

<b>Tableau I</b> : Données sociodémographiques des inculpés .....	48
<b>Tableau II</b> : Antécédents personnels médico-psychiatriques, médico-légaux et les conduites addictives des inculpés.....	49
<b>Tableau III</b> : Antécédents familiaux médico-psychiatriques, situation et évènement de vie des inculpés.....	50
<b>Tableau IV</b> : Type, endroit, moment, régions et lieu de l'acte homicide.....	51
<b>Tableau V</b> : Motif allégué, méthode utilisée, comportements post homicide et position de l'auteur .....	52
<b>Tableau VI</b> : Sexe, âge, lien entre la victime et l'inculpé.....	53
<b>Tableau VII</b> : L'Expertise : Trouble mental retrouvé, notion de dangerosité, l'accessibilité à une sanction pénale, type de démence au moment des faits.....	54

## **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION .....</b>	1
<b>PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	5
<b>1- Définitions .....</b>	6
<b>2- Conduites agressives et pathologie mentale .....</b>	7
2-1- Quelques approches psychiatriques .....	7
2-2- Approches criminologique et sociologique .....	8
2-3- Données épidémiologiques .....	11
2-4- Données psychopathologiques .....	17
<b>3- Psychiatrie et justice .....</b>	29
3-1- L'expertise psychiatrique .....	29
3-2- La mission de l'expert .....	30
3-3- Notion d'état de démence .....	32
3-4- Notion de dangerosité .....	33
3-5- Notion de responsabilité et d'irresponsabilité .....	36
<b>DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE .....</b>	39
<b>METHODOLOGIE .....</b>	40
<b>1- Cadre d'étude .....</b>	41
1.1- Historique .....	41
1.2- Cadre législatif et règlementaire .....	43
<b>2- Objectifs .....</b>	43
2.1- Objectif général .....	43
2.2- Objectifs spécifiques .....	43
<b>3- Période d'étude .....</b>	44
<b>4- Type d'étude .....</b>	44
<b>5- Critères d'inclusion .....</b>	44
<b>7- Recueil des données .....</b>	44
<b>8- Saisie et analyse des données .....</b>	45
<b>RESULTATS .....</b>	46
<b>1- Caractéristiques sociodémographiques des inculpés .....</b>	47
<b>2- Caractéristiques sociodémographiques des victimes .....</b>	53
<b>3- L'expertise .....</b>	54
<b>DISCUSSION .....</b>	55
<b>1- Difficultés de l'étude .....</b>	56

<b>2- Caractéristiques sociodémographiques des auteurs.....</b>	57
<b>2-1. Sexe.....</b>	57
<b>2-2. Age .....</b>	58
<b>2-3. Niveau de scolarisation.....</b>	58
<b>2-4. Situation matrimoniale.....</b>	59
<b>2-5. Profession.....</b>	59
<b>2-6. Antécédents personnels médico-psychiatriques .....</b>	60
<b>2-7. Consommation de substances psychoactives .....</b>	61
<b>2-8. Antécédents personnels d'actes violents .....</b>	62
<b>2-9. Evènements de vie.....</b>	63
<b>2-10. Endroit de l'homicide .....</b>	63
<b>2-11. Motif allégué de l'homicide .....</b>	64
<b>2-12. Méthode utilisée pour commettre l'homicide .....</b>	65
<b>2-13. Comportement post homicide .....</b>	66
<b>2-14. Critique de l'acte .....</b>	66
<b>3- La victime.....</b>	67
<b>3-1. Sexe de la victime.....</b>	67
<b>3-2. Lien entre la victime et l'auteur.....</b>	68
<b>4- Conclusion des expertises .....</b>	71
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	73
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	77
<b>ANNEXE .....</b>	92
<b>PERMIS D'IMPRIMER.....</b>	2
<b>Vu :                   Vu :.....</b>	2
Vu et Permis d'imprimer .....	2
Le Doyen .....	2
<b>RESUME.....</b>	3
<b>Mots clés: Homicide – Expertise Psychiatrique- Maladie mentale- Dakar .....</b>	3
<b>Elodie Gaëlle NGAMENI.....</b>	3
E-mail: ngamest@yahoo.fr.....	3

## INTRODUCTION

Les conduites agressives sont des actes qui imposent un dommage physique ou moral à l'autre (hétéro-agressivité) ou à soi-même (auto-agressivité), qu'il s'agisse d'une altération, d'une privation ou d'une souffrance. De façon manifeste, il peut s'agir de paroles (insultes, injures...) ou d'actes ouvertement agressifs (coups, blessures, agressions sexuelles, homicides). Ces actes ouvertement agressifs du fait de leur visibilité retiennent le plus souvent l'attention.

L'homicide selon le petit Larousse[40] est l'action de tuer, volontairement ou non, un être humain. Il existe plusieurs types d'homicide dans la mythologie, la littérature, les faits divers et les rituels. Ces homicides ont connu différentes interprétations à travers les civilisations.[86]

Dans les représentations collectives, l'homicide est l'acte d'un malade mental. Il est considéré comme étant par essence pathologique, corroborant le propos de Dostoïevski [22] : « Le criminel, au moment où il accomplit son crime, est toujours un malade ». Pour une majorité de personnes interrogées, le meurtre et le viol sont associés à la maladie mentale. Les résultats de l'enquête de Greacen en France de 1999 à 2003 confirment cette idée de la population générale. [33]. Néanmoins les études scientifiques bien menées depuis les années 1990 permettent de dire que cette croyance relevée par les sondages n'est pas entièrement fondée ; car si les malades mentaux commettent des actes antisociaux, la délinquance pathologique ne représente qu'une faible partie de la criminalité générale. Donc s'il est possible aujourd'hui d'établir un lien entre les troubles mentaux graves et la violence, celui-ci doit être nuancé. La majorité des meurtriers ne présentent pas de maladie mentale grave [47]: 80 à 85% des auteurs d'homicides en sont indemnes.

Plusieurs psychiatres se sont penchés sur le phénomène homicide dans ses différentes variétés que sont entre autres : l'infanticide, le parricide, l'uxoricide,

le maricide, l'avitolicide, ..., pour montrer son importance et essayer de donner une explication rationnelle.

Selon OCHONISKY, A. [58], en France en 1963, le parricide constituerait 29% des homicides.

En France, en 2002, CHOCARD, A.S. [18], a trouvé que les taux d'actes homicide-suicide sont relativement constants et compris entre 2 et 3 pour 1000000 habitants par an. Par ailleurs elle trouve que les actes homicide-suicide peuvent survenir dans des cadres nosographiques variés.

Les homicides pathologiques, sont selon BOSCREDON, le fait de troubles psychiatriques avérés comme la schizophrénie, la toxicomanie, l'alcoolisme, etc. [10]

En psychiatrie, l'homicide est un acte médico-légal qui appelle systématiquement l'expertise. Cette expertise est la procédure qui a pour but d'utiliser les connaissances d'un technicien pour tirer au clair une question dont la solution demande une compétence technique dont le juge est dépourvu. [41].

Au Sénégal, l'homicide est un phénomène relativement important parmi les actes criminels ; il est souvent relaté dans les médias. Il ne se passe pas de mois sans que les journaux *le Quotidien* ou *le Soleil* ne livrent dans leurs colonnes le déroulement horrible d'un infanticide ou la sanction infligée à l'auteur d'actes pareils. [50]

Selon les statistiques mondiales en 2008, le Sénégal comptait 8,7 cas d'homicides pour 100 000 habitants avec une population estimée à 12,5 millions d'habitants. [57]

Devant ce constat, la relation entre la psychiatrie et la justice reste à clarifier et à organiser. Dans ce cadre une enquête entre psychiatrie et justice a été entamée depuis les années 1990. C'est pour contribuer à cette dynamique que nous avons jugé nécessaire de faire une étude rétrospective ayant pour but d'étudier les

aspects épidémiologiques et cliniques des auteurs d'homicide reçus au centre hospitalier psychiatrique de Thiaroye pour expertise psychiatrique ou pour prise en charge thérapeutique.

Pour atteindre cet objectif, nous ferons dans une première partie la revue de la littérature dans laquelle nous définirons les conduites agressives et les différents types d'homicide, nous présenterons les données épidémiologiques psychopathologiques du lien entre homicide et psychiatrie. Nous décrirons le rapport entre psychiatrie et justice avec les notions de dangerosité et de responsabilité. Et dans une seconde partie nous donnerons les résultats de notre étude, nous entamerons une discussion des particularités épidémiologiques et cliniques de ces auteurs d'homicide en comparaison avec les différentes données de la littérature.

**PREMIERE PARTIE : REVUE DE  
LA LITTERATURE**

## 1- Définitions

L'agressivité est une disposition marquée essentiellement par l'hostilité et la destruction. Le terme « agressivité » désigne une violence physique ou verbale manifestée avec une intention hostile. Sans hostilité, la violence n'a plus le caractère agressif.

La conduite selon Daniel Lagache correspond à l'« ensemble des actions, matérielles ou symboliques, par lesquelles un organisme en situation tend à réaliser ses possibilités et à réduire les tensions qui menacent son unité. » [52].

Les conduites agressives sont des actes qui imposent un dommage physique ou moral à l'autre (hétéro-agressivité) ou à soi-même (auto-agressivité), qu'il s'agisse d'une altération, d'une privation ou d'une souffrance. De façon manifeste, il peut s'agir de paroles : critiques ouvertes de tonalité malveillante, insultes, injures, souhaits exprimés d'agression ou même de mort, menaces verbales ou écrites, exigences présentées de façon brutale voire assortie de chantage.

Les actes ouvertement agressifs sont ceux qui retiennent le plus l'attention, de façon peut-être trop exclusive : gestes provocants ou menaçants, humiliations, coups, blessures, agressions sexuelles, actes criminels à l'instar des homicides.

**L'homicide** selon le petit Larousse est l'action de tuer, volontairement ou non, un être humain. [40]. Ce mot vient du latin « homicidium », composé du préfixe « homo » qui signifie homme et de la racine « caedere » qui signifie tuer, abattre.

Les actes criminels de sang sont nombreux et variés et tous contiennent la racine « caedere ». On distingue ainsi :

- **L'Avitolicide** : meurtre des grands-parents.
- **Le Parricide** : acte par lequel quelqu'un tue un de ses parents : père, mère ou proche dans la famille.

- **Le Patricide** : acte par lequel une personne tue son père.
- **Le Matricide** : acte par lequel une personne tue sa mère.
- **Le Maricide** : meurtre du conjoint.
- **Le Fratricide** : acte par lequel une personne tue son frère ou sa sœur
- **Le Sororicide** : acte par lequel une personne tue sa sœur.
- **L'Uxoricide** : acte par lequel une personne tue sa propre femme.
- **Le Filicide** : meurtre d'un enfant par le père ou la mère.
- **L'Infanticide** : meurtre d'un enfant.
- **Le Néonaticide** est le fait de tuer un enfant qui vient juste de naître.
- **Le Suicide** est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie.

## 2- Conduites agressives et pathologie mentale

### 2-1- Quelques approches psychiatriques

Plusieurs psychiatres se sont penchés sur le phénomène homicide dans ses variétés, pour essayer d'en donner une explication rationnelle.

**PINEL, P.** rapporte en 1809 un cas d'homicide altruiste non suivi de suicide. Il expose «l'exemple d'une mélancolie avec bigoterie» : « un vigneron crédule, qui se croit franchement dévolu aux brasiers éternels, et qui ne pense plus qu'à sauver sa famille,...Il essaie d'abord de commettre ce crime horrible sur sa femme, qui parvient à s'échapper de ses mains, et bientôt après son bras forcené se porte sur ses deux enfants à bas âge, et il a la barbarie de les immoler de sang-froid, pour leur procurer la vie éternelle ». Pinel P. le considère comme un mélancolique. Il relie homicide et mélancolie sans parler néanmoins d'homicide mélancolique ou d'homicide altruiste. [18]

En 1936, **P. COURBON** et **J. CHAPOULAUD** exposent le cas d'un alcoolique chronique qui, au cours d'une ivresse tue sa femme puis tente de se

poignarder. Pour les auteurs : « l'uxoricide dont il s'agit, n'est que la réussite incomplète d'un suicide collectif conjugal qui, lui-même, fut la première manifestation psychique d'une intoxication alcoolique ». [18]

**H. EY et P. BERNARD** exposent l'observation d'une femme de 38 ans qui, en 1940, tue un de ses enfants, en blesse un autre et tente de s'égorger au cours d'un état crépusculaire inconscient et amnésique, suivi quelques semaines d'une crise de mélancolie confuso-anxieux. [27]

On croyait encore au rôle de la dégénérescence, dont le médecin français **MOREL** [51] avait décrit l'action dans son « Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine » en 1857. Ce fut le premier ouvrage traitant directement de la criminalité.

## 2-2- Approches criminologique et sociologique

**Lombroso (1836-1909)**, dans « **l'uomodelinquette** » publié en 1876 élabore la théorie du criminel-né qui représente à ses yeux une régression atavique physique et morale vers l'une des étapes primitives de l'évolution de l'espèce humaine.

Dans la cinquième édition italienne de son ouvrage, il en arrive à la conclusion finale que le commun dénominateur à tous les déviants est leur « fond épileptoïde », il les classe ainsi :

- **le criminel-né** : ce dernier présente des caractères morbides physiques (regard féroce, plagiocéphalie, front fuyant, mâchoire proéminente, pommettes énormes...) et des tendances morales anormales (irritabilité extrême, amour de vagabondage, négligence pour l'étude, obstination à mentir...)
- **le fou moral et épileptique** : les fous se rapprochent plus aux hommes normaux qu'aux criminels. Ce qui n'étonne pas car les fous ne naissent

pas tels, mais ils le deviennent tandis que c'est le contraire pour les criminels.

- **le criminel par passion** : le crime est déterminé par les passions surexcitées surtout l'amour, la cupidité et la haine.
- **le criminel fou** : comme son nom l'indique, le criminel devenu fou.
- **le criminel d'occasion** : c'est la nécessité qui pousse au crime.

**Enrico Ferri (1836-1929)** s'écarte des conceptions strictement anthropologiques et insiste sur l'importance des facteurs physiques (climat, conditions météorologiques) et surtout des facteurs sociaux et économiques (misère, chômage, etc.). Il inaugure la criminologie sociologique.

**Garofalo (1852-1934)** peut être situé dans cette même orientation sociologique mais les préoccupations juridiques s'y font plus intenses. Il a établi une classification du crime qui se fonde sur une approche des affects qui ont conduit aux mécanismes criminels. Il distingue les crimes dits naturels (dont les plus classiques sont les crimes passionnels, pour lesquels les processus affectifs prédominent) et les délits conventionnels (qui sont repérés et sanctionnés différemment selon le contexte social et les lois en vigueur dans le territoire où ils sont commis).

A la suite des positivistes italiens (Lombroso, Ferri et Garofalo), certains chercheurs à l'instar de **Léauté** et **Pinatel** ont continué à examiner la population délinquante dans l'espoir d'y trouver des caractéristiques anatomiques, physiologiques et ou génétiques permettant sa différenciation.

L'école française « école du milieu social » a mis l'accent sur le rôle du milieu social dans lequel naît, grandit et vit le criminel.

Ainsi **Gabriel de Tarde (1843-1904)** était persuadé que l'imitation tenait une place très grande dans l'adoption des conduites humaines. Il a insisté sur l'importance des comportements appris dans le processus criminel.

**Alexandre Lacassagne (1843-1924)** dira que « le milieu social est le bouillon de culture de la criminalité; le microbe c'est le criminel, un élément qui n'a d'importance que le jour où il trouve le bouillon qui le fait fermenter ». La biologie est dans cette lecture un facteur mésologique indispensable. Elle remet en perspective les fameux aphorismes : le criminel est « microbe », le milieu social est « bouillon de culture ». Pour Lacassagne, « ...côté biologique et côté social » sont « les deux aspects fondamentaux de la criminalité » et constituent à ce titre « les deux données essentielles de l'anthropologie criminelle ». [37 ]

Dans la même lancée, **Sutherland et Cressey (1966)** estiment que la délinquance est un phénomène essentiellement social qui s'apprend comme tout autre comportement humain par un processus de communication. Elle n'est explicable ni par la biologie, ni par les anomalies de la personnalité que l'on retrouve dans la population générale.

Par la suite, **Von Liszt** regroupera les deux théories et dira que : « le crime est le produit des facteurs individuels et des facteurs sociaux ».

Parallèlement à la réflexion sur les facteurs pouvant entraîner le crime (facteurs individuels et facteurs sociaux), il s'est posé le problème du **lien entre la dangerosité criminelle et les troubles psychiatriques**.

Dans le grand public, il y a une relation entre violence et troubles mentaux. Le meurtre est souvent dans les représentations collectives, l'acte d'un malade mental. L'homicide est considéré comme étant par essence pathologique, corroborant le propos de Dostoïevski[22]. Pour une majorité de personnes interrogées, le meurtre et le viol sont associés au malade mental. Les résultats de l'enquête de **Greacen** en France de 1999 à 2003 confirment cette idée de la population générale. [33]. Néanmoins les études scientifiques bien menées depuis les années 1990 permettent de dire que cette croyance relevée par les sondages n'est pas entièrement fondée ; car si les malades mentaux commettent des actes antisociaux, la délinquance pathologique ne représente qu'une faible

partie de la criminalité générale. Donc s'il est possible aujourd'hui d'établir un lien entre les troubles mentaux graves et la violence, celui-ci doit être nuancé. La majorité des meurtriers ne présentent pas de maladie mentale grave [47]: 80 à 85% des auteurs d'homicides en sont indemnes.

**Boscredon (1976-1977)** montre que le véritable homicide pathologique est rare, il diffère du meurtre dit normal par le choix préférentiel des victimes dans l'entourage immédiat de l'agresseur et la mise en évidence de troubles psychiatriques patents chez ce dernier.

### 2-3-Données épidémiologiques

Il existe trois types d'approche pour déterminer si une relation existe entre les troubles mentaux et les comportements violents. Premièrement, les études de la prévalence de la violence chez les individus présentant un trouble mental et qui reçoivent un traitement dans une structure de soins. Deuxièmement, les études sur la prévalence de troubles mentaux chez les individus ayant commis des actes violents et ayant eu un contact avec le système judiciaire criminel. Troisièmement, des études de prévalence, à la fois de troubles mentaux et de comportements violents en dehors du système psychiatrique et judiciaire.

**La première approche** s'appuie sur différents types de recherche: les études rétrospectives de patients admis dans les services psychiatriques, les études de suivi de patients à la sortie de l'hôpital psychiatrique, et les études prospectives de suivi de cohortes de naissance.

La stratégie d'échantillons utilisés implique des biais qui introduisent certaines limitations pour l'interprétation et la généralisation des résultats. Lorsque les patients psychiatriques sont concernés, il est possible d'estimer le taux de violence avant l'hospitalisation, durant le traitement et à la sortie de l'hôpital. Les données concernant la violence avant l'hospitalisation sont facilement biaisées parce que le comportement violent est l'une des raisons principales des

hospitalisations. Le même biais peut aussi entraîner une surestimation de la violence, lorsque l'étude porte sur des malades mentaux hospitalisés. En opposition, si certains patients sont considérés comme à risque de violence, la prise en charge hospitalière peut diminuer le risque actuel qu'ils commettent de nouveaux actes violents. Enfin, lorsque les patients sont sortants de l'hôpital, il est également bon de rappeler que s'ils sont capables de sortir, c'est qu'ils ne sont plus considérés comme violents.

**La seconde approche** qui s'appuie sur la prévalence de troubles mentaux chez les individus ayant commis des infractions, présente également des biais. Il semble, par exemple, que les individus présentant un trouble mental sont plus fréquemment interpellés par la police lorsqu'ils commettent une infraction. Mais, d'un autre côté, il est également évident que dans certains cas, la police n'arrête pas les patients psychiatriques. Les malades mentaux ne sont pas forcément incarcérés, mais plutôt hospitalisés, particulièrement si les infractions ne sont pas sérieuses. Quand dans la plupart des cas la violence est modérée, il y a une possibilité majeure de biais lorsque les chercheurs se concentrent uniquement sur les auteurs d'infractions ayant été arrêtés car en fait, nous ne savons pas avec certitude si les individus (GEORGET. 1825 Ibid.) présentant des troubles mentaux sont plus ou moins susceptibles d'être arrêtés et emprisonnés que les auteurs d'infractions ne présentant pas ces troubles. L'une des voies possibles pour éliminer le biais de violences non détectées est de se concentrer sur les violences les plus sérieuses comme les homicides. Le taux d'homicides est considéré comme un indicateur du taux de violence générale. Mais, même si l'on se concentre uniquement sur les homicides, un pourcentage notable d'auteurs d'homicides reste non connu. Aux Etats-Unis par exemple, 30% de tous les auteurs d'homicides n'ont jamais été appréhendés.

Les études sur la communauté semblent être une solution à ces problèmes de biais.

➤ **Prévalence des taux de condamnations criminelles chez des patients psychiatriques.**

Le taux d'arrestations des malades mentaux est assez élevé depuis les années soixante. Un certain nombre d'études américaines a montré que la proportion de patients malades mentaux arrêtés est plus importante que dans la population générale.

**MULVEY et al. (1986)[53]** notaient que le taux d'arrestations de patients présentant des troubles mentaux était en augmentation ces dernières années.

**WESSELY et al. (1994)[90]** ont comparé entre 1964 et 1984 les taux de condamnations criminelles chez ces sujets schizophrènes et des patients non psychotiques. Les hommes schizophrènes sont deux fois plus susceptibles que les hommes présentant un autre trouble mental d'être condamnés pour violence. Le ratio pour une infraction avec violence chez les hommes schizophrènes est de 3.8. Les femmes schizophrènes sont également plus susceptibles d'être condamnées pour un crime violent quelles contrôles. Le taux de condamnations est augmenté chez les femmes schizophrènes comparées aux autres catégories de troubles mentaux pour toutes les catégories d'infractions (ratio=3.3). Les sujets schizophrènes sont plus à risque d'être condamnés que les autres troubles mentaux.

Par rapport à la population générale, la schizophrénie, seule, multiplie le risque de condamnation par 1,4.

**MODESTIN et AMMANN (1996) [49]** ont étudié la prévalence (vie entière) de comportements criminels dans une population de patients schizophrènes : un total de 282 patients, divisés en trois sous-groupes (troubles schizophréniformes, schizophrénie aiguë ou schizophrénie chronique). Le même nombre de sujets contrôles a été trouvé dans la population générale, apparié par sexe, âge, statut marital et niveau socioprofessionnel. Le

comportement criminel a été évalué à partir du casier judiciaire. Ces auteurs n'ont pas retrouvé de différence significative du taux de condamnations criminelles entre les patients et le groupe contrôle.

Par contre, il existe des différences significatives lorsque l'on prend en compte le type de crime commis. Les patients ont 5 fois plus de risques d'être condamnés pour des crimes violents, 2 fois et demi plus de risques pour des crimes contre les biens, et environ 3 fois plus de risques de commettre des crimes en lien avec la drogue. Lorsque les sous-groupes de patients sont pris séparément, des différences significatives existent. Les patients présentant un trouble schizophréniforme sont plus susceptibles de commettre un crime contre les biens ( $OR= 5,30$ ) ou en lien avec la drogue ( $OR=6,55$ ). Les patients ayant une schizophrénie aiguë sont plus susceptibles d'être condamnés pour des crimes violents ( $OR=3,86$ ) et contre les biens ( $OR=2,34$ ). Les patients présentant une schizophrénie chronique ne diffèrent du groupe contrôle seulement parce qu'ils sont moins susceptibles de commettre des infractions routières ( $OR=0,34$ ). Le taux de criminalité chez les schizophrènes ne dépend donc pas seulement du type d'infraction, mais aussi de l'état d'évolution de la maladie qui contribue au comportement criminel indépendamment des facteurs socio-économiques.

**WALLACE et al. [88]** en 1998, ont étudié le lien entre les condamnations à la haute cour de Victoria entre 1993 et 1995 et l'histoire psychiatrique en fonction des contacts avec les services psychiatriques publics.

Un contact avec la psychiatrie a été retrouvé chez 25% des délinquants, mais les troubles de la personnalité et les abus de substance comptent le plus dans cette relation. La schizophrénie et les troubles affectifs sont également surreprésentés, particulièrement quand ils sont associés à un abus de substance.

Ils ont mis en évidence que l'abus de substance est en grande partie responsable de l'élévation du risque pour les actes violents et les homicides quand il est associé à la schizophrénie et aux troubles affectifs chez les hommes.

Cependant, les risques de violence, incluant l'homicide, demeurent significativement élevés même sans troubles de consommation alcool-drogues. Un homme atteint de schizophrénie sans abus de substances risque 7 fois plus de réaliser un meurtre qu'un homme de la population générale. Il est important de noter que ce taux est plus élevé que celui observé chez les hommes ayant un trouble d'abus de substances sans schizophrénie. Le risque annuel d'infractions avec violence est de 1/1100 en cas de schizophrénie sans abus de substance alors qu'il est de 1/140 en cas d'association entre schizophrénie et abus de substance. L'association entre schizophrénie et abus de substance a été retrouvée seulement pour les infractions de type incendie criminel (Odds Ratio(OR) = 33,3) et les infractions liées aux drogues (OR=9,5). Pour les troubles affectifs, cette association est significative en ce qui concerne les infractions à la propriété (OR=25,1) et les infractions liées aux drogues (OR=17,6).

Bien que 97% des personnes atteintes de schizophrénie ne commettent pas d'homicide, le risque annuel en Australie pour les patients masculins est d'un pour 3000 alors que, dans la population générale, il oscille entre 1,0 et 1,4 pour 100 000. Les individus atteints de schizophrénie sont donc surreprésentés parmi les meurtriers (7,2%). Ces auteurs concluent néanmoins que le risque de crimes sérieux commis par une personne présentant un trouble mental est faible et que cela ne doit pas justifier pour ce groupe une augmentation de la coercition.

#### ➤ **Les lieux et cibles des actes violents commis par les malades mentaux**

Les actes violents commis par les individus présentant des troubles mentaux ont habituellement lieu dans une maison plutôt que dans un lieu public (STEADMAN et al. 1998) [79]

**ROBBINS (2003)** constate que les actes de violence ont lieu dans la grande majorité des cas au domicile de la personne (35,8% des cas pour les hommes et 58,8% des cas pour les femmes).

**TARDIFF (1984)[85]** a retrouvé que les actes de violences à l'encontre d'autrui étaient dirigés soit vers des membres de la famille, enfants ou concubin, ou des personnes en dehors de la famille.

**BÖKER et HAFFNER** (cités par ERONEN, 1998) [25] ont trouvé que les victimes les plus représentées, des actes violents commis par des personnes présentant des 40 troubles mentaux étaient celles qui avaient un contact proche. (Seulement 9% des victimes étaient des inconnus).

Dans l'étude de **STEADMAN et al** (1998), 51% des victimes de violence étaient des membres de la famille et 35% des connaissances ou des amis.

De même, **HUMPHREY et al.** (1992) [35] ont constaté que les victimes de patients schizophrènes étaient dans 56% des cas des membres de la famille (Mère, conjoint...). Les parents et les enfants sont donc les victimes principales des personnes souffrant de troubles mentaux.

**ESTROFF et al** (1998) [26] ont mis en évidence que les mères qui vivaient avec un enfant souffrant d'une schizophrénie avec abus de substance présentaient un risque très élevé d'être la cible de violence qu'elle soit verbale ou physique, mais que ce risque était également couru par les membres de la famille proche, vivant sous le même toit.

Néanmoins, certaines études retrouvent des cas de violence sur des étrangers. **SWANSON et al.** (1999) [82] dans une étude sur des patients hospitalisés sous contrainte, ont retrouvé que 33% des victimes étaient des amis ou des connaissances, mais que dans 25% des cas, il s'agissait d'étrangers. Dans l'étude de **STEADMAN** (1998), les inconnus représentent 14% des victimes de violence des malades mentaux.

**ROBBINS et al (2003) [68]** dans leur étude de suivi sur un an, ont mis en évidence que les membres de la famille étaient la cible principale des violences, suivis par les amis. Par contre, en distinguant les hommes et les femmes, les femmes présentant des troubles mentaux sont plus fréquemment violentes envers des membres de la famille (69,5%) et particulièrement le concubin (44,3%), alors que les hommes sont plus souvent violents envers leurs amis ou connaissances (40,5%) qu'envers leur famille (39,9%). Les hommes présentant des troubles mentaux seraient violents dans 19,5% des cas à l'encontre d'étrangers contre 4,3% pour les femmes. Les victimes totalement inconnues des agresseurs psychotiques représentent environ 12 à 16% des cas.

#### **2-4-Données psychopathologiques**

Dans leur Manuel de psychiatrie, **Ey,Bernard&Brisset [27]** indiquent que la notion de passage à l'acte est une notion dérivée de la topique analytique et, plus spécifiquement, des conceptions psycho dynamiques de l'acting-out. Il s'agirait, pour cet auteur, d'un comportement adéquat dans une situation ancienne ou archaïque du développement du sujet qui ressurgit dans l'ici et le maintenant d'une façon inappropriée.

L'acting-out représenterait un passage à l'acte réalisé inconsciemment par un sujet qui se soustrait ainsi à la verbalisation d'un souvenir refoulé ou à un processus transférentiel [46].

Pour **Pinatel [61]**, l'histoire de l'étude du passage à l'acte se confond avec celle de la criminologie.

**Lombroso** considérait que l'acte criminel était un symptôme dont il fallait rechercher l'étiologie. Dans les années 1930, les criminologues se sont donc attachés à rechercher les facteurs qui gouvernaient le passage à l'acte. La science criminologique, avec **De Greeff, Gemelli et Correa**, considérait que le passage à l'acte criminel était la réponse d'une personnalité à une situation

donnée. **Kinberg** considérait que l'acte criminel survenait quand la pulsion qui conduit au crime est supérieure à la résistance qu'elle rencontre.

Pour ces auteurs, la pulsion du passage à l'acte criminel serait l'agressivité. Celle-ci est considérée, à cette époque, comme étant neutralisée chez la plupart des hommes par plusieurs mécanismes inhibiteurs (peur de la sanction pénale, compassion pour la victime, etc). Les criminels seraient dépourvus de ces inhibitions. D'autre part, parallèlement à ces facteurs de personnalité, il en existerait d'autres orientant les modalités d'exécution : aptitudes intellectuelles et physiques, tempérament, besoins nutritifs et sexuels.

Vers 1960, la criminologie discute cette théorie et, en 1970, **Debuyst**, élève de **De Greeff**, insiste sur l'importance de la situation contextuelle au moment des faits et remet en question la prééminence de la place prise par la personnalité en action. Il estime qu'il existe des variables essentielles dues à la situation de terrain, notamment en raison de la qualité des relations entre les membres impliqués et la capacité de la situation à évoluer d'elle-même.

**Lopez** rappelle que le passage à l'acte criminel comprend la phase d'élaboration du crime (rencontre de l'auteur potentiel avec une cible attractive et organisation du plan criminel), puis le passage à l'acte proprement dit. Il souligne que des éléments victimogènes (chez la victime) augmentent l'agressivité ou diminuent l'inhibition de l'individu criminel : psychotropes, substances toxiques, alcool, réactions psychologiques inadaptées, etc[42].

De même, des circonstances particulières victimogènes favorisent la phase d'exécution criminelle : victime présentant une vulnérabilité psychologique ou faisant un métier exposé, ce qui la rend vulnérable (conduite asociale, cupidité, attirance sexuelle), isolement spatial, diminution de la résistance de cette victime en raison de certains facteurs (infirmité, alcoolisation, âge, sexe, etc), comportements de la victime contrariant les plans de l'auteur du crime (résistance inattendue, etc).

L'homicide franchement pathologique est rare et répond à des motivations psychopathologiques variées.

➤ **Psychopathologie de passage à l'acte dans les différentes pathologies psychiatriques**

- **La schizophrénie**

Les schizophrènes peuvent être des malades présentant la plus grande dangerosité psychiatrique. Classiquement, leur criminalité est centrée sur le rôle des impulsions et de l'hébéphrénocatatonie.

Le passage à l'acte, en particulier homicide, inaugurant la maladie est classique. Il peut être en fait un mode de révélation de troubles anciens passés inaperçus ou dissimulés par le malade et son entourage. Il est habituel de lire, dans les ouvrages de psychiatrie légale, que l'acte antisocial du schizophrène se caractérise par sa soudaineté imprévisible, son irrationalité, son incohérence, sa discordance, son inintelligence apparente et, lorsqu'il s'agit d'une agression physique, par sa violence et son acharnement sur la victime souvent au moyen d'une arme blanche. Ces données anciennes s'appliquent principalement à certains de leurs actes majeurs : homicide. Les thèmes délirants de persécution et d'influence avec idées d'emprise et de contrôle idéique sont les plus criminogènes, ainsi que les délires mystiques. 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. L'absence de culpabilité, la froideur et l'indifférence caractérisent parfois les crimes perpétrés par les hébéphrènes.

Contrairement aux constatations des auteurs anciens, la pratique actuelle montre que les actes majeurs de la criminalité sont commis principalement par les héboïdophrènes et les délirants paranoïdes. [10]

- **La paranoïa**

Les paranoïaques sont, après les schizophrènes, les malades mentaux les plus dangereux.

Dans l'étude de BENEZECH et coll. en 1977, avec 40 cas, il a été prouvé que, le délire chez eux devient manifeste le plus souvent entre 30 et 40 ans, et le passage à l'acte intervient de 1 à 10 ans après son début. Par la suite, on peut observer deux types d'évolution :

- Au bout de plusieurs années, le délire s'étoffe, s'organise autour des thèmes de persécution, de revendication, parfois des idées mégalomaniaques et des hallucinations sensorielles. A noter que des menaces de mort sont souvent proférées contre les proches parents et plus spécialement contre les enfants. La dangerosité de ces malades est donc prévisible, puisque l'enchaînement des actes est identique dans tous les cas et ces actes sont pour la plupart effectués après des séjours antérieurs en centres hospitaliers. Le passage à l'acte agressif sous forme de violences physiques est un signe d'alarme annonçant l'accession à des actes majeurs de criminalité.
- Le délire qui évolue à bas bruit, n'est que peu extériorisé, le passage à l'acte, souvent favorisé par des excès éthyliques, se faisant d'emblée sur un mode grave.

Dans la dépression du paranoïaque, l'effondrement de son système paralogique mis en place pour donner une signification à son sentiment persécutif peut entraîner chez lui un syndrome souvent d'allure mélancolique. Le geste suicidaire est d'autant plus à craindre et on peut s'attendre à un suicide altruiste ou au meurtre du persécuteur. [10]

- **Le délire hallucinatoire chronique**

Ces psychoses comprennent les psychoses hallucinatoires chroniques, les très rares paraphréniennes, et les autres délires chroniques non classables. Les thèmes délirants les plus rencontrées sont la persécution et/ou, à moindre degré, la jalousie. Les idées d'empoisonnement ne sont pas rares et souvent tendent le passage à l'acte antisocial. Ces malades sont souvent des dromomanes qui, par des déplacements incessants, essayent d'échapper à leurs persécuteurs ; dans ce but, le port d'une arme est classique. [10.]

- **Les troubles de l'humeur**

Si les passages à l'acte auto-agressifs sont bien connus dans la mélancolie, il arrive parfois que l'agressivité et la violence soient retournées vers l'extérieur.

**P. RACAMIER** [64] évoque deux cas dans lesquels les conduites agressives chez des mélancoliques sont tournées vers autrui : le suicide collectif et le délire de persécution. Pour cet auteur, c'est lorsque l'objet est perçu en dehors, mais vécu en dedans comme absolument à soi, qu'il peut devenir la cible d'une agression. « Le déprimé attaque les personnes extérieures, mais auxquelles il tient, comme il s'en prend à lui-même ou à ses biens : il attaque un alter ego interposé »

Pour **SENNINGER** [73], le dépressif associe une estime de soi fortement dépréciée et une souffrance morale intense. Il perçoit l'impact de sa souffrance sur ses proches, et lorsque les idées délirantes de ruine, de damnation incluent l'entourage, le risque d'homicide altruiste est augmenté. Parfois, le dépressif tue les êtres, qui lui sont le plus cher affectivement, dans une apparence de raptus meurtrier, mais l'analyse de l'acte montre à quel point il a été préparé et qu'il constitue parfois un équivalent suicidaire, sans toutefois de velléité suicidaire au sens strict. Pour **SENNINGER**, il ne le fait pas tant « dans un but suicidaire altruiste », mais dans une démarche à la fois autopunitive « pour souffrir comme

survivant d'une tragédie qu'il a générée » et à la fois « par pitié pour les êtres chers qui sont perçus comme étant dans une souffrance indicible, extrême, et cela par sa faute».

Le maniaque, s'il commet des infractions contre la propriété, est assez peu fréquemment violent à l'égard d'autrui.

Le symptôme le plus apparent dans la manie est l'excitation psychomotrice, qui peut engendrer des débordements dont des passages à l'acte agressifs. L'agitation est parfois tellement intense qu'elle peut prendre l'aspect d'une fureur. Le maniaque fait l'expérience d'un vécu de toute puissance, qui lui semble indispensable à sa survie.

Selon SENNINGER, lorsque quelqu'un met en cause cette toute puissance, en s'y opposant, le maniaque se sent en danger pour sa survie, et peut alors passer à l'acte dans un déchaînement de violence. « C'était lui ou moi ».

- **Les psychoses aiguës**

Ce sont les psychoses délirantes et confusionnelles aiguës. Ces malades peuvent commettre une grande diversité d'infractions, à l'exception de celles nécessitant une élaboration complexe, dont les plus graves sont le meurtre et sa tentative. Il est à noter que le patient présentant un épisode psychotique aigu passe directement à l'acte homicide, sans menace de mort auparavant. La présence d'une thématique délirante mystique est un signe de dangerosité.

Au plan médico-légal, il faut insister sur l'existence d'états délirants, dissociatifs et confuso-oniriques très brefs, disparaissant spontanément en quelques heures ou quelques jours avant que le diagnostic soit porté et qu'une thérapeutique soit prescrite. C'est en particulier le cas de certaines psychoses puerpérales causes d'infanticide, où seul un examen mental précoce permet d'observer la déstructuration de la vie mentale. [10]

- **Les névroses**

Chez les névrotiques, on peut assister parfois à des parricides, incestes suite à des facteurs psychopathologiques et crimino-génétiques sous-tendus par des conflits névrotiques et plus spécialement oedipiens.

En pratique, on voit quelques fois des hystéries graves, parfois délirantes, pouvant conduire à des actes homicides et/ou suicidaires.

- **La psychopathie**

Les psychopathes, appelés aussi sociopathes dans la littérature anglo-saxonne, forment une catégorie nosographique importante du point de vue criminologique.

**Guze et al** (1970) ont mis en évidence une relation statistique significative entre carrière criminelle et diagnostic de sociopathie, alcoolisme, dépendance à la drogue. On commence maintenant à bien connaître la genèse de leur pathologie du caractère. Les carences éducatives et affectives dont ils ont souffert dans la petite enfance expliquent leur méfiance envers le monde, la difficulté qu'ils ont à différer la satisfaction de leur désir, leur pauvreté fantasmatique provoquant la fréquence des « acting-out » criminels, leur impossibilité à nouer des liens affectifs durables. Dans les passages à l'acte, ils expriment à la fois leur agressivité contre autrui par désir de revanche d'une frustration fondamentale, la culpabilité d'avoir été mal aimés et rejetés, le désir d'être puni en résultant par répétition du conflit primitif, un besoin de revalorisation ou tout simplement d'exister, et enfin un utilitarisme immédiat.

**BALIER** [6], préfère parler de « socle psychopathique », plutôt que de psychopathie, autour duquel se construirait divers aménagements de nature névrotique, narcissique, voire psychotique ou hystérique. Pour cet auteur, le «socle psychopathique » est marqué par le fait que le psychopathe n'est pas « sujet » mais « agent ». Les choses, les actes, s'enchaînent naturellement en

dehors de lui. « Tout se passe comme si c'était l'autre lui-même qui remplissait la fonction d'auteur ». Les limites corporelles sont floues, presque absentes, les automutilations permettant de réveiller les limites. Le socle psychopathique est également marqué par une absence d'accès à la dépression, « le deuil n'est pas possible car il soulève le risque d'un retour à l'anéantissement. La douleur qui accompagne le deuil est refusée ». Et là est l'une des problématiques dans la prise en charge de ces patients. « Souffrir est la voie nécessaire d'accès à la mentalisation, à la représentation. »

### • L'épilepsie

Les statistiques prouvent que la prévalence des épileptiques parmi les prisonniers est sensiblement la même que dans la population dite normale (Gunn, 1969) et que ces patients ne sont pas plus violents que les criminels non épileptiques.

Un épileptique ne peut commettre en effet un acte antisocial à l'occasion d'une crise, qu'en cas de crise partielle à symptomatologie complexe ou qu'au cours de la période de confusion postcritique. Il n'est possible d'attribuer une infraction à l'épilepsie que si les quatre critères suivants sont simultanément remplis (Loiseau et Henry, 1972) :

- Le délinquant doit présenter des crises comitiales indiscutables selon les formes cliniques maintenant bien connues ;
- La crise au cours de laquelle l'infraction est réalisée doit être identique aux crises habituelles du malade ;
- Les données électro-encéphalographiques doivent concorder avec le type des crises, la clinique restant prépondérante ;
- Les circonstances de l'infraction doivent être compatibles avec l'affirmation de perte de conscience du malade, ce qui implique l'absence de préméditation et de fuite organisée.

Lorsque le délit survient en période inter-critique, il est sans intérêt de constater que le délinquant est un comitial ; seule compte alors l'évaluation psychiatrique du désordre de la personnalité. [10]

- **La débilité mentale**

L'étude criminologique des arriérations mentales se heurte en premier lieu à la difficulté de définir ces états. Si, classiquement, la débilité mentale se présente comme une insuffisance des facultés intellectuelles, il resterait à savoir ce qu'est l'intelligence dite normale et quelles sont ses limites avec ce qu'on pourrait considérer comme une déficience intellectuelle pathologique.

Pour **ADDAD et BENEZECH**, le deuxième problème méthodologique est celui des éventuelles corrélations statistiques entre arriération mentale et conduites sociales déviantes. Il est classique de dire que si le débile mental est plus souvent criminel que l'homme d'intelligence normale, c'est à cause de sa difficulté à surmonter ses pulsions instinctives et à intégrer les règles sociales du groupe. [10]

- **L'alcoolisme**

L'abus de boissons alcoolisées, occasionnel ou permanent, est le principal facteur criminogène par sa facilitation du passage à l'acte antisocial ; selon l'adage, le « surmoi est soluble dans l'alcool ».

Selon Rada, près de la moitié des homicides sont commis sous l'emprise de la boisson. La situation dangereuse la plus courante est l'ivresse, et plus spécialement l'ivresse pathologique excito-motrice : les formes cliniques, confusionnelles et délirantes, sont relativement exceptionnelles.

L'ivresse passe souvent inaperçue lors de l'expertise psychiatrique car, guérissant spontanément en quelques heures. Elle est pourtant extrêmement fréquente et grande pourvoyeuse de violence. Les sujets présentant des ivresses anormales peuvent développer au cours des complications aiguës de

l'alcoolisme chronique, le classique delirium tremens devenu plus rare, que la bouffée confuso-onirique subaiguë (pré delirium). Ils doivent être informés du risque qu'ils courrent et qu'ils font courir à autrui à l'occasion de menaces de mort par manipulation d'armes à feu, d'agressions physiques, de clastration au domicile ; l'homicide est peu fréquent. La jalousie morbide, parfois délirante de ces sujets, associée à une impuissance sexuelle, peut entraîner des passages à l'acte meurtrier, principalement sur le conjoint, plus rarement sur les rivaux supposés à tort ou à raison, et ce d'autant que l'éthylisme est souvent lié à d'autres troubles comportementaux : arriération affective et intellectuelle, manifestations névrotiques, psychopathique, tendances perverses, paranoïa, psychose hallucinatoire chronique et schizophrénie [10].

- **La toxicomanie**

L'augmentation considérable du nombre de sujets jeunes usant de stupéfiants redonne actuellement à la toxicomanie une place criminologique certaine. Bien que la simple prise de stupéfiants constitue une infraction, c'est la nécessité de se procurer l'argent nécessaire à l'achat des toxiques qui est source de délits (cambriolage, vol). Les passages à l'acte violents sont rares, sauf au cours des brefs épisodes psychotiques induits par les stupéfiants.

➤ **Psychobiologie des comportements agressifs criminels**

Les recherches dans le champ de la neurobiologie concernant les comportements violents et agressifs peuvent aboutir à une amélioration de la compréhension de ces comportements, mais également à une amélioration de la prise en charge thérapeutique.

- **Le système sérotoninergique**

C'est le système le plus étudié et le plus souvent impliqué dans les recherches sur les mécanismes physiopathologiques de l'agressivité.

La diminution des indices d'activité sérotoninergique centrale a été constatée chez l'homme et a été corrélée avec des comportements auto et hétéro-agressifs.

Plusieurs études ont mis en évidence que le métabolite principal de la sérotonine, le 5-HIAA, est réduit dans le fluide cérébrospinal chez les individus ayant des antécédents de violence et d'agressions comparativement à ceux qui n'ont pas ces antécédents.

Des anomalies génétiques dans la fonction sérotoninergique pourraient disposer des individus à des comportements d'agression. Des études préliminaires suggèrent que la présence du génotype UL ou LL, du gène du tryptophane hydroxylase, serait associée avec des agressions chroniques, un comportement suicidaire et un faible taux de CSF 5-HIAA chez les délinquants violents.

Des études en post-mortem, chez des individus décédés d'un suicide, révèlent une baisse de 5-HIAA dans le cortex préfrontal. Il existerait également une élévation des récepteurs 5-HT1A post-synaptiques dans le cortex préfrontal et des perturbations de la répartition topographique des récepteurs 5-HT1-C et 5-HT1-B. [30].

Une diminution de l'activité de la transmission de la sérotonine serait donc associée à une augmentation des comportements agressifs et impulsifs.

- **Le système noradrénergique**

Le système central dopaminergique et noradrénergique peut également jouer un rôle dans la genèse de comportements violents. Les systèmes noradrénergiques sont connus pour jouer un rôle dans la régulation de l'excitabilité, de l'éveil et de la réaction à l'environnement.

Chez les hommes, des modifications de la concentration en noradrénaline sont corrélées avec des conduites à risque et des comportements impulsifs. Par exemple, une augmentation des récepteurs **B** adrénnergiques dans le cortex cérébral préfrontal et temporal a été retrouvée dans le cerveau de victimes de

suicides violents. De plus, le CSF 3 méthoxy 4 hydroxyphénicol est élevé dans les suicides violents par rapport aux suicides non violents.

Une association entre l'activité de la COMT (Cathechol O methyltransferase) et l'agressivité a été rapportée. La COMT intervient dans la conjugaison des neurotransmetteurs de la cathécholamine. Deux variantes de la COMT ont été observées, une variante « faible activité » et une variante « forte activité ». Les patients schizophrènes étant homozygotes pour allèle « faible activité » seraient plus à risque d'agressivité et de comportements dangereux que ceux ayant les deux allèles « forte activité ».

Les systèmes de neurotransmetteurs impliqués dans les comportements violents incluent l'acide gamma amino-butyrique (GABA), la sérotonine, la norépinephrine, et la dopamine.

Les médicaments antagonistes de 5-HT2 et 5HT1 ont montré des propriétés anti-agressives.

- **Testostérones et endorphines**

**FARISSE et al[30]** rapportent quelques travaux qui auraient montré qu'une élévation de la testostérone serait reliée à des actes agressifs. Les endorphines, quant à elles, seraient plutôt corrélées avec des comportements auto-agressifs.

➤ **Co-morbidité neuropsychiatrique**

On cite régulièrement, comme facteurs organiques associés à l'agressivité violente et impulsive, les états de démence, la maladie de Huntington, le « syndrome psycho-organique » et les lésions cérébrales, le syndrome de Korsakoff, les tumeurs cérébrales, l'arriération mentale, les troubles de l'attention avec hyperactivité, les toxicomanies, les épisodes maniacodépressifs, la maladie dépressive récurrente, la dysthymie, les états psychotiques, le trouble panique, l'anxiété généralisée, la dysphorie prémenstruelle, les états limites et les autres troubles de la personnalité. Autant dire que de nombreuses maladies

neurologiques et presque toute la pathologie psychiatrique augmentent le risque des passages à l'acte.

En conséquence, de nombreuses médications psychotropes ont été proposées, dont certaines ont fait la preuve de leur action anti agressive : neuroleptiques et antipsychotiques atypiques (clozapine), antidépresseurs, lithium, carbamazépine, dépamide et acide valproïque, propanolol, buspirone, agonistes 5-HT1 etc.

En congruence avec l'importance reconnue des perturbations sérotoninergiques, les médications à action 5-HT semblent les plus utiles et les plus utilisées.

### **3- Psychiatrie et justice**

#### **3-1- L'expertise psychiatrique**

L'expertise est la procédure qui a pour but d'utiliser les connaissances d'un technicien pour tirer au clair une question dont la solution demande une compétence technique dont le juge est dépourvu. [69]

Au cours de l'expertise psychiatrique, le magistrat a besoin le plus souvent d'être éclairé et informé sur l'état de démence d'un sujet par l'avis du psychiatre qu'il s'adjoindra et dont l'avis sera recueilli sous la forme d'une ordonnance d'expertise qui permettra au magistrat de poser toutes les questions nécessaires à son information.

C'est ainsi que, lors de la procédure d'instruction d'office, à la demande du juge d'instruction, du ministère public, des parties intéressées et notamment du prévenu lui-même, comme chaque fois que se pose une question d'ordre technique, ici psychiatrique, il sera demandé une expertise (article 156 du nouveau CPP français).

Au Sénégal, l'expertise est en général demandée par le juge d'instruction via une ordonnance de nomination d'expert. L'expert étant proposé par le président

de l'ordre des médecins. Ensuite, l'avis de l'expert sera recueilli par un rapport d'expertise.

### **3-2- La mission de l'expert**

Dans l'énoncé de la mission du psychiatre désigné, le procureur doit s'exprimer avec précision et énumérer les points sur lesquels il désire être éclairé. De la bonne qualité de cet énoncé dépend la qualité de la réalisation de la mission. Le magistrat doit être capable d'énoncer le problème dont il attend la solution du psychiatre désigné.

Sa mission ne peut avoir pour objet que l'examen de questions d'ordre psychiatrique et est précisée dans la décision qui l'ordonne.

**Rogues de Fursac** insiste sur le rôle de « conseiller technique » du psychiatre : « le psychiatre est absolument qualifié pour prévoir les réactions futures d'un délinquant psychiquement anormal et les effets que l'on peut attendre sur sa conduite à venir soit de l'indulgence ou soit de la sévérité... L'expert doit non seulement établir l'existence de troubles psychiques chez le sujet soumis à son examen mais démontrer que ces troubles existaient au temps de l'infraction ».

Il serait faux en effet de penser que l'expertise psychiatrique n'impacte jamais le fond du dossier. Ainsi, que la loi, les juges ou l'expert le veuillent ou non, aucune question de l'expertise n'est neutre par rapport à la finalité même du processus pénal, aucune réponse à ces questions n'est totalement étrangère, étanche, aux « conclusions à tirer quant à l'affaire en cours ».

Dans le temps, la circulaire de « Chaumié » [10] qui date du 12 Décembre 1905, établissait la mission d'expertise dans le cadre des questions suivantes :

- Dire si l'inculpé au moment de l'acte était en état de démence au sens de l'article 64 du CPF.

- Dire si l'examen psychologique et l'examen biologique révèlent chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité.
- Dire s'il est dangereux pour l'ordre public et doit être interné.
- Est-ce que les troubles mentaux que l'inculpé paraît présentés ne sont pas simulés ?

Présentement, la mission-type qui résulte, non du code de procédure pénale lui-même ou de l'actualisation de la circulaire de Chaumié, mais de l'actuel article C 345 de l'instruction générale d'application au pénal, est ainsi conçue :

- L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.
- L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- Le sujet présente-t-il un état dangereux ?
- Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?
- Le sujet est-il curable ou réadaptable ?
- Le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré son discernement ou le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du Code Pénal français?
- Le sujet a-t-il agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 122-2 du Code Pénal français? Et, dans les cas où il convient d'envisager que la juridiction de jugement puisse prononcer une peine de suivi socio-judiciaire :
- Le sujet est-il susceptible de faire l'objet d'un traitement dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire au sens de l'article 222-48-1 du Code Pénal français?

Dans l'expertise psychiatrique, on ne peut parler de maladie sans aborder les notions de démence, de dangerosité et de responsabilité.

### **3-3-Notion d'état de démence**

La notion d'« état de démence », inspirée à la fois du droit romain et du Code civil, ne dépend d'aucun savoir médical particulier ; elle veut seulement dire que le prévenu ne savait pas ce qu'il faisait.

La démence au sens de l'article 64 du code pénal Français ou de l'article 50 du code pénal Sénégalais : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ». [9]

Dans son acceptation actuelle, il implique la conjonction de plusieurs éléments. La notion de démence est prise au sens le plus large possible et inclut des affections mentales de toutes les catégories nosologiques relevant ou non de la loi de 1838, sans aucune distinction étiologique ou clinique mais ayant toutes en commun comme effet de porter atteinte à la responsabilité du sujet.

Cette atteinte doit être totale et doit avoir existé au temps précis de l'action. Ce qui exclut du champ d'application de l'article 64 les maladies mentales ayant existé avant l'acte incriminé et celles qui se sont révélées après son accomplissement. De même sont exclues les altérations partielles de responsabilité, résultant de l'inférence d'une maladie mentale ou d'une anomalie de la personnalité révélée à l'occasion d'un crime ou d'un délit.

L'établissement de cet état de démence ressortissant de la seule compétence du juge d'instruction en son intime conviction, utilise notamment des éléments fournis par l'examen du prévenu par un technicien, l'expert psychiatre, mais ce dernier avis n'est nullement indispensable au juge pour retenir ou rejeter l'influence d'un état de démence lors d'un acte criminel ou délictueux.

### **3-4- Notion de dangerosité**

Le concept de dangerosité est né au XIXème siècle dans un contexte de défense sociale et de volonté de protection de la population contre le crime. Au début du XXème siècle, la dangerosité d'un individu renvoyait à des «habitudes délinquantes » et donc aux nombres d'infractions commises.

Il n'existe pas de définition de la dangerosité. Ce terme comprend trois inductions : la réponse pénale qu'implique le constat du danger, la recherche d'une cause pour tenter de l'éradiquer et le constat des conséquences pour rendre justice à la victime [32].

La définition de ce qu'est un individu « dangereux » se modifie selon les valeurs changeantes de la société. Pour **PRATT** [62] cela démontre que le concept de dangerosité est une construction sociale plutôt qu'une entité ontologique.

Initialement, l'évaluation de la dangerosité d'un individu répondait aux principes du droit pénal classique ; plus le nombre de crimes était important, plus la sentence était sévère. Après les années 1970, c'est plutôt le genre de crime qu'un individu pourrait commettre dans le futur, plutôt que le nombre de crimes perpétrés antérieurement, qui présente un intérêt dans la détermination de la dangerosité.

La notion complexe de dangerosité comporte actuellement deux acceptations : criminologique et psychiatrique.

#### **➤ Dangerosité criminologique**

La dangerosité criminologique peut faire l'objet de plusieurs définitions.

Toutes sont néanmoins fondées sur des critères identiques [66] :

- L’absence de pathologies psychiatriques.
- L’existence d’un risque de récidive ou de réitération d’une nouvelle infraction empreinte d’une certaine gravité.

Les définitions formulées par plusieurs auteurs sur la dangerosité criminologique font toute référence à la probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens.

Pour **DEBUYST**, c’est « la probabilité que présente un individu de commettre une infraction contre les personnes et contre les biens ».

La commission Santé-Justice [65] a, quant à elle, défini la dangerosité criminologique comme un «phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens».

Pour certains auteurs, il ne convient pas de parler de la dangerosité d’un individu mais d’évoquer plutôt un « état » de dangerosité. Pour **BOURGEOIS et BENEZECH** [15], cet état de dangerosité correspond à un « Etat, 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 ». Ils distinguent l’état dangereux permanent (trait) et l’état dangereux imminent (état).

Par contre, ni la loi pénale ni la jurisprudence française ne définissent véritablement le concept de criminel dangereux. Pour **COCHE**, « Au sens du droit criminel, les délinquants dangereux sont exclusivement ceux risquant fortement de commettre une nouvelle infraction pénale ». [19]

La détermination législative de « l’état dangereux » des auteurs d’infraction pénale s’opère aux moyens de présomption de dangerosité ou de présomption d’innocuité. Cette présomption de dangerosité repose en partie sur des critères légaux comme la « nature » de l’acte commis (torture, acte de barbarie,

infractions révélant une délinquance habituelle ou professionnelle), les «mobiles particuliers » (terrorisme, racisme, homophobie..), les «modes opératoires » (présence d'une arme, empoisonnement), la « qualité » des victimes (enfants, personnes vulnérables), la concomitance et la corrélation d'infractions et le passé pénal.

Car, il n'existe, selon le **rapport GARRAUD** [66], aucune méthode actuellement susceptible d'être totalement fiable dans le repérage de ce qu'on appelle « l'état dangereux ». Les députés, auteurs du rapport sur le traitement de la récidive des infractions pénales, concluent en effet que « l'appréciation de la dangerosité et de la mesure de probabilité de commission d'une infraction constitue un exercice particulièrement délicat qui doit néanmoins être mis en œuvre au travers d'une méthodologie pluridisciplinaire associant des expertises psychiatriques, médicopsychologiques et comportementales du condamné car aucun secteur de la médecine ou du domaine social ne saurait rester étranger à la criminologie. ».

### ➤ **Dangerosité psychiatrique**

La dangerosité psychiatrique est, quant à elle, une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale.

La commission Santé-Justice [65], en 2005, a défini la dangerosité psychiatrique comme « un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante».

**SENNINGER** parle de « dangerosité pathologique » qui concerne le malade mental considéré comme dangereux, qui présente une probabilité de passage à l'acte agressif. [73]

Pour **AMBROSI** [3], « l'état dangereux » correspond à un «risque psychologique, c'est-à-dire un état où la prise de décision impulsive est

imminente et dont se dégage l'impression d'un « juste avant » l'effondrement psychique.

### **3-5- Notion de responsabilité et d'irresponsabilité**

Durant tout le **XIXe siècle**, et même au **XX e siècle**, la notion de responsabilité pénale a été étroitement associée à celle de responsabilité morale. L'aliénation, en abolissant le libre arbitre, rend le sujet irresponsable.

Pour **Gabriel Tardes**, dans la Philosophie pénale, parue en 1890 la responsabilité a comme fondement la liberté de vouloir ». Responsabilité, liberté, volonté et libre arbitre ont toujours été associés dans la détermination de la capacité du sujet à répondre de ses actes face à la loi [1]. La responsabilité de chaque individu est un des fondements de la société à laquelle il appartient, et toute société peut donc se décrire par les modalités selon lesquelles elle détermine la responsabilité de ses membres [14,76]. Depuis toujours, l'appréciation de la responsabilité pénale a oscillé entre deux positions opposées: ne retenir que le crime dont la sanction est la conséquence automatique fixée par la loi, ou, à l'opposé, prendre en compte l'individu en appréciant sa capacité et sa volonté dans l'acte criminel commis. C'est ainsi qu'en droit romain, la responsabilité est apparue dès le Ier siècle de la République chez Hadrien (76-138) : « Est responsable toute personne qui peut être convoquée devant un tribunal parce que pèse sur elle une certaine obligation, que sa dette procède ou non d'un acte de sa volonté libre. » Dans cette définition, il s'agit de prendre en compte la volonté de l'auteur et pas seulement le résultat du crime.

**Kant**, dans La critique de la raison pratique, fait l'hypothèse de l'autonomie de la volonté et insiste sur le pouvoir de discerner et d'avoir un comportement adapté dans la jouissance du libre arbitre. Pour lui, la responsabilité suppose l'implication d'un sujet libre et disponible qui se reconnaît dans un acte

intentionnel et délibéré [36]. Cette approche se retrouve dans le Code pénal français et notamment dans son article 121-3 : « Il n'y a point crime ou délit sans intention de le commettre. »

L'évolution de la responsabilité en droit pénal est bien illustrée par la théorie classique et la naissance du code pénal français de 1810 dans lequel il est fait le postulat du libre arbitre : l'homme est libre et responsable quand il dispose de son libre arbitre. La folie est assimilée avec certitude à une maladie mentale aliénante de l'esprit, exclusive du discernement et de la liberté de décision. La conséquence en est donc l'irresponsabilité du dément. L'article 64 du code pénal français et l'article 50 du code pénal sénégalais établissent « qu'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».

Le principe de responsabilité pénale a un double fondement philosophique et criminologique. Philosophiquement, la responsabilité n'a de sens que si elle s'adresse à un sujet doté de libre arbitre : c'est parce qu'il était en son pouvoir de ne pas commettre l'infraction qu'il est légitime de punir celui qui a violé la loi. A l'inverse, il ne paraît pas légitime de sanctionner quelqu'un qui ne pouvait exercer aucun contrôle sur ses actes. D'un point de vue criminologique, l'efficacité de la sanction – et non pas seulement sa légitimité – dépend du degré de rationalité et de contrôle de soi du délinquant : s'il n'est pas en capacité d'anticiper la punition et d'adapter son comportement en conséquence, la sanction perd alors son efficacité dissuasive.

Ainsi, il est clair qu'un schizophrène qui, en proie à des visions effrayantes, agresse autrui parce qu'il pense qu'il est l'incarnation de quelque démon, ne peut être tenu pour responsable de ses actes et n'est à l'évidence pas dans un état dans lequel la perspective d'être sanctionné pénale pourraient freiner son geste.

Mais le « délire » du malade mental peut être d'intensité variable. C'est pourquoi l'article 122-1 du Code pénal français établit une distinction entre l'abolition du discernement et sa simple altération : « 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. 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. ».

On peut être influencé par un trouble mental sans perdre le contrôle de soi – et sans perdre de vue les conséquences pénales de ses actes. C'est le cas par exemple d'un malade mental qui, dans un état dénué d'hallucination, commet un vol avec violence pour pouvoir s'acheter du cannabis. On peut souffrir de troubles mentaux et vouloir consciemment commettre une infraction. On peut rapprocher l'altération du discernement d'un criminel souffrant de troubles mentaux de l'état psychologique d'un auteur de crime passionnel. L'intense jalousie qui peut envahir un homme ne peut manquer d'altérer son discernement immédiat – et peut le conduire à des réactions violentes et impulsives. Mais ce type de choc émotionnel ne sera jamais – contrairement aux délires psychotiques sévères – susceptible d'abolir son discernement : l'homme reste capable de se dominer moralement et de voir son geste freiné par sa conscience ou la perspective de longues années d'incarcération.

Dans les deux cas, l'altération du discernement peut justifier l'atténuation de la peine, tant du point de vue de la responsabilité morale de l'auteur que de la moindre utilité dissuasive de la peine.

Toutefois, qu'ils soient responsables pénalement ou non, les malades mentaux ont besoin de soins thérapeutiques pour atténuer leurs troubles.

**DEUXIEME PARTIE : NOTRE  
ETUDE**

## **METHODOLOGIE**

## 1- Cadre d'étude

Cette étude a été menée au **Centre Hospitalier Nationale Psychiatrique de Thiaroye**.

### 1.1- Historique

Créé en 1960, comme une annexe du service psychiatrique du centre hospitalier universitaire (CHU) de Fann, l'hôpital de Thiaroye est apparu pendant plusieurs décennies et ce jusqu'à une date récente, comme une véritable institution asilaire. Le fonctionnement de type carcéral, le profil des nombreux professionnels qui y étaient affectés par mesure disciplinaire, mais aussi le type de malades qui y étaient admis en faisaient un véritable dépotoir.[59]

L'essentiel des pensionnaires était constitué de malades chroniques ou « irrécupérables » provenant du service psychiatrique du CHU de Fann, mais aussi des anciennes institutions asilaires (Le Lazaret de Saint-Louis fermé en 1975, les camps de Djimkore de Tambacounda et de Koutal de Kaolack vidés de leurs pensionnaires). Il n'était pas rare d'y retrouver une véritable « population de la rue » (prostituées, mendiants, lépreux, « sans domiciles fixes » et autres), victime des rafles policières dans le cadre de ce qui était appelé la lutte contre l'encombrement humain. En témoigne la création en 1969 de la division 3 appelée division des « raflés ».

Sans pour autant remonter loin dans l'histoire de la ville de Dakar et de son urbanisation, nous constatons que les premières années de l'indépendance du Sénégal (1960) ont été caractérisées par la volonté des autorités administratives d'assainir la capitale, puisque Dakar était devenue une véritable métropole avec son port et ses industries naissantes. Cette situation d'essor économique a coïncidé avec une situation socio-économique difficile dans les zones rurales à l'origine de vagues d'exode rural. Des dizaines de milliers de prolétaires

dakarois furent expulsés pour être recasés dans des lotissements d'urgence en banlieue: Pikine, Guediawaye, Thiaroye etc...

Les conditions de vie difficile dans ces quartiers marqués par le chômage, la pauvreté, le manque d'hygiène et d'assainissement, la perte des repères traditionnels de vie communautaire, ont favorisé l'émergence de nouveaux fléaux sociaux comme la délinquance juvénile, la prostitution, l'usage de drogue, la mendicité.

Dans cette zone d'urbanisation nouvelle, zone industrielle socialement flottante où toute une population devait apprendre à vivre la condition de prolétaire, les voisinages hasardeux, les mécanismes mal huilés d'une économie de marché, l'hôpital de Thiaroye se donna pour mission de resocialiser et de réentraîner au travail les malades chroniques. Mais ni le projet d'intégration des malades inconnus dans les villages alentours ni celui d'une ergothérapie dans des ateliers artisanaux n'aboutirent. C'est donc un fonctionnement de type carcéral et un mode de vie asilaire qui ont prévalu dans l'institution pendant une longue période malgré les nombreuses tentatives de réanimation entreprises.

L'hôpital de Thiaroye est presque toujours apparu dans l'entendement populaire et même de certains professionnels de santé comme un dépotoir chargé de recevoir et de garder des malades mentaux dangereux ou errants.

Nous pouvons dire que cette histoire asilaire continue de marquer d'une certaine façon le fonctionnement actuel de l'hôpital.

Cependant les nombreux efforts de réhabilitation entrepris par l'administration et les professionnels du secteur ont très largement changé l'image de l'hôpital qui tend à devenir un véritable pôle de référence en santé mentale pour le Sénégal et les pays de la sous-région.[17]

## **1.2- Cadre législatif et règlementaire**

Depuis l'acquisition de l'autonomie administrative en 1972, l'hôpital de Thiaroye a entamé son « émancipation » par rapport à son institution tutélaire qu'était le service de psychiatrie du CHNU de Fann.

Cette tendance a été renforcée par de nombreuses décisions administratives tendant à conforter la place essentielle qu'occupe l'hôpital de Thiaroye dans le dispositif de soins psychiatriques au Sénégal.

C'est ainsi qu'en 1975 le décret 75-1092 du 23 Octobre 1975 y prévoit la création d'un établissement de type fermé mettant en application la loi 75-80 du 09 juillet 1975.

Depuis la réforme hospitalière en 1998, une réelle évolution du cadre législatif et réglementaire de l'hôpital de Thiaroye a été notée avec l'avènement d'une administration structurée qui gère l'hôpital sous le contrôle et la supervision du conseil d'administration (CA) et des comités consultatifs (CME, CTE).

Cette évolution administrative et fonctionnelle a été renforcée par l'érection de la structure en Etablissement Public de Santé (EPS) par le décret n° 2000-1167 du 29 Décembre 2000[17].

## **2- Objectifs**

### **2.1- Objectif général**

- Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques des auteurs d'homicide reçus au centre hospitalier psychiatrique de Thiaroye pour expertise psychiatrique ou pour prise en charge thérapeutique.

### **2.2- Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des auteurs d'homicide reçus au centre hospitalier psychiatrique de Thiaroye pour expertise psychiatrique ou pour prise en charge thérapeutique.

- Décrire les caractéristiques cliniques des auteurs d'homicide reçus au centre hospitalier psychiatrique de Thiaroye pour expertise psychiatrique ou pour prise en charge thérapeutique.
- Déterminer la nature du rapport existant entre les auteurs d'homicide et leurs victimes.
- Répertorier les différentes conclusions des expertises effectuées chez les auteurs d'homicide.

### **3- Période d'étude**

Notre étude s'est déroulée sur une période de 7 ans et demi allant du 01<sup>er</sup> Janvier 2005 au 31 Juin 2013

### **4- Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective.

### **5- Critères d'inclusion**

Ont été inclus tous les auteurs d'homicide ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique ou de prise en charge thérapeutique à l'hôpital de Thiaroye, avec un rapport et dossier complet.

### **6- Critères de non inclusion**

Les cas d'homicide dont les rapports d'expertise ou les dossiers étaient incomplets ou non retrouvés n'ont pas été inclus dans l'étude.

### **7- Recueil des données**

L'échantillon de notre étude est constitué de 18 auteurs d'homicides reçus à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 au 31 Juin 2013. Les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation, de consultation et des rapports d'expertise.

A l'aide d'une fiche d'enquête, nous avons recueilli des données sociodémographiques, des données sur l'homicide à savoir le type de l'homicide, le motif allégué, le comportement post homicide, le lien avec la victime. Nous avons, aussi, à partir des rapports d'expertise, recueilli les réponses de l'expert aux questions du juge d'instruction portant sur l'état de démence ou non au moment des faits et sur une accessibilité à une sanction pénale éventuelle.

## **8- Saisie et analyse des données**

Elles ont été faites à l'aide des logiciels Microsoft Office Word 2010, Microsoft office Excel 2010, Microsoft Office Power Point 2010.

## **RESULTATS**

La revue des dossiers et des rapports d'expertises des auteurs d'homicide reçus à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 au 31 Juin 2013 nous a permis de colliger 18 cas, soit 09 dossiers de patients ayant commis un ou des homicides et admis à l'hôpital pour prise en charge et 09 rapports d'expertise psychiatriqued' auteurs d'homicide.

La moyenne d'âge des auteurs d'homicide était de 33,53 ans. Le plus jeune inculpé avait 22ans au moment des faits, le plus âgé avait 70 ans. Le sexe ratio est de l'ordre de 16/2.Parmi ces auteurs d'homicide un seul était de nationalité gambienne, les autres étaient de nationalité sénégalaise. Leurs victimes étaient au nombre de 19 dont 12 hommes, 06 femmes et 01 de sexe non renseigné.

## **1- Caractéristiques sociodémographiques des inculpés**

Les données sociodémographiques, à savoir le sexe, l'âge, le niveau de scolarisation, la catégorie professionnelle, la situation matrimoniale et le lieu de vie des auteurs au moment de l'homicide sont représentés dans le tableau I.

**Tableau I : Données sociodémographiques des inculpés**

Cas	Sexe	Age	Religion	Niveau de scolarisation	Catégorie professionnelle	Situation matrimoniale	Lieu de vie
No1	M	22	Musulman	Enseignement coranique	Cultivateur	Célibataire	Domicile
No2	M	70	Musulman	Enseignement coranique	Retraité	Marié	Domicile
N 03	M	32	Musulman	Supérieure	Fonctionnaire	Marié	Chez le marabout
No4	M	27	Musulman	Enseignement coranique	Marchand	Célibataire	Domicile
No5	M	32	Musulman	Primaire	Ouvrier	Célibataire	Domicile
No6	M	23	Musulman	Enseignement coranique	Boulanger	Célibataire	Domicile
No7	M	24	Chrétien	Supérieur	Etudiant	Célibataire	Domicile
No8	M	43	Musulman	Supérieur	Fonctionnaire	Divorcé	Domicile
No9	F	25	Musulman	Non scolarisée	Sans profession	Célibataire	Domicile
No10	M	Non précisé	Musulman	Non précisé	Non précisée	Non renseignée	Domicile
No11	F	29	Musulman	Non précisé	Non précisée	Mariée	Domicile
No12	M	Non précisé	Musulman	Non précisé	Chauffeur de taxi	Marié	Domicile
No13	M	22	Musulman	Non précisé	Maçon	Célibataire	Domicile
No14	M	Non précisé	Musulman	Primaire	Ancien militaire libéré	Non précisée	SDF
No15	M	26	Musulman	Non précisé	Non précisée	Non précisée	Non précisé
No16	M	45	Musulman	Non précisé	Non précisée	Célibataire	Domicile
No17	M	51	Musulman	Supérieur	Chef d'atelier dans une usine	Marié	Domicile
No18	M	32	Musulman	Primaire	Tailleur	Marié	Domicile

La tranche d'âge de 22-32 ans était la plus représentée avec 11 cas, soit 61,11 %.

Le tableau II indique les antécédents personnels médicaux, psychiatriques, médico-légaux et les conduites addictives des inculpés.

**Tableau II: Antécédents personnels médico-psychiatriques, médico-légaux et les conduites addictives des inculpés**

Cas	ATCD personnels médicaux	ATCD personnels psychiatriques	Conduites addictives	ATCD personnels médico-légaux
No1	Aucun	Aucun	Aucune	Aucun
No2	Aucun	Aucun	Aucune	Aucun
No3	Aucun	Aucun	Cannabis, Tabac	Vols et détention de substances illicites
No4	Aucun	Aucun	Cannabis, Tabac	Violence physique et détention de Drogue
No5	Aucun	Aucun	Aucune	Non précisé
No6	Aucun	Aucun	Aucune	Coups et blessures volontaires, vols et destruction de biens
No7	Aucun	Schizophrénie suivi irrégulier au CHNU de Fann, n'était pas sous traitement au moment de l'acte.	Aucune	Aucun
No8	Aucun	PMD assez bien suivi au CHNU de Fann puis au CHU de Thiaroye mais n'était pas sous traitement au moment de l'acte.	Tabac	Aucun
No9	Epilepsie suspension du traitement au moment de l'acte	Retard mental	Aucune	Aucun
No10	Aucun	Troubles psychiques suivi en psychiatrie au CHNU de Fann. N'était pas sous traitement au moment de l'acte	Non renseignée	Aucun
No11	Asthme et Epilepsie avec arrêt du phénobarbital.	Aucun	Aucune	Aucun
No12	Aucun	Aucun	Non précisée	Aucun
No13	Aucun	Troubles du comportement suivi au centre de santé mental DalalXël de Thiès, sans traitement au moment de l'acte.	Non précisée	Aucun
No14	Aucun	Troubles psychiques suivi en psychiatrie au CHNP de Thiaroye sans traitement au moment de l'acte.	Cannabis	Aucun
No15	Non précisé	Non précisé	Non précisée	Non précisée
No16	Non précisée	Troubles psychiques chroniques non suivi.	Non précisée	Aucun
No17	Asthme	Schizophrénie paranoïde suivi avec plusieurs hospitalisations au CHU de Fann, sans traitement au moment de l'acte.	Aucune	Aucun
No18	Aucun	Aucun	Aucune	Aucun

La moitié des auteurs d'homicide n'avait pas d'antécédents personnels psychiatriques et l'autre moitié ayant des antécédents n'était pas sous traitement au moment de l'acte.

Le tableau III représente les antécédents familiaux médico-psychiatriques, les situations et évènements de vie des auteurs.

**Tableau III : Antécédents familiaux médico-psychiatriques, situation et évènement de vie des inculpés**

Cas	Antécédents familiaux médico-psychiatriques	Situation et évènement de vie significatifs
No1	Aucun	Aucun
No2	Aucun	Aucun
No3	Aucun	Abus sexuels
No4	Aucun	Isolement, contention
No5	Aucun	Aucun
No6	Aucun	Délinquance
No7	PHC chez la mère suivie au CHU de Fann et l'inculpé était en général l'accompagnant au cours des hospitalisations de sa mère	Parents séparés à son enfance
No8	Epilepsie chez son frère	Aucun
No9	Aucun	Abus sexuels
No10	Aucun	Divorce des parents à ses 10 ans
No11	Epilepsie chez son demi-frère	Aucun
No12	Aucun	Aucun
No13	Non renseigné	Aucun
No14	Troubles psychiatriques chez un neveu suivi au CHNP de Thiaroye	Délinquance
No15	Non renseigné	Non renseigné
No16	Aucun	Non renseigné
No17	Aucun	Aucun
No18	Troubles psychiatriques chez sa mère	Aucun

Le tableau IV indique le type, l'endroit et le moment de l'homicide. Ainsi que la région et le lieu de l'évènement.

**Tableau IV: Type, endroit, moment, régions et lieu de l'acte homicide**

Cas	Type d'homicide	Endroit de l'homicide	Moment de l'homicide	Régions	Zone de l'évènement
No1	Meurtre du voisin	Domicile de la victime	Matin	Matam	Rural
No2	Parricide	A l'extérieur	Nuit	Matam	Rural
No3	Meurtre du voisin	A l'extérieur	Nuit	Dakar	Urbain
No4	Patricide et Matricide	Domicile commun à l'inculpé et aux victimes	Matin	Matam	Rural
No5	Meurtre du collègue	A l'extérieur	Après midi	Matam	Rural
No6	Meurtre de l'ennemi de gang	A l'extérieur	Après midi	Dakar	Suburbain
No7	Matricide	Domicile commun à l'inculpé et à la victime	Matin	Dakar	Suburbain
No8	Parricide	Domicile commun à l'inculpé et à la victime	Matin	Kaolack	Rural
No9	Filicide	A l'extérieur	Matin	Thiès	Suburbain
No10	Parricide	Domicile commun à l'inculpé et à la victime	Après midi	Dakar	Urbain
No11	Néonaticide	Domicile commun à l'inculpé et à la victime	Nuit	Dakar	Urbain
No12	Filicide	Domicile commun à l'inculpé et à la victime	Non renseigné	Diourbel	Rural
No13	Parricide	Domicile commun à l'inculpé et à la victime	Matin	Thiès	Rural
No14	Meurtre d'un Inconnu	A l'extérieur	Après midi	Dakar	Suburbain
No15	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	Thiès	Rural
No16	Parricide	Domicile commun à l'inculpé et à la victime	Après midi	Saint Louis	Suburbain
No17	Uxoricide	Domicile commun à l'inculpé et à la victime	Matin	Dakar	Urbain
No18	Uxoricide	Domicile commun à l'inculpé et à la victime	Après midi	Dakar	Suburbain

Dans la majorité des cas, l'homicide avait lieu au domicile commun à l'inculpé et à la victime.

Les données criminologiques comme le motif allégué de l'homicide, la méthode utilisée pour commettre l'homicide, ainsi que les comportements post homicide et la position de l'inculpé sont représentées dans le tableau V.

**Tableau V: Motif allégué, méthode utilisée, comportements post homicide et position de l'auteur**

Cas	Motif allégué de l'homicide	Méthode utilisée pour commettre l'homicide et lieu où le coup a été porté	Comportements post homicide	Réaction de l'auteur
No1	Dispute	Couteau	Reconnaissance du crime	Aveu
No2	Contexte délirant	Arme à feu	Froideur affective et reconnaissance du crime	Aveu
No3	Dispute	Strangulation	Reconnaissance du crime, critique du crime et tentative de s'échapper	Aveu
No4	Absence de motif	Gros caillou et coup de poing porté au niveau de la tête	Froideur affective, reconnaissance du crime, et tentative de s'échapper	Aucune
No5	Contexte délirant	Couteau	Froideur affective, reconnaissance du crime et dénonciation spontanée	Aveu
No6	Dispute et règlement de compte	Machette	Froideur affective et reconnaissance du crime	Aveu
No7	Dispute et contexte délirant	Couteau, au niveau du cou, coupure de la veine jugulaire.	Froideur affective, reconnaissance du crime et dénonciation spontanée.	Aveu
No8	Contexte délirant	Bâton, au niveau de la tête.	Tentative de s'échapper	Déni
No9	Dispute	Immersion (Jeter dans le puits)	Tentative de suicide, reconnaissance du crime et regret.	Aveu
No10	Dispute	Paire de ciseaux, au niveau du cou.	Reconnaissance du crime et regret.	Aveu
No11	Absence de motif	Non renseignée	Tristesse	Aucune
No12	Accident	Coup de poing porté, au niveau de la nuque.	Regret	Aveu
No13	Contexte délirant	Couteau et coup de poing porté sur tout le corps.	Reconnaissance du crime	Déni
No14	Autodéfense	Tesson de bouteille, au niveau du thorax	Froideur affective	Aucune
No15	Non renseigné	Coup de poing porté	Non renseigné	Aucune
No16	Non renseigné	Gros caillou, au niveau de la tête.	Froideur affective	Déni
No17	Contexte délirant	Couteau, au niveau du cou.	Froideur affective	Déni
No18	Contexte délirant	Couteau, au niveau du cou.	Froideur affective	Déni

## 2- Caractéristiques sociodémographiques des victimes

Le lien entre la victime et l'inculpé ainsi que les données sociodémographiques des victimes à savoir le sexe et l'âge sont représentés dans le tableau VI.

**Tableau VI: Sexe, âge, lien entre la victime et l'inculpé**

Cas	Sexe de la victime	Age de la victime	Lien entre la victime et l'inculpé
No1	M	>20ans	Voisin
No2	M	>20ans	Petit-fils
No3	M	>20ans	Voisin
No4	M et F	>20ans	Père et Mère
No5	M	>20ans	Collègue
No6	M	23	Ennemi de gang
No7	F	>20ans	Mère
No8	F	>20ans	Tante
No9	M	1an et plus	Fils
No10	M	>20ans	Oncle
No11	M	1 jour	Fils
No12	M	02ans 2 mois	Fils
No13	M	04ans	Neveu
No14	M	>20ans	Aucun
No15	Non précisé	Non précisé	Non précisé
No16	F	>20ans	Tutrice
No17	F	>20ans	Epouse
No18	F	>20ans	Epouse

### 3- L'expertise

Le tableau VII indique le trouble mental retrouvé chez l'inculpé au cours de l'expertise psychiatrique. Ainsi que la conclusion de l'expert aux questions sur la dangerosité de l'inculpé, son accessibilité à une sanction pénale et l'état de démence au moment des faits.

**Tableau VII: L'Expertise : Trouble mental retrouvé, notion de dangerosité, l'accessibilité à une sanction pénale, type de démence au moment des faits.**

Cas	Trouble mental retrouvé chez l'inculpé	L'inculpé présente-t-il un état dangereux ?	Est-il accessible à une sanction pénale ?	Type de démence au moment des faits
No9	Epilepsie et Retard mental.	Non précisé	Oui	Altération du discernement
No10	Aucun	Non précisé	Non précisé	Trouble du contrôle des impulsions
No11	Aucun	Non précisé	Non précisé	Crise d'épilepsie
No12	Aucun	Non précisé	Non précisé	Aucun
No13	Schizophrénie déficitaire	Oui	Non	Schizophrénie
No14	Schizophrénie hébéphrénique	Non précisé	Non précisé	Schizophrénie
No15	Schizophrénie déficitaire	Non précisé	Non	Schizophrénie
No17	Schizophrénie paranoïde	Non précisé	Non précisé	Schizophrénie
No18	Schizophrénie paranoïde	Oui	Non précisé	Schizophrénie

La plupart des auteurs d'homicide présentait un état de démence au moment des faits.

## **DISCUSSION**

## **1- Difficultés de l'étude**

Notre travail est une étude descriptive rétrospective portant sur les auteurs d'homicide reçus au centre hospitalier psychiatrique national de Thiaroye pour expertise psychiatrique ou pour prise en charge thérapeutique, sur une période de 7 ans et demie allant du 01er Janvier 2005 au 31 Juin 2013.

Son but est d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques de ces auteurs d'homicide.

Nous avons recensé 18 cas d'auteurs d'homicides soit 09 cas de patients ayant commis un ou des homicides et admis à l'hôpital pour prise en charge et 09 cas d'inculpés reçus pour expertise psychiatrique. Cette étude nous permet de constater qu'une moitié des auteurs d'homicide n'ont pas fait l'objet d'une expertise psychiatrique alors que tout crime doit normalement faire appel à une expertise. Ces auteurs d'homicide reçus pour prise en charge thérapeutique n'étaient même pas hospitalisés par mesure d'internement. Ils étaient en hospitalisation libre, amené par la famille qui parfois les rejettait et ne pouvait plus les supporter chez eux. Ces derniers pouvaient ainsi constituer un danger pour autrui.

Les informations recueillies sur les 18 auteurs et leurs 19 victimes nous ont permis d'avoir des orientations sur le profil diagnostique et les circonstances qui ont entouré l'homicide.

Nous avons été confrontés cependant à quelques difficultés, notamment :

La taille de l'échantillon et la limitation de l'étude au centre hospitalier psychiatrique de Thiaroye ne permet pas une généralisation de nos résultats. Ce nombre réduit permet néanmoins une étude qualitative axée sur la psychopathologie.

## 2- Caractéristiques sociodémographiques des auteurs

### 2-1. Sexe

Le sexe masculin a été prédominant dans notre série avec 16 hommes pour 2 femmes. Ce résultat est conforme à celui de Federowycz O. [31], qui a rapporté en 2000 que plus de 90% des personnes accusées d'homicide au Canada en 1999 étaient de sexe masculin. Asuni, en 1969, Emovon et Lambo, en 1975, Lindqvist, en 1986, Rizzo, en 1982, ont montré que la plupart des homicides sont commis par des hommes, entre 84% et 98% selon les populations étudiées. De même, en France, Ochonisky A. [58], en 1963, a trouvé que le meurtrier était de sexe masculin de façon générale. Maurice Cusson dira d'ailleurs à propos de l'homicide qu'il est « l'apanage des hommes »[20]. La violence est naturellement masculine pour Ayral, dont l'étude faite en France en 2010 [5] retrouve que 88% des personnes mises en cause par la justice sont des hommes, chiffre qui monte à 94 % dès qu'il y a acte violent, agression, meurtre.

Nous pouvons aussi expliquer cette prédominance dans notre contexte par le fait de la prépondérance masculine parmi les malades qui consultent en psychiatrie dans nos structures hospitalières. Cette prépondérance masculine a été constatée dans plusieurs travaux antérieurs : au CHU de Fann avec Collomb en 1961, Andrade en 1979[4], Koumaré en 1980, Picard en 1984[60], Ndiaye en 1989 [55]. Au CHNP de Thiaroye, Sylla en 1978[84] avait fait la même remarque en retrouvant 67,5% d'hommes, Sarr en 1992[72] avait noté un sexe ratio de 1,72 en faveur des hommes, de même que Fall en 2008[29] avait 58% d'hommes sur une population de 1954 malades reçus au pavillon de consultations externes.

## **2-2. Age**

La moyenne d'âge dans notre étude était de 33,53 ans avec des extrêmes allant de 22 à 70 ans. La tranche d'âge de 22 à 32 ans était la plus représentée avec 11 cas soit 61,11%.

Toutes les études s'accordent à dire que les adultes jeunes, malades ou non sont plus violents que le reste de la population. [20, 47, 24,71] Mucchielli L. [54] dans son étude avait trouvé que le plus jeune des criminels étudiés avait 15 ans au moment des faits, le plus âgé 62 ans. Il a fait une courbe par âge qui a indiqué une élévation rapide à partir de l'âge de 17 ans, un maximum atteint entre 18 et 30 ans, une légère baisse entre 30 et 40 ans, une remontée entre 40 et 50 ans, enfin une chute progressive après 50 ans.

La violence meurtrière est donc avant tout l'affaire de jeunes adultes. L'implication de mineurs est très rare. Cette prédominance des jeunes peut s'expliquer par le poids démographique car la population sénégalaise est dans sa majorité composée d'adultes jeunes et d'adolescents et aussi par le fait que la population des malades consultants au CHNP de Thiaroye est relativement jeune. Fallen 2008 [29] avait retrouvé que la tranche d'âge de 16-35 ans était la plus représentative avec 66% de consultants.

## **2-3. Niveau de scolarisation**

Parmi les 12 auteurs d'homicide pour les lesquels le niveau d'étude a été mentionné, 1 n'a pas été scolarisé, 4 ont été à l'école coranique et 7 ont bénéficié de l'instruction de type occidental. Dans ce dernier groupe 4 ont un niveau supérieur et 3 ont un niveau primaire. Au total nous avons 8 auteurs d'homicide soit 66,67% qui n'ont aucun diplôme. Ce qui nous rapproche de l'étude de Mucchielli L. [54], chez qui la majorité des auteurs n'avait aucun diplôme (68%). Nous pouvons ainsi dire comme Stueve[Stueve A. ] qu'un faible

niveau d'études ainsi qu'un faible niveau socio-économique seraient associés à une augmentation du risque de violence.

#### **2-4. Situation matrimoniale**

Les célibataires représentaient 53,33% des auteurs d'homicide dans notre étude. Ce résultat se rapproche de celui de l'étude de OchoniskyA. [58], qui a trouvé que les 2/3 des cas, soit 66,66% sont des célibataires.

Cette tendance au célibat pourrait être liée au handicap social que la maladie mentale entraîne. Etant donné que les patients, avec leur état de santé mentale dégradé, ont une vie de relation très perturbée. Ils sont souvent marginalisés voire stigmatisés [29].

#### **2-5. Profession**

Nous avons relevé un cultivateur, un Maçon, un boulanger, un chauffeur de taxi, un marchand, un ouvrier, un tailleur, un ancien militaire libéré, un étudiant, deux fonctionnaires, un chef d'atelier dans une usine, un sans profession et un retraité. Ces différentes professions laissent penser à un revenu économique relativement bas pour l'ensemble des auteurs d'homicide. De manière générale, les malades n'exerçant pas d'emploi défini ont toujours représenté des proportions élevées parmi les consultants en psychiatrie. Les travaux antérieurs menés au service de psychiatrie du CHU de Fann montrent un taux élevé de patients sans emploi et une prédominance des métiers informels et précaires. [60, 55]A Thiaroye, Sarr en 1992[72] avait retrouvé un taux de 49% de sans emploi. Fall en 2008[29] avait retrouvé un taux de 82% de patients sans emploi.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certaines pathologies psychiatriques chroniques semblent constituer un handicap à l'activité socioprofessionnelle. Le malade mental surtout le psychotique, a en générale du mal à s'adapter et à maintenir une activité professionnelle constante. Il se pose ainsi, la difficile problématique de la réinsertion professionnelle des malades mentaux. En vérité,

la plupart des employeurs sont réticents pour recruter ou maintenir en activité un sujet étiqueté malade mental. Cette attitude conduit à l'exclusion voire la marginalisation.

L'ensemble des résultats sur les données sociodémographiques de ces auteurs d'homicide, corroborent les études internationales à savoir, adultes jeunes de sexe masculin, avec un faible niveau socioéconomique et d'instruction. Ces données ne diffèrent guère de celles des autres patients psychiatriques non homicidaires, ni même des homicidaires non malades mentaux. [7]. Ce constat a poussé certains auteurs à dire qu'il n'y a pas de profil sociodémographique particulier des malades mentaux homicidaires. [47, 24].

## **2-6. Antécédents personnels médico-psychiatriques**

Huit auteurs d'homicide (47,06%) n'avaient aucun antécédent personnel psychiatrique. Chez ces derniers, la conduite agressive était le symptôme inaugural de la maladie.

Par ailleurs neuf auteurs (52,94%) présentaient des troubles médico-psychiatriques et étaient irrégulièrement suivis dans la plupart des cas. Parmi ces derniers, six étaient schizophrènes, un avait une psychose maniaco-dépressive et deux étaient épileptiques connues, suivies sous phénobarbital, avec arrêt thérapeutique au moment de l'acte homicide. Chez l'une on notait une comorbidité épilepsie et retard mentale.

La schizophrénie est le trouble psychiatrique le plus retrouvé dans notre étude, c'est également le trouble le plus étudié dans ses liens avec la violence. Néanmoins, s'il existe une augmentation du risque de violence liée à ce trouble, il semble que cela soit plurifactoriel. L'existence de symptômes psychotiques productifs, comme les idées délirantes de persécution ou le syndrome d'influence avec injonctions hallucinatoires de passage à l'acte, augmente le risque de violence [56, 80]. Il convient, en cas de délire de persécution, de

penser à protéger la personne désignée comme persécuteur par le patient, car cette dernière peut être la cible d'un passage à l'acte violent.

La violence peut également survenir lors d'un épisode maniaque dû à des symptômes mégalomaniaques, à la désorganisation de la pensée ou du comportement [63]. Dans notre étude nous avons un cas de psychose maniacodépressive sur le versant maniaque. Pour ces patients, l'évaluation du niveau d'impulsivité, d'irritabilité, de trouble de la capacité de jugement est essentielle pour décrire le risque de passage à l'acte violent.

De même les patients épileptiques peuvent commettre des passages à l'acte violent, le plus souvent en cas de crise partielle à symptomatologie complexe ou au cours de la période de confusion post critique[10]. Nous le retrouvons dans notre étude chez deux auteurs. Aussi des éventuelles corrélations statistiques entre arriération mentale et conduites sociales déviantes ont été élaborées par Addad et Bénézech[1]. Il est classique de dire que si le débile mental est plus souvent plus criminel que l'homme d'intelligence normale, c'est à cause de sa difficulté à surmonter ses pulsions instinctives et à intégrer les règles sociales du groupe.

Tout ceci nous pousse à insister sur la nécessité d'une bonne prise en charge thérapeutique et régulière des malades mentaux et des patients épileptiques.

Pour les malades psychotiques chroniques, l'utilisation des neuroleptiques à action prolongée revêt ici tout son intérêt.

## **2-7. Consommation de substances psychoactives**

La très grande place accordée à la toxicomanie et l'alcoolisme dans la survenue des comportements violents est unanimement admise par toutes les études [44, 23, 24 ;2].

Tous les états d'alcoolisation sont susceptibles d'entrainer des actes médico-légaux. Pour les états aigus, c'est la désinhibition qui expliquerait le passage à

l'acte, alors que les troubles caractériels, la labilité de l'humeur, les délires de jalouse seraient en cause dans l'alcoolisme chronique. Il faut mentionner les atteintes neurologiques consécutives à l'alcoolisme tels l'épilepsie, la démence, le delirium tremens [2].

Pour le cannabis, une action confusogène lors d'une consommation exagérée et ou désinhibitrice est incriminée dans le passage à l'acte, alors que pour la cocaïne, il s'agirait d'une action paranoïde [70].

Dans notre étude nous avons noté 3 cas de consommation de cannabis. Cette consommation de substances psychoactives semblent faible dans notre travail. Il faut prendre en compte ici la limitation de nos moyens d'investigation s'arrêtant le plus souvent à l'interrogatoire des auteurs d'homicide.

## **2-8. Antécédents personnels d'actes violents**

Nous avons retrouvé chez 3 auteurs d'homicide des antécédents médico-légaux à type de violence physique, de destruction de biens, de vols et de détention de substances illicites.

La dangerosité criminologique est un phénomène psycho-social caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens [16]. Pour Bénézech et Bourgeois [15], elle est la capacité d'un individu ou d'un groupe à présenter un risque de violence et de transgression, physique ou psychologique, ou encore comme une disposition, dans un contexte donné, à passer à l'acte d'une manière violente et transgressive. Pour ces derniers et pour Dubreucq, la fréquence et la précocité des comportements violents sont considérées comme des facteurs multipliant le risque de passage à l'acte ou de récidive criminelle[11, 12,24]. D'autres auteurs à l'instar de MucchielliL[54]pensent que la violence mortelle n'est pas l'apanage des criminels professionnels ni des délinquants récidivistes, elle est socialement plus banale. Notre étude suit cette pensée car la plupart des patients

de notre série n'ont aucun antécédent judiciaire ni de mauvaise réputation dans leur environnement social (famille, voisinage, employeurs, police).

## **2-9. Evènements de vie**

Deux patientsont été victimes d'abus sexuels durant leur enfance. Les parents de deux autres avaient divorcé à leur jeune âge. Nous avons noté des conduites de délinquance chez deux inculpés et un inculpé avait eu à subir une contention avec isolement dans l'enfance.

Ces évènements de vie nous font retenir simplement ici l'importance de deux facteurs dont le cumul s'avère redoutable: la précarité sociale et les carences familiales. Nous poussant ainsi à penser comme Hodgins et Walsh que la violence subie ou agie de l'individu constitue un facteur de risque prépondérant [34, 89]. De même, la précocité de comportements délinquants et d'actes violents mais également les maltraitances physiques et psychiques subies dans l'enfance jouent un rôle dans le risque de violence [21, 82].

## **2-10. Endroit de l'homicide**

Dans notre étude, dans 58,82% des cas le crime avait lieu au domicile commun à l'auteur d'homicide et à la victime. Donnée corroborée par les travaux de Devantoy[69]qui avait trouvé que le crime est perpétré dans 63 % des cas au domicile de la victime.Nos résultats sont en accord avec ceux d'autres études qui ont indiqué des proportions semblables[45, 39, 38, 54].Une grande proximité géographique et affective avec les victimes est une donnée classique de la littérature.

L'entourage étant la principale cible des malades mentaux, le mode de vie communautaire en Afrique expliquerait cette prédominance du domicile familial. Ce pourcentage important peut constituer un argument notable en faveur d'une tentative d'approche de la violence intrafamiliale. Certes, la famille est le premier réseau relationnel de l'individu ; il n'est que de considérer

dans les travaux de nos services psychiatriques l'importance de la dynamique familiale dans la structuration et l'acquisition de l'équipement mental du sujet africain ; mais elle est tout aussi facteur d'éclosion et de développement de la maladie mentale [50].

## **2-11. Motif allégué de l'homicide**

Il revêt un intérêt certain dans la mesure où il donne sens à la genèse du meurtre. Cette psychopathologie du meurtre est très variée.

Dans notre travail, il y avait homicide suite à une dispute préalable dans 6 cas (37,5 %), ce résultat se rapproche légèrement des 54 % de l'étude de Le Bihan [38]. On note 7 cas en lien avec une psychopathologie délirante persécutrice, 2 cas sans motifs, 1 cas d'autodéfense et 1 cas d'accident.

Parmi les mobiles pathologiques exprimés par les auteurs d'homicide, nous nous appesantirons sur les idées délirantes de persécution. Nous prenons ici le cas d'un auteur d'homicide, avec qui nous avons pu avoir un entretien durant son hospitalisation. Il était irrégulièrement suivi avant l'homicide pour schizophrénie au CHU de Fann. Il présentait des hallucinations céphalées qui se manifestaient chez lui par des prurits. Le matin du jour du crime, il avait entendu son beau-frère racler sa gorge dans la salle de bain et cela a généré chez lui un prurit. Il est allé se plaindre chez sa mère et cette dernière aurait pris la défense du beau-frère. Là il s'est dit : « Ma mère veut me tuer à petit feu. Est ce qu'elle est vraiment ma mère ?... ». C'est ainsi qu'il est allé prendre son couteau et a égorgé sa mère. Il dit : « J'avais assez de lucidité pour qu'elle ne souffre pas trop, je l'ai coupé au niveau de la veine jugulaire du cou et je lui ai mis du papier dans la gorge ». Par la suite il est allé se rendre lui-même à la police.

Dans ce contexte nous voyons que l'homicide serait un sursaut de survie face à une mort imminente. Chez cet auteur, l'acte est marqué du sceau de la

persécution. Le délire aurait généré une angoisse persécutiveliée à un état où il « s'est senti menacé » ou « en danger de mort ».

S'il est vrai que le délire en lui-même peut ne pas constituer un facteur de risque homicidaire ; la décharge émotionnelle présente dans les homicides psychotiques lui est consécutive. Ainsi donc, un auteur d'homicide schizophrène paranoïde se sentant menacé agit secondairement à l'angoisse générée par le délire persécutif[13]. On peut parler d'agir irréversible sous l'emprise d'une conviction délirante totale et envahissante mettant en jeu l'intégrité physique et psychique du sujet. .

## **2-12. Méthode utilisée pour commettre l'homicide**

Comme moyen du crime, les auteurs d'homicides utilisaient essentiellement leurs mains et tuaient leurs victimes à l'aide d'une arme blanche (70,59%), des coups (23,53%), par strangulation (5,88%). Nous avons noté un cas par arme à feu et un autre cas où la victime a été jetée dans un puits. Un des auteurs a égorgé sa mère, lui sectionnant la veine jugulaire avec un couteau. L'autre a déchiqueté son neveu avec un couteau après l'avoir roué de coups. Un autre a écrasé la tête de sa tutrice avec un gros caillou.

Cette importante utilisation de l'arme blanche se rapproche des résultats obtenus d'autres études sur les homicides commis par les malades mentaux, qui montrent une prédominance de l'arme blanche [77, 44, 69, 70].

L'utilisation d'une arme blanche témoigne d'une cruauté et d'une brutalité du crime rendant compte de la dimension émotionnelle rencontrée chez les malades mentaux [77]. La violence est incontrôlée, l'attaque de la victime est soudaine, désordonnée, l'arme utilisée étant celle qui se trouve déjà sur place et/ou à la portée immédiate du coupable, il s'agit le plus souvent d'une arme d'opportunité. Couteau, caillou, machette, bâton, paire de ciseaux, tesson de bouteille sont des objets faciles à trouver dans les maisons.

## **2-13. Comportement post homicide**

Nous avons noté l'absence de réaction après l'acte homicide chez 12 auteurs, chez deux auteurs nous avons noté une dénonciation spontanée à la police, un auteur a fait une tentative de suicide, et dans 2 cas nous notons une tentative de fuite.

Les réactions des meurtriers non malades sont dominées par la dissimulation du crime pour rester impuni: effacement des empreintes, dissimulation de l'arme du crime et du corps, recherche d'alibi, fuite. . [69]. Ceci n'est pas le cas pour la plupart des auteurs d'homicide de notre étude. Nous notons juste deux cas de tentative de fuite.

La plupart des auteurs avaient un comportement post homicide inadapté. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature en mettant en relief le caractère inadapté de ces réactions. Pour de nombreux auteurs à l'instar de Bénézech, [11] cette inadaptation caractérise le meurtrier souffrant de troubles mentaux.

## **2-14. Critique de l'acte**

Dans notre travail nous notons la critique de l'acte avec sentiment de regret et de tristesse chez 4 auteurs. Chez 5 auteurs, nous notons une indifférence avec froideur affective, et un déni chez 5 autres auteurs.

Un entretien avec un auteur d'homicide nous a permis d'objectiver son déni. Ce dernier a tué sa tante qu'il aimait bien selon son frère, mais à ce sujet l'auteur nous dit : « Je ne suis pas un meurtrier, je n'ai fait aucun péché, on veut gâcher ma vie parce que je suis riche et je suis un roi, ce sont des gens qui m'accusent à tort, d'ailleurs on vient de me souffler que ma tante est vivante... ».

Un autre auteur d'homicide au cours de son expertise dira à propos du meurtre de son épouse : « Comment cet acte pourrait être commis par moi ? Comment est-ce possible ? On ne peut pas se lever un beau matin et tuer sans raison, ce

n'est pas possible. Encore qu'on est trop proche elle et moi. C'est mon amie, les enfants sont nos amis... ».

Ces deux illustrations mettent en évidence le déni de l'acte commis. On pourrait comprendre ainsi que c'est contre la réalité du vécu traumatisante que ces auteurs d'homicide érigent ce déni qui est un phénomène de refus de prendre en compte une part de réalité externe inacceptable, c'est-à-dire, non métabolisable sur le plan psychique. Il équivaut dans les psychoses à un rempart contre l'angoisse d'anéantissement. Pour ces auteurs, tout se passe comme s'ils n'avaient pas intégré l'acte commis. La forclusion notion introduite par Lacan trouve ici toute sa signification. Elle sous-entend au-delà du déni, que le signifiant n'est nullement advenu, qu'il est nulle part [8].

### **3- La victime**

#### **3-1. Sexe de la victime**

Les victimes étaient à 66,67 % de sexe masculin soit 12 hommes pour 6 femmes. Ce résultat se rapproche de celui de l'étude de Federowycz[31] qui a constaté que les hommes ont un taux de victimisation plus élevé que les femmes pour ce type de crime avec un taux de 66%.

Les hommes et les femmes sont victimes des crimes violents dans à peu près la même mesure, mais il existe des écarts révélateurs entre les sexes pour ce qui est de la nature de victimisation. Les hommes sont plus susceptibles d'être victimes des formes plus graves de voies de fait et d'être agressés avec une arme par rapport aux femmes qui sont beaucoup plus susceptibles d'être victimes d'agressions sexuelles. Par ailleurs les femmes victimes d'homicide sont le plus souvent tuées par leur conjoint tandis que les hommes sont susceptibles d'être tués par une personne autre qu'une conjointe : un étranger, un ennemi de gang [87].

### **3-2. Lien entre la victime et l'auteur**

Les auteurs connaissaient leurs victimes dans 94,4 % des cas. Ce résultat confirme les recherches de Federowycz[31], qui a montré que l'auteur d'un homicide est connu de la victime au Canada dans 84% des cas.

Le filicide, meurtre d'un enfant par ses parents représenterait 6 à 10% des homicides résolus [48]. Dans notre étude, nous avons relevé 3 cas de filicide soit 15,79%.

Le premier cas est un homme, les faits qui lui sont reprochés sont les suivants : « venu passer le week-end auprès de sa famille, il a porté des coups sur différentes parties du corps de son fils âgé de deux (02) ans et deux (02) mois jusqu'à ce que mort s'en suive. Interrogé sur les raisons de son acte, il a déclaré que ce sont les pleurs incessants de l'enfant qui l'ont énervé et poussé à le corriger. Cependant il affirme que c'était un accident et qu'il n'a pas porté de coups au front de l'enfant. ». Les faits tels que relatés par l'auteur sont les suivants : « Venu passer le week-end, j'ai remarqué que mon fils à qui j'ai donné le nom de mon père n'arrêtait pas de pleurer. Toutes mes tentatives de même que celles des autres membres de la famille pour le calmer étaient vaines. C'est alors que pour le corriger, je lui ai donné un coup au niveau de l'arrière du cou. Quand je l'ai frappé il est tombé. Je l'ai pris pour le serrer contre moi mais il se raidissait et convulsait. Les gens m'ont dit alors qu'il était mort».

Le deuxième cas est une jeune mère de 25 ans. Cette mère relate les faits suivants : « Lors d'une dispute avec l'épouse de son grand frère, cette dernière aurait proféré à son égard des propos malveillants. Touchée au plus fort d'elle-même, l'envie de se suicider l'a alors prise. Elle a couru au puits du village avec son fils qui avait un peu plus d'un an. Elle a jeté ce dernier dans le puits en premier et au moment où elle allait elle-même sauter dans le puits, elle a été retenue par un de ses cousins qui l'a vu.».

Le troisième cas est une mère âgée de 29ans, il s'agissait d'un néonaticide. Sa position vis-à-vis des faits qui lui sont reprochés est la suivante : « Le jour de mon accouchement, j'étais seule à la maison avec mes 2 filles. Je vis habituellement avec ma tante, ma sœur et le fils de ma tante. Ils étaient tous sortis. Après la prière du crépuscule, j'ai fait manger mes filles et m'apprêtais à les mettre au lit. J'avais mal au ventre mais cela ne m'a pas trop préoccupé vue que j'ai toujours eu mal au ventre durant ma grossesse. J'étais assise sur le bras du fauteuil et je crois que c'est en ce moment que j'ai fait une crise. Je me suis réveillée au centre de santé, au moment où on évacuait le placenta. Je ne me souviens de rien concernant mon accouchement. J'ai appris que le bébé auquel j'ai donné naissance était un garçon et qu'il est mort ». Elle déclare qu'elle n'avait aucune raison de tuer son enfant. Elle est régulièrement mariée avec le père du bébé avec qui elle a déjà eu 2 filles. En plus cet enfant était son premier garçon. Elle a fait régulièrement ses consultations prénatales et tout son entourage était au courant de sa grossesse.

Le parricide est l'acte par lequel quelqu'un tue un de ses parents: père, mère ou proche dans la famille Devantoy[69], dans son étude avait un taux de parricide à 13,5%. Dans notre étude nous notons 5 cas soit 26,32%.

Chez l'un les faits qui lui sont reprochés sont les suivants : « Suite à une banale altercation, l'auteur s'empare d'une paire de ciseaux, attend son oncle à la porte des toilettes et les lui plante au niveau du cou. Evacué sur l'hôpital, ce dernier décèdera juste à son arrivée dans la structure. Au cours de l'enquête et en phase d'instruction, il est apparu que l'auteur pourrait souffrir de troubles psychiques et aurait même été suivi au CHU de Fann. ». L'auteur raconte les faits tels que décrits par l'enquête. Il les justifie par la colère qui s'est emparé de lui car son oncle l'aurait toujours persécuté.

Chez un autre, les faits qui lui sont reprochés sont les suivants : « Selon le rapport de police, il aurait tué son neveu âgé de 4 ans. Les policiers à leur arrivée

mettent la main sur l'arme du crime constitué d'un couteau encore taché de sang. Le corps sans vie de la victime présentait sept plaies ouvertes occasionnés par le couteau. Selon la mère de la victime, son fils était couché sur une natte étalée dans la cour lorsque soudain l'auteur s'est retourné pour lui donner un coup de pied. L'enfant s'est mis à rire pensant certainement à un jeu. La mère quant à elle, inquiète a préféré prendre son enfant dans ses bras. C'est à ce moment que l'auteur a sorti un couteau de sa poche et s'est rué sur les personnes présentes dans la maison qui étaient toutes des femmes. Dans sa fuite et sa résistance, la mère a laissé tomber son enfant à terre et l'auteur s'est alors acharné sur lui avec le couteau. Le père de l'enfant frère de l'auteur de même que la mère de ce dernier ont déclaré qu'il était souvent sujet à des troubles du comportement qui ont entraîné une consultation au centre de santé mental DalalXël de Thiès avec prescription de médicaments. ». Vis-à-vis des faits, l'auteur dit que ce n'est pas vrai, déclare que l'on doit mieux se renseigner sur Dieu qui est clément et n'est pas méchant. Il dit que les coupables ne sont pas apparents, que ce sont des fétiches. Il dit qu'ils sont du Fouta et du ciel mais qu'ils ont peur. ».

L'Uxoricide est l'acte par lequel une personne tue sa propre femme. Dans notre étude nous avons noté 2 cas d'uxoricide soit 10,53%. Ce résultat se rapproche de celui de Devantoy[69] qui avait un taux d'uxoricide à 16,2%.

Un auteur d'uxoricide était âgé de 51 ans au moment du crime. Il lui est reproché le fait d'avoir tué son épouse avec laquelle il était marié depuis 10 ans, tous deux avaient 2 enfants, une fille et un garçon. Pour lui, son épouse n'est pas décédée. Au cours de l'expertise il a d'abord une attitude réticente face à l'expert lorsque qu'on l'interroge sur les faits il dit : « c'est une porte que je refuse d'ouvrir, les gens en parlent autour de moi..., je me dis que ce n'est pas possible, c'est une porte que je refuse d'ouvrir, c'est lourd, y a des rôles que je refuse de jouer, que je ne peux pas jouer... ». Par la suite son attitude vis-à-vis

du fait est le déni, il dit : « J'ai appelé mon fils, il m'a dit que sa mère est sortie...D'ailleurs je l'ai vu hier, elle vient me voir constamment, on se parle souvent, elle me dit qu'il faut rentrer à la maison...Comment cet acte pourrait être commis par moi ? Comment est-ce possible ? On ne peut pas se lever un beau matin et tuer sans raison, ce n'est pas possible, encore qu'on est trop proche, c'est mon amie, les enfants sont nos amis... »

Nous avons essayé d'étayer quelques cas pour montrer que la relation victime/auteur est intéressante à considérer. Nous avons vu que les auteurs et les victimes se connaissent, 2 de ceux-là étant même conjoints. Les données que nous avons vont dans le sens de celles de la littérature à savoir que la plupart des victimes d'homicides connaissent leur agresseur [31]. Par ailleurs la victimologie nous apprend que les homicides commis par les malades mentaux intéressent le plus souvent l'entourage familial [75]. Dans notre travail 64,29% des victimes sont les membres de la famille. Notons que cette proximité affective entre l'auteur et sa victime est d'autant plus marquée que le meurtrier présente une maladie mentale. Dans la littérature, 75 à 98 % des malades mentaux auteurs de meurtres connaissent leur victime [69]. Pour confirmer cela Shaw et al [78] rapportent que le meurtrier assassinant une victime inconnue présente rarement des symptômes psychiatriques au moment des faits.

#### **4- Conclusion des expertises**

Toutes les expertises de notre série ont été demandées par le juge d'instruction. La nature des questions posées à l'expert par le juge variait d'un inculpé à un autre. Néanmoins la question commune à toutes les demandes était de savoir si les inculpés étaient en état de démence au moment des faits. Comme résultat, il existe un état de démence au moment des faits chez 8 inculpés sur 9, soit 88,89%. Etat de démence à type d'altération du discernement, de trouble du contrôle des impulsions, de crise d'épilepsie et de schizophrénie. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Devantoy[69] qui a un taux de 67,6%.

Chez 6 inculpés, cette question sur l'état de démence était précédée par celle qui demandait de décrire l'état psychique de l'inculpé ou de dire si l'inculpé souffre de troubles psychiques ou mentaux. La réponse est affirmative chez tous ces 6 inculpés. Ceci nous pousse une fois de plus à insister sur la nécessité d'une bonne prise en charge thérapeutique des malades mentaux.

Les experts concluent à la responsabilité pénale de l'auteur avec accessibilité à une sanction quand ce dernier est indemne de trouble psychiatrique dans 8,1 % contre 94,5 % lorsqu'un trouble psychiatrique est présent [69]. Dans notre étude, la question sur l'accessibilité de l'inculpé à une sanction pénale a été posée pour 3 cas. Parmi lesquels deux ne sont pas accessibles à une sanction pénale soit 66,67%, car tous deux souffrent de schizophrénie déficitaire. Cette pathologie a entraîné chez ces sujets un discernement complètement perturbé avec une désinsertion sociale très marquée, ceci justifie la réponse négative de l'expert à la question du juge d'instruction. Par ailleurs le troisième cas qui souffre d'épilepsie et retard mental est accessible à une sanction pénale selon l'expert bien qu'elle avait une altération du discernement au moment des faits.

Enfin chez deux inculpés, il avait été demandé à l'expert de faire toutes remarques estimées utiles. Les remarques étaient marquantes chez un cas qui souffre de schizophrénie avec arrêt thérapeutique au moment de l'acte. Chez ce dernier il y a une nécessité de traitement au long cours surtout qu'il présente un état dangereux relevé par l'expert.

La conclusion des expertises nous montrant l'état de démence chez la plupart des inculpés et la notion de dangerosité chez certains, doit inciter à une évaluation psychiatrique, systématique pour tous les auteurs d'homicides.

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

L'homicide est l'action de tuer, volontairement ou non, un être humain. Il existe plusieurs types d'homicide dans la mythologie, la littérature, les faits divers et les rituels. Ces homicides ont connu différentes interprétations à travers les civilisations. Plusieurs psychiatres se sont penché sur le phénomène homicide dans ses différentes variétés que sont entre autres : l'infanticide, le parricide, l'uxoricide, le maricide, l'avitolicide, ..., pour montrer son importance et essayer de donner une explication psychopathologique.

En psychiatrie, l'homicide est un acte médico-légal qui appelle systématiquement l'expertise. Cette expertise est la procédure qui a pour but d'utiliser les connaissances d'un technicien pour tirer au clair une question dont la solution demande une compétence technique dont le juge est dépourvu.

Au Sénégal, l'homicide est un phénomène relativement important parmi les actes criminels. Selon les statistiques mondiales en 2008, le Sénégal comptait 8,7 cas d'homicide pour 100 000 habitants avec une population estimée à 12,5 millions d'habitants. Devant ce constat, la relation entre la psychiatrie et la justice reste à clarifier et à organiser. Dans ce cadre une enquête sur les liens entre psychiatrie et justice a été entamée depuis les années 1990. C'est pour contribuer à cette dynamique que nous avons jugé nécessaire de faire une étude rétrospective ayant pour but d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques des auteurs d'homicide reçus au centre hospitalier psychiatrique national de Thiaroye pour expertise psychiatrique ou pour prise en charge thérapeutique.

Notre étude s'est déroulée sur une période de 07 ans et demi allant du 01er Janvier 2005 au 31 Juin 2013. Les critères d'inclusion étaient tous les auteurs d'homicide ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique ou de prise en charge thérapeutique à l'hôpital de Thiaroye avec un rapport et dossier complet. Nous avons colligé 18 cas, soit 09 dossiers de patients ayant commis un ou des homicides et admis à l'hôpital pour prise en charge et 09 rapports des auteurs d'homicide ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique.

Les auteurs de ces homicides étaient surtout de sexe masculin majoritairement jeune, se situant dans 61,11 % des cas entre 22 et 32 ans. La moyenne d'âge était de 33,53 ans avec des extrêmes allant de 22 à 70 ans. Ces auteurs d'homicide étaient surtout des sujets sans diplômes dans 66,67% des cas et célibataires dans 53,33% des cas. Contrairement aux données de la littérature, notre étude n'a pas retrouvé chez les auteurs d'homicide d'antécédents d'actes criminels ou d'abus de substances toxiques.

L'expertise psychiatrique de ces auteurs d'homicide a abouti dans la majorité des cas à l'existence de pathologies psychotiques grave à l'instar de la schizophrénie. Les homicides ont été généralement commis sur des proches, les auteurs connaissaient leurs victimes dans 94,4 % des cas. Dans 88,89% des cas, les expertises faites ont conclu à l'existence d'un état de démence au moment des faits chez les inculpés.

Ainsi, le Sénégal ne saurait être en marge des réflexions sur la question des homicides commis par les malades mentaux de par le monde, pour préserver une psychiatrie dynamique. Notre étude est l'ébauche d'une telle réflexion. Elle met en relief le lien entre la psychiatrie et la justice en ce qui concerne la prise en charge des malades mentaux auteurs d'homicides. Elle valide certaines constatations faites dans la littérature, néanmoins il serait opportun et utile à l'avenir de pouvoir agréger l'ensemble des expertises réalisées par les experts du domaine psychiatrique afin d'obtenir des données fiables qui reflèteraient la situation du Sénégal tout entier en matière d'homicide et ceci sur une période assez longue. Cela permettra d'obtenir des résultats beaucoup plus précis afin de mettre en place un ensemble de politiques visant à réduire voir éradiquer les homicides.

Au terme de notre étude, nous suggérons des mesures de prévention afin de minimiser les homicides qui sont le fait de malades mentaux. Cette prévention passera nécessairement par :

- Un dépistage précoce des troubles mentaux avec la sensibilisation des populations
- Une prise en charge efficace des maladies mentales chroniques avec utilisation des neuroleptiques à action prolongée sous la surveillance du personnel médical, de la famille mais aussi des autorités.

Ces mesures sous entendent une décentralisation et une intégration des soins de santé mentale aux soins de base telle que préconisée par l'OMS.

Par ailleurs la collaboration entre les autorités judiciaires et les services de psychiatrie devraient être renforcée afin que tous les actes médico-légaux puissent être traités de manière holistique.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- **ADDAD M., BENEZECH M. (1978).**  
*L'irresponsabilité pénale des handicapés mentaux.* Paris: Litec, 204p.
- 2- **ALBERNHE T. (sous la dir. de) (1997)**  
*Criminologie et Psychiatrie.* Paris : Ellipse : 339-46.
- 3- **AMBROSI A. (2003)**  
L'évaluation de la dangerosité : de quels dangers s'agit-il ? In Villerbu L.-M. (sous la dir. de) «*Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie* ». Paris : L'Harmattan :
- 4- **ANDRADE A. S. (1979)**  
La demande d'assistance psychiatrique au Sénégal. Thèse Doctorat Méd. Dakar, No56
- 5- **AYRAL S. (2010)**  
Le genre, variable centrale de la violence sociale ? A. Ndiaye et D. Ferrand-Bechmann "Violences et société, regards sociologiques" (Ed.) : 233-250
- 6- **BALIER C. (2005)**  
Psychopathie. In BALIER C. « *La violence en abyme* ». PUF, Paris,
- 7- **BARBERA P. S., DAILLIET A. (2005)**  
Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. Encéphale; 31 : 539-49.
- 8- **BARDOU H, VACHERON-TRYSTRAM MN, CHEREF S. (2006)**  
Le déni en psychiatrie. *Ann MédPsychol*; 164 : 99-107

**9- BARTE H. N., OSTAPTZEFF G. (1981)**

Législation psychiatrique française. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris. Psychiatrie, 37-901-A- 10: 12 - 13.

**10- BENEZECH M., ADDAD M., GRASSET A. (1981)**

Criminologie et psychiatrie. *Encycl. Méd. Chir.*, Paris. Psychiatrie. 37-906-A-10: 5-14.

**11- BENEZECH M, LE BIHAN P, BOURGEOIS ML. (2002)**

Criminologie et psychiatrie. *EncyclMédChir* (Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie 37-906-A-10,15p.

**12- BENEZECH M., LE BIHAN P., CHAPENOIRE S., BOURGEOIS M.L. (2008)**

Réflexion sur la fréquence et les facteurs prédictifs des homicides psychotiques : à propos de trois observations avec mutilation corporelle. *Ann Med Psychol* ; 166 : 558-68

**13- BOUCHARD JP.(2005 )**

Violences, homicides et délires de persécution. *Ann MédPsychol*; 163 : 820-6

**14- BOULEY D. et al. (2002)**

Les fondements historiques de la responsabilité pénale. *Ann Med Psychol* Paris;160:396–405.

**15- BOURGEOIS M., BENEZECH M. (2001)**

Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidités psychiatriques. *Ann MédPsychol* ; 159 : 475-486.

**16- BURGELIN J.(2005)**

Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention. Ministère de la Justice et de la Santé.France.

**17- CHNPT (Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye)**

Projet d'Etablissement Hospitalier 2004-2008

**18- CHOCARD A. S. (2002)**

« L'Acte Homicide-suicide ». Revue de la littérature. A propos de 14 observations cliniques. Thèse de Médecine, Qualification : Psychiatrie. Angers.

**19- COCHE A. (2005)**

La détermination de la dangerosité des délinquants en droit français. *Presse Universitaire de Marseille*. p24

**20- CUSSON M., BEAULIEU N., CUSSON F. (2003)**

Les homicides. In : Le blanc M., Ouimet M., Szabo D. *Traité de criminologie empirique*. 3e édition. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal : 281-33.

**21- DEAN K., WALSH E., MORAN P., TYRER P., CREED F. et al. (2006)**

Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *British J Psychiatry*.188:264- 270.

**22- DOSTOÏEVSKI FM. (1950)**

Crime et châtiment. In: Bibliothèque de la Pléiade. Paris: Éditions Gallimard.

**23- DOUMA MAÏGA D., SIDIKOU A. (2010)**

Le parcours du schizophrène coupable d'homicide dans le système socio sanitaire au Niger. Annales de l'Université Abdou Moumouni; tome XI-A : 62-5.

**24- DUBREUCQ J.L., JOYAL C., MILLAUD F. (2005)**

Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann MédPsychol* ; 163 : 852-65.

**25- ERONEN M., ANGERMEYER MC., SCHULZE B. (1998)**

The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.* 33 :S12-S23

**26- ESTROFF SE., SWANSON JW., LACHICOTTE WS., SWARTZ M., BOLDUC M. (1998)**

Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.*; 33 :S95-S101.

**27- EY H., BERNARD P., BRISSET C. (1989)**

Manuel de psychiatrie. Paris : Masson.

**28- EY H., BERNARD P., BRISSET C. (1989)**

Problèmes juridiques et administratifs ; chapitre ii : criminologie et expertises pénales. *manuel de psychiatrie*. 9ème partie ; 6ème édition, éd. masson: 1123-1124.

**29- FALLLAHL A. (2008)**

Evaluation de six mois d'activités de consultations d'une structure psychiatrique au Sénégal : le pavillon de consultations externes du centre hospitalier national psychiatrique de Thiaroye. Thèse Doctorat Méd. Dakar, No87, 97p

**30- FARISSE J., LANCON C., HERY F. (1997)**

Contribution de la neurobiologie à l'étude des comportements agressifs. In. ALBERNHE T. «*Criminologie et Psychiatrie* ». Ellipses, Paris

**31- FEDEROWYCZ O. (2000)**

L'homicide au Canada en 1999. Bulletin Juristat, Vol. 20, N° 9. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique.

**32- GRAVIER B., LUSTENBERGER Y. (2005)**

L'évaluation du risque de comportement violent: le point sur la question. *Ann Med Psychol*. 163:668-680

**33- GREACEN T. (2006)**

Principaux résultats II. Représentations de la santé mentale et du système de soins. Enquête de 1999—2003. La santé mentale en population générale: images et réalité. Deuxièmes rencontres des partenaires de santé à Paris, les 16 et 17 mars 2006. Mairie de Paris (DASES) — Psycos;75:13—6.

**34- HODGINS S., TIIHONEN J., ROSS D. (2005)**

The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *SchizophrRes*; 78 : 323-35.

**35- HUMPHREY MS., JOHNSTONE EC., Mc MILLAN JF. TAYLOR PJ. (1992)**

Dangerous behavior preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry*.161:501-505

**36- KANT E. (1997)**

Critique de la raison pratique. Analytique de la raison pure pratique. Paris: PUF « Quadrigé B ».

**37- LACASSAGNE A.**

La criminologie perdue. <http://criminocorpus.revues.org/112#bodyftn2>. Consulté le 13 Septembre 2013.

**38- LE BIHAN P. (2006)**

Homicides et maladies mentales : analyse d'une population d'UMD.DIU de psychiatrie Criminelle et médico-légale, Université de Poitiers. [www.Senon-online.com](http://www.Senon-online.com) (consulté le 20/02/2013).

**39- LE BIHAN P., BENEZECH M. (2005)**

La récidive dans l'homicide pathologique. Etude descriptive et analytique de 12 observations : violence en milieu psychiatrique et médical. *Ann Med-Psychol*; 163 : 642-55.

**40- Le Petit LAROUSSE illustré 2006, 550.**

**41- LEYRIE J. (1981)**

L'expertise psychiatrique. Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie, 37-902-A-10:1.

**42- LOPEZ G. (1997)**

Victimologie. Paris : Dalloz

**43- MAKAYA J. B. (1994)**

La dépression de la femme sénégalaise : quelques aspects socioépidémiologiques. Mémoire Diplôme d'Initiation à la Psychopathologie. Dakar.

**44- MATHIS D, BODON-BRUZEL M, KOTTLER C. ( 2005 )**

Homicides psychotiques à partir d'une étude réalisée à l'unité pour malades difficiles « Henri-Collin » incluant 21 cas. Perspectives Psy; 44(3) : 214-8.

**45- MBASSA M. (2009)**

Auteurs d'homicides et de tentatives d'homicides, quelles caractéristiques? Etude portant sur des rapports d'expertises psychiatriques faits au Cameroun. *Médecine tropicale*; 69 (3) :255-262.

**46- MILLAUD F. (1998)**

Le passage à l'acte. Paris: Masson,

- 47- MILLAUD F., DUBREUCQ J-L. (2005)**  
Évaluation de la dangerosité du malade psychotique. Introduction. *Ann Med Psychol*;163:846-51.
- 48- MILLAUD F., MARLEAU JD., PROULX F., BRAULT J.**  
Violence homicide intra-familiale.
- 49- MODESTIN J., AMMANN R. (1996)**  
Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull*.22(1):69-82.
- 50- MODY A. Ab. (1992)**  
Lien de parenté et délit (étude portant sur les rapports d'expertise psychiatrique faits à Fann de 1965 à 1991), Mémoire de CES de Psychiatrie, Sénégal.
- 51- MOREL BA. (1857)**  
« Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine », Paris, J-B. Baillière, 7.
- 52- MOUTON P. ET LAFONT B. (1983)**  
Sémiologie des conduites agressives. *Encycl. Méd. Chir.* Paris, Psychiatrie, 37114 A<sup>50</sup>, 7.
- 53- MULVEY EP., BLUMSTEIN A., COHEN J. (1986)**  
Reframing the research question of mental patient criminality. *Int J Law Psychiatry*.9:57-65.

**54- MUCCHIELLI L. ( 2002)**

« Recherche sur les homicides : auteurs et victimes ». Questions Pénales, Janvier2002– XV. 1. CESDIP (Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales).

**55- NDIAYE B. (1989)**

Aspects épidémiologiques actuels de la maladie mentale au Sénégal à travers l'évaluation de 6 mois d'activité du pavillon de consultation de la clinique Moussa Diop. Mémoire de DES de Psychiatrie, Dakar, 51p.

**56- NOLAN KA., CZOBOR P., ROY BB., PLATT MM., SHOPE CB., CITROME LL., et al. (2003)**

Characteristics of assaultive behavior among psychiatric in patients.*Psychiatr Serv*; 54 : 1012-6.

**57- Nombre d'homicides pour 100.000 habitants**

(<http://www.statistiquesmondiales.com/homicides.htm>), consulté le 19 Juin 2013

**58- OCHONISKY A. (1963)**

Contribution à l'étude du parricide : à propos de douze observations cliniques. La psychiatrie de l'enfant, 6 : 411- 487.

**59- PATRICK O., R. COLLIGNON, O. SYLLA (1977)**

Thiaroye ou les avatars d'une institution In Psychopathologie Africaine, vol.13, n°1,130p (pp.81-111)

**60- PICARD P. G.P. (1984)**

Evaluation des activités de consultation externe du service de Psychiatrie du CHU de Dakar. Thèse de Médecine, Dakar, No121, 142p.

**61- PINATEL J. (1987)**

Le phénomène criminel. Paris : MA édition,

**62- PRATT J. (2001)**

Dangerosité, risque et technologie du pouvoir. Criminologie; 34 : 101-121.

**63- QUANBECK CD., MCDERMOTT BE., FRYE MA. (2005)**

Clinical and legal characteristics of inmates with bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep*; 7: 478-84.

**64- RACAMIER C. (1968)**

Agression et jalousie : deux singuliers visages de la dépression. L'évolution psychiatrique.32 :291-307

**65- RAPPORT de la commission Santé-Justice présidée par BURGELIN JF.**  
Santé, justice et dangers: pour une meilleure prévention. Ministère de la Justice et de la Santé

**66- RAPPORT de la mission parlementaire de JP GARRAUD.** Réponses à la dangerosité

**67- RESNICK PJ. (1969)**

Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. Am. J. Psychiatry. 126 (3), 325 – 334

- 68- ROBBINS PC., MONAHAN J., SILVER E. (2003)**  
Mental disorder and gender. *Law Human Behavior*. 27:561- 571.
- 69- RICHARD-DEVANTOY S., CHOCARD AS., BOURDEL MC., GOHIER B., DUFLOT JP., LHUILLIER JP., et al. (2009)**  
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? *Encéphale* 35 : 304-14.
- 70- Richard-Devantoy S., Duflot JP., Chocard AS., Lhuillier JP, Garré JB., Senon JL. (2009)**  
Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. *Ann MédPsychol* ; 167 : 616-24.
- 71- RICHARD D, SENON JL. (1997)**  
Délinquance et toxicomanie. In : Albernhe T éd. *Criminologie et Psychiatrie*. Paris : ellipse: 347-53.
- 72- SARR D., FRANKLIN R. GUEYE M., (1992)**  
Distribution de quelques troubles mentaux invalidants à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye. *Psychopathologie africaine*, XXXIV, 1 : 33-54.
- 73- SENNINGER JL.(2003)**  
Les trajectoires psychopathologiques de la dangerosité. In *VILLERBU « Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie»*. l'Harmattan, Paris

**74- SENON JL., MANZANERA C., HUMEAU M., et al. (2006)**

Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ?  
*InfPsychiatr*; 82:645—52.

**75- SENON JL. (2008)**

Troubles de la personnalité et psychiatrique face au courant d'insécurité de la société : de la nécessité de penser le champ du soin face aux peurs collectives. *Information psychiatrique*; 84 : 241-7.

**76- SENON JL. (2005 )**

Troubles psychiques et réponses pénales (janvier). Champenal, Penal Field, Tome II <http://champpenal.revues.org/document77.html>.

**77- SEYNI H. (2010)**

Aspects épidémiologiques, criminologiques et cliniques des homicides commis par les malades mentaux au CHU YalgadoOuedraogo, mémoire de DES de Psychiatrie, Burkina Faso, ,76p

**78- SHAW J., APPLEBY L., AMOS T., et al. (1999)**

Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. *BMJ*;318:1240—4.

**79- STEADMAN HJ., MULVEY EP., MONAHAN J., ROBBINS PC., APPELBAUM PS., GRISSO T., et al. (1998)**

Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *ArchGen Psychiatry*.55:393-401

- 80- STOMPE T., ORTWEIN-SWOBODA G., SCHANDA H. (2004)**  
Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control override concept reexamined. *Schizophr Bull*; 30: 31-44.
- 81- STUEVE A., LINK BG. (1997)**  
Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quaterly*.68:327- 342.
- 82- SWANSON J., BORUM R., SWARTZ M., HIDAY V. (1999)**  
Violent behaviour preceding hospitalisation among persons with severe mental illness. *Law Hum Behav*.23: 185-204.
- 83- SWANSON JW., SWARTZ MS., VAN DORN R., ELBOGEN E., WAGNER R et al. (2003)**  
A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*.63: 490-499
- 84- SYLLA O. (1979)**  
Une institution et ses problèmes psycho dynamiques (Hôpital de Thiaroye). Mémoire de CES de Psychiatrie, Dakar, No17.
- 85- TARDIFF K. (1984)**  
Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *Am J Psychiatry*. 141:1232-1235.
- 86- TRAORE P. R. (2009)**  
Etude des homicides ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique au CHU du POINT G. Thèse de médecine, Bamako-Mali, 133p

**87- VAILLANCOURT R. (2008)**

Les différences entre les sexes en ce qui touche les crimes violents déclarés par la police au Canada. Série de profils du Centre canadien de la statistique juridique.

**88- WALLACE C., MULLEN P., BURGESS P., PALMER S., RUSCHENA D. et al. (1998)**

Serious criminal offending and mental disorder. Case Linkage study. *Br J Psychiatry*.172:477-484.

**89- WALSH E., GILVARRY C., SAMELE C., HARVEY K., MANLEY C. et al. (2004)**

Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research*.67:247-252.

**90- WESSELY SC., CASTLE D., DOUGLAS AJ., TAYLOR PJ. (1994)**

The criminal careers of incidents cases of schizophrenia. *Psychol. Med.* 24(2);483 502.

## **ANNEXE**

## FICHE D'ENQUETE

## NUMERO DU QUESTIONNAIRE

--	--	--	--	--

## Les auteurs d'homicide reçus au centre hospitalier psychiatrique de Thiaroye pour expertise psychiatrique ou pour prise en charge thérapeutique.

## Confidentialité :

*Les informations recueillies sont confidentielles et ne seront utilisées que dans un but pédagogique et statistique. Votre collaboration nous sera d'un grand intérêt pour la réussite de cette étude.*

**2- L'INCOLPE**

2.1 – Sexe	1. Masculin 2. Féminin	<input type="checkbox"/>
2.2 – Age(en années révolues)		<input type="checkbox"/>
2.3 – Nationalité :	.....	
2.4 – Religion : 1. Musulman 2. Chrétien 3. Animistes 4. Autres		<input type="checkbox"/>
2.5 – Lieu de vie de l'inculpé au moment de l'homicide 1-Domicile 2- SDF 3-Hôpital 4- Prison 5-Autre(à préciser)		<input type="checkbox"/>
2.6 – Situation matrimoniale 1. Célibataire 2. Marié (P ou M) 3. Divorcé 4. Veuf/veuve 5. Concubinage/cohabitation.		<input type="checkbox"/>
2.7 – Niveau de scolarisation : 1-Non-Scolarisé; 2- Enseignement coranique 3-Primaire ; 4- Secondaire ; 5- Supérieure		<input type="checkbox"/>
2.8 – Catégorie professionnelle : 1. Fonctionnaires 2. Profession libéral 3. Secteur privé 4. Informel 5. Elève/Etudiant 6. Sans profession 7. Retraité 8. Autres.		<input type="checkbox"/>
2.9 - L'inculpé a-t-il de condamnation antérieure ? 1- Oui 2- Non		<input type="checkbox"/>
2.10- Si Oui pour quel motif ? 1- Homicide 2- Vol 3- Drogues 4- Incendie 5- Viol 6- Attentat à la pudeur 7- Autres (à préciser).		<input type="checkbox"/>
2.11- L'inculpé a-t-il un (des) antécédent(s) personnel (s) médical (aux) ? 1- Oui 2- Non		<input type="checkbox"/>
2.12- Si oui le (s) quel(s) ? 1- Asthme 2- Diabète 3- HTA 4- Epilepsie 5- Drépanocytose 6- Autre (à préciser)		<input type="checkbox"/>
2.13- L'inculpé a-t-il un (des) antécédent(s) chirurgical (aux) ? 1- Oui 2- Non		<input type="checkbox"/>
2.14- Si oui le (s) quel (s) (à préciser).....		
2.15 – L'inculpé a-t-il un antécédent personnel psychiatrique? 1- Oui 2- Non		<input type="checkbox"/>
2.16- Si oui le (s) quel(s) ? 1- Schizophrénie 2- Paranoïa délirante 3- Psychose délirante aigue 4- Psychose chronique 5- PHC 6- PMD 7- Autre (à préciser)		<input type="checkbox"/>
2.17- Quelles sont les conduites addictives de l'inculpé ? 1- Tabac 2- Alcool 3- Cannabis 4- Cocaïne 5- Héroïne 6- Autres (à préciser)		<input type="checkbox"/>

2.18- L'inculpé a-t-il des antécédents familiaux médico-psychiatriques? 1- Oui 2- Non	<input type="checkbox"/>
2.19- Si oui lesquels ? .....	
2.20- Situation de vie et évènements de vie de l'inculpé 1- Carences éducatives 2- Séparations parentales dans l'enfance 3- Maltraitance physique dans l'enfance 4- Abus sexuels 5- Isolement, contention 6- Délinquance 7- Profession des parents .....	<input type="checkbox"/>
<b>3 – L'ACTE HOMICIDE</b>	
3.1- Année.....	
3.2- Régions 1-Dakar 2-Thiès 3- Saint Louis 4-Kaolack 5-Louga 6-Diourbel 7- Fatick 8- Ziguinchor 9- Kolda 10- Tamba 11- Matam 12- Kédougou 13- Kaffrine 14- Sédiou	<input type="checkbox"/>
3.3-Lieu de l'évènement 1. Zone urbaine 2. Suburbaine 3. Rurale 4. Autres	<input type="checkbox"/>
3.4- Type d'homicide 1. Patricide 2. Parricide 3. Matricide 4. Maricide 5. Fratricide 6. Sororicide 7. Uxoricide 8. Filicide 9. Infanticide 10. Néonaticide 11. Avitolicide 12. Autres	<input type="checkbox"/>
3.5-Endroit de l'homicide 1. Domicile commun à l'inculpé et à la victime 2. Domicile de la victime 3. Domicile de l'inculpé 4. Lieu publique (à l'extérieur) 5. Autres	<input type="checkbox"/>
3.6- Moment de l'homicide 1- Matin 2- Après midi 3- Nuit	<input type="checkbox"/>
3.4- L'Homicide est-il lié à un toxique ? 1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>
3.5- Si oui de quel type de toxique s'agit-il ? 1. Alcool 2. Cannabis 3. Héroïne 4. Cocaïne 5. Genre inconnu 6. Autre (Préciser).....	<input type="checkbox"/>
3.6- Motif allégué de l'homicide : 1. Absence de motif 2- Dispute 3- Phénomène délirant hallucinatoire 4. Jalousie 5. Vol 6. Accident 7. Autodéfense 9. Poursuite d'un criminel 10. Autres	<input type="checkbox"/>
3.7-Méthode utilisée pour commettre l'homicide : 1- Bâton 2- Brique 3- Gros caillou 4- Machette 5- Couteau 6- Strangulation 7- Coup de poing porté 8- Arme à feu 9- Empoisonnement (poison, drogues, gaz, vapeurs) 10- Brûlures (feu, liquide, acide) 11- Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>
3.8- Comportement post homicide 1- Dissimulation du corps (conduite de réparation) 2- Tentative de suicide 3- Froideur affective 4- reconnaissance du crime 5- Critique du crime 6- Dénonciation spontanée 7- Tentative de s'échapper 8- Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
3.9- Position de l'auteur 1- Déni 2- Aveu 3- Aucune	<input type="checkbox"/>

**4-LA VICTIME**

4.1 - Sexe de la victime :1. Masculin 2. Féminin	<input type="checkbox"/>
4.2- Age de la victime (en années révolues)	<input type="checkbox"/>
4.3- Y a-t-il une relation entre la victime et l'inculpé ? 1- Oui 2- Non	<input type="checkbox"/>
4.4- Si oui laquelle ? 1- Père 2- Mère 3- Fils 4- Fille 5- Frère 6- Sœur 7-Autre membre de famille (à préciser) 8- Conjoint(e) marié(e) 9- Conjoint(e) divorcé(e) 10- Amant ou maîtresse 11- Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>

**5 – L'EXPERTISE**

5.1- Par qui l'expertise a été demandée ? 1- Le juge d'instruction 2- L'arrêté de tribunal 3- Autre (à préciser).....	<input type="checkbox"/>
5.2- Par qui l'inculpé est-il accompagné au moment de l'expertise? 1. Agent de l'administration pénitentiaire 2- Policier 3- Gendarme 4. Parent 5.Ami 6. Collègue 7. Voisin 3. Autre(Précisez).....	<input type="checkbox"/>
5.3- Ya-t-il un trouble mental retrouvé chez l'inculpé? 1- Oui 2 -Non	<input type="checkbox"/>
5.4- Si oui lequel? 1- Schizophrénie 2- Paranoïa délirante 3- Psychose délirante aigue 4- Psychose chronique 5- Epilepsie 6- Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
5.5 - Ce trouble est-il en rapport avec le fait commis ? 1- Oui 2- Non	<input type="checkbox"/>
5.6- L'inculpé présente-t-il un état dangereux ? 1- Oui 2 -Non	<input type="checkbox"/>
5.7- Est-il accessible à une sanction pénale ? 1- Oui 2 -Non	<input type="checkbox"/>
5.8- Est-il réadaptable ou curable ? 1- Oui 2 -Non	<input type="checkbox"/>
5.9- L'inculpé présentait-il un état de démence au moment des faits au sens de l'article 50 du code pénal Sénégalais ? 1- Oui 2 -Non	<input type="checkbox"/>
5-10- Si oui lequel ?.....	<input type="checkbox"/>
5.11- L'inculpé est-il responsable ? 1- Oui 2 -Non	<input type="checkbox"/>

# SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, 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 je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admise à 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque ! »

# PERMIS D'IMPRIMER

---

**Vu :**

**Le Président du jury**

**Vu :**

**Le Doyen de.....**

Vu et Permis d'imprimer

Pour le Recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de Dakaret par  
délégation

Le Doyen

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES HOMICIDES COMMIS  
PAR DES MALADES MENTAUX AU C.H.N.P DE THIAROYE : ETUDE D'UNE  
SERIE DE 18 AUTEURS D'HOMICIDE.**

---

**RESUME**

Les homicides commis par des malades mentaux retiennent toujours l'attention de par leur caractère incompréhensible. Cette étude rétrospective ayant pour but d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques des auteurs d'homicide reçus au centre hospitalier psychiatrique national de Thiaroye pour expertise psychiatrique ou pour prise en charge thérapeutique, s'est déroulée sur une période de 07 ans et demi allant du 01er Janvier 2005 au 31 Juin 2013. L'étude a porté sur 18 cas, soit 09 dossiers de patients ayant commis un ou des homicides et admis à l'hôpital pour prise en charge et 09 rapports des auteurs d'homicide ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique.

Les résultats obtenus dans cette étude ont montré que les auteurs de ces homicides étaient surtout de sexe masculin majoritairement jeune, se situant dans 61,11 % des cas entre 22 et 32 ans. La moyenne d'âge était de 33,53 ans avec des extrêmes allant de 22 à 70 ans. Ces auteurs d'homicide étaient surtout des sujets sans diplômes dans 66,67% des cas et célibataires dans 53,33% des cas. Les homicides ont été généralement commis sur des proches, les auteurs connaissaient leurs victimes dans 94,4 % des cas. Dans 88,89% des cas, les expertises faites ont conclu à l'existence d'un état de démence au moment des faits chez les inculpés. L'expertise psychiatrique de ces auteurs d'homicide a abouti dans la majorité des cas à l'existence de pathologies psychotiques grave à l'instar de la schizophrénie au moment des faits.

Ainsi, le Sénégal ne saurait être en marge des réflexions sur la question des homicides commis par les malades mentaux de par le monde, pour préserver une psychiatrie dynamique. Il est donc nécessaire de mettre en place des mesures de prévention qui passeront par un dépistage précoce des troubles mentaux avec la sensibilisation des population et une prise en charge efficace des maladies mentales chroniques avec utilisation des neuroleptiques à action prolongée sous la surveillance du personnel médical, de la famille mais aussi des autorités.

---

**Mots clés:** Homicide – Expertise Psychiatrique- Maladie mentale- Dakar

---

**Elodie Gaëlle NGAMENI**

E-mail: [ngamest@yahoo.fr](mailto:ngamest@yahoo.fr)

Tel : 00221 77 373 66 91