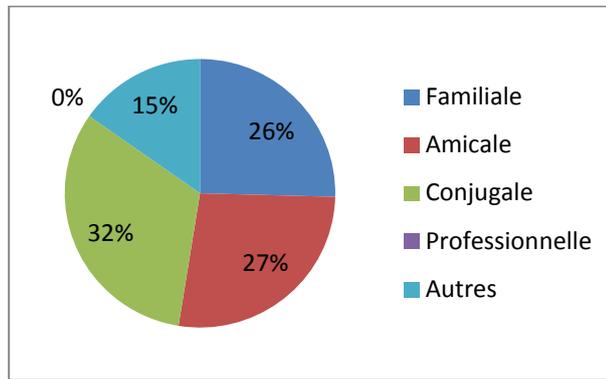


Figure 9 Types de relation antérieure entre auteur et victime

Si par définition 100% des auteurs d’homicides intrafamiliaux connaissaient leur victime, les auteurs d’homicides extrafamiliaux connaissaient également, dans 68% des cas (n=25), leur victime avant le passage à l’acte. Il s’agissait dans 64% (n=16) d’une relation amicale ou d’une relation autre (connaissance de vue, connaissance d’un membre de la famille) dans 36% des cas (n=9).

2.1.2.2. Données pré-criminelles

Lorsqu’une relation antérieure entre l’auteur et la victime était retrouvée, il existait dans 61% (n= 35) des cas un conflit antérieur aux faits. Des antécédents de violences étaient notés dans 58% (n=33) des cas. Les violences étaient, pour la majorité, d’ordre physique (Figure 10).

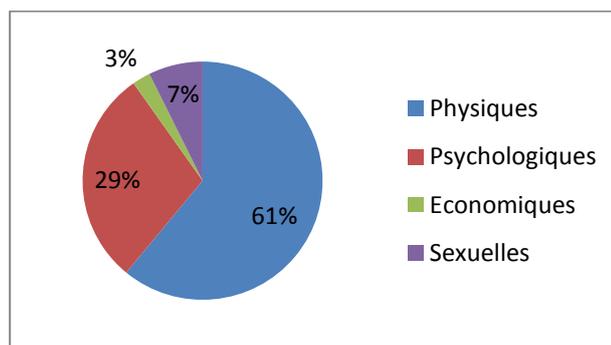


Figure 10 Types de violences antérieures aux faits entre les protagonistes

Des menaces de mort étaient retrouvées dans 32% (n=19) des cas. Il apparaissait que 7% (n=4) des auteurs avaient déjà tenté de mettre fin aux jours de la victime.

DONNEES PRE CRIMINELLES	Auteur n (%) (n=71)				
	Familial (n=15)	Amical (n=16)	Conjugal (n=19)	Autre (n=9)	Total (n=59)
Menaces d'homicide	3 (20)	3 (19)	12 (63)	3 (33)	21 (36)
Tentative d'homicide	1 (7)	0 (0)	3 (16)	1 (11)	5 (9)
Menaces ou idéations suicidaires	1 (7)	0 (0)	7 (37)	0 (0)	8 (14)

Tableau 19 Données pré-criminelles en fonction du type de relation entre auteur et victime

Notre étude retrouvait 63% (n=12) des auteurs d'homicide ou de tentative d'homicide conjugal ayant proféré des menaces de morts envers leur victime. Les menaces et idéations suicidaires étaient également fréquentes chez ce même type d'auteur contrairement aux autres situations (Tableau 19).

Lorsque les auteurs connaissaient leur victime avant les faits (soit chez la totalité des auteurs d'homicides intrafamiliaux et chez 21 auteurs d'homicides extrafamiliaux). Il existait plus de menaces ou d'idéations suicidaires chez les auteurs d'homicides intrafamiliaux (Tableau 20).

DONNEES PRE CRIMINELLES	Homicides intrafamiliaux (n=34)	Homicides extrafamiliaux (n=25)	p
	n (%)	n (%)	
Conflits antérieurs	19 (56)	16 (64)	0,53
ATCD de violences	21 (62)	12 (48)	0,29
- Physiques	16 (47)	8 (32)	0,24
- Psychologiques	8 (24)	3 (12)	0,33
- Economiques	2 (6)	0 (0)	0,50
- Sexuelles	2 (6)	1 (4)	1
Menaces d'homicide	13 (38)	5 (20)	0,16
Tentatives d'homicide	4 (12)	1 (4)	0,19
Menaces ou idéations suicidaires	8 (24)	0 (0)	0,016

Tableau 20 Données pré-criminelles en fonction du type d'homicide

2.1.2.3. Facteurs déclencheurs

Facteurs déclencheurs non immédiats

Certains évènements de vie durant les mois précédents les faits ont été mis en évidence. Les conflits et les violences (32% (n=22)) ainsi que les séparations (26% (n=18)) apparaissaient comme prépondérants (Figure 11).

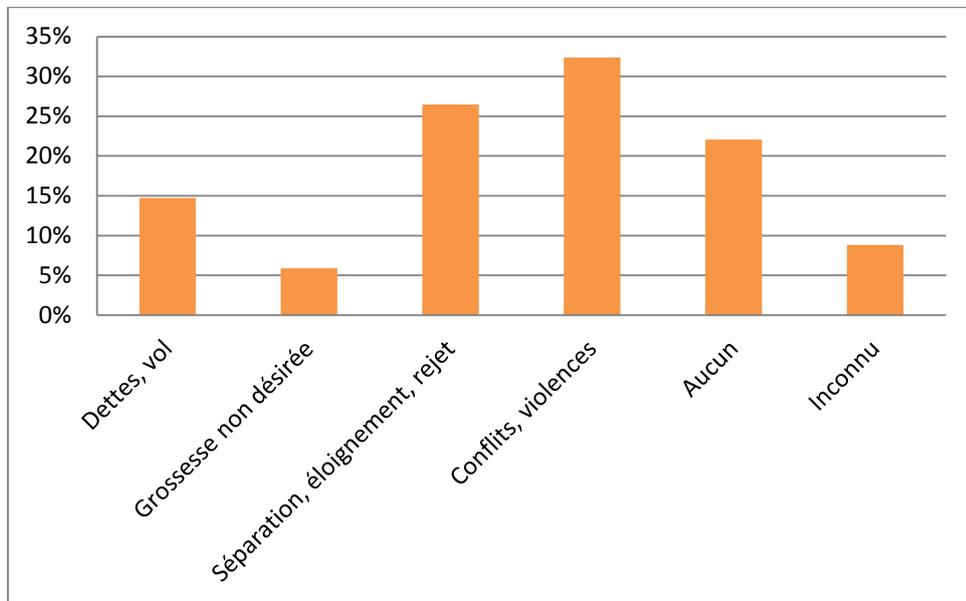


Figure 11 Facteurs déclencheurs non immédiats (dans les 6 mois)

Il existait plus fréquemment une situation de séparation, d'éloignement ou de rejet entre les protagonistes des homicides intrafamiliaux que dans les homicides extrafamiliaux ($p=0,0055$). Aucun facteur déclenchant dans les six mois précédents les faits était plus souvent retrouvé dans les homicides extrafamiliaux ($p=0,037$) (Figure 12).

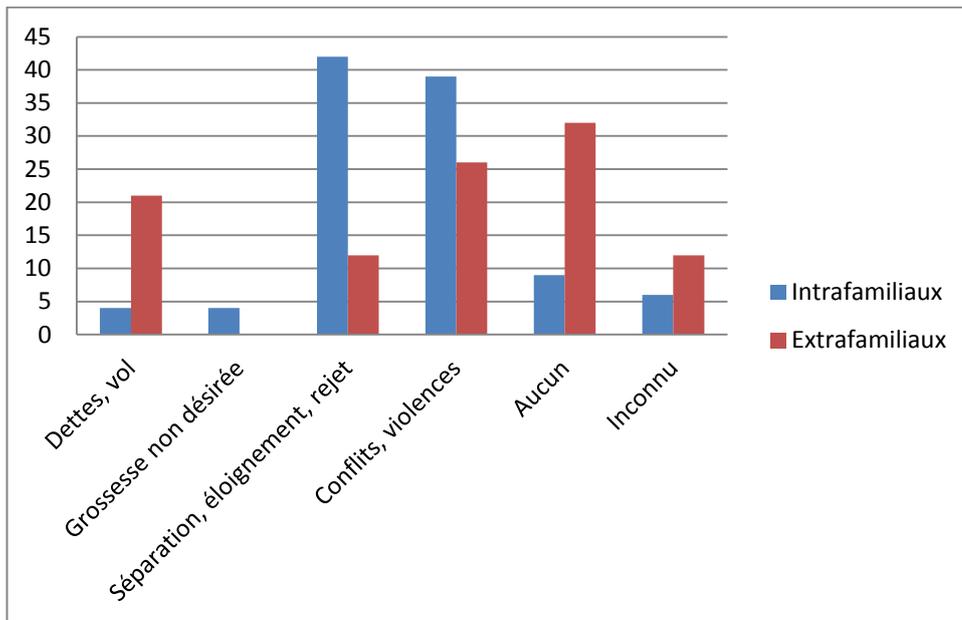


Figure 12 Facteurs déclencheurs non immédiats (dans les 6 mois) en fonction du type d'homicide

Facteurs déclencheurs immédiats

Les facteurs déclencheurs immédiats étaient les situations ou événements se déroulant dans les 24 heures précédant les faits et pouvant être considérés comme précipitants. Il apparaissait nettement que les situations de bagarres, de disputes ou d'altercations étaient les plus représentées (53% (n=36)) (Figure 13).

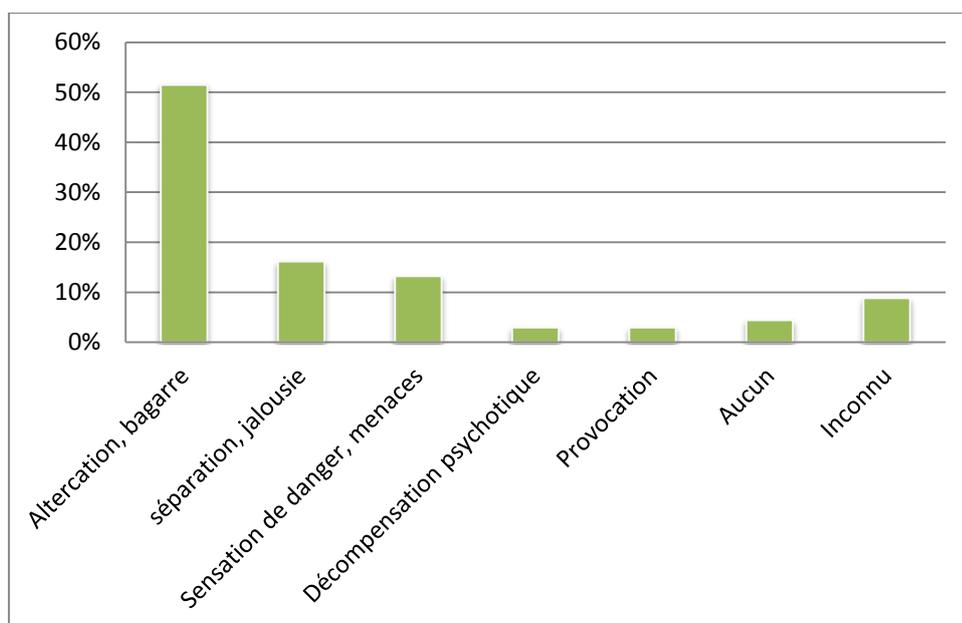


Figure 13 Facteurs immédiats déclenchant le passage à l'acte

Une altercation ou une bagarre dans les 24 heures précédant les faits étaient plus souvent retrouvées dans les homicides extrafamiliaux ($p=0,012$). Une séparation ou un contexte de jalousie précédant les faits étaient retrouvés en plus grandes proportions dans les homicides intrafamiliaux ($p=0,021$) (Tableau 21).

FACTEURS DECLANCHEURS IMMEDIATS	Homicides Intrafamiliaux (n= 34)	Homicides Extrafamiliaux (n =37)	p
	n (%)	n (%)	
Altercation, bagarre	12 (35)	24 (71)	0,012
Séparation, jalousie	9 (26)	2 (6)	0,021
Danger, menaces	6 (18)	3 (9)	0,30
Décompensation psychotique	1 (3)	1 (3)	1
Provocation	0 (0)	2 (6)	0,49
Aucun	1 (3)	2 (6)	1
Inconnu	5 (15)	0 (0)	0,021

Tableau 21 Facteurs déclencheurs immédiats en fonction du type d'homicide

Sentiments ressentis précédant les faits

Avant le passage à l'acte homicide, les sentiments ressentis par l'auteur étaient variables mais avec une nette prépondérance pour le sentiment de colère (32% (n=23)) (Figure 14).

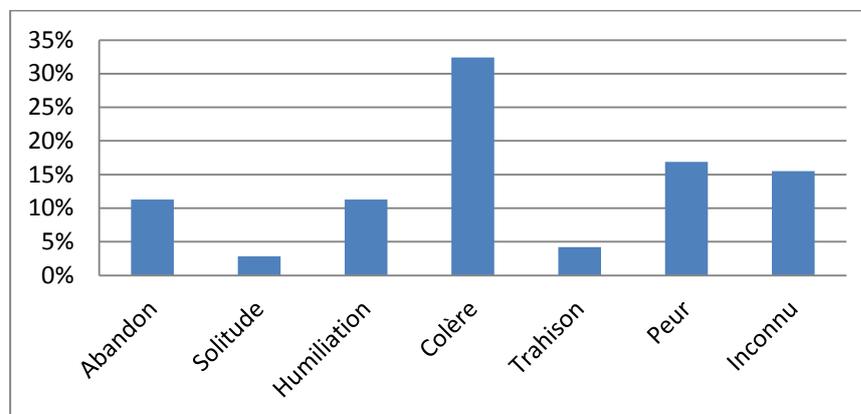


Figure 14 Sentiments ressentis par l'auteur précédant le passage à l'acte

Sur la figure 15, les auteurs d'homicides intrafamiliaux ressentaient plus souvent un sentiment d'abandon par rapport aux auteurs d'homicides extrafamiliaux ($p=0,024$).

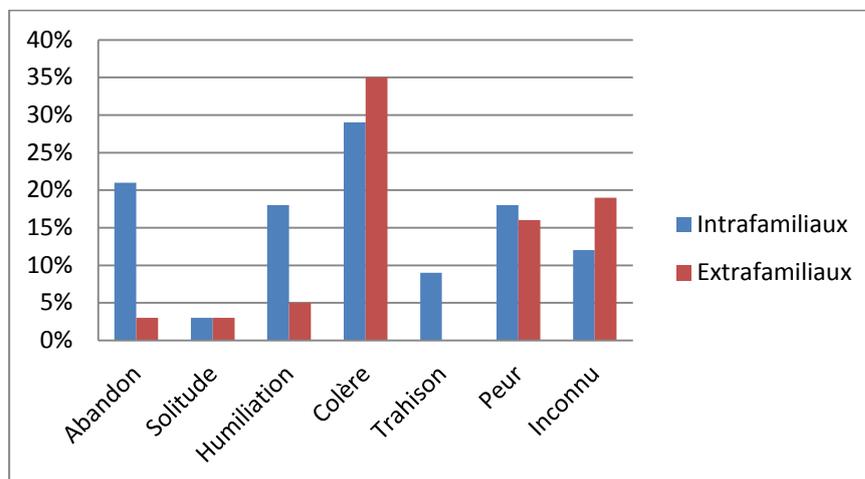


Figure 15 *Sentiments ressentis par l'auteur précédant le passage à l'acte en fonction du type d'homicide*

2.2. Analyse du passage à l'acte

2.2.1. *Circonstances du passage à l'acte*

2.2.1.1. Nombre de victime

La victime était unique dans 96% (n=66) des homicides de notre étude. Dans deux dossiers, deux victimes étaient concernées, avec un passage à l'acte successif sur la première puis la deuxième victime. Il s'agissait dans les deux cas d'un passage à l'acte intrafamilial. Le premier dossier était celui d'un auteur qui a tué de façon rapprochée ses beaux-parents. Dans le deuxième dossier, l'auteur tuait sa compagne avant de tenter de tuer l'enfant de cette dernière.

2.2.1.2. Complice

Dans 90% (n=61) des cas, l'auteur agissait seul. Dans trois des dossiers, plusieurs auteurs étaient considérés comme « co-auteurs » et jugés pour les mêmes faits.

2.2.1.3. Moment

Jour des faits

La Figure 16 représente la répartition des homicides suivant les jours de la semaine. Les jours les plus représentés dans la semaine étaient les dimanches (21% (n=14)), les jeudis (19% (n=13)) et les mercredis (15% (n=10)).

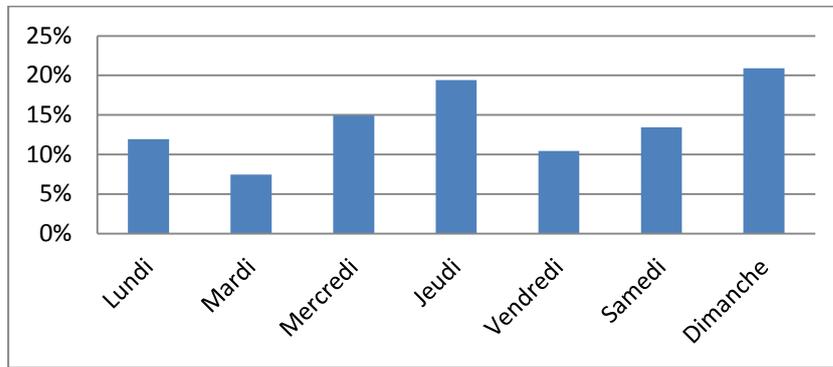


Figure 16 Jour des faits

Il n'existait pas de différence significative en fonction du type d'homicide (Figure 17).

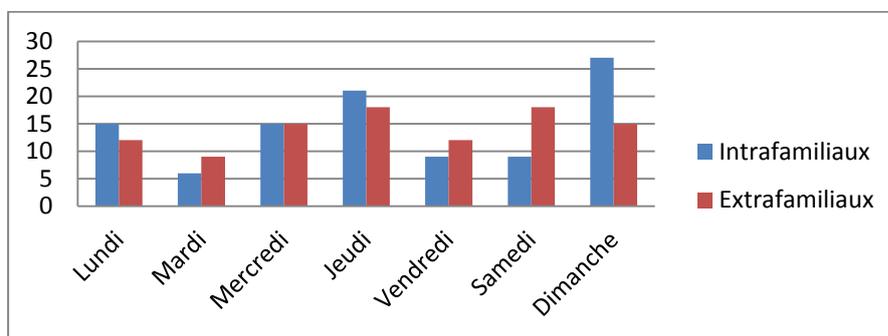


Figure 17 Jour des faits en fonction du type d'homicide

Moment des faits

Les homicides étaient plus fréquemment commis la nuit et le soir (Figure 18).

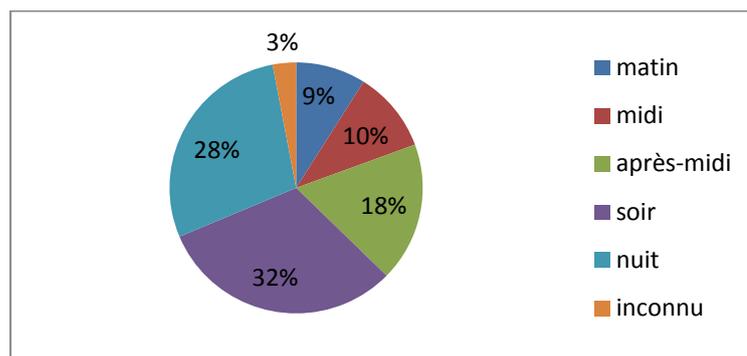


Figure 18 Moment des faits dans la journée

Il n'existait pas de différence significative entre le moment des faits et le type d'homicide (Figure 19).

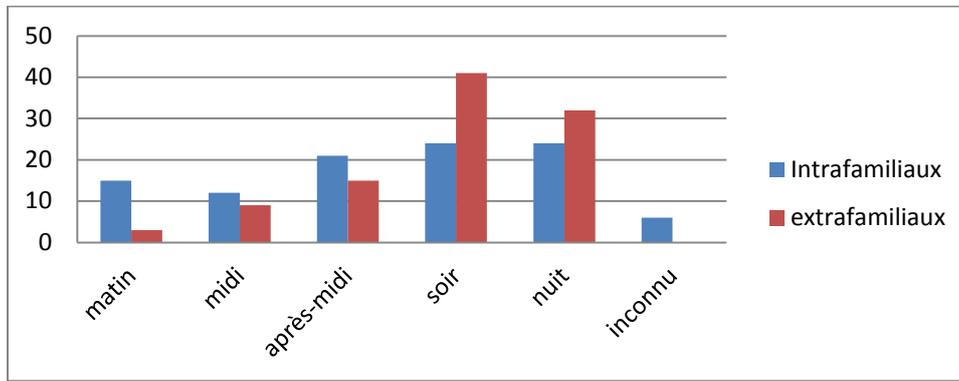


Figure 19 Moment des faits dans la journée en fonction du type d'homicide

Saison des faits

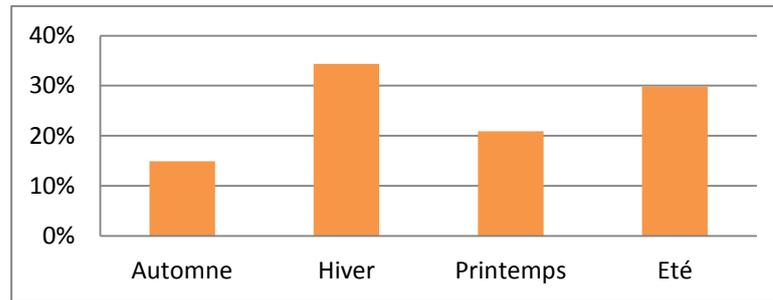


Figure 20 Saison des faits

La Figure 20 décrit la répartition des homicides au cours de l'année. La saison hivernale était la plus représentée (34% (n=23)) devant l'été (29% (n=20)), le printemps (21% (n=14)) et l'automne (16% (n=11)). Il n'existait pas de différence significative entre les deux types d'homicide (Figure 21).

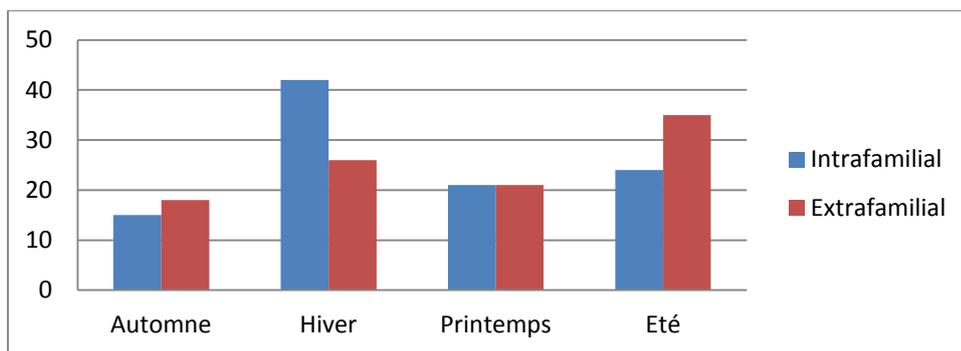


Figure 21 Saison des faits en fonction du type d'homicide

Lieu

Dans 94% (n=64) des cas, l'homicide se produisait dans un même lieu. Dans trois des dossiers, les faits se déroulaient sur deux lieux différents. La victime était séquestrée à un

endroit avant d'être transportée et mise à mort dans un second lieu. Globalement, les faits avaient le plus souvent lieu dans la sphère intime du domicile de la victime (32% (n=22)), de l'auteur (25% (n=17)) ou du domicile conjugal (16% (n=11)). Les lieux publics (rue, sortie de discothèque, lieux isolés) étaient aussi fréquemment retrouvés (24% (n=16)).

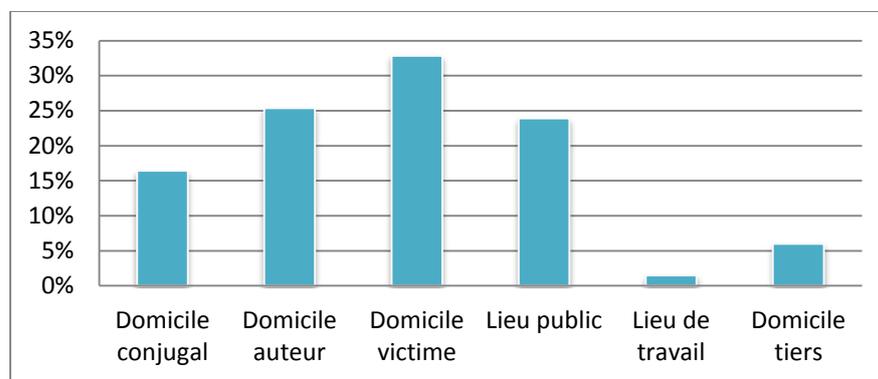


Figure 22 Lieu des faits

Les homicides intrafamiliaux étaient plus fréquemment commis dans la sphère intime du domicile (des auteurs, de la victime ou conjugal), tandis que les homicides extrafamiliaux étaient plus fréquemment commis dans un lieu public (Tableau 22).

LIEU DES FAITS	Homicides Intrafamiliaux	Homicides Extrafamiliaux	p
	n=34	n=34	
	n (%)	n (%)	
Domicile conjugal	10 (29)	1 (3)	0,0062
Domicile auteur	11 (32)	6 (18)	0,16
Domicile victime	12 (35)	10 (29)	0,60
Lieu public	3 (9)	13 (38)	0,0087
Lieu de travail	0 (0)	1 (3)	1
Domicile d'un tiers	2 (6)	3 (9)	1

Tableau 22 Lieu des faits en fonction du type d'homicide

Mode opératoire

Dans 82% des cas, les victimes décédaient sous les coups de leur agresseur (n=56).

2.2.1.4. Données médico-légales du passage à l'acte

Dans 62% (n=42) des cas, les violences exercées sur les victimes étaient localisées sur un lieu unique. Les localisations les plus retrouvées étaient, par ordre décroissant : le cou, le thorax et le crâne. L'arme utilisée était, dans la majorité des cas, unique. Le moyen le plus souvent utilisé était l'arme blanche (essentiellement des couteaux de cuisine) devant les coups à mains nues (coups de poing). Dans un peu moins de la moitié des cas, l'auteur exerçait une

violence excessive (« overkill ») sur sa victime. Un contexte de bagarre ou une altercation verbale ou physique étaient fréquemment retrouvées. Un tiers des victimes présentait des lésions de défense. Des blessures étaient également retrouvées chez un quart des auteurs. L'enlèvement et la séquestration de la victime étaient rares. Enfin, aucune violence sexuelle n'était retrouvée dans nos dossiers (Tableau 23).

DONNEES MEDICO-LEGALES	Faits n (%) (n=67)
Localisation des violences	
Unique	42 (62)
Multiple	26 (38)
Crâne/encéphale	22 (32)
Visage	15 (22)
Cou	24 (35)
Thorax	24 (35)
Abdomen	14 (21)
Autre	5 (7)
Armes utilisées	
Unique	51 (75)
Multiple	17 (25)
Mains nues	21 (31)
Coups de pied	5 (7)
Arme blanche	29 (43)
Objet contondant	12 (18)
Noyade	2 (3)
Manœuvres asphyxiques	9 (13)
Empoisonnement	3 (4)
Feu	2 (3)
Arme à feu	10 (16)
Violence excessive	30 (44)
Lésions de défense sur la victime	19 (28)
Blessures chez l'auteur	18 (26)
Bagarre / Altercation	40 (59)
Enlèvement	2 (3)
Séquestration	3 (4)
Agression sexuelle	0 (0)

Tableau 23 Données médico-légales du mode opératoire

Dans 44% (n=29) des cas, la victime décédait immédiatement ou dans les quelques minutes suivant le passage à l'acte. Dans 15% (n=10) des cas, les victimes survivaient une douzaine d'heures. Au-delà, la survie était peu fréquente (6% (n=4) entre 24h et une semaine, 7% (n=5) supérieure à une semaine).

DONNEES MEDICO-LEGALES	Homicides	Homicides	<i>p</i>
	Intrafamiliaux n=34 n (%)	Extrafamiliaux n=34 n (%)	
Localisation des violences			
Unique	21 (62)	21 (62)	1
Multiple	13 (38)	13 (38)	1
Crâne/encéphale	10 (29)	12 (35)	0,60
Visage	7 (21)	8 (24)	0,77
Cou	10 (29)	14 (41)	0,31
Thorax	14 (41)	10 (29)	0,31
Abdomen	5 (15)	9 (26)	0,37
Autre	5 (15)	0 (0)	0,053
Armes utilisées			
Unique	26 (76)	25 (74)	0,78
Multiple	8 (24)	9 (26)	0,78
Mains nues	10 (29)	11 (32)	0,79
Coups de pied	1 (3)	4 (12)	0,036
Arme blanche	10 (29)	19 (56)	0,027
Objet contondant	3 (9)	9 (26)	0,11
Noyade	1 (3)	1 (3)	1
Manœuvres asphyxiques	8 (24)	1 (3)	0,027
Empoisonnement	3 (9)	0 (0)	0,24
Feu	2 (6)	0 (0)	0,49
Arme à feu	6 (18)	4 (12)	0,13
Violence excessive	12 (35)	18 (53)	0,14
Lésions de défense sur la victime	6 (18)	13 (38)	0,058
Blessures chez l'auteur	9 (26)	9 (26)	1
Bagarre/ Altercation	13 (38)	27 (79)	0,00056
Enlèvement	0 (0)	2 (6)	0,49
Séquestration	1 (3)	1 (3)	1

Tableau 24 Données médico-légales du mode opératoire en fonction du type d'homicide

Il n'existait pas de différence entre les localisations des violences en fonction du type d'homicide. En revanche, si l'arme la plus fréquemment utilisée dans les deux groupes était l'arme blanche, il apparaissait que son utilisation était plus fréquemment retrouvée chez les auteurs d'homicides extrafamiliaux. L'utilisation de manœuvres asphyxiques était plus souvent retrouvée dans les homicides intrafamiliaux (Tableau 24).

Les homicides extrafamiliaux avaient plus souvent lieu dans un contexte de bagarre ou d'altercation et ceci de façon statistiquement significative par rapport aux homicides intrafamiliaux (Tableau 24).

2.2.1.5. Consommation de toxiques au moment des faits

Lors du passage à l'acte, une majorité des auteurs était sous l'emprise de toxiques et notamment de l'alcool (57% (n=39)). Dans notre étude, 44% (n=30) des victimes étaient également sous l'emprise de toxiques. Une alcoolisation était retrouvée chez 38% des victimes (n=26) (Tableau 25).

TOXIQUES LORS DES FAITS	Auteurs (n=71)	Victimes (n=68)
Intoxication	47 (69)	30 (44)
Alcool	39 (57)	26 (38)
Cannabis	9 (13)	7 (10)
Cocaïne	1 (1)	1 (1)
Opiacés	2 (3)	1 (1)
Benzodiazépines et apparentés	2 (3)	1 (1)

Tableau 25 Intoxication des sujets au moment des faits

Il n'existait pas de différence entre la fréquence de l'intoxication retrouvée en fonction du type d'homicide. En revanche, on retrouvait une consommation d'alcool plus fréquente chez les auteurs d'homicides extrafamiliaux (Tableau 26).

TOXIQUES LORS DES FAITS	Homicides Intrafamiliaux n=34	Homicides Extrafamiliaux n=34	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Intoxication	19 (56)	25 (74)	<i>0,13</i>
Alcool	15 (44)	24 (71)	<i>0,027</i>
Cannabis	4 (12)	5 (15)	<i>1</i>
Cocaïne	0 (0)	1 (3)	<i>1</i>
Opiacés	0 (0)	2 (6)	<i>0,49</i>
Benzodiazépines et apparentés	1 (3)	1 (3)	<i>1</i>

Tableau 26 Intoxication des auteurs au moment des faits en fonction du type d'homicide

2.2.1.6. Motivations

Les motivations du passage à l'acte les plus fréquemment retrouvées étaient la querelle (29% (n=20)), la possession (21% (n=14)), la vengeance (19% (n=13)) et la libération (18% (n=12)) (Figure 23).

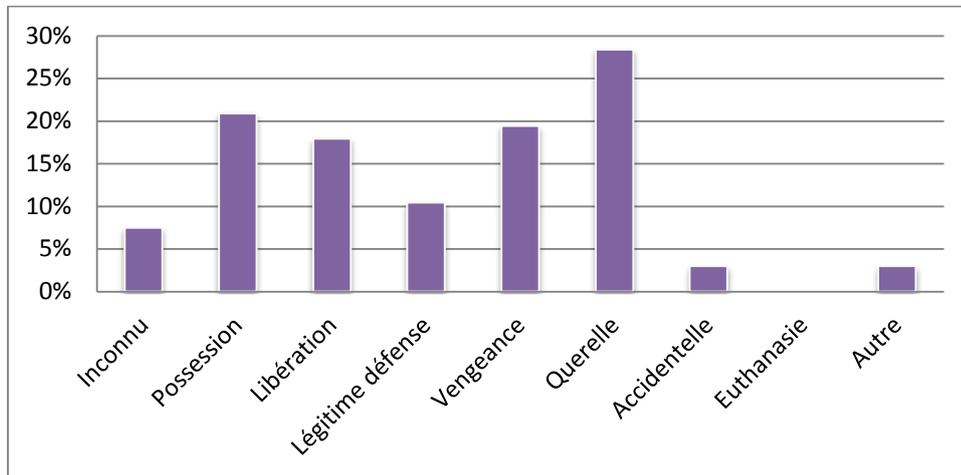


Figure 23 Motivation de l'auteur

La Figure 24 met en évidence les différentes motivations en fonction du type d'homicide. Il apparaissait que les auteurs d'homicides intrafamiliaux tuaient plus fréquemment dans un contexte de libération ($p=0,0028$) tandis que les auteurs d'homicides extrafamiliaux passaient à l'acte dans un contexte de querelle ($p=0,015$).

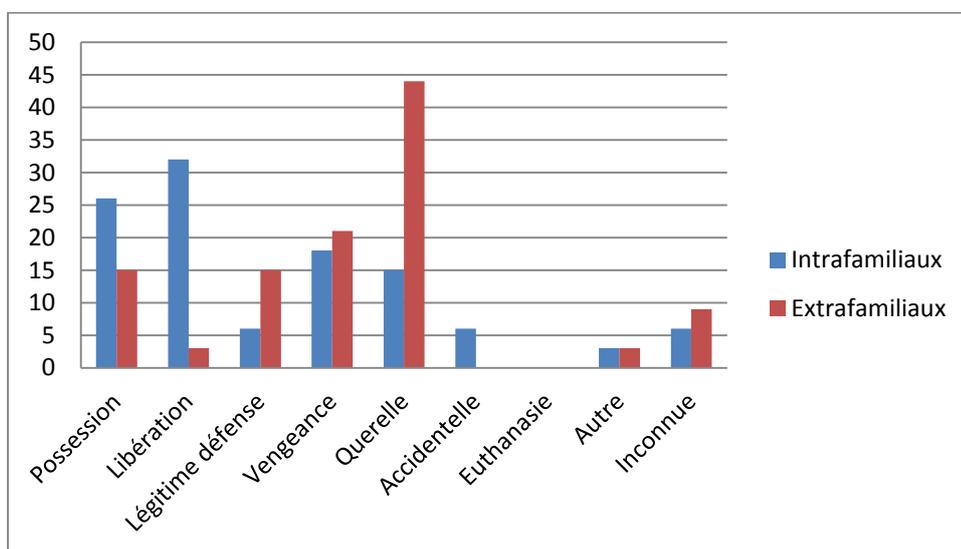


Figure 24 Motivation de l'auteur en fonction du type d'homicide

2.3. Phase post-criminelle et judiciaire

2.3.1. *Phase post-criminelle*

2.3.1.1. Découverte des faits

Dans la moitié des cas, le corps de la victime était découvert dans les minutes suivant les faits. La découverte du cadavre au-delà des quelques heures suivant les faits était rare. La Figure 25 montre par qui, les faits vont être dénoncés.

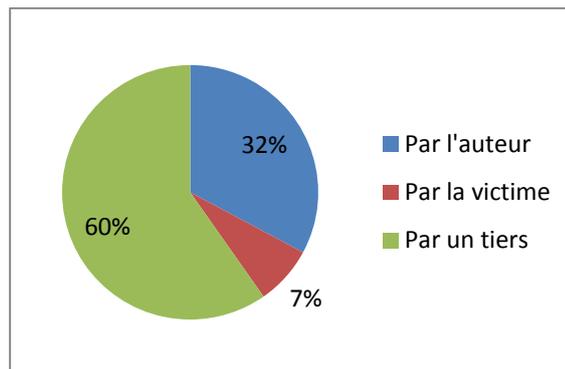


Figure 25 *Circonstance de découverte des faits*

Les auteurs d'homicide intrafamiliaux alertaient plus fréquemment les secours et permettaient donc la découverte des faits ($p=0,0095$) contrairement aux homicides extrafamiliaux dont les faits étaient plus fréquemment mis en évidence par un tiers ($p=0,0064$) (Figure 26).

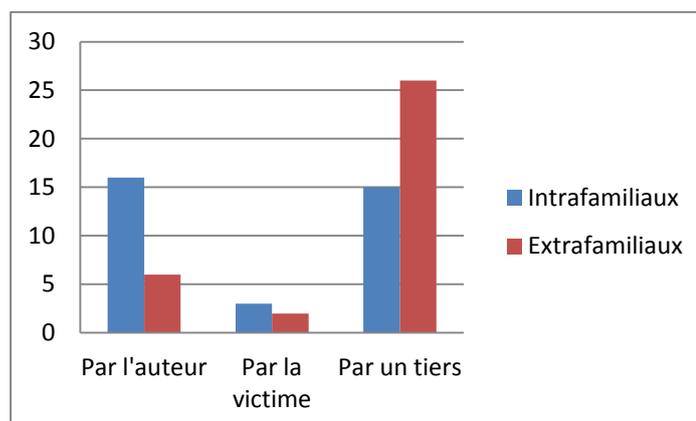


Figure 26 *Circonstance de découverte des faits en fonction du type d'homicide*

2.3.1.2. *Comportement immédiat de l'auteur*

COMPORTEMENT POST-PASSAGE A L'ACTE	Fait n (%) (n=67)
Maquillage du crime	7 (10)
Déplacement du corps	15 (22)
Disparition du corps	10 (15)
Tentative de suicide	4 (6)
Dénonciation spontanée de l'auteur	15 (22)
Auteur reste sur les lieux	31 (46)
Sentiment de culpabilité	18 (26)
Victimisation	27 (40)

Tableau 27 Comportement immédiat de l'auteur après le passage à l'acte

Le Tableau 27 décrit le comportement et l'état d'esprit des auteurs dans les suites immédiates du passage à l'acte. Il apparaissait que 46% des auteurs (n=31) restaient sur les lieux du crime. Notre étude retrouvait que 70% d'entre eux alertaient les secours. Le maquillage du crime et la dissimulation du corps étaient rares. Les auteurs tentaient de se suicider après le passage à l'acte dans 6 % (n=4) des cas.

Aucun homicide extrafamilial n'était maquillé par son auteur contrairement aux homicides intrafamiliaux. Les auteurs d'homicides intrafamiliaux avaient plus tendance à rester sur les lieux du crime après le passage à l'acte (Tableau 28).

COMPORTEMENT POST-PASSAGE A L'ACTE	Homicides Intrafamiliaux n=34	Homicides Extrafamiliaux n=34	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Maquillage du crime	7 (21)	0 (0)	0,011
Déplacement du corps	11 (32)	4 (12)	0,077
Disparition du corps	8 (24)	2 (6)	0,083
Tentative de suicide	4 (12)	0 (0)	0,11
Dénonciation spontanée de l'auteur	11 (32)	4 (12)	0,077
Auteur reste sur les lieux	22 (65)	9 (26)	0,0015
Sentiment de culpabilité	9 (26)	9 (26)	1
Victimisation	14 (41)	13 (38)	1

Tableau 28 Comportement immédiat de l'auteur après le passage à l'acte, en fonction du type d'homicide

2.3.1.3. *Poursuites judiciaires*

Au procès d'Assises, la préméditation était retenue dans 24% des cas (n=16). Le pourcentage de préméditation était globalement similaire entre les deux groupes, tout comme la répartition entre les tentatives et les homicides aboutis.

Le Tableau 29 décrit les différentes accusations retenues par la Cour d'Assises.

ACCUSATIONS RETENUES	Faits n (%) (n=67)
Meurtre	24 (35)
Tentative de meurtre	8 (12)
Assassinat	9 (13)
Tentative d'assassinat	7 (10)
Violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner	15 (22)
Meurtre précédé d'un autre crime	1 (1)
Meurtre en récidive	3 (4)
Privation de soins	3 (4)

Tableau 29 Accusation retenue par la Cour d'Assises

La condamnation moyenne était de 12,2 ans (écart-type 6,3 ans). La peine la plus basse était de 4 ans dans un contexte de privation de soin chez une mère accouchant seule à son domicile et délaissant son nouveau-né. Il n'existait pas de différence entre les peines prononcées et le type d'homicide. Une condamnation à perpétuité était prononcée pour quatre auteurs, sans peine de sûreté et pour un des auteurs avec 22 ans de sûreté. Trois auteurs avaient été condamnés à une peine de réclusion à perpétuité dans le groupe « intrafamiliaux » contre deux dans le groupe « extrafamiliaux » ($p=1$). Une irresponsabilité pénale était prononcée dans chaque groupe.

Un suivi socio-judiciaire avec ou sans injonction de soin était prononcé pour 19% (n=13) des auteurs. La durée moyenne était de 5,6 ans (écart-type 2,3 ans). Un suivi socio-judiciaire était ordonné dans les mêmes proportions en fonction du type d'homicide.

Des troubles du comportement en détention étaient retrouvés chez 25% des auteurs (n=17) (détention de stupéfiant, insultes ou violences sur un codétenu ou un surveillant). Ces troubles du comportement, étaient plus fréquemment retrouvés chez les auteurs d'homicides extrafamiliaux (Tableau 30).

Dans 29% (n=20) des cas, les auteurs bénéficiaient d'un suivi psychologique en détention. Enfin, 6% (n=4) d'entre eux avaient fait une tentative de suicide en détention.

COMPORTEMENT EN DETENTION	Homicides Intrafamiliaux	Homicides Extrafamiliaux	<i>p</i>
	n=34 n (%)	n=34 n (%)	
Troubles du comportement	3 (9)	14 (41)	0,0042
Suivi psychiatrique	11 (32)	9 (26)	0,59
Tentative de suicide	2 (6)	2 (6)	1

Tableau 30 Comportement des auteurs en détention en fonction du type d'homicide

3. Discussion

Les passages à l'acte meurtriers restent des évènements rares de nos jours, dans les sociétés modernes. Notre époque apparaît comme beaucoup plus sécuritaire que d'autres périodes de l'humanité. A. Andronikof décrit l'acte criminel comme une action dans et sur la réalité (104). Il engage le rapport du sujet au monde extérieur, à l'espace et au temps. Le contexte social, éducatif, relationnel et situationnel doit donc être pris en compte.

A travers cette étude, nous avons cherché à déterminer le profil psychopathologique et criminologique des auteurs d'homicide, ainsi que les facteurs prédisposants ou précipitants le passage à l'acte criminel. Nous avons souhaité mettre en évidence les différences et les similitudes retrouvées entre les homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux afin de dégager des pistes de prévention et de repérage des situations à risque léthal. Nos résultats seront également comparés à la littérature internationale décrite précédemment.

3.1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

Les études françaises et internationales concernant les homicides permettent d'établir une comparaison avec les résultats de notre étude. Il existe un grand nombre de similitudes.

La population de la région Poitou-Charentes a été estimée à 1 792 000 habitants en 2013 permettant de calculer le taux d'homicide dans cette région entre 2008 et 2013. Ainsi, le taux d'homicide retrouvé dans notre étude est de 0,8 pour 100 000 habitants par an. Ce chiffre est proche mais légèrement inférieur à celui retrouvé en France puisqu'il a été estimé en 2013 à 1,1/100 000 habitants par an (22). Alors que dans la littérature, les homicides intrafamiliaux

représentent un tiers des homicides, nous retrouvons une proportion plus importante (3, 23, 24). En effet, nous obtenons autant de passages à l'acte intrafamiliaux qu'extrafamiliaux. Chaque type d'homicide possède donc un taux de 0,4 pour 100 000 habitants par an.

Une répartition inégale des homicides dans notre étude est constatée. En effet, les homicides sont plus nombreux dans les départements de la Charente Maritime et de la Vendée. Cette répartition inégale correspond à la répartition de la population, la Charente Maritime et la Vendée étant plus peuplées. Les homicides intrafamiliaux sont également plus importants dans ces départements et particulièrement en Charente Maritime puisqu'ils constituent 47% des homicides intrafamiliaux. Cela s'explique par une augmentation des homicides conjugaux dans ces départements (40% des homicides conjugaux de notre étude sont retrouvés en Charente Maritime et 35% en Vendée). Il est à nouveau possible de faire le lien entre une population plus importante dans ces départements et également des violences intrafamiliales classiquement plus retrouvées par les professionnels de la santé et du médico-social. Néanmoins, il n'apparaît pas d'augmentation des infanticides.

Nous retrouvons 59% d'homicides conjugaux (0,23/100 000 habitants par an) ce qui est un peu plus important que les chiffres publiés au Canada en 2005 (qui mentionnaient 53%) (47). Les homicides conjugaux représentent donc 29% des homicides résolus en Poitou-Charentes. Le deuxième type d'homicide intrafamilial le plus retrouvé concerne les infanticides et les néonaticides. Ils représentent, dans notre étude, 24% des passages à l'acte intrafamiliaux (0,09/100 000 habitants par an). Ce chiffre est bien supérieur à ceux retrouvés dans les études françaises et canadiennes (41, 57, 58, 59, 63). Les parricides sont retrouvés, quant à eux, dans 9% des homicides intrafamiliaux de notre étude (0,02/100 000 habitants par an) ce qui correspond aux données de la littérature (48, 49, 55). Les autres types d'homicides intrafamiliaux retrouvés sont deux homicides de beaux-parents et une tentative de fratricide. Il apparaît donc une proportion plus importante d'homicides intrafamiliaux dans notre étude qu'il est difficile d'expliquer.

Les multiples caractéristiques recherchées dans les 67 dossiers étudiés permettent d'établir un profil descriptif de l'auteur et tenter de comprendre les raisons du passage à l'acte homicide. Après avoir détaillé ces caractéristiques, que nous comparerons aux données de la littérature, nous nous intéresserons aux passages à l'acte extrafamiliaux et intrafamiliaux afin de rechercher des spécificités.

3.1.1. Profil général des auteurs

3.1.1.1. Profil sociodémographique

Les éléments sociodémographiques retrouvés chez les auteurs de notre étude sont similaires aux données classiques de la littérature (19, 20, 23, 24, 25, 26, 27). L'homicide est préférentiellement une affaire d'hommes. Le sexe masculin est surreprésenté que ce soit chez les auteurs (76%) comme chez les victimes (68%) (Figure 3). Il s'agit, en règle générale, d'une population jeune dont l'âge moyen est de 35,6 ans. Deux pics au cours de la vie sont mis en évidence, autour des « 25-29 » et des « 35-39 » ans (Figure 5). Ils sont, pour la moitié, célibataires et bénéficient d'une faible insertion socioprofessionnelle (Tableau 1, Tableau 3). En effet, une majorité d'entre eux ne travaille pas pour cause de chômage (51% des auteurs) ou d'invalidité (10% des auteurs). Lors de la présence d'un emploi, il s'agit d'emplois peu qualifiés (Tableau 5). Cela peut s'expliquer par un arrêt de la scolarité précoce car, malgré un niveau intellectuel normal (72%), la moitié des auteurs a interrompu leurs études au collège (Tableau 8). Leur vie sociale est souvent pauvre, sans loisir ni entourage étayant (Tableau 7).

3.1.1.2. Profil psychopathologique et criminologique

Antécédents psychiatriques

Les antécédents psychiatriques sont assez fréquents puisqu'ils sont retrouvés chez 62% des auteurs (Tableau 9). Il s'agit des mêmes antécédents que ceux classiquement retrouvés dans la littérature (25, 26, 27). En effet, les auteurs de notre étude présentent par ordre décroissant des antécédents d'abus ou de dépendance aux toxiques, de tentatives de suicide, d'abus ou de dépendance à l'alcool et de troubles de l'humeur (de nature dépressive) (Tableau 9). Il existe en revanche, une part plus importante des antécédents liés à la consommation de toxiques par rapport aux antécédents liés à l'alcool (27, 36). L'analyse de l'année précédant le passage à l'acte criminel permet de mettre en évidence la présence non négligeable de symptômes dépressifs (32%) sans pour autant parler d'épisode dépressif majeur (DSM V). A l'inverse, la symptomatologie psychotique est exceptionnelle (1%). Un contact avec la psychiatrie n'est pas rare puisque, si seulement 10% des auteurs ont bénéficié d'une hospitalisation en milieu spécialisé psychiatrique l'année précédant les faits, un tiers prenait un traitement psychotrope. Les traitements les plus retrouvés sont les antidépresseurs devant les anxiolytiques, les traitements de substitution à l'héroïne et de sevrage à l'alcool et les hypnotiques, les neuroleptiques antipsychotiques et les thymorégulateurs. La présence de plusieurs classes médicamenteuses associées n'est pas rare.

Diagnostic psychiatrique au moment du passage à l'acte

Dans notre étude, un diagnostic de trouble psychiatrique grave a été mis en évidence chez 20% des auteurs. Il s'agit d'un diagnostic de trouble de l'humeur (exclusivement des épisodes dépressifs sévères) chez 14% des auteurs et d'une schizophrénie paranoïde chez 4% des auteurs, correspondant aux données de la littérature (26, 39, 25, 31). En revanche, nous ne retrouvons aucun diagnostic de trouble délirant paranoïaque. Un diagnostic psychiatrique de l'axe I du DSM IV-TR est retrouvé chez 70% des auteurs (Tableau 15). Le plus représenté est l'abus ou la dépendance à l'alcool, mis en évidence dans 54% des cas, ce qui est plus important que les données classiques de la littérature (22, 25, 38, 41). Il est vrai, que la France jouit d'une tradition viticole ancienne et que l'accessibilité à l'alcool est plus importante que dans certains pays (comme les Etats Unis d'Amérique par exemple). Ceci est d'autant plus vrai dans les régions rurales telles que la région Poitou-Charentes où la culture du vin et du cognac est développée. De plus, les troubles de la personnalité retrouvés, comme nous allons le développer plus loin, notamment les personnalités antisociales et borderlines, se caractérisent fréquemment par des comorbidités addictives. L'abus ou la dépendance aux toxiques sont retrouvées chez 23% des auteurs. On peut donc estimer que la part délirante du passage à l'acte homicide dans notre étude est exceptionnelle.

Un trouble de l'Axe II du DSM IV-TR, correspondant aux troubles de la personnalité est, quant à lui, retrouvé chez 55% des auteurs contre 19% dans les données de la littérature (24, 25, 45, 46). Il s'agit plus fréquemment des troubles du cluster B (Annexe 3). Les personnalités pathologiques retrouvées sont, par ordre décroissant, les personnalités borderlines (23%), antisociales (17%), dépendantes (8%), paranoïaques et histrioniques (4%), schizoïdes et narcissiques (3%).

Le DSM 5 a été récemment traduit en français permettant son utilisation. Dans cette classification, il n'existe plus de distinction entre l'Axe I et l'Axe II. Les troubles de la personnalité sont un diagnostic à part entière, au même titre que les troubles dépressifs par exemple. Si nous nous référons à cette classification, il apparaît que 83% des auteurs répondent aux critères d'un diagnostic psychiatrique du DSM 5. Les plus fréquents sont donc les troubles de la personnalité et l'abus ou la dépendance à l'alcool. L'association des deux pathologies n'est pas rare.

Le parcours de vie de ces sujets est marqué par la présence d'évènements traumatisants. En effet, 68% des auteurs ont été confrontés dans leur enfance ou jeune adulte à des traumatismes (Tableau 12). Pour la majorité d'entre eux, il s'agit d'abandon, de

placement en foyer ou en famille d'accueil (41%), de violences physiques (28%) ou de violences sexuelles (8%). Ces éléments peuvent expliquer en partie la présence très fréquente de carences affectives et éducatives et la dépendance affective retrouvées chez les auteurs (Tableau 12). De même d'un point de vue psychopathologique, ils permettent d'éclairer l'importance du taux de troubles de la personnalité du cluster B retrouvé précédemment. En effet, il est établi que des relations précoces insécures, des traumatismes physiques ou psychiques répétés et l'absence d'apprentissage des normes sociales font le lit du développement à l'âge adulte de troubles de la personnalité (77, 101, 102). Une instabilité à l'âge adulte est retrouvée chez 76% des auteurs de notre étude (Tableau 12). Il peut s'agir d'une instabilité professionnelle comme relationnelle, témoignant de leurs difficultés à trouver une place satisfaisante au sein de la société.

Une dangerosité sociale, criminologique ou psychiatrique a été relevée dans 61% des expertises. Dans la moitié des cas, la question de la curabilité des sujets a été jugée inopportune de la part des experts. Dans le cas contraire, la réponse était favorable dans 51% des cas. Globalement, les experts sont optimistes concernant l'avenir des auteurs et leur réinsertion dans la société. En effet, une réadaptation de l'auteur est jugée possible dans 93% des cas (Tableau 12).

Dans ce contexte, les experts psychiatres se sont prononcés pour une altération du discernement au moment du passage à l'acte dans 32% des cas (Tableau 12). Ces altérations ont été justifiées par la présence de troubles de la personnalité borderlines avec dépression, dans le cadre de dépressions isolées et également dans des contextes d'éthylisme chronique. Deux abolitions du discernement ont été évoquées dans un contexte de schizophrénie paranoïde avec décompensation délirante, représentant 3% des auteurs. Il s'agissait, pour l'un, d'un auteur d'homicide intrafamilial et pour l'autre, d'une tentative d'homicide extrafamilial. Ces deux abolitions du discernement ont abouti chacune à une ordonnance d'irresponsabilité pénale. Ce chiffre est beaucoup plus important que les chiffres de 2013 transmis par le Ministère de la justice où apparaissait un taux d'irresponsabilité pénale de 0,5% dans les affaires criminelles (75). Ce chiffre prend en compte l'ensemble des affaires criminelles et non pas uniquement les homicides ou tentatives d'homicide pouvant expliquer cet écart important.

Antécédents judiciaires

Les antécédents judiciaires sont fréquents dans notre étude mais dans des proportions plus importantes que dans la littérature internationale puisque 65% de nos auteurs ont des

antécédents judiciaires inscrits sur leur casier (20, 25, 27) (Tableau 17). Nous retrouvons, comme dans la littérature, une part importante des violences contre les biens ainsi que les autres antécédents judiciaires tels que les conduites en état d'ivresse, les conduites sans permis et/ou sans assurance, ou des condamnations en lien avec les stupéfiants. En revanche, dans notre étude, ce sont les antécédents de violences contre les personnes (39%) qui sont le plus fréquemment retrouvés avec une part prépondérante des violences volontaires (Figure 7). Néanmoins, la récidive en matière d'homicide est de 3%. Chez un des auteurs, ces violences volontaires ont entraîné la mort sans intention de la donner. Seul un des auteurs a un antécédent d'assassinat. Il s'agissait de l'assassinat de son ex-compagne. Dans ce contexte, le taux de récidive dans notre étude est en accord avec les données françaises comprises en 0,7% et 5,1 % (81, 83). Le recueil des données criminologiques chez les auteurs met en évidence une place non négligeable de la violence soit en tant qu'auteur (notamment sur conjoint) que victime ou témoin dans l'enfance. L'impulsivité est retrouvée chez 66% des auteurs s'intégrant parfaitement à la clinique des troubles de la personnalité fréquemment retrouvés (Tableau 17).

3.1.2. Phase pré-criminelle

3.1.2.1. Relations antérieures

Une relation antérieure entre les protagonistes, quel que soit le type d'homicide, est très fréquente puisque 83% des auteurs connaissaient leur victime avant les faits. Il s'agit là d'une constante retrouvée dans toutes les études françaises et internationales (20, 23). Dans un tiers des cas, la relation liant auteur et victime est de nature conjugale (présente ou passée). Il peut également s'agir d'une relation amicale (27%) ou familiale (26%) (Figure 9). La relation est souvent marquée par des tensions. En effet, lorsqu'une relation antérieure entre l'auteur et la victime est retrouvée, il existe dans 61% dans cas une notion de conflit antérieur aux faits. Des antécédents de violences (notamment physiques) sont notés dans 58% des cas (Figure 10). Dans un tiers des cas, les auteurs ont proféré des menaces de mort envers leur victime. Il apparaît enfin que 7% des auteurs ont tenté de mettre fin à leurs jours. Il ne s'agit donc pas de banales relations sereines mais des relations interpersonnelles conflictuelles à risque légal permettant d'élaborer des pistes de détection et de prévention. Ces notions de conflits et de violences antérieures sont souvent reprises dans la littérature notamment dans les homicides intrafamiliaux mais il semble que ces éléments soient également retrouvés dans des homicides extrafamiliaux avec relations antérieures entre les protagonistes (2, 39, 64, 65, 66).

3.1.2.2. Facteurs déclencheurs

Nous nous sommes intéressés aux mois précédant les faits afin de rechercher certaines situations permettant d'éclairer le passage à l'acte homicide.

Facteurs déclencheurs non immédiats

Dans un premier temps, si l'on étudie la période non immédiate, c'est-à-dire dans les six mois précédant les faits, les conflits et les violences (32%) ainsi que les séparations (26%) apparaissent comme prépondérants (Figure 11). Ces éléments vont dans le sens de tensions antérieures entre les protagonistes évoquées précédemment. Il est à noter néanmoins, que dans 21% des cas, il n'existe aucun facteur déclencheur dans les six mois précédents les faits (Figure 11).

Facteurs déclencheurs immédiats

Si nous nous intéressons maintenant aux facteurs déclencheurs immédiats, soit dans les 24 heures précédant les faits et pouvant donc être considérés comme précipitants, il apparaît nettement que les situations de conflits (bagarres ou altercations verbales) sont les plus représentées (Figure 13). Ceci peut expliquer le sentiment de colère retrouvé fréquemment (32%) parmi les sentiments ressentis par l'auteur avant le passage à l'acte homicide (Figure 14). Un contexte de séparation (qui peut être amical ou familial et pas seulement conjugal) et de jalousie est le deuxième facteur déclenchant retrouvé (16%) devant une situation de danger ou de menace ressentie (13%). Dans la période proche du passage à l'acte, aucun facteur déclenchant n'est retrouvé dans seulement 4% des cas. Tous ces facteurs ont en commun d'être des situations de crise, responsables d'un débordement émotionnel pouvant faciliter le passage à l'acte d'autant qu'il existe une impulsivité importante, des troubles de la personnalité et des consommations de toxiques et d'alcool pouvant désinhiber les sujets comme nous l'avons vu précédemment.

3.1.3. Le passage à l'acte homicide

3.1.3.1. Circonstances du passage à l'acte

L'unité de temps, de lieu et d'action souvent évoquée dans la littérature se confirme dans notre étude (26). En effet, le passage à l'acte à proprement parlé est relativement simple avec un auteur tuant une victime unique, dans un seul lieu, de façon impulsive (la préméditation a été retenue dans 24% des cas). Dans deux dossiers, deux victimes sont concernées dans le cadre de passages à l'acte intrafamiliaux. Il s'agit dans le premier cas, de

l'homicide, dans un même geste, du couple de beaux-parents de l'auteur. Dans le deuxième cas, il s'agit de l'homicide de la compagne de l'auteur suivi dans un deuxième temps, dans un lieu différent et avec un mode opératoire distinct de la tentative d'assassinat de l'enfant de cette dernière. Dans 90% de nos dossiers, l'auteur agit seul. L'homicide se produit, comme c'est le cas dans notre étude, préférentiellement dans la sphère intime du domicile de la victime ou de l'auteur (Figure 22). Les lieux publics (rue, sortie de discothèque, lieux isolés) sont aussi fréquemment retrouvés (24, 27, 22, 26, 30, 25). Il s'agit dans 94% des cas d'un lieu unique. Dans trois des dossiers, les faits se déroulent sur deux lieux différents. La victime est séquestrée à un endroit avant d'être transportée et mise à mort sur un second lieu. Il apparaît dans notre étude que le soir (32%) et la nuit (28%) sont des moments propices au passage à l'acte (Figure 18). Ces éléments sont fréquemment retrouvés dans la littérature (20, 25, 26, 28, 29). Certains auteurs trouvent une explication à ces données en évoquant les habitudes de vie et notamment les sorties et la consommation d'alcool et de toxiques le soir et en fin de semaine. Hors, nous ne retrouvons pas, de façon significative, cette augmentation des homicides en fin de semaine (Figure 16). Il existe des différences en fonction des saisons, non significatives statistiquement. Tout de même, la saison hivernale est la plus représentée (34%) devant l'été (29%), le printemps (21%) et l'automne (16%). Cette recrudescence des homicides en été et en hiver, fréquente dans la littérature, demeure toujours inexpliquée (22, 24, 28, 30).

3.1.3.2. *Le geste violent*

Le geste violent est localisé dans 62% des cas sur une seule zone du corps de la victime avec, pour 75% des homicides, une arme unique (Tableau 23). Les parties supérieures du corps (thorax, cou et crâne) sont les plus fréquemment touchées, d'où un risque important de létalité. Contrairement aux données françaises et internationales, la proportion des actes commis à l'aide d'une arme à feu est de 16% dans notre étude, tandis que les armes blanches (43%) et les coups à mains nues (31%) sont les plus représentés (Tableau 23) (8, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 34). Ces résultats peuvent étonner puisque la région Poitou-Charentes est une région rurale. On aurait donc pu s'attendre à une plus grande disponibilité sociale des armes à feu (pratique de la chasse plus développée qu'en région urbaine par exemple). Il semble que l'aspect soudain du passage à l'acte fréquemment retrouvé puisse expliquer l'utilisation d'une arme d'opportunité, devant les armes à feu qui demandent une certaine dextérité et une préparation (charger l'arme, enlever la sécurité, viser...). Dans notre étude, une violence excessive est retrouvée dans 44% des cas, tandis qu'elle est considérée comme rare dans la

littérature. Cela peut souligner le caractère émotionnel des passages à l'acte (26). Le geste abouti au décès de la victime dans 82% des cas et ceci de façon relativement rapide.

Motivations

Dans plus de la moitié des cas, le passage à l'acte se déroule dans un contexte, ou au décours, d'une altercation verbale ou physique. Un tiers des victimes présente des lésions de défense. Des blessures sont également retrouvées chez 26% des auteurs, témoignant d'une lutte avec la victime (Tableau 23). Ainsi les motivations les plus fréquemment retrouvées sont la querelle, la possession, la vengeance et la libération (Figure 23), similaires à la littérature (20, 24, 29, 30). Contrairement aux nombreuses données concernant les homicides, notre étude ne retrouve aucun homicide dans un contexte de violences sexuelles. L'association entre homicide et délit, de quelque nature que ce soit, est exceptionnelle (24, 34) (Tableau 23). De même, les motivations délirantes sont rares. Deux cas de notre étude concernent un délire de persécution avec comme mécanismes principaux des hallucinations auditives et un automatisme mental. Il s'agit donc classiquement de l'homicide du schizophrène décompensé tel qu'il est décrit dans la littérature (26, 32).

Place des toxiques

La question de la consommation d'alcool et d'autres toxiques au moment des faits soulève des interrogations dans leur rôle dans le passage à l'acte. En effet, 69% des auteurs sont sous l'emprise de toxiques et notamment de l'alcool (57%) au moment des faits. Cette proportion de consommation de toxiques par l'auteur au moment du passage à l'acte est plus importante que dans les nombreuses études sur le sujet. Une consommation de cannabis au moment du passage à l'acte est retrouvée dans 13% des cas (Tableau 25). Une consommation d'opiacés ou de benzodiazépines n'est retrouvée que dans 3% des dossiers. Enfin, et contrairement aux études internationales, la consommation de cocaïne est exceptionnelle (22, 24, 27). Bien évidemment, se pose la question du rôle facilitateur des toxiques et de l'alcool qui, comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce travail, entraînent des modifications cognitives et comportementales non négligeables.

3.1.4. La phase post-criminelle

L'analyse de la phase faisant suite au passage à l'acte retrouve, comme dans la littérature, une faible proportion de maquillage du crime ou de dissimulation du cadavre (26).

Ceci s'explique peut-être par le fait que les homicides correctement maquillés et les corps efficacement dissimulés n'ont jamais été mis à jour. Dans 78% des cas, le corps est laissé sur place, tel quel, et rapidement découvert puisque 70% des auteurs alertent eux-mêmes les secours (Tableau 27). Les auteurs restent sur les lieux du crime dans 22% des cas. Une tentative de suicide de l'auteur après le passage à l'acte est retrouvée dans 6% des cas ce qui est légèrement inférieur aux données de la littérature (25, 26). Notre étude retrouve dans 46% des cas un sentiment de culpabilité de la part de l'auteur, soit dès les procès-verbaux initiaux soit ultérieurement dans les expertises (Tableau 27). Enfin, nous retrouvons chez 40% de nos auteurs une attitude de victimisation. L'auteur se met dans une position de victime, soit en rejetant la faute sur autrui, soit en revendiquant un état de légitime défense, qui ne sera par ailleurs jamais retenu par la justice.

3.1.5. Phase judiciaire

La condamnation moyenne est relativement basse comparée aux peines encourues. En effet, elle est de 12,2 ans (écart-type 6,3 ans) et se répartie entre un minimum de 4 ans (dans un contexte de privation de soin chez une mère accouchant seule à son domicile et délaissant son nouveau-né) et la perpétuité assortie de 22 années de sûreté. Ce chiffre peut s'expliquer par la prépondérance des homicides par rapport aux assassinats puisque la préméditation est retenue dans 25% des cas, d'où des peines encourues moins importantes (4, 5, 8, 9, 10). Les infractions retenues par la Cour d'Assises les plus représentées sont les meurtres (35%) devant les violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner (Tableau 29).

Une condamnation à perpétuité a été prononcée pour quatre auteurs, sans peine de sûreté et pour un des auteurs avec 22 ans de sûreté.

Un suivi socio-judiciaire avec injonction de soin est prononcé pour 19% des auteurs avec une durée moyenne est de 5,6 ans (écart-type 2,3 ans). Ce chiffre semble bas comparé aux 83% des auteurs, pour qui, un trouble psychiatrique a été diagnostiqué (DMS 5). Il est vrai que certains troubles de la personnalité ne nécessitent pas forcément de soins psychiatriques. Néanmoins, sur les 13 auteurs pour qui une injonction de soin a été demandée, 3 n'ont reçu aucun diagnostic psychiatrique lors des expertises psychiatriques et

psychologiques. Cela questionne sur l'articulation entre le judiciaire et le médical ainsi que sur l'interprétation par les magistrats des expertises.

Enfin, entre l'arrestation et le jugement, 25% des auteurs ont présenté des troubles du comportement en détention tels que la détention de stupéfiant, des insultes ou violences sur un codétenu ou un surveillant. Un suivi psychologique en détention a été instauré chez 29% des auteurs. Le taux de tentative de suicide est relativement faible (6%). Ces chiffres peuvent faire supposer que dans la majorité des cas, il existe une bonne adaptation de l'auteur à la vie carcérale et qu'une décompensation psychiatrique reste peu fréquente (Tableau 30).

3.1.6. Comparaison homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux

Il n'existe pas dans la littérature scientifique de comparaison globale entre les homicides extrafamiliaux et intrafamiliaux. En effet, de nombreuses analyses concernant les homicides existent comme nous les avons évoquées précédemment mais ces travaux se sont intéressés aux homicides intrafamiliaux de façon dissociée entre chaque type (conjugal, infanticide, parricide). Il est vrai que ces types d'homicides sont très distincts par leurs protagonistes et leur passage à l'acte. Cependant, comme nous allons voir par la suite, les homicides extrafamiliaux et intrafamiliaux, pourtant très différents dans la représentation symbolique de chacun, présentent peu de spécificités.

3.1.6.1. Profils sociodémographiques

Les profils sociodémographiques diffèrent peu entre les auteurs d'homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux. Néanmoins, la prépondérance masculine est plus marquée chez les auteurs d'homicides extrafamiliaux (89%). Les femmes, quant à elles, sont plus représentées dans les homicides intrafamiliaux (Figure 4).

Une des différences qui apparaît de façon nette concerne l'âge des auteurs. En effet, les auteurs d'homicides extrafamiliaux sont plus jeunes (31,2 ans en moyenne) que les auteurs d'homicides intrafamiliaux (40,4 ans). Cette notion est retrouvée dans la littérature (39, 54, 67). La répartition des âges des auteurs diffère en fonction du type d'homicide. Les auteurs d'homicides intrafamiliaux sont plus représentés dans les groupes « 20-24 ans », « 25-29 ans » et « 35-39 ans ». Les auteurs de passages à l'acte intrafamiliaux sont, quant à eux, plus représentés dans les groupes « 25-29 ans », « 35-39 ans » et « 40-44 ans » (Figure 6).

Les auteurs d'homicides extrafamiliaux sont moins bien insérés socialement que les auteurs d'homicides intrafamiliaux. En effet, ils sont plus souvent célibataires, vivant seuls (Tableaux 4). Le taux de chômage des auteurs de passages à l'acte extrafamiliaux est de 65% contre 35% des auteurs intrafamiliaux (Tableau 6). Néanmoins, quel que soit le type d'homicide, le niveau de vie reste assez bas avec des relations sociales pauvres et peu étayantes.

3.1.6.2. Profil particulier psychopathologique et criminologique

Il existe trois différences importantes concernant les auteurs d'homicide en fonction du type de passage à l'acte.

Antécédents psychiatriques

Tout d'abord, les antécédents psychiatriques diffèrent. En effet, s'il n'existe pas de différence entre la fréquence des antécédents psychiatriques (se situant entre 60% et 70%), les auteurs d'homicides extrafamiliaux ont plus d'antécédents d'abus ou de dépendance aux toxiques (43%) que les auteurs d'homicides intrafamiliaux (12%) ($p=0,0038$) ainsi que plus d'antécédents d'hospitalisation ($p=0,025$). A l'inverse, des antécédents dépressifs sont plus retrouvés chez les auteurs d'homicides intrafamiliaux (29% contre 5%) ($p=0,010$) (Tableau 10). De même, l'année précédant les faits, des symptômes dépressifs sont retrouvés chez 50% des auteurs de passages à l'acte intrafamiliaux, sans pour autant qu'il existe une prise en charge psychiatrique plus importante, tandis qu'ils apparaissent chez 16% des auteurs extrafamiliaux ($p=0,0023$) (Tableau 11). Il existe dans ce contexte, une part plus importante de menaces et d'idéations suicidaires verbalisées à l'entourage chez ce type d'auteurs (Tableau 20).

Quel que soit le type d'homicide, notre étude met en évidence un parcours de vie chaotique la plupart du temps marqué par des carences affectives et éducatives, des événements de vie traumatisants et une instabilité à l'âge adulte. Cependant, il apparaît que les auteurs d'homicides intrafamiliaux ont une dépendance affective plus marquée que les auteurs d'homicides extrafamiliaux ($p=0,0031$) (Tableau 13).

Troubles psychiatriques au moment des faits

Un trouble mental grave est retrouvé dans les mêmes proportions chez les auteurs d'homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux. Il en est de même pour les diagnostics psychiatriques (Tableau 15, Tableau 16) avec une prépondérance pour les abus et les dépendances à l'alcool. Cette notion est en contradiction avec la littérature. Classiquement, de nombreuses études font un lien entre les pathologies mentales et les homicides intrafamiliaux

et mettent très souvent en évidence une surreprésentation des troubles mentaux dans ce type d'homicide (18, 27, 41, 42). De la même manière, F. Millaud et son équipe soulignent que quelque soit la pathologie mentale, les éléments psychotiques sont au cœur des gestes homicides intrafamiliaux (42, 55). La seule différence dans notre étude réside dans la part plus importante que représentent les abus ou dépendances aux toxiques chez les auteurs d'homicides extrafamiliaux (32% contre 12%) ($p=0,048$). Une des explications réside peut être dans les troubles de la personnalité retrouvés chez ces auteurs. En effet, s'il n'existe pas de différence entre le nombre de troubles de la personnalité retrouvés en fonction du type d'homicide, les auteurs d'homicides extrafamiliaux ont plus de troubles de la personnalité antisociale ($p=0,025$) (Tableau 16). Or il est admis qu'il existe un lien de comorbidité fréquent entre un trouble de la personnalité antisociale et la consommation de toxiques (19). De la même manière, on peut expliquer l'augmentation des antécédents judiciaires retrouvés dans cette population (Tableau 16). En effet, des antécédents judiciaires sont plus fréquemment retrouvés chez ce type d'individus (78% contre 50%) ($p=0,024$). Cette augmentation concerne notamment les violences contre les personnes (50% contre 25% ($p=0,032$)) et contre les biens (42% contre 21% ($p=0,042$)) (Figure 8). Les auteurs d'homicides intrafamiliaux présentent, quant à eux, plus d'antécédents de violences physiques envers les enfants ($p=0,0023$) (Tableau 18).

Facteurs déclencheurs

Bien que, par définition, il n'existe pas de liens familiaux entre les protagonistes, les meurtres de rumeur ou opportuniste sont rares. En effet, dans 68% des cas les auteurs d'homicides extrafamiliaux connaissent leur victime avant le passage à l'acte. Il s'agit très souvent d'une relation amicale ou tout du moins une vague connaissance. Si une altercation ou une bagarre dans les 24 heures précédant les faits est plus souvent retrouvée dans les homicides extrafamiliaux que dans les homicides intrafamiliaux, il existe la plupart du temps aucun facteur déclencheur dans les six mois précédant les faits (Figure 12). Au contraire, les relations entre auteur et victime d'homicides intrafamiliaux sont fréquemment marquées par une situation de séparation, d'éloignement ou de rejet entre les protagonistes (Figure 12). Ces éléments sont fréquemment décrits dans la littérature notamment dans les situations d'homicides conjugaux et de parricides (52, 55, 58, 69, 71, 72, 73, 46).

La notion de crise est retrouvée quel que soit le type d'homicide. Il existe, chez les auteurs d'homicides extrafamiliaux, dans 71% des cas, une altercation ou une bagarre. Ce type de situation est également le plus représenté dans les homicides intrafamiliaux. Ainsi, le sentiment de colère précédant le passage à l'acte est plus fréquemment retrouvé (Figure 15).

Cependant, il faut noter qu'un contexte de séparation ou de jalousie est beaucoup plus important dans les homicides intrafamiliaux que dans les homicides extrafamiliaux ($p=0,021$). Ces situations aboutissent à un sentiment d'abandon plus fréquemment décrit dans ce type d'homicide ($p=0,024$) (Figure 15). Le facteur déclenchant est parfois moins explicite, prenant peut être source dans des relations très antérieures. Ainsi, dans 15% des homicides intrafamiliaux, aucun facteur déclenchant n'est retrouvé ($p=0,021$) (Tableau 21).

3.1.6.3. Profil du passage à l'acte

Il n'existe pas de différence entre la saison, les jours de la semaine et les moments de la journée en fonction du type d'homicide. Les homicides intrafamiliaux sont plus fréquemment commis dans la sphère intime du domicile (des auteurs, de la victime ou conjugal). Les homicides extrafamiliaux sont plus souvent commis dans un lieu public (38%) ($p=0,0087$) (Tableau 22).

Quelque soit le type de passage à l'acte, il se déroule de façon rapide, impulsive, au paroxysme d'un conflit. En revanche, il existe des différences significatives entre les différents types d'homicide. Dans le cadre des homicides extrafamiliaux, la motivation la plus fréquente va être la querelle (44%) devant la vengeance (15%). Il s'agit là de motivations classiques (20, 24, 29, 30). Le passage à l'acte intrafamilial se produit, quant à lui, dans un moment libérateur (33%) ou dans un désir de possession de l'autre (27%) (Figure 24). Par exemple, un des auteurs de parricide tue son père, violent envers la famille depuis des années et se montrant particulièrement menaçant envers la mère de l'auteur quelques heures avant les faits. Un autre, tue sa mère gravement malade et représentant une charge pour lui. Ces éléments libérateurs sont fréquemment retrouvés dans les études portant sur les homicides conjugaux et les parricides et peuvent être mis en lien avec une impasse relationnelle avec la victime (52, 55). Les mouvements d'appropriation de l'autre ont beaucoup été développés dans les écrits concernant les homicides conjugaux au cours desquels la menace de la perte de l'autre est vécue comme une perte de possession (44, 56). La possession est une notion également très présente dans les études sur les infanticides (3, 4, 41, 57, 60, 62). L'enfant est considéré comme le prolongement de leur mère, sans différenciation possible de leur part.

Il n'existe pas de différence entre les zones touchées chez la victime ni concernant la présence de violence excessive. En revanche, l'arme utilisée par l'auteur varie. Si l'arme blanche est celle la plus utilisée dans les deux groupes, elle est plus fréquemment associée aux passages à l'acte extrafamiliaux ($p=0,027$). Les coups à mains nues sont le deuxième moyen utilisé dans les deux groupes. Par contre, les manœuvres asphyxiques (strangulation, sac

plastique, oreiller) sont surreprésentées dans les homicides intrafamiliaux (24% contre 3%) ($p=0,027$) (Tableau 24). Dans les deux cas, il s'agit d'une arme d'opportunité, traduisant un passage à l'acte brutal et non prémédité. L'utilisation d'une arme à feu est retrouvée dans 16% des cas. Dans les homicides intrafamiliaux, son utilisation est retrouvée, dans la majorité des cas, lors d'homicides conjugaux, tous commis par un homme. L'utilisation de l'arme à feu chez les auteurs masculin d'homicide est souvent retrouvée dans la littérature et notamment dans le cadre d'homicides conjugaux. Il apparaît en effet, que la possession d'une arme au domicile, dans un contexte de violences conjugales est un facteur de risque d'homicide (45, 56). Il n'existe pas de différence entre la fréquence de l'intoxication des auteurs lors du passage à l'acte (Tableau 26). En revanche, les auteurs d'homicides extrafamiliaux sont plus souvent alcoolisés au moment du passage à l'acte (71% contre 44%) ($p=0,027$).

3.1.6.4. Phase post-criminelle et judiciaire

Au décours, les auteurs d'homicides intrafamiliaux ont plus tendance à rester sur les lieux du crime ($p=0,0015$) et à appeler les secours, sans pour autant se dénoncer, laissant penser à une tentative de réparation de l'acte (Figure 26, Tableau 27). Il est envisageable le type de lien mis en jeu dans les homicides intrafamiliaux, plus étroit, puisse expliquer cette différence.

Il n'existe pas de différence entre les peines bien que l'on puisse s'y attendre puisque les homicides intrafamiliaux font partie des circonstances pour lesquelles la loi prévoit des peines plus lourdes (5, 8, 9, 10). Un suivi socio-judiciaire est demandé dans les mêmes proportions dans les deux types d'homicide.

Enfin, des troubles du comportement pendant la détention sont retrouvés plus fréquemment chez les auteurs d'homicides extrafamiliaux ($p=0,0042$). Les troubles de la personnalité antisociaux plus fréquemment retrouvés dans cette population peuvent expliquer en partie la moins bonne adaptation à la vie carcérale (Tableau 30).

Comme nous l'avons vu précédemment, une déclaration d'irresponsabilité pénale a été prononcée dans un dossier d'homicide intrafamilial et dans un dossier d'homicide extrafamilial, suivant l'avis des experts psychiatres. En effet, ces deux dossiers ont bénéficié d'une expertise puis d'une contre-expertise psychiatrique, venant dans les deux cas, confirmer le diagnostic de la première expertise. L'irresponsabilité pénale a été déclarée pour un infanticide commis par une mère, chez son fils de 18 mois, par arme blanche. Le dossier extrafamilial concerne une tentative d'homicide sur une personne connue de vue par l'auteur, avec une arme blanche également. Dans les deux cas, les auteurs présentaient une

décompensation délirante avec injonctions hallucinatoires dans un contexte de schizophrénie, en rupture de traitement. Tout deux ont été mis en détention provisoire après un séjour initial en hôpital psychiatrique. La déclaration d'irresponsabilité pénale est intervenue environ un an après les faits.

3.1.7. Données concernant les victimes

Durant notre étude, il s'est avéré compliqué de relever de façon exhaustive les données concernant les victimes. En effet, les procédures judiciaires se focalisent sur la manifestation de la vérité puis sur des éléments de compréhension des faits afin de rendre l'affaire en état d'être jugée. La place de la victime, d'autant plus lorsque cette dernière est décédée, est alors restreinte. Tout au plus, la victime est évoquée au travers de la relation antérieure qu'elle a pu entretenir avec l'auteur ou au travers de quelques procès verbaux de l'entourage. Lorsque la victime survit, elle peut (mais cela reste relativement rare) bénéficier d'une expertise psychologique ou psychiatrique permettant d'évaluer un retentissement psychologique.

Ainsi, il apparaît que les victimes de notre étude, comme dans la littérature (lorsqu'il s'agit de victime adulte), possèdent un profil sociodémographique globalement similaire à celui des auteurs (19, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30). Il s'agit dans 68% d'hommes, âgés en moyenne de 38,8 ans (Figure 3). Trois périodes à risque apparaissent. Il s'agit de la période « inférieure à 20 ans » (correspondant à la petite enfance et aux jeunes majeurs), la période « 24-29 » et la période « 40-44 » (Figure 5). Malgré des données manquantes, il apparaît que les victimes vivent préférentiellement seules. Elles sont plus fréquemment célibataires ou en union libre et exercent une activité professionnelle (Tableau 1, Tableau 3, Tableau 5). Des précisions sur le mode de vie, le fonctionnement intellectuel et les relations sociales ne peuvent pas être apportées (Tableau 7, Tableau 8).

Des antécédents psychiatriques sont retrouvés chez 36% des victimes. Il s'agit dans 17% d'abus ou de dépendance à l'alcool. Les troubles de l'humeur dépressifs (9%), l'abus ou la dépendance aux toxiques (7%) ainsi qu'une hospitalisation en milieu spécialisé psychiatrique (6%) sont également retrouvés. Un diagnostic psychiatrique au moment des faits est retrouvé chez 42% des victimes (données manquantes 13%). Il s'agit dans un tiers des cas d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool bien loin devant l'abus ou la dépendance aux toxiques (6%) ou les troubles de l'humeur (4%). Ceci peut peut-être expliquer la part de

l'imprégnation éthylique retrouvée chez les victimes au moment des faits (38%) (Tableau 25). Le reste des données concernant la psychopathologie des victimes se sont révélées trop restreintes et peu fiables, ne permettant pas de les exploiter.

De même, peu d'informations sont disponibles sur l'évolution des victimes ayant survécu. Il est donc difficile de se prononcer sur leur évolution, sur le vécu de l'enquête et du procès et sur leur sentiment de reconnaissance en tant que victime par la société. Les seuls éléments en notre possession sont les résultats des expertises psychologiques et psychiatriques. Or celles-ci ne sont pas systématiques puisqu'il apparaît dans notre étude que 8% (n=1) des victimes survivantes ont bénéficié d'une expertise psychiatrique et 54% (n=7) d'une expertise psychologique. Un syndrome de stress post-traumatique est retrouvé chez 15% des victimes. Un diagnostic de dépression réactionnelle aux faits a été posé chez 8% des victimes survivantes. De la même façon, il n'a pas été possible de déterminer si ces victimes ont pu bénéficier d'un suivi psychologique ou psychiatrique, ni de connaître l'évolution de leurs troubles à distance.

L'analyse de ces données permet donc de dégager des éléments essentiels et communs quelque soit le type d'homicide.

Il s'agit d'un auteur, plus fréquemment de sexe masculin, relativement jeune, d'intelligence normale. Cet auteur s'est construit sur une enfance chaotique, marquée par de la violence et des abandons parfois récurrents. Son parcours d'adulte est caractérisé par une précarité et une instabilité tant affective que sociale, reproduisant son schéma familial. Il présente des antécédents judiciaires et des troubles psychiatriques liés à un mésusage de l'alcool. Le passage à l'acte intervient dans son milieu proche (familial ou amical) où règnent les mêmes codes, ceux de la précarité, de l'alcool et de la violence. L'auteur d'homicide va ainsi, lors d'une soirée arrosée, au décours d'une énième dispute, devant une rupture affective qui s'annonce (amicale, familiale ou conjugale), passer à l'acte de manière impulsive. Avec le couteau à proximité, ou à mains nues, parfois dans un élan d'acharnement il porte les coups à sa victime. Puis c'est l'après, le retour au calme, la prise de conscience du geste s'accompagnant de la fuite ou au contraire d'une tentative de réparation, en exerçant les premiers soins ou en appelant les secours.

Il apparaît ainsi dans notre étude que, quel que soit le type d'homicide, nous sommes dans un contexte de violence affective, émotionnelle, motivée essentiellement par divers

sentiments (colère, angoisse, dépression, passion, haine, jalousie, vengeance, peur), sans mobile rationnel ou utilitaire, comme décrit par l'Unité des Sciences du Comportement de l'Académie du FBI. Il s'agit en effet de meurtriers désorganisés commettant un acte de façon impulsive, non préparée, avec une violence soudaine plus ou moins excessive. Ils laissent sur les lieux de nombreux indices à charge et ne déplacent pas le corps.

Bien évidemment, dans notre étude, certains homicides ne reproduisent pas ce schéma. Certains sont réfléchis et préparés. D'autres, comme les infanticides et les néonaticides par exemple se produisent dans des contextes différents et de façons particulières dont l'analyse peut représenter un travail de thèse à part entière.

3.2. Points forts et limites de l'étude

3.2.1. Points forts de l'étude

3.2.1.1. Inclusion des dossiers

Le recensement électronique des dossiers, dans les différents tribunaux, à permis de fournir une liste exhaustive des dossiers en fonction des qualifications (homicide, tentative d'homicide, assassinat...) et de rechercher directement les dossiers dans les archives.

3.2.1.2. Accessibilité des dossiers

Les autorisations obtenues par les tribunaux ont permis l'accès complet aux dossiers d'Assises. La consultation étant globale et sans contrainte de temps, il a pu être possible d'accéder aux différentes pièces du dossier (procès verbaux d'audition, expertises, ordonnances de mise en accusation...) sans limitation aux simples expertises.

3.2.2. Limites de l'étude

3.2.2.1. Biais de sélection

Les dossiers pris en compte étant ceux du ressort de la Cour d'Appel de Poitiers, ils ne concernent qu'une faible partie de la population française.

La durée d'étude (entre janvier 2008 et décembre 2013) a été arrêtée de façon arbitraire dans un but de faciliter l'accès aux dossiers.

3.2.2.2. Biais d'interprétation

Le recueil des données s'est déroulé uniquement par la consultation des dossiers judiciaires. Aucun auteur n'a été rencontré. Les données découlent donc de la retranscription par un tiers (enquêteurs, experts) des propos de l'auteur et de son entourage. Il s'agit donc d'un point de vue subjectif pouvant être à l'origine de biais de reconstruction. De plus, les expertises ont été réalisées par différents experts, sans méthodes standardisées. Bien que ramenées à des critères plus objectifs (utilisation des critères du DSM IV-TR pour le relevé des données), il peut exister un biais d'interprétation.

3.2.2.3. Données manquantes

La méthode de recrutement des dossiers (par recensement en fonction des qualifications) n'a pas permis l'accès aux dossiers des homicides-suicides. En effet, la mort de l'auteur engendrant une extinction de la procédure pénale, il nous était impossible de retrouver ces dossiers.

La seconde difficulté dans le recrutement a été de consulter les dossiers d'homicides dont les auteurs ont été reconnus irresponsables pénalement. En effet (sauf à Saintes où une liste nous a été fournie), il n'a pas été possible d'obtenir le recensement exhaustif de ces dossiers.

Enfin, un grand nombre de données concernant les victimes n'a pas pu être retrouvé limitant l'analyse du profil des victimes.

3.3. Perspectives

Globalement, nos résultats sont proches des données de la littérature internationale. Quelque soit le type d'homicide, des marqueurs de risque de passage à l'acte communs ont pu être identifiés permettant d'élaborer des perspectives de prévention. Cette prévention nécessite une pluridisciplinarité et une identification précoce de ces situations à risque.

3.3.1. Facteurs de risque mis en évidence

Les situations à risque identifiées au cours de notre travail sont :

- Une enfance traumatique marquée par des abandons, des violences physiques et/ou sexuelles et des carences affectives et éducatives.
- Une précarité sociale et relationnelle chez des sujets se trouvant sans entourage étayant.
- Une impulsivité et/ou une dépendance affective s'intégrant ou non dans un trouble de la personnalité borderline ou antisocial.
- Un abus ou une dépendance aux toxiques et/ou à l'alcool, d'autant plus lorsque le sujet aurait tendance à devenir plus irritable et agressif.
- Des antécédents judiciaires, notamment de violences contre les personnes.
- Des relations familiales ou amicales violentes, avec des violences physiques, des menaces de mort ou des tentatives d'homicide.
- Une rupture de lien récente (familiale, conjugale ou amicale) d'autant plus lorsque cette dernière est conflictuelle.
- Une symptomatologie dépressive, l'expression de menaces suicidaires ou d'idéations suicidaires latentes.
- Un premier épisode délirant ou une décompensation délirante dans un contexte de rupture de soin, avec injonctions hallucinatoires importantes et automatisme mental.

3.3.2. Prévention des homicides en prévenant la violence

Les conflits et les violences antérieurs aux faits ressortent clairement dans notre étude. Ainsi, la prévention de la violence fait partie intégrante de la prévention des homicides.

3.3.2.1. Prévention des traumatismes dans l'enfance et développement des compétences sociales.

Comme nous avons pu le constater précédemment dans notre étude, quel que soit le type d'homicide, les auteurs ont majoritairement été confrontés à des événements de vie traumatisants et à des relations interpersonnelles précoces instables. Ces circonstances particulières entraînent des conséquences négatives à l'âge adulte sur la santé physique, mentale et sur le fonctionnement social et professionnel (77, 101, 102). Il existe fréquemment une répétition traumatique transgénérationnelle. Classiquement énoncé dans la prévention des

infanticides, le soutien à la parentalité et le repérage des maltraitances à enfant nous apparaissent comme essentiels dans la prévention des homicides, de quelque nature que ce soit. Une des pistes de travail concernant la réduction du risque de passage à l'acte violent et d'homicide nécessite des interventions favorisant des relations sécurées, stables et stimulantes entre parents et enfants. La mise en place de stratégies favorisant l'attachement précoce entre les parents et le bébé pourrait permettre de rompre le cercle vicieux de la transmission transgénérationnelle de la violence. Les visites médicales obligatoires durant la petite enfance, l'accessibilité aux différents professionnels de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), la scolarisation obligatoire des enfants jusqu'à 16 ans, ne permettent pas suffisamment d'accompagner les familles et de repérer les maltraitances. Il serait intéressant de développer d'autres interventions afin de dépister les situations familiales à risque (milieux violents, précarité sociale, pathologies psychiatriques des parents) pour proposer un accompagnement adapté. Par exemple, aux USA, a été développé le *Positive Parenting Programme* (Triple P). Ce programme d'éducation parental est dispensé, dans des lieux d'accueil, de façon gratuite, à des groupes de parents. Il vise à prévenir la maltraitance sur enfants en améliorant les aptitudes des parents à élever leurs enfants, en renforçant les connaissances en matière de développement de l'enfant et en promouvant des stratégies efficaces de gestion du comportement de l'enfant (107). Sur ce modèle, il serait possible de mettre en place des programmes d'aide à la parentalité. Une articulation entre le milieu scolaire, la pédopsychiatrie, les travailleurs sociaux voire le milieu judiciaire (lors de violences intrafamiliales judiciairisées par exemple) permettrait de repérer les familles à risque pour leur proposer un groupe de la sorte. Il s'agit là de prévention primaire à savoir prévenir l'apparition des comportements violents et non pas à les prendre en charge une fois qu'ils sont installés. Cela nécessite donc des interventions précoces dans la vie des sujets.

De nombreux travaux se sont notamment intéressés à la prise en charge de la psychopathie qui, comme nous l'avons vu, est le trouble de la personnalité le plus criminogène. La capacité à prévenir la violence à venir pourrait reposer sur notre capacité à reconnaître les traits précurseurs psychopathiques. Ainsi, les facteurs de risque biologiques et environnementaux qui ont été identifiés pour la psychopathie pourraient finalement être mis à profit afin d'élaborer des interventions pour empêcher, ou du moins réduire, l'ampleur et les conséquences des comportements violents. Cependant, il faut rester vigilant et ne pas poser une étiquette sur un comportement passager et plus ou moins normal dans le développement à l'adolescence. Les stratégies utilisant le renforcement positif des comportements pro-sociaux commençant à un âge précoce peuvent se révéler fructueuses dans la prévention de la violence

associée à la psychopathie. Par exemple, DE. Reidy et al. ont rapporté une influence positive des stratégies éducatives fonctionnant sur le principe de la récompense par rapport aux stratégies parentales punitives, sur les traits psychopathiques. Ce modèle suggère que les interventions employant les principes du renforcement positif du comportement pro-social peuvent être plus prometteuses pour les jeunes personnes à risque (108). De même, selon le rapport de prévention de la violence de l’OMS, le développement des aptitudes à la vie quotidienne par le renforcement des compétences sociales, émotionnelles et comportementales pourrait prévenir la violence chez les adolescents et les jeunes adultes. Cela souligne le rôle à la fois parental, social mais aussi l’importance du système éducatif qui peut intervenir chez les enfants au tout début de leur vie afin de développer les capacités scolaires pour améliorer les perspectives d’emploi mais également améliorer les aptitudes sociales et réduire la participation aux actes violents.

3.3.2.2. Repérage des états émotionnels facilitateurs de la violence

Dans son rapport sur l’évaluation de la dangerosité des personnes atteintes de schizophrénie et de troubles bipolaires, en 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) expose certains signes d’alerte généraux de passage à l’acte violent qui peuvent être généralisés à l’ensemble de la population. Les facteurs généraux de violence hétéro-agressive, comme nous l’avons vu précédemment sont l’âge jeune, le sexe masculin, les conditions socio-économiques précaires, les antécédents judiciaires, l’abus ou la dépendance à l’alcool ou aux substances psycho-actives. Il existe également des facteurs spécifiques en fonction du type de pathologie présenté par le sujet : diagnostic de schizophrénie paranoïde, personnalité antisociale, longue durée de psychose non traitée, symptômes psychotiques importants (injonctions hallucinatoires, idées délirantes importantes et dirigées, dimension négative), symptômes dépressifs, idéations suicidaires, rupture du suivi psychiatrique et non-observance médicamenteuse. L’HAS met en avant certains états émotionnels dont le repérage pourrait prévenir la violence comme l’impulsivité et un mauvais contrôle de la colère, un degré d’autocritique faible et des difficultés à demander de l’aide. La présence de ses facteurs de risque nécessite une vigilance particulière de la part des professionnels du milieu médical et paramédical, du milieu social et éducatif, et du milieu judiciaire, concernant l’individu lui-même et son entourage. La prise en charge précoce de certains troubles et l’orientation, adaptée à chacun et aux diverses situations, vers un professionnel peut permettre de limiter les risques de passage à l’acte violent. Comme nous l’avons vu, l’homicide est rarement un geste gratuit sur une personne inconnue. Ainsi, il est important de s’intéresser à l’entourage des personnes à risque de violence. En effet, leurs réactions parfois inadaptées, peuvent entraîner

une alimentation ou une aggravation de la violence (honte, culpabilité, réaction de l'entourage conduisant à entretenir et développer une crainte du patient, épuisement, agressivité). Les recommandations n°31 et 32 de l'HAS renforcent l'idée de l'importance de la transmission des informations entre les professionnels de santé et en partenariat avec l'entourage afin de préciser l'existence et le contexte situationnel et émotionnel de survenue des passages à l'acte violents ainsi que les signes précurseurs. Il est important de repérer les situations de crises qui, comme nous l'avons vu précédemment, quelque soit le type d'homicide, entraînent une bascule de la violence vers un passage à l'acte irrémédiable. Tout examen clinique devrait systématiquement explorer la sphère de la violence même si le patient ne l'évoque pas spontanément, de façon répétée au cours du temps. L'HAS souligne enfin l'importance de la protection de l'entourage en cas de forts risques de violence avec, si besoin, le recours à une hospitalisation de la personne (98).

Les passages à l'acte homicides dans notre étude sont souvent accompagnés de conflits et précédés de menaces verbales ou physiques. En étant informées des situations à risque exposées précédemment, les victimes potentielles pourraient alors adopter un comportement visant à éviter un passage à l'acte. Ces mesures peuvent consister à :

- Informer leur entourage proche (famille, amis, collègues de travail) d'un sentiment de peur, d'une situation préoccupante face à un membre de la famille ou une connaissance menaçante.
- Signaler aux autorités (police ou gendarmerie) une situation de danger ou d'insécurité.
- Ne pas rester seul(e) avec la personne, notamment dans les moments de crise. De la même façon, éviter les situations d'alcoolisation aiguë de l'auteur potentiel ou commune d'autant lorsqu'elle s'accompagne de troubles du comportement.
- Lors de conflits, ne pas chercher à s'affirmer, à prendre le dessus. Ce type de comportement pouvant alimenter un sentiment de colère.
- S'abstenir de propos blessants ou humiliants.
- Dans toute situation antérieure de violence, informer ou demander l'intervention des forces de l'ordre, la confiscation des armes à feu, la suppression des permis de chasse, et l'instauration d'injonctions de soins.

3.3.2.3. Repérage et prévention des situations spécifiques

Bien évidemment, le but de ce travail n'est pas de gommer les spécificités de chaque type d'homicide. En effet, il est primordial que les facteurs de risque spécifiques soient intégrés et recherchés de façon pluridisciplinaire. Ainsi, dans un contexte de violences

conjugales et comme le souligne A. Delbreil, il est essentiel de rechercher, en plus des éléments cités précédemment, un mouvement d'indépendance de la compagne, un contrôle et une domination du partenaire (plus ou moins associée à une jalousie excessive), des difficultés financières, la présence d'une arme à feu au domicile, l'expression de menaces de mort ou d'idées d'homicide-suicide, l'expression de menaces suicidaires ou la présence d'idées suicidaires latentes ainsi que des tentatives d'homicide (109).

A. Delbreil indique, à juste titre, dans la prévention des homicides conjugaux les éléments spécifiques suivants :

- Ne pas rester au domicile conjugal seule avec le conjoint, ou quitter le domicile si le danger est important.
- Eviter de se retrouver avec l'ex-partenaire qui accepte mal la séparation de façon seule ou isolée. Lors d'une rencontre prévue, au domicile ou dans un lieu public, se faire accompagner d'une tierce personne (proche, intervenant social voire les forces de l'ordre).
- Prévoir des rencontres courtes.
- Eluder toute question concernant le nouveau mode de vie qui peuvent amener à des frustrations et rappellent ou confortent la séparation douloureuse (109).

De même, la prévention des infanticides repose sur des éléments spécifiques. La prise en compte, par l'entourage ou les professionnels entourant les parents, de certains éléments est primordiale :

- Une déniation partielle de la grossesse.
- Des propos hostiles envers l'enfant discordant avec l'habitude des patients.
- Une absence de suivi surtout chez une femme isolée, surtout lorsqu'il existe des antécédents d'abandon, de maltraitance ou de déni.
- Une prescription préventive de psychotropes et une prise en charge précoce en unité mère-bébé, chez les femmes ayant des antécédents de psychose.
- Le repérage de maltraitance sur enfant passée ou présente, de négligence.
- Le repérage de violence dans le couple.

Ainsi, la pratique systématique de l'entretien du quatrième mois de grossesse, est un outil indispensable permettant de dépister les familles vulnérables et de mettre en place un

soutien à la parentalité (70). Néanmoins, cela nécessite que la grossesse soit déclarée et que la mère adhère à un suivi médical ce qui n'est pas toujours le cas.

Chez une personne déprimée ou délirante, il est important de rechercher, par le questionnement direct du sujet et de son entourage, des intentions suicidaires ou homicides. Des préoccupations non réalistes ou délirantes sur la santé ou le devenir des membres de la famille est un argument d'hospitalisation (recommandation n°34 de l'HAS) (98). Il apparaît que les thèmes délirants de persécution et d'influence avec idées d'emprise et de contrôle idéique sont les plus criminogènes de par l'état émotionnel qui en découle (sentiment de menace, peur, tristesse, colère) (26, 32). Une prise en charge efficace du délire est donc indispensable. Cela doit bien sûr passer par un traitement médicamenteux mais d'autres prises en charge complémentaires ont pu être élaborées telle que la remédiation cognitive par exemple. De même, l'Unité pour Malade Difficile (UMD) de Cadillac a réalisé une étude sur l'efficacité des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) chez un patient auteur d'un double homicide. L'objectif premier est d'induire un doute dans les convictions délirantes du patient afin d'abraser le délire. Tout en respectant les croyances des patients, cette méthode leur permet de trouver des explications alternatives et substitutives à leurs idées faussées (110). Cette thérapie s'est avérée efficace de façon assez rapide. Néanmoins, cela nécessite des soignants formés et d'intervenir assez tôt dans la maladie avant l'enkystement du délire et la chronicisation. Ce type d'étude ouvre des pistes sur la prise en charge spécifique du schizophrène et du schizophrène homicide.

3.3.3. Limitation de la consommation d'alcool et de toxiques

Quel que soit le type d'homicide, notre étude souligne la fréquence des problématiques addictives et de la consommation de toxiques, et notamment de l'alcool, au moment du passage à l'acte homicide. Ce constat permet d'orienter la prévention des passages à l'acte violents sur la prévention de la consommation d'alcool et de stupéfiants. Des mesures prohibitives et répressives existent afin de limiter l'accessibilité aux stupéfiants. En 1991, la loi dite « Evin », relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, renforce l'information sur les causes, les conséquences et les moyens de traitement et de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie (111). S'il existe un léger fléchissement dans la consommation régulière du cannabis, 41,5% des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis et 2,1% des adultes sont des fumeurs réguliers de cannabis. Il apparaît que 3,8% des adultes ont

expérimenté la cocaïne et 1,2% l'héroïne (112). Depuis la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, les personnes interpellées pour détention et usage de stupéfiants peuvent se voir ordonner un « *stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants* », obligatoire et payant (113). Ces stages ont concerné 18 000 à 19 000 usagers depuis 2008 (à 94% de cannabis), soit environ 4 500 stagiaires par an, chiffre en croissance constante sans réduction significative de la consommation de stupéfiants.

La consommation d'alcool en France équivaut à une moyenne d'un peu plus de 2,5 verres d'alcool par jour et par habitant de plus de 15 ans. Elle est en nette diminution depuis le début des années 1960, en raison surtout de la baisse de la consommation de vin. La France reste cependant un des pays les plus consommateurs au monde (112). Les législateurs ont tenté de réduire la consommation grâce à des campagnes de sensibilisation sur les méfaits de l'alcool et des restrictions de la vente et de la publicité s'adressant principalement aux mineurs (111). Or, il apparaît que les buveurs répondent aux changements du prix de l'alcool de façon analogue à la population face aux changements de prix d'autres produits de consommation. Lorsque les autres facteurs sont constants, une augmentation des prix de l'alcool conduit à une chute de la consommation (114). Ces éléments permettent d'ouvrir des perspectives sur des mesures possibles visant la diminution de la consommation d'alcool (comme c'est le cas par exemple pour le tabac). Cependant, la tradition viticole française et le poids du lobby de l'alcool rend difficilement envisageable des mesures restrictives de la diffusion de l'alcool.

Nous avons vu précédemment qu'au-delà de la consommation de toxiques au moment des faits, il existe fréquemment des antécédents d'abus ou de dépendance. Le repérage des problématiques addictives et du mésusage de toxiques concernent une fois encore l'ensemble des professionnels du champ social, sanitaire, judiciaire et éducatif. Les troubles liés à l'usage de l'alcool et des autres toxiques se traduisent par des conséquences visibles sur le plan psychologique, médical ou social telle que la violence. La Société Française d'Alcoologie (SFA) a développé des recommandations de bonnes pratiques, publiées en 2015, s'intéressant notamment au repérage des mésusages d'alcool pouvant entraîner des troubles. Ainsi l'utilisation, au cours de la discussion avec un patient, du questionnaire AUDIT-C par exemple (annexe 4) permettrait de repérer un mésusage de l'alcool et de proposer une prise en charge adaptée afin de limiter les conséquences sociales et interpersonnelles. Il est important, notamment dans des services d'urgences, de repérer les alcoolisations pathologiques (comas éthyliques, troubles du comportement) et de proposer une évaluation des alcoolisations sous-jacentes. Aux Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, une articulation entre

les équipes de soins somatiques et de soins psychiatriques, permet une évaluation de ce type de situation afin d'orienter les sujets, si nécessaire, vers des structures adaptées telles que le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) par exemple. Ces échanges sont également un moyen de faire de la prévention, notamment auprès des jeunes (dans un contexte de coma éthylique par exemple), afin d'éviter la banalisation des ivresses massives et prévenir des comportements violents mais également imprudents ultérieurs. Cela constitue donc une autre modalité de prévention de la violence et des homicides à travers des évaluations plus systématiques et une information des populations à risque.

3.3.4. Importance de la pluridisciplinarité et de la formation des médecins

Dans sa recommandation n°30, l' HAS souligne l'intérêt de la pluridisciplinarité dans le repérage des situations à risque de violence en intégrant le sujet lui-même, son entourage, le médecin traitant, les aidants de proximité, les professionnels de santé et médico-sociaux (98). Une des difficultés réside dans le fait que les auteurs d'homicides sont souvent isolés et désinsérés socialement. Cependant, dans notre étude, un tiers des auteurs prenait un traitement psychotrope nécessitant une prescription médicale et donc des consultations médicales régulières. Cela signifie que même lorsqu'un sujet est isolé, il est rare que le lien avec le milieu médical soit totalement rompu. Ainsi, le médecin traitant et/ou le psychiatre peuvent faire ce lien entre le patient, son entourage et les autres professionnels de santé.

L'évaluation de la dangerosité et la détection des situations à risque nécessitent certaines connaissances de la part des professionnels de santé. Loin des objectifs thérapeutiques habituellement enseignés aux étudiants en médecine, la formation médico-légale est peu développée. Un enseignement dans le domaine de la criminologie et des sciences médico-légales devrait être plus systématique et élargi à l'ensemble des médecins et non pas seulement aux psychiatres. On pourrait imaginer que les aspects médico-légaux concernant la violence, les homicides, les facteurs de risque et de prévention, soient abordés en cours de diplôme d'étude spécialisé. De même, il serait opportun d'étendre l'accessibilité des formations dans ce domaine aux diverses spécialités médicales (notamment touchant à la famille comme les médecins généralistes, les pédiatres et les gynécologues par exemple). Les médecins généralistes sont, comme dans bien d'autres situations ou pathologies, en première

ligne. Il serait intéressant de faire un état des lieux de leurs connaissances dans ce domaine. On pourrait imaginer un questionnaire, envoyé à l'ensemble des médecins généralistes en Poitou-Charentes afin d'évaluer les connaissances mais également leurs demandes dans ce domaine. Cela permettrait d'élaborer par la suite des formations et/ou des plaquettes informatives qui seraient distribuées à l'ensemble des médecins généralistes et qui reprendraient les facteurs de risque à évaluer, les numéros des professionnels à contacter en cas de doute sur un passage à l'acte imminent, des conseils à donner pour les personnes menacées et vers qui orienter le patient et son entourage.

Savoir évaluer le niveau de danger et repérer un risque léthal est indispensable pour d'autres intervenants cités précédemment. Pour cela, des formations spécialisées peuvent être organisées directement dans les établissements concernés (postes de police et gendarmerie, tribunaux, associations...) sous forme de formation continue ; dans les écoles, universités ou centres de formation spécifiques à chaque type d'intervenant en tant que formation initiale ; ou sous forme de séminaire, congrès ouverts à un large public.

3.3.5. Et les victimes ?

La littérature est beaucoup plus pauvre concernant les victimes. Il existe peu d'étude s'intéressant aux survivants de tentative d'homicide ou d'assassinat. Il en est de même dans les dossiers que nous avons consultés. La victime tient une place très restreinte au cours des débats judiciaires. Or, dans la majorité des cas il ne s'agit pas d'un geste de rodeur, gratuit, sur une victime prise au hasard. Auteurs et victimes sont liés par des relations antérieures sur lesquelles se construit le passage à l'acte homicide. Il est donc regrettable que ces éléments ne soient pas ou très peu portés à la connaissance de la Cour lors du procès. Il ne s'agit pas de rechercher des excuses pour l'auteur mais plutôt de permettre une meilleure compréhension du passage à l'acte afin que la décision rendue par la justice soit la plus objective possible. De plus, des recherches sur la victime lors de l'instruction (au travers d'une enquête de personnalité, expertises psychologiques et psychiatriques par exemple) seraient une riche source d'informations pour des études telles que la notre.

Enfin, notre étude n'a pas permis d'apprécier le vécu de la procédure judiciaire et du procès par la victime ayant survécu au passage à l'acte. De même, il serait intéressant de connaître l'évolution au cours du temps de ces personnes et des symptômes qu'ils ont pu présenter par la suite. Une étude prospective, s'intéressant aux victimes survivantes de

tentatives d'homicide pourrait être mise en place. Elle permettrait, avec accord de la victime, de relever les données antérieures aux faits, d'analyser le vécu du passage à l'acte, la prise en charge apportée par le milieu médical, judiciaire et social et d'apprécier l'évolution dans le temps (survenue de symptômes post-traumatique, suivi). Le but serait ainsi d'étudier l'impact d'un tel traumatisme sur les victimes, d'améliorer la considération de la victime dans la procédure judiciaire ainsi que sa prise en charge sociale et médicale.

Conclusion

Les homicides constituent le stade ultime de la violence, annihilant l'autre. Outre le désarroi et le sentiment de révolte causés à l'entourage, ces actes entraînent un poids et un coût pour les sociétés. L'homicide est un phénomène relativement éloigné pour tout à chacun, intrigant, voire fascinant, dont l'intérêt est alimenté par les séries et les reportages télévisés qui se multiplient à leur sujet. Les représentations collectives dressent un portrait de l'auteur d'homicide « fou », du « monstre » capable de tuer de sang froid. Il est difficile de penser que le meurtre peut survenir dans sa propre famille, par quelqu'un que l'on a profondément aimé.

Notre étude, rejoignant les travaux internationaux, dresse un portrait très différent de l'auteur d'homicide et du passage à l'acte. Les homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux possèdent de nombreuses similitudes concernant le profil des auteurs, le passage à l'acte et la phase post-criminelle. Les troubles psychiatriques graves apparaissent peu fréquents comparés aux troubles de la personnalité. Notre étude souligne l'importance de la consommation de toxiques et notamment de l'alcool. En effet, il existe très souvent une alcoolisation au moment du passage à l'acte plus ou moins associée à un abus ou à une dépendance à l'alcool qui est le diagnostic psychiatrique le plus retrouvé chez nos auteurs. Quelque soit le type d'homicide, les auteurs sont souvent des hommes, au passé carencé, dont l'encrage social et sentimental précaires facilitent la bascule dans la violence. Il existe bien évidemment des nuances entre les homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux. En effet, la dépressivité est une notion plus importante chez les auteurs d'homicides intrafamiliaux quand les auteurs d'homicides extrafamiliaux sont plus fréquemment dans un registre antisocial, dépendants aux toxiques.

Cette étude nous laisse à penser que la société toute entière a un rôle à jouer dans la prévention des homicides et que le rejet des sujets à risque de violence ne peut que renforcer la menace de violence. Au contraire, un repérage précoce des situations à risque d'homicide ainsi que des facteurs de risque spécifiques des homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux est indispensable. Cela passe par la formation de l'ensemble des professionnels du milieu médical, paramédical, social, culturel et judiciaire.

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 REPARTITION DU TAUX D'HOMICIDES POUR 100 000 HABITANTS EN 2004 (17).....	17
FIGURE 2 PRINCIPAUX THEMES DES MEURTRIS MALADES MENTAUX GRAVES ET DELIRANTS (74).....	41
FIGURE 3 REPARTITION DES SEXES DES AUTEURS ET DES VICTIMES	62
FIGURE 4 REPARTITION DES SEXES DES AUTEURS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	62
FIGURE 5 REPARTITION DES AGES DES AUTEURS ET DES VICTIMES	63
FIGURE 6 REPARTITION DES AGES DES AUTEURS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	63
FIGURE 7 ANTECEDENTS JUDICIAIRES DES AUTEURS.....	75
FIGURE 8 ANTECEDENTS JUDICIAIRES EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE.....	75
FIGURE 9 TYPES DE RELATION ANTERIEURE ENTRE AUTEUR ET VICTIME	77
FIGURE 10 TYPES DE VIOLENCES ANTERIEURES AUX FAITS ENTRE LES PROTAGONISTES	77
FIGURE 11 FACTEURS DECLENCHEURS NON IMMEDIATS (DANS LES 6 MOIS)	79
FIGURE 12 FACTEURS DECLENCHEURS NON IMMEDIATS (DANS LES 6 MOIS) EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	80
FIGURE 13 FACTEURS IMMEDIATS DECLENCHEANT LE PASSAGE A L'ACTE	80
FIGURE 14 SENTIMENTS RESENTIS PAR L'AUTEUR PRECEDANT LE PASSAGE A L'ACTE	81
FIGURE 15 SENTIMENTS RESENTIS PAR L'AUTEUR PRECEDANT LE PASSAGE A L'ACTE EN FONCTION DU TYPE	
D'HOMICIDE... ..	82
FIGURE 16 JOUR DES FAITS	83
FIGURE 17 JOUR DES FAITS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	83
FIGURE 18 MOMENT DES FAITS DANS LA JOURNEE	83
FIGURE 19 MOMENT DES FAITS DANS LA JOURNEE EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	84
FIGURE 20 SAISON DES FAITS	84
FIGURE 21 SAISON DES FAITS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	84
FIGURE 22 LIEU DES FAITS	85
FIGURE 23 MOTIVATION DE L'AUTEUR	89
FIGURE 24 MOTIVATION DE L'AUTEUR EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	89
FIGURE 25 CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE DES FAITS	90
FIGURE 26 CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE DES FAITS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	90

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 STATUT CONJUGAL DES AUTEURS ET DES VICTIMES AU MOMENT DES FAITS	64
TABLEAU 2 STATUT CONJUGAL DES AUTEURS AU MOMENT DES FAITS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE.....	64
TABLEAU 3 CONTEXTE DE VIE DES SUJETS AU MOMENT DES FAITS	65
TABLEAU 4 CONTEXTE DE VIE DES AUTEURS AU MOMENT DES FAITS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE.....	65
TABLEAU 5 EMPLOI DES SUJETS AU MOMENT DES FAITS	66
TABLEAU 6 EMPLOI DES AUTEURS AU MOMENT DES FAITS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE.....	66
TABLEAU 7 VIE SOCIALE DES SUJETS AU MOMENT DES FAITS	67
TABLEAU 8 NIVEAU INTELLECTUEL ET SCOLAIRE DES SUJETS	68
TABLEAU 9 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES DES AUTEURS	69
TABLEAU 10 ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	69
TABLEAU 11 DONNEES PSYCHIATRIQUES DANS L'ANNEE PRECEDANT LES FAITS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	70
TABLEAU 12 DONNEES PSYCHOPATHOLOGIQUES DES AUTEURS.....	70
TABLEAU 13 DONNEES PSYCHOPATHOLOGIQUES DES AUTEURS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE.....	71
TABLEAU 14 DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES DE L'AXE I RETROUVES CHEZ LES AUTEURS.....	72
TABLEAU 15 DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES DE L'AXE I RETROUVES EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE.....	72
TABLEAU 16 DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES DE L'AXE II EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	73
TABLEAU 17 DONNEES CRIMINOLOGIQUES DES AUTEURS ET DES VICTIMES	76
TABLEAU 18 DONNEES CRIMINOLOGIQUES DES AUTEURS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	76
TABLEAU 19 DONNEES PRE-CRIMINELLES EN FONCTION DU TYPE DE RELATION ENTRE AUTEUR ET VICTIME	78
TABLEAU 20 DONNEES PRE-CRIMINELLES EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE.....	78
TABLEAU 21 FACTEURS DECLENCHEURS IMMEDIATS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	81
TABLEAU 22 LIEU DES FAITS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE.....	85
TABLEAU 23 DONNEES MEDICO-LEGALES DU MODE OPERATOIRE	86
TABLEAU 24 DONNEES MEDICO-LEGALES DU MODE OPERATOIRE EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	87
TABLEAU 25 INTOXICATION DES SUJETS AU MOMENT DES FAITS	88
TABLEAU 26 INTOXICATION DES AUTEURS AU MOMENT DES FAITS EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE.....	88
TABLEAU 27 COMPORTEMENT IMMEDIAT DE L'AUTEUR APRES LE PASSAGE A L'ACTE	91
TABLEAU 28 COMPORTEMENT IMMEDIAT DE L'AUTEUR APRES LE PASSAGE A L'ACTE, EN FONCTION DU TYPE.....	
D'HOMICIDE.....	91
TABLEAU 29 ACCUSATION RETENUE PAR LA COUR D'ASSISES	92
TABLEAU 30 COMPORTEMENT DES AUTEURS EN DETENTION EN FONCTION DU TYPE D'HOMICIDE	93

Annexe 1

Historical Clinical Risk – 20 (HCR-20)(103)

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Facteurs de gestion du risque
H1 : Violence antérieure	C1 : Introspection déficiente	R1 : Plans irréalisables
H2 : Premier acte de violence à un jeune âge	C2 : Attitudes négatives	R2 : Exposition à des facteurs déstabilisants
H3 : Instabilité des relations intimes	C3 : Symptômes actifs de maladie mentale	R3 : Manque de soutien personnel
H4 : Problèmes d'emploi	C4 : Impulsivité	R4 : Inobservation des mesures curatives
H5 : Problèmes de toxicomanie	C5 : Résistance au traitement	R5 : Stress
H6: Maladie mentale grave		
H7 : Psychopathie ^a		
H8 : Inadaptation précoce		
H9 : Trouble de la personnalité		
H10 : Échec antérieur de la surveillance		

^aL'évaluation de cet item s'appuie sur les résultats obtenus à l'utilisation de l'échelle de psychopathie de Hare révisée (PCL-R).

Annexe 2

Grille de recueil de données Homicide (2008-2013)

Caractéristiques socio-démographiques de l'AUTEUR

- 1) Sexe: H F
- 2) Age:
- 3) Statut conjugal:
 - A : Célibataire
 - B : Marié
 - C : Union libre
 - D : PACS
 - E : Veuf
- 4) Nombre d'enfants:
- 5) Scolarité:
 - A : Primaire
 - B : Collège
 - C : Lycée
 - D : Universitaire
- 6) Niveau intellectuel:
- 7) Type d'activité au moment des faits:
 - A : Agriculteur
 - B : Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 - C : Cadre, profession intellectuelle supérieure
 - D : Profession intermédiaire

- E : Employé
- F : Ouvrier
- G : Retraité
- H : Chômeur
- I : En invalidité
- J : Congé maladie
- K : Etudiant

8) Lieu de résidence :

- A : Avec conjoint et enfant(s)
- B : Avec conjoint
- C : Avec Ex-Conjoint et enfant(s)
- D : Avec ex-conjoint
- E : Avec enfant(s)
- F : Avec parent(s)
- G : Seul
- H : SDF
- I : Avec tiers

Variables psychologiques/psychiatriques de l'AUTEUR

9) Délai entre l'arrestation de l'auteur et l'expertise psychiatrique :

10) Contre-expertise psychiatrique : oui non

11) Délai entre l'arrestation de l'auteur et l'expertise psychologique :

12) Contre-expertise psychologique : oui non

13) Symptômes dépressifs (dernière année) : oui non

14) Symptômes psychotiques (dernière année) : oui non

15) ATCD psychiatriques :

16) ATCD de TS : oui non

17) ATCD psy familiaux :

18) Diagnostics psychiatriques de l'axe I (avant ou après l'infraction) : oui non

- A : troubles habituellement diagnostiqués pendant la 1^{ère} enfance, la 2^{ème} enfance ou l'adolescence. (apprentissage, habiletés motrices, TED, communication, attention, alimentaires, tics, sphinctérien).
- B : Délirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs.
- C : Troubles mentaux liés à une affection médicale générale.
- D : Abus/dépendance alcool
- E : Abus/dépendance drogues :
- F : Schizophrénie et autres troubles psychotiques (schizophréniforme, délirant...)
- G : Troubles de l'humeur (bipolaire, dépressif, dysthymique)
- H : Troubles anxieux (panique, phobie, TOC, ESPT, anxiété généralisée, état de stress aigu).
- I : Trouble somatoforme
- J : Trouble dissociatif
- K : Troubles factices
- L : Troubles sexuels et de l'identité sexuelle
- M : Troubles des conduites alimentaires
- N : Troubles du sommeil
- O : Troubles du contrôle des impulsions (Jeu pathologique, pyromanie, kleptomanie)
- P : Trouble de l'adaptation

19) Diagnostics psychiatriques de l'axe II (avant ou après l'infraction) = trouble de la personnalité : oui non

- A : Borderline
- B : Paranoïaque
- C : Antisociale
- D : Schizoïde
- E : Schizotypique
- F : Histrionique
- G : Narcissique
- H : Évitante
- I : Dépendante

- J : Obsessionnelle compulsive

20) Evènements de vie traumatisants : oui non

21) Type d'évènement traumatisant :

- A : Placement, rejet, parent (s) inconnu(s)
- B : Violences physiques
- C : Violences psychologiques
- D : Décès d'un proche
- E : Guerre, violences avec arme, fuite pays
- F : Traumatisme physique

22) Instabilité : oui non

23) Dépendance affective : oui non

24) Relations sociales :

- A : Riches
- B : Normales
- C : pauvres

25) Loisirs :

- Solitaires
- Collectifs
- Aucun

26) Solitude : oui non

27) Présence d'un entourage étayant : oui non

28) Hospitalisations psychiatriques (dernière année) : oui non

29) Traitement en cours : oui non

30) Type de traitement :

- A : Anti dépresseur
- B : Anxiolytique
- C : Neuroleptique
- D : Substitution à l'héroïne, sevrage alcoolique
- E : Hypnotique
- F : Thymorégulateur

31) Conclusion de l'expertise psy :

32) Conclusion de l'expertise psycho :

Variables criminologiques de l'AUTEUR

33) Antécédents judiciaires : oui non

34) Type : A : contre les personnes B : contre les biens C : autres

35) Antécédents de violence contre conjoint: oui non

36) Antécédents de violence contre enfant : oui non

37) Impulsivité : oui non

38) Victime de violence ou maltraitance pendant l'enfance : oui non

39) Témoin de violence ou maltraitance pendant l'enfance : oui non

Caractéristiques socio-démographiques de la VICTIME

40) Sexe : H F

41) Age :

42) Statut conjugal :

- A : Célibataire
- B : Marié
- C : Union libre
- D : PACS
- E : Veuf

43) Date de mariage :

44) 1^{ère} union : oui non

45) Enfants dans le couple : oui non

46) Scolarité :

- A : Primaire
- B : Collège
- C : Lycée
- D : Universitaire

47) Niveau intellectuel :

48) Type d'activité au moment des faits :

- A : Agriculteur
- B : Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- C : Cadre, profession intellectuelle supérieure
- D : Profession intermédiaire
- E : Employé
- F : Ouvrier
- G : Retraité
- H : Chômeur

- I : En invalidité
- J : Congé maladie
- K : Etudiant

49) Lieu de résidence :

- A : Avec conjoint et enfant
- B : Avec conjoint
- C : Avec Ex-Conjoint et enfant
- D : Avec ex-conjoint
- E : Avec enfant
- F : Avec parents
- G : Seul
- I : SDF
- J : Avec tiers

Variables psychologiques/psychiatriques de la VICTIME

50) Délai entre l'arrestation de l'auteur et l'expertise psychiatrique :

51) Contre-expertise psychiatrique : oui non

52) Délai entre l'arrestation de l'auteur et l'expertise psychologique :

53) Contre-expertise psychologique : oui non

54) Symptômes dépressifs (dernière année) : oui non

55) Symptômes psychotiques (dernière année) : oui non

56) ATCD psychiatriques :

57) ATCD de TS : oui non

58) ATCD psy familiaux :

59) Diagnostics psychiatriques de l'axe I (avant ou après l'infraction) : oui non

- A : Troubles habituellement diagnostiqués pendant la 1^{ère} enfance, la 2^{ème} enfance ou l'adolescence. (apprentissage, habiletés motrices, TED, communication, attention, alimentaires, tics, sphinctérien).
- B : Délirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs.
- C : Troubles mentaux liés à une affection médicale générale.
- D : Abus/dépendance alcool
- E : Abus/dépendance drogues :
- F : Schizophrénie et autres troubles psychotiques (schizophréniforme, délirant...)
- G : Troubles de l'humeur (bipolaire, dépressif, dysthymique)
- H : Troubles anxieux (panique, phobie, TOC, ESPT, anxiété généralisée, état de stress aigu).
- I : Trouble somatoforme
- J : Trouble dissociatif
- K : Troubles factices
- L : Troubles sexuels et de l'identité sexuelle
- M : Troubles des conduites alimentaires
- N : Troubles du sommeil
- O : Troubles du contrôle des impulsions (Jeu pathologique, pyromanie, kleptomanie)
- P : Trouble de l'adaptation

60) Diagnostiques psychiatriques de l'axe II (avant ou après l'infraction) = trouble de la personnalité : oui non

- A : Borderline
- B : Paranoïaque
- C : Antisociale
- D : Schizoïde
- E : Schizotypique
- F : Histrionique
- G : Narcissique
- H : Évitante
- I : Dépendante
- J : Obsessionnelle compulsive

61) Evènements de vie traumatisants : oui non

62) Type d'évènement traumatisant :

- A : Placement, rejet, parent (s) inconnu(s)
- B : Violences physiques
- C : Violences psychologiques
- D : Décès d'un proche
- E : Guerre, violences avec arme, fuite pays
- F : Traumatisme physique

63) Instabilité : oui non

64) Dépendance affective : oui non

65) Relations sociales :

- A : Riches
- B : Normales
- C : pauvres

66) Loisirs :

- Solitaires
- Collectifs
- Aucun

67) Solitude : oui non

68) Présence d'un entourage étayant : oui non

69) Hospitalisations psychiatriques (dernière année) : oui non

70) Traitement en cours : oui non

71) Type de traitement :

- A : Anti dépresseur
- B : Anxiolytique
- C : Neuroleptique
- D : Substitution à l'héroïne, sevrage alcoolique
- E : Hypnotique

- F : Thymorégulateur

72) Conclusion de l'expertise psy :

73) Conclusion de l'expertise psycho :

Variables criminologiques de la VICTIME

74) Antécédents judiciaires : oui non

75) Type : A : contre les personnes B : contre les biens C : autres

76) Antécédents de violence contre conjoint: oui non

77) Antécédents de violence contre enfant : oui non

78) Impulsivité : oui non

79) Victime de violence ou maltraitance pendant l'enfance : oui non

80) Témoin de violence ou maltraitance pendant l'enfance : oui non

Caractéristiques relationnelles victime /auteur

81) Relation antérieure entre l'auteur et la victime : oui non

82) Type de relation :

- A : familiale
- B : amicale
- C : conjugale
- D : professionnelle
- E : autre

83) Durée de fréquentation :

84) Conflit antérieur : oui non

85) Antécédents de violence : oui non plainte ?

- A : Physique
- B : Psychologique
- C : Economique
- D : Sexuelle

86) Antécédent de menace d'homicide : oui non

87) Antécédent de tentative d'homicide : oui non

88) Sentiment ressentie avant le PA :

- A : Abandon
- B : Solitude
- C : Humiliation
- D : Colère
- E : Trahison
- F : Peur

Eléments concernant les FAITS

89) Nombre de victimes :

90) Présence d'un complice ou co-auteur : oui non

91) Date des faits :

- Jour de la semaine :
- Moment de la journée :
- Saison :

92) Délai entre les faits et la mort de la victime :

93) Lieu des faits :

94) Résultats de l'autopsie ou de l'examen de la victime :

95) Présence de lésions de défense : oui non

96) Agression sexuelle associée : oui non

97) Facteur déclencheur non immédiat de l'homicide (dans les 6 mois précédents) :

98) Facteur déclencheur immédiat de l'homicide (dans les 24h précédentes) :

99) Motivation à commettre l'homicide :

- A : Possession
- B : Libération
- C : Légitime défense
- D : Vengeance
- E : Querelle
- F : Accidentelle
- G : Euthanasie

100) Préméditation : oui non

101) Intoxication alcool/drogues : oui non

- Auteur
- Victime

- 102) Altercation ou bagarre : oui non
- 103) Enlèvement de la victime: oui non
- 104) Séquestration de la victime : oui non
- 105) Type d'arme utilisée :
- 106) Présence de blessures sur l'auteur : oui non
- 107) Utilisation d'une violence excessive : oui non
- 108) Description des faits :

Variables post-passage à l'acte

- 109) Délai entre les faits et la découverte du corps :
- 110) Déplacement du corps : oui non
- 111) Maquillage du crime : oui non
- 112) Fait disparaître le corps : oui non
- 113) Tentative de suicide post-PA : oui non
- 114) Dénonciation spontanée de l'auteur : oui non
- 115) Comportement immédiat de l'auteur après le passage à l'acte :
- 116) Auteur reste sur les lieux du crime : oui non
- 117) Sentiment de culpabilité : oui non

118) Positionnement de victime : oui non

Éléments de la procédure judiciaire

119) Circonstances de découverte des faits :

- A : Par auteur
- B : Par victime
- C : Par tiers

120) Accusation retenue :

121) Peine :

122) Comportement pendant la détention :

TROUBLES CLINIQUES ET TROUBLES DE LA PERSONNALITE SELON LE DSM-IV-TR (2004)

Axe I

Troubles psychotiques :

- *Schizophrénie* : présence de deux symptômes parmi : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé, symptômes négatifs ; dysfonctionnement social. Durée des symptômes d'au moins 6 mois.
- *Trouble schizophréniforme* : répond aux critères de la schizophrénie mais durée d'au moins 1 mois mais moins de 6 mois.
- *Trouble schizo-affectif* : épisode dépressif, maniaque ou mixte accompagné d'au moins deux symptômes de la schizophrénie : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé, symptômes négatifs.
- *Trouble délirant* : idées délirantes non bizarres pendant au moins 1 mois.
- *Trouble psychotique bref* : présence d'un symptôme : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé. Durée d'au moins 1 jour mais moins de 1 mois.
- *Trouble psychotique induit par une substance* : hallucinations ou idées délirantes au premier plan ; mise en évidence d'une intoxication ou sevrage à une substance (alcool, médicament, drogue).

Troubles de l'humeur :

- *Episode dépressif majeur* : au moins 5 des symptômes suivants présents sur une durée d'au moins 2 semaines et changement par rapport au fonctionnement antérieur. Un symptôme = humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir. Dysfonctionnement social ou professionnel.
 - Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours.
 - Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

- Perte ou gain de poids significatif en absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- *Trouble bipolaire I* : un épisode maniaque (période durant laquelle l'humeur est anormalement élevée et symptômes de manie d'une durée d'au moins une semaine) sans épisode dépressif.
- *Trouble bipolaire II* : épisode hypomaniaque (période durant laquelle l'humeur est anormalement élevée et symptômes de manie d'une durée de moins d'une semaine) et épisode dépressif majeur.
- *Troubles de l'adaptation* : développement de symptômes dépressifs, anxieux ou mixtes dans les registres émotionnels et comportementaux en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les trois mois suivant la survenue de ceux-ci.

Axe II

Troubles de la personnalité :

- *Antisociale* : mépris et transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans et apparaissent dans des contextes divers.
- *Borderline* : instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi-même apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers.
- *Narcissique* : mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers.

- *Évitante*: mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers.
- *Dépendante* : besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et à une peur de la séparation apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers.
- *Obsessionnelle-compulsive* : préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers.
- *Schizoïde* : détachement des relations sociales et restriction de la variété des expressions émotionnelles apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers.
- *Schizotypique*: gêne aigue dans les relations proches, distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers.
- *Paranoïaque* : méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers.
- *Histrionique* : réponses émotionnelles excessives et quête d'attention, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers.

Où en êtes-vous avec votre consommation d'alcool ?

Le questionnaire AUDIT- C

(Mis au point par l'organisation mondiale de la santé (Organisation Mondiale de la Santé) en 1990, cet instrument simple permet de repérer les sujets ayant des problèmes d'alcool : abus ou consommation excessive d'une part, et dépendance d'autre part.)

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

- | | |
|--------------------------|------------|
| - Jamais | - 0 point |
| - 1 fois/mois ou moins | - 1 point |
| - 2 à 4 fois/mois | - 2 points |
| - 2 à 3 fois par semaine | - 3 points |
| - 4 fois/semaine | - 4 points |

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- | | |
|--------------|------------|
| - 1 ou 2 | - 0 point |
| - 3 ou 4 | - 1 point |
| - 5 ou 6 | - 2 points |
| - 7 à 9 | - 3 points |
| - 10 ou plus | - 4 points |

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

- | | |
|-----------------------------|------------|
| - Jamais | - 0 point |
| - Moins d'une fois par mois | - 1 point |
| - Une fois par mois | - 2 points |
| - Une fois par semaine | - 3 points |
| - Chaque jour ou presque | - 4 points |

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

- | | |
|-----------------------------|------------|
| - Jamais | - 0 point |
| - Moins d'une fois par mois | - 1 point |
| - Une fois par mois | - 2 points |
| - Une fois par semaine | - 3 points |

- Chaque jour ou presque - 4 points

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 point
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 point
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 point
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 point
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

9. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu?

- Non - 0 point

- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois - 2 points
- Oui, au cours des 12 derniers mois - 4 points

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

- Non - 0 point
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois - 2 points
- Oui, au cours des 12 derniers mois - 4 points

Test Audit C, l'analyse du score

- score inférieur ou égal à 6 (chez l'homme) ou inférieur ou égal à 5 (chez la femme) : non consommation ou une consommation non problématique
- score supérieur ou égal à 7 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 6 (chez la femme) : consommation d'alcool à risque pour la santé
- score supérieur ou égal à 13 : alcoolisme dépendance.

Bibliographie

1. DeLisi M, Kosloski A, Sween M, Hachmeister E, Moore M, Drury A. Murder by numbers: monetary costs imposed by a sample of homicide offenders. août 2010;21(4):501-13.
2. Homicide : Définition de Homicide [Internet]. [cité 3 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/homicide>
3. Léveillé S, Lefebvre J, Vaillancourt J-P. Parricide commis par des hommes adultes : variables descriptives et motivations sous-jacentes au passage à l'acte. L'Évolution Psychiatr. janv 2010;75(1):77-91.
4. Chocard A-S. Approche psychopathologique du passage à l'acte homicide-suicide. Imagin Inconc. 1 nov 2005;n° 16(2):183-98.
5. Code pénal - Article 221-1. Code pénal.
6. Code pénal - Article 221-2. Code pénal.
7. Code pénal - Article 221-3. Code pénal.
8. Code pénal - Article 221-4. Code pénal.
9. Code pénal - Article 221-5. Code pénal.
10. Code pénal - Article 222-7. Code pénal.
11. Code pénal - Article 222-8. Code pénal.
12. Code pénal - Article 64. Code pénal.
13. Chaumié J. Circulaire Chaumié. 1905.
14. Code pénal - Article 122-1. Code pénal.
15. Code de procédure pénale - Article 706-120. Code de procédure pénale.
16. Code de procédure pénale - Article 706-135. Code de procédure pénale.
17. Ouimet M. Un monde d'homicides. Champ Pénal Penal Field [Internet]. 11 juin 2011;(Vol. VIII). Disponible sur: <http://champpenal.revues.org/7966>
18. Soumah MM, Munyali DA, Ndiaye M, Sow ML. Autopsy following death by homicide in 644 cases. J Forensic Leg Med. févr 2012;19(2):60-4.
19. Mucchielli L. Les homicides. Crime Sécurité L'état Savoirs Paris Découv. 2002;148-57.
20. Brennan S, Dauvergne M. Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2011. Juristat [Internet]. 2012 [cité 17 juill 2014]; Disponible sur: <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11523-fra.htm>

21. Verzeletti A, Russo MC, Bin P, Leide A, De Ferrari F. Homicide in Brescia County (Northern Italy): A thirty-year review. *J Forensic Leg Med.* févr 2014;22:84-9.
22. Rizk C. Les faits constatés d'homicides enregistrés par la police et la gendarmerie de 1996 à 2013 [Internet]. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales; 2014. Disponible sur: http://www.inhesj.fr/sites/default/files/reperes_25.pdf
23. Saint-Martin P, Bouyssy M, Bathellier S, Sarraj S, O'Byrne P. Homicide in Tours (Indre-et-Loire, France): A four-year review. *J Clin Forensic Med.* août 2006;13(6):331-4.
24. Vougiouklakis T, Tsiligianni C. Forensic and criminologic aspects of murder in North-West (Epirus) Greece. *J Clin Forensic Med.* août 2006;13(6-8):316-20.
25. Richard-Devantoy S, Gohier B, Chocard A-S, Duflot J-P, Lhuillier J-P, Garré J-B. Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2009;167(8):568-75.
26. Richard-Devantoy S, Chocard A-S, Bouyer-Richard A-I, Duflot J-P, Lhuillier J-P, Gohier B, et al. Homicide et psychose : particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques: À propos de 27 expertises. *L'Encéphale.* sept 2008;34(4):322-9.
27. Saint-Martin P, Bouyssy M, Bathellier S, Sarraj S, O'byrne P. Analyse de quatre années de prise en charge des homicides à l'institut médico-légal de tours (2000-2003). *J Médecine Légale Droit Méd.* 2006;49(4):88-93.
28. Catanesi R, Carabellese F, Troccoli G, Candelli C, Grattagliano I, Solarino B, et al. Psychopathology and weapon choice: A study of 103 perpetrators of homicide or attempted homicide. *Forensic Sci Int.* 15 juin 2011;209(1-3):149-53.
29. Mohanty MK, Kumar TSM, Mohanram A, Palimar V. Victims of homicidal deaths – An analysis of variables. *J Clin Forensic Med.* déc 2005;12(6):302-4.
30. Edirisinghe PAS, Kitulwatte IDG. Extreme violence – Homicide; an analysis of 265 cases from the offices of JMO Colombo and Ragama – A Study from Sri Lanka. *Leg Med.* avr 2009;11, Supplement 1:S363-5.
31. Ambade VN, Godbole HV, Kukde HG. Suicidal and homicidal deaths: A comparative and circumstantial approach. *J Forensic Leg Med.* juill 2007;14(5):253-60.
32. Cusson M. Les homicides d'hier et d'aujourd'hui [Internet]. Centre international de criminologie comparée; 1998 [cité 1 févr 2015]. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/contemporains/cusson_maurice/homicides_hier_a_aujourd'hui/homicides_hier_a_aujourd'hui.pdf
33. Woodworth M, Porter S. In cold blood: characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(3):436.
34. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. *Encycl Med Chir Psychiatr.* 2002;6:37-906.

35. Bouhleb S, Nakhli J, Ben Meriem H, Ridha R, Ben Hadj Ali B. Les facteurs liés aux actes d'homicide chez les patients tunisiens atteints de schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrie* [Internet]. [cité 24 mai 2014]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385513000959>
36. Ministère de l'Intérieur. Désignation des infractions de tous les services de France Métropolitaine entre février 2008 et janvier 2009. [Internet]. 2009. Disponible sur: www.interieur.gouv.fr/.../107_index_janvier_2009_et_12_mois_glissant.fr
37. Moulin V. Dynamique criminelle et vulnérabilité psychique. *L'Évolution Psychiatrie*. janv 2010;75(1):107-21.
38. Bénézech M, Toutin T, Le Bihan P, Taguchi H. Les composantes du crime violent : une nouvelle méthode d'analyse comportementale de l'homicide et de sa scène. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatrie*. déc 2006;164(10):828-33.
39. Le Bihan P, Bénézech M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. À propos de 42 observations. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatrie*. oct 2004;162(8):615-25.
40. Léveillé S, Marleau J, Lefebvre J. Passage à l'acte familicide et filicide : deux réalités distinctes ? *L'Évolution Psychiatrie*. janv 2010;75(1):19-33.
41. Léveillé S, Lefebvre J, Marleau J-D. Profil psychosocial des familicides commis au Québec – 1986 à 2000. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatrie*. oct 2009;167(8):591-6.
42. Cechova-Vayleux E, Leveillee S, Lhuillier J-P, Garre J-B, Senon J-L, Richard-Devantoy S. Singularités cliniques et criminologiques de l'uxoricide : éléments de compréhension du meurtre conjugal. *L'Encéphale*. déc 2013;39(6):416-25.
43. Millaud F, Marleau JD, Proulx F, Brault J. Violence homicide intra-familiale. *Psychiatrie Violence*. 2008;8(1):0.
44. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatrie*. déc 2005;163(10):852-65.
45. Bénézech M. Classification des homicides volontaires et psychiatrie. In: *Annales médico-psychologiques* [Internet]. Elsevier; 1996 [cité 3 déc 2014]. p. 161-73. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=3163763>
46. Cusson M, Boisvert R. L'homicide conjugal à Montréal, ses raisons, ses conditions et son déroulement. *Criminologie*. 1994;165-83.
47. Dauvergne M, Li G. Homicide in Canada, 2005 [Internet]. Canadian Centre for Justice Statistics; 2006 [cité 17 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/85-002-x2006006-fra.pdf>
48. Ministère de l'Intérieur. Morts violentes au sein du couple: 118 femmes décédées en 2014 [Internet]. [interieur.gouv.fr](http://www.interieur.gouv.fr); 2015. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiqués/Morts-violentes-au-sein-du-couple-118-femmes-decedees-en-2014>

49. Borges LM, Léveillée S. L'homicide conjugal commis au Québec : observations préliminaires des différences selon le sexe des agresseurs. *Prat Psychol.* mars 2005;11(1):47-54.
50. Mercader P. Froid comme l'enfer : les femmes battues qui tuent. *Dialogue.* 10 juill 2007;176(2):95-95.
51. Belfrage H, Rying M. Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990–1999. *Crim Behav Ment Health.* 2004;14(2):121-33.
52. Liem M, Koenraadt F. Familicide: a comparison with spousal and child homicide by mentally disordered perpetrators. *Crim Behav Ment Health.* 2008;18(5):306-18.
53. Coutanceau R. Auteurs de violence au sein du couple : prise en charge et prévention [Internet]. 2006 [cité 9 févr 2015]. Disponible sur: <http://psychocriminologie.free.fr/?p=1089>
54. Cusson M, Marleau J. homicides familiaux: approche comparatives et prévention [Internet]. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2008 [cité 9 févr 2015]. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/contemporains/cusson_maurice/homicides_familiaux/homicides_familiaux.html
55. Rakotomahanina L, Ghaith A, Die G. Les signes avant-coureurs d'homicide conjugal. Étude analytique réalisée à l'unité médico-judiciaire de Pontoise (2008). *Rev Médecine Légale.* déc 2010;1(3–4):81-6.
56. Wilson M, Daly M. Spousal homicide risk and estrangement. *Violence Vict* [Internet]. 1993 [cité 9 févr 2015]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-25831-001>
57. Lecomte D, Tucker M-L, Fornes P. Homicide in women: a report of 441 cases from Paris and its suburbs over a 7-year period. *J Clin Forensic Med.* mars 1998;5, Supplement 1:15-6.
58. Drouin C, Drolet J. Agir pour prévenir l'homicide de la conjointe. Guide D'intervention Montr Cent Rech Interdiscip Sur Violence Fam Violence Faite Aux Femmes CRI-VIFF Fédération Ressour D'hébergement Pour Femmes Violentées En Diffic Qué [Internet]. 2004 [cité 9 févr 2015]; Disponible sur: http://www.criviff.qc.ca/upload/publications/pub_107.pdf
59. Frigon S, Viau L. Les femmes condamnées pour homicide et l'examen de la légitime défense (Rapport Ratushny): portée juridique et sociale. *Criminologie.* 2000;97-119.
60. Le Bihan P, Ureten S, Lavolé Y. Autour de la reconnaissance du crime en psychiatrie médico-légale : une étude sur le parricide. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2012;170(2):145-6.
61. Cornic F, Olié J-P. Le parricide psychotique. La prévention en question. *L'Encéphale.* août 2006;32(4, Part 1):452-8.
62. McKnight CK, Mohr JW, Quinsey RE, Erochko J. Mental illness and homicide. *Can Psychiatr Assoc J.* 1966;11(2):91.

63. Viaux J-L, Combaluzier S. Néonaticide, un non-désir mélancolique : étude clinique de 12 cas. *L'Évolution Psychiatr.* janv 2010;75(1):3-17.
64. Dayan J, Bernard A. Déni de grossesse, infanticide et Justice. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* août 2013;171(7):494-8.
65. Makhlouf F, Rambaud C. Child homicide and neglect in France: 1991–2008. *Child Abuse Negl.* 2014;38(1):37-41.
66. Friedman SH, Resnick PJ. Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. *Int J Law Psychiatry.* janv 2009;32(1):43-7.
67. Gouvernement du Canada nos enfants disparus. Les meurtres d'enfants par un parent ou un tuteur au Canada : Caractéristiques et tendances 1990-1993 [Internet]. 2005 [cité 8 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.rcmp-grc.gc.ca/pubs/omc-ned/kill-tuer-fra.htm>
68. Dubé M, Hodgins S, Léveillé S, Marleau JD. Étude comparative de filicides maternels et paternels: facteurs associés et indices comportementaux précurseurs. *Rev Psychiatr Violence Forensic Numéro Spéc Mai 2004.* 2004;31-6.
69. Wilczynski A. Child homicide [Internet]. GMM; 1997 [cité 8 févr 2015]. Disponible sur: <https://www.ncjrs.gov/App/abstractdb/AbstractDBDetails.aspx?id=180498>
70. Tursz A. Les infanticides en France : peut-on les repérer, les compter, les prévenir ? *Arch Pédiatrie.* avr 2014;21(4):343-6.
71. Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Amos T, Meehan J, Robinson J, et al. The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction.* 2006;101(8):1117-24.
72. Shaw J, Appleby L, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. *BMJ.* 1999;318:1240-4.
73. Richard-Devantoy S, Olie J-P, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *L'Encéphale.* déc 2009;35(6):521-30.
74. Richard-Devantoy S, Chocard A-S, Bourdel M-C, Gohier B, Duflot J-P, Lhuillier J-P, et al. Homicide et maladie mentale grave : quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques ? *L'Encéphale.* sept 2009;35(4):304-14.
75. Ministère de la Justice. Les chiffres-clés de la Justice 2014. 2014.
76. Ministère de la Justice. Les chiffres clés de la Justice 2012. 2012.
77. Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard AI, Jollant F, Mondoloni A, Voyer M, Senon J-L. Homicide, schizophrénie et abus de substances : des liaisons dangereuses ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* août 2013;61(4):339-50.
78. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull.* 1996;22(1):83-9.

79. Barbera Pera S, Dailliet A. Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. *L'Encéphale*. nov 2005;31(5):539-49.
80. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(6):497-501.
81. Bourgeois ML, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2001;159(7):475-86.
82. Matzopoulos R, Bowman B, Mathews S, Myers J. Applying upstream interventions for interpersonal violence prevention: An uphill struggle in low-to middle-income contexts. *Health Policy*. 2010;97(1):62-70.
83. Lindqvist P. Criminal homicide in northern Sweden 1970–1981: alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *Int J Law Psychiatry*. 1986;8(1):19-37.
84. Tardiff K, Marzuk PM, Lowell K, Portera L, Leon AC. A study of drug abuse and other causes of homicide in New York. *J Crim Justice*. juill 2002;30(4):317-25.
85. Michel L, Lang JP. Benzodiazépines et passage à l'acte criminel. *L'Encéphale*. 2003;29(1):469-85.
86. Le Bihan P, Bénézech M. La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2005;163(8):642-55.
87. Taleb A. La judiciarisation de la notion de dangerosité. *Rev Médecine Légale*. mars 2012;3(1):4-13.
88. Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am J Psychiatry*. 1994;151:436-436.
89. Cusson F. Les meurtriers qui tuent de nouveau. 1999;131-53.
90. Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1996;22(1):69-82.
91. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.
92. LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. 2014-896 août 15, 2014.
93. 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. 2008-174 févr 25, 2008.
94. Palaric R. Les groupes de parole de prévention de la récidive en France: observation des effets produits. *Prat Psychol [Internet]*. 2015 [cité 25 juill 2015]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176315000449>

95. Moulin V. Les groupes de parole de prévention de la récidive des personnes placées sous main de justice. Mission Droit Justice [Internet]. 2012 [cité 26 juill 2015]; Disponible sur: <http://www.gip-recherche-justice.fr/wp-content/uploads/2014/07/09-06-NS.pdf>
96. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.
97. Tassone-Monchicourt C, Daumerie N, Caria A, Benradia I, Roelandt J-L. Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités. *L'Encéphale*. 2010;36(3, Supplement 1):21-5.
98. HAS. Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. [Internet]. Audition Publique; 2011. Disponible sur: Haute Autorité de Santé
99. Steadman HJ. From dangerousness to risk assessment of community violence: Taking stock at the turn of the century. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2000;28(3):265-71.
100. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. Assessing risk of violence to others. *Impuls Theory Assess Treat*. 1997;251-77.
101. Grove WM, Meehl PE. Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychol Public Policy Law*. 1996;2(2):293.
102. Burgelin J-F. Santé, justice et dangers: pour une meilleure prévention de la récidive. Paris Rapp Burgelin. 2005;
103. Abondo M, Bouvet R, Palaric R, Spriet H, Le Gueut M. Évaluation du risque de récidive : de la nécessité d'une evidence-based expertise. *Médecine Droit*. juill 2014;2014(127):96-104.
104. Andronikof A. Le passage à l'acte comme réalisation d'un scénario privé. *L'Évolution Psychiatr*. oct 2001;66(4):632-9.
105. Pham TH, Chevrier I, Nioche A, Ducro C, Réveillère C. Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. déc 2005;163(10):878-81.
106. Mechri A, Zaafrane F, Khiari G, Gassab L, Moussi NM, Gaha L. Troubles de l'adaptation: étude clinique d'une population hospitalière tunisienne. *Santé Ment Au Qué*. 2003;28(1):278-97.
107. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention de la violence: les faits. [Internet]. 2013. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92490/1/9789242500844_fre.pdf
108. Reidy DE, Kearns MC, DeGue S, Lilienfeld SO, Massetti G, Kiehl KA. Why psychopathy matters: Implications for public health and violence prevention. *Aggress Violent Behav*. sept 2015;24:214-25.
109. Delbreil A, Voyer M, Lebeau M, Samanet M, Senon J-L. Les hommes auteurs d'homicide conjugal. *Eur Psychiatry*. nov 2013;28(8, Supplement):85.
110. Bouchard J-P. Intérêt curatif et préventif des thérapies cognitives et comportementales (TCC) dans le traitement de croyances délirantes schizophréniques crimino-gènes : TCC

d'une conviction délirante ayant généré un double homicide à l'extérieur de la famille. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2014;172(9):741-50.

111. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 janv 10, 1991.
112. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, chiffres clés, 5ème édition. 2013.
113. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. 2007-297 mars 5, 2007.
114. Organisation Mondiale de la Santé. Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool: deuxième rapport. Série de rapports techniques; 2007.

Résumé

D'un point de vue criminologique, on distingue les homicides intrafamiliaux (commis dans la sphère familiale ou conjugale) des homicides extrafamiliaux.

L'objectif de cette étude était d'étudier les caractéristiques sociodémographiques, psychopathologiques et criminologiques des auteurs d'homicides en Poitou-Charentes entre 2008 et 2013 et de réaliser une étude comparative entre les homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux, afin de dégager des pistes de repérage et de prévention des situations à risque léthal.

La méthode comportait l'analyse des dossiers jugés en cour d'Assises pour homicide ou tentative d'homicide, dans les juridictions de la Cour d'Appel de Poitiers. Une grille de recueil des données s'organisant autour de sept axes a été élaborée.

Une analyse descriptive de l'ensemble des passages à l'acte homicide puis comparative entre les homicides intrafamiliaux et extrafamiliaux ont été réalisées.

Les résultats révèlent que les auteurs d'homicides sont préférentiellement de sexe masculin (76%), relativement jeunes, dont l'enfance est marquée par des traumatismes (68%). Le parcours d'adulte est caractérisé par une précarité, une instabilité tant affective que sociale et des antécédents judiciaires notamment chez les auteurs d'homicides extrafamiliaux. Un diagnostic psychiatrique est retrouvé chez 83% des auteurs, dans les mêmes proportions quel que soit le type d'homicides. Les plus représentés sont les troubles de la personnalité (55%) essentiellement borderlines (23%) et antisociaux (17%) (plus fréquents chez les auteurs d'homicides extrafamiliaux (27%)), et l'abus ou la dépendance à l'alcool (54%). Les auteurs d'homicides intrafamiliaux présentent plus de troubles dépressifs. Le passage à l'acte intervient dans le milieu proche, dans un contexte de conflit ancien et/ou de rupture affective. Le geste est impulsif avec une arme d'opportunité (arme blanche, objet contondant, mains nues). Dans le cadre des homicides extrafamiliaux, la motivation la plus fréquente va être la querelle (44%) devant la vengeance (19%). Le passage à l'acte intrafamilial se produit, quant à lui, dans un moment libérateur (17%) ou dans un désir de possession de l'autre (21%).

Conclusion : Notre travail a permis de dégager des éléments sociodémographiques psychopathologiques et criminologiques communs à l'ensemble des homicides. Nous retrouvons des passages à l'acte désorganisés dans un contexte de violences affectives. Les troubles psychiatriques graves sont peu fréquents comparés aux troubles de la personnalité et aux diagnostics en lien avec l'alcool. Néanmoins, il apparaît que la dépressivité est une notion beaucoup plus importante chez les auteurs d'homicides intrafamiliaux, quand les auteurs d'homicides extrafamiliaux sont plus fréquemment dans le registre antisocial, dépendants aux toxiques.

Mots-clés : *homicide, intrafamilial, extrafamilial, crime, passage à l'acte, violence*



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

