
SAM 4040

Travail dirigé

Travail noté 1 :
Définition du sujet et
planification du travail

Jacinthe Bourassa Guimond

Travail noté 1

Dans le cadre du cours SAM 4040 *Travail dirigé*, je dois définir et planifier mon travail de recherche et de rédaction concernant la mise en route de mon essai, et ce, à partir de l'ébauche fournie lors de mon inscription. Donc, il s'agit de notre du travail noté 1 dans lequel j'aurai à préciser mon sujet, exposer les enjeux qui s'y rattachent, élaborer un plan de travail et présenter une bibliographie sommaire.

Aux paragraphes suivants, les raisons motivant mon choix de sujet vont être exposées, les aspects traités dans mon essai seront délimités ainsi que les auteurs et ouvrages principaux que j'ai consultés seront présentés.

1. Préciser le sujet de l'essai

Lors de ma maîtrise en éducation, j'ai été confrontée pour la première fois à la réalité scolaire des élèves en difficulté présentant des troubles mentaux et plus particulièrement, de la schizophrénie. Suite à cette expérience, j'ai entrepris le *Diplôme d'études supérieures spécialisées en santé mentale* qui m'a séduit par son caractère transdisciplinaire. Malgré la somme des connaissances acquises lors de ma formation portant sur des aspects aussi vastes que la désinstitutionnalisation des asiles psychiatriques, les troubles de personnalité ou encore le rétablissement des malades, mon intérêt envers la schizophrénie n'a jamais diminué. De ce fait, j'ai choisi d'approfondir mes connaissances sur le sujet dans le cadre de mon essai.

Suite à mes lectures (voir le point 4), devant l'étendue et la complexité de la maladie, j'ai réduit le tout à cette dimension : le passage à l'acte homicide. Cet aspect de la schizophrénie m'interpelle particulièrement, car il s'agit de l'acte le plus violent qu'un malade peut commettre et qui suscite aussi le plus d'incompréhension au sein de la population. Compte tenu du grand intérêt que je porte pour ce domaine, l'objectif principal de mon essai est d'informer afin de contribuer à faire diminuer l'importance des préjugés concernant la schizophrénie. Donc, le sujet de mon essai sera ***le passage à l'acte homicide commis par un individu porteur de schizophrénie***.

Ainsi, je vais me restreindre à une définition de ce qu'est le passage à l'acte, de l'homicide et de la schizophrénie et sa symptomatologie; je vais tracer le portrait du malade atteint de schizophrénie homicide (âge, sexe, habitude de vie, l'observance de la médication, etc.) ainsi que de la situation (prévisibilité du geste, les victimes, l'exécution de l'homicide, la place du délire et des hallucinations, les tentatives de suicide, l'abus de drogue et de psychotropes); je vais exposer la signification de l'acte homicide chez la personne souffrant de schizophrénie, l'approche phénoménologique dans la dynamique de l'homicide (la (la naissance de la situation dangereuse, la recherche des causes, la recherche de solutions, le meurtre comme tentative de solution de la situation dangereuse) et le processus de deuil chez l'individu homicide (le déni, la colère et la dépression, l'acceptation, la psychothérapie, comprendre et gérer la violence) et je vais tenter d'expliquer les possibilités de récidives (contexte de défense physique, criminel, suicidaire, sexuel, paranoïde) et les éléments de traitement et de prévention.

Pour le bien de cet essai, je n'aborderais pas le concept de la maladie mentale en général (je me concentrerai uniquement sur la schizophrénie), ni le concept du système parole-action, de la structure de personnalité, du modèle structurel ou de l'acte violent. De plus, je vais laisser de côté une définition historique de la schizophrénie (c'est-à-dire la nosographie psychiatrique avant Kraepelin, la Dementia Praecox de Kraepelin, la schizophrénie de Bleuler, de Claude, d'Ey, de Guiraud et de Minkowski), puisque cela alourdirait mon texte et ferait dévier le lecteur du sujet

principal (le passage à l'acte homicide). En cours de route, il est probable que certains éléments mentionnés au paragraphe précédent disparaissent de la version finale de mon travail et que d'autres viennent s'y ajouter.

2. Les enjeux qui se rattachent au sujet

Aux prochains paragraphes, les raisons expliquant en quoi mon sujet est déterminant et intéressant à étudier en ce moment seront présentées. En ces temps contemporains, tuer un être humain est considéré comme étant le pire crime. Que ce soit sur les tribunes journalistiques, télévisuelles, radiophoniques ou encore les réseaux sociaux, les actualisateurs journaliers prennent un malin plaisir à vociférer leur mépris et leur indignation envers le criminel assassin. Lorsqu'il s'agit d'un meurtre commis par une personne souffrant de maladie mentale qui a tué dans un moment de crise, l'indignation et la frustration populaire, souvent devant l'apparence de la gratuité de l'assassinat commis, provoque un tsunami de réprobation sociale, parfois mêlé de haine et de vengeance. Encore aujourd'hui, la maladie mentale est un sujet tabou et lorsqu'il est question de la schizophrénie, cela atteint un zénith de désinformation.

Donc, traiter du passage à l'acte homicide d'un individu atteint de schizophrénie est un sujet délicat, mais non moins essentiel, puisque même au sein des équipes multidisciplinaires des unités psychiatriques, de nombreux préjugés persistent en «ce qui concerne la schizophrénie et l'homicide, ce qui rend difficile l'approche diagnostique et thérapeutique» (Millaud, 2009, 71)¹. C'est tout dire ! Ainsi, il est importe de redresser la situation. Il est essentiel que les spécialistes prennent la relève et expliquent cette maladie concrètement au public même dans sa plus noire situation qu'est le passage à l'acte homicide d'une personne souffrant de schizophrénie, et ce, afin de mettre fin à l'inutile vindicte populaire alimentée par les tribuns médiatiques, susciter une meilleure compréhension envers le malade souffrant de ce fléau, favoriser la recherche scientifique pour contenir, dans la mesure du possible, cette maladie afin d'en réduire les conséquences qu'elle a sur le patient et son entourage et permettre une meilleure protection de la société, tout en ne brimant pas le droit de réinsertion du malade dans cette même société. Il ne faut pas l'oublier; en dépit de comportements parfois étranges, la personne souffrant de schizophrénie va au restaurant, prend un café, se rend au cinéma, voyage, fait des achats dans les magasins et demeure apte à compter, lire, parler et écrire (Bénézech, 2010)². Il s'agit d'un être humain à part entière, certes malade, mais un humain tout de même.

En ces temps secoués par les affaires Turcotte (infanticide) et Morin (matricide), il apparaît déterminant d'étudier adéquatement le passage à l'acte. La science doit impérativement, en plus de mieux connaître les mécanismes de la maladie, s'attarder aux éléments composant la situation dramatique (profil de la victime, intention de meurtre, signe avant-coureur, suivi de la médication, etc.) et essayer de comprendre ce qui pousse un individu malade à commettre un acte meurtrier. Plus les scientifiques pourront cerner le problème, plus ils pourront développer des stratégies thérapeutiques et médicamenteuses pour réduire les symptômes et favoriser le mieux-être du patient, et par conséquent celui de sa famille et de la société. En d'autres termes, une meilleure «connaissance des facteurs de risque des actes d'homicide dans la schizophrénie est ainsi

¹ Millaud, F. (2009). *Le passage à l'acte*. 229 p.

² Bénézech, M. (2010). Folie où es-tu?: Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168 (1), 48-56.

nécessaire pour l'élaboration de stratégies thérapeutiques et préventives.» (Bouhlel, S., Nakhli, Ben Meriem, Ridha et Ben Hadj Ali, 2013, 2-3³).

Pour terminer, la folie a toujours existée et existera toujours, mais relève-t-elle de la justice, de la vindicte populaire ou de la médecine pour sa prise en charge? D'après Bénézech (2010), elle relève «exclusivement de la médecine pour sa prise en charge, et de quelques mesures de sûreté pour la protection du malade et de la société» (Bénézech, 2010, 54)⁴. Il est important de comprendre que ce ne sont pas les journalistes, ni les juges et encore moins monsieur-tout-le-monde qui soignent les malades mentaux, mais bien les psychiatres et leur équipe multidisciplinaire.

3. Élaborer un plan de travail

Suite aux lectures déjà effectuées, j'ai pu établir, en premier lieu, la pertinence de mon sujet (paragraphes précédents), mais aussi un plan préliminaire de mon essai pour me guider dans mes recherches. Cette ébauche, qui délimite les aspects que je veux traiter (point 1), m'a permis de prévoir les tâches qu'il me reste à réaliser avant la rédaction de l'essai en fonction des éléments abordés.

Plan préliminaire de mon essai

INTRODUCTION

- Le passage à l'acte (définition succincte de ce qu'on entend par passage à l'acte)
- L'homicide (définition de ce qu'est l'homicide et ses formes; parricide, infanticide, etc.)
- La schizophrénie et la symptomatologie associée (DSM-V)

DÉVELOPPEMENT

Première partie

- Le portrait du malade souffrant de schizophrénie homicide (âge, sexe, habitude de vie, l'observance de la médication, etc.)
- Le portrait de la situation (prévisibilité du geste, les victimes, l'exécution de l'homicide, la place du délire et des hallucinations, les tentatives de suicide, l'abus de drogue et de psychotropes)

Deuxième partie

- L'approche phénoménologique dans la dynamique de l'homicide (la naissance de la situation dangereuse, la recherche des causes, la recherche de solutions, le meurtre comme tentative de solution de la situation dangereuse)
- La signification de l'acte homicide chez la personne souffrant de schizophrénie (l'homicide comme acte dissuasif, comme sacrifice propitiatoire, déplacement symbolique, concrétisation de l'agressivité, condensation d'une autre victime)
- Le processus de deuil chez l'individu homicide (le déni, la colère et la dépression, l'acceptation, la psychothérapie)

³ Bouhlel, S., Nakhli, J., Ben Meriem, H., Ridha, R. et Ben Hadj Ali, B. (2013). Les facteurs liés aux actes d'homicide chez les patients tunisiens atteints de schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, In Press, Corrected Proof, Available online 5 September 2013.

⁴ Bénézech, M. (2010). Folie où es-tu?: Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168 (1), 48-56.

Troisième partie

- La récurrence (contexte de défense physique, criminel, suicidaire, sexuel, paranoïde)
- Les éléments de traitement et de prévention.

CONCLUSION

- Retour sur les propos abordés
- Ouverture sur comprendre et gérer la violence lorsqu'on est un individu atteint de la schizophrénie

Pour donner suite à ce plan, j'ai placé dans un tableau indicatif les sources déjà lues en fonction des sujets et éléments abordés dans les articles. Voici un exemple sommaire de ce tableau :

Tableau 1 : Les sources bibliographiques

Introduction	Développement			Conclusion
	Première partie	Deuxième partie	Troisième partie	
Le passage à l'acte (Millaud, 2009) (Bénézech, 2005)	Le portrait du malade schizophrène homicide (Barbera et Dailliet, 2005) (Bouchard, 2005)	L'approche phénoménologique dans la dynamique de l'homicide (Millaud, 2009) (Declercq et Maleval, 2012).	La récidive (Castro, Constantin-Kuntz, Pons, Artaud, Tran et Zoute, 2013).	Comprendre et gérer la violence (Castro, Constantin-Kuntz, Pons, Artaud, Tran et Zoute, 2013) (Dubreucq, Joyal et Millaud, 2005).
L'homicide	Le portrait de la situation (Barbera et Dailliet, 2005) (Bénézech, Benayoun, Hachouf, 2001) (Bénézech, Le Bihan, Chapenoire, Bourgeois, 2008) (Bouhlef, Nakhli, Ben Meriem, Ridha et Ben Hadj Ali, 2013)	La signification de l'acte homicide chez le schizophrène (Bouchard, 2013)	Les éléments de traitement et de prévention (Bénézech, 2010) (Bouchard et Bachelier, 2004) (Cornic et Olié, 2006).	
La schizophrénie et la symptomatologie associée (DSM-V) (Baud, 2003) (Bottéro et Jacob, 2008) (Bouchard, 2014) (Tsoi, Hunter, & Woodruff, 2008).		Le processus de deuil chez l'individu homicide		

À partir ce tableau des sources bibliographiques j'ai pu délimiter ce qui me restait à chercher et les ajustements que je dois apporter (tableau 2, 3, 4). De plus, j'effectue pour chacune de mes sources bibliographiques une fiche de lecture qui comporte la bibliographie complète de l'ouvrage cité, l'abstract de celui-ci, un résumé, les citations pertinentes retenues et mes commentaires concernant la source. De cette façon, ma bibliographie est automatiquement mise à jour, les citations que j'ai trouvées pertinentes sont déjà tapées et j'ai une synthèse des écrits. En procédant ainsi, je sauve du temps et je structure plus facilement les premières trames de mon essai, et ce, en rectifiant au besoin mes sources bibliographiques.

Tableau 2: Répartition des tâches, travail noté 1

Définition du sujet et planification du travail Travail noté 1	
Sem 1 14 au 20 sept.	Exploration de la schizophrénie Recherche d'articles et de livres
Sem 2 21 au 27 sept.	Lecture des sources trouvées Établissement d'un plan préliminaire pour l'essai
Sem 3 28 sept. au 4 oct.	Rédaction des premières fiches de lecture Recherche de nouveaux articles et de livres
Sem 4 5 au 11 oct.	Rédaction des fiches de lecture Rédaction du premier travail noté
Sem 5 12 au 18 oct.	Retouche du premier travail noté Rédaction des fiches de lecture Dépôt du premier travail noté

Tableau 3 : Répartition des tâches, travail noté 2

Revue de littérature approfondie et plan de l'essai Travail noté 2	
Sem 6 19 au 25 oct	Ajustement du plan préliminaire de l'essai Recherche de nouvelles sources bibliographiques en fonction des modifications de mon plan Rédaction des fiches de lecture
Sem 7 26 oct. au 1 nov.	
Sem 8 2 au 8 nov.	
Sem 9 9 au 15 nov.	
Sem 10 16 au 22 nov.	
Sem 11 23 au 29 nov.	Traitement de la documentation (des éléments que j'ai conservé) Élaboration de la première structure de mon essai Positionnement des citations et résumés que j'ai conservé dans la structure
Sem 12 30 nov. Au 6 déc.	
Sem 13 7 au 13 déc.	
Sem 14 14 au 20 déc.	
Sem 15 21 au 27 déc.	
Sem 16 28 déc. Au 3 jan.	Ajustement de notre structure Nouvelle recherche bibliographique si nécessaire Rédaction du travail noté 2 Dépôt du travail noté 2
Sem 17 4 au 10 jan.	
Sem 18 11 au 18 jan.	
Sem 19 19 au 26 jan.	
Sem 20 27 au 3 fév.	

Tableau 4 : Répartition des tâches, travail noté 3

Rédaction de l'essai Travail noté 3	
Sem 21 à 30 4 fév. au 11 av.	Rédaction de l'essai
Sem 30 6 au 11 avril	Dépôt de l'essai

Pour terminer, dans mes recherches bibliographiques les mots clés utilisés sont:

schizophrénie / passage à l'acte / homicide / schizophrène homicide / observance de la médication / prévisibilité du geste / victime / exécution de l'homicide / délire / hallucinations / abus de drogue / psychotropes / approche phénoménologique / deuil / gérer la violence / récidive / traitement / prévention.

En cours de route, il est probable que certains mots-clés soient modifiés.

4. Présenter une bibliographie sommaire

Parmi les auteurs et les ouvrages que j'ai consultés, certains se détachent du lot tels que Bénézech (2010; 2008; 2005; 2001), Bouchard (2014; 2013; 2005) , Le Bihan (2005; 2004) et Richard-Devantoy (2013; 2010; 2009; 2008). Ces articles présentent des recherches et des discussions concernant les facteurs prédictifs homicides, le passage à l'acte homicide, la récidive, le portrait du malade homicide et de la situation potentiellement dangereuse. Pour la documentation de mon essai, ces articles s'avèrent d'une grande utilité et d'une richesse bibliographiques non négligeable. L'ensemble bibliographique formant la «base» de mes références est disponible (avec abstract) en annexe 1.

De plus, j'ai continué ma recherche bibliographique avec des sources de première main et de seconde main à partir de celles déjà amassées. Il me reste à effectuer un tri parmi ces dernières. Ces références sont disponibles en annexe 2.

Annexe 1 : Les sources de base

Barbera Pera, S. et Dailliet, A. (2005). Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. *L'Encéphale*, 31 (5), 539-549.

Cet article a pour objet de comparer des groupes de personnes ayant commis ou ayant tenté de commettre un homicide, en fonction des diagnostics qui leur sont assignés dans le contexte de la Défense sociale, système belge de prise en charge des criminels reconnus comme atteints d'un trouble mental. À partir d'un échantillon de 99 criminels, répartis en 5 groupes diagnostiques (type schizophrène, schizophrène avec trouble de la personnalité du cluster B, trouble de la personnalité du cluster B sans psychose, groupe hétéroclite, groupe avec trouble délirant) ayant commis 111 faits qui ont touché 132 victimes, nous avons étudié diverses variables : l'âge au moment du premier homicide, la comorbidité avec les problèmes de substances au cours de la vie (en particulier l'alcool), le caractère instrumental ou émotionnel de l'acte violent, et le statut des victimes.

Baud, P. (2003). *Contribution à l'histoire du concept de schizophrénie*. Thèse de doctorat : Univ. Genève.

Cette thèse retrace la quête intellectuelle, scientifique et médicale, à travers ses impasses autant que ses accomplissements, qui ont mené au concept de schizophrénie. De plus, elle fait état des avatars, des transformations et des bouleversements qui n'ont cessé de modifier la compréhension et l'extension du concept de schizophrénie depuis sa formulation par Bleuler en 1908.

Bénézech, M. (2010). Folie où es-tu?: Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168 (1), 48-56

Cet article aborde la tendance actuelle à condamner les patients psychotiques, ce qui entraîne le fait qu'ils sont maintenant nombreux en milieu pénitentiaire où ils posent de graves problèmes disciplinaires et de prise en charge. Il est rappelé que la « folie » peut être « lucide », que les psychotiques ne perdent pas tout contact avec la réalité, qu'ils peuvent dissimuler leurs troubles et qu'ils sont parfois capables de préméditer leur activité criminelle. Pour autant, ils n'ont pas véritablement conscience du caractère pathologique de leur comportement et leur responsabilité est juridiquement nulle car l'élément moral de l'infraction est absent. Il faut que les experts psychiatres et psychologues modifient leurs pratiques archaïques et utilisent les méthodes actuarielles modernes d'évaluation diagnostique et pronostique. Les personnes délinquantes souffrant de troubles mentaux sévères ne doivent être ni condamnées ni incarcérées. Elles relèvent avant tout de la médecine et de mesures de sûreté adaptées à leur état.

Bénézech, M. (2005). *Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163 (8), 632-641.

Cet article met l'accent sur la fréquence et la nature des homicides dont sont victimes les soignants, les malades en institution, les détenus. La littérature met en évidence plusieurs catégories de victimes : soignants tués pendant leur travail, malades mentaux tués par d'autres malades, malades tués par des soignants, détenus tués par d'autres détenus. L'observation criminologique détaillée d'une femme médecin généraliste assassinée par un de ses clients occasionnels, psychopathe pervers multirécidiviste, illustre la complexité et la diversité des

mobiles utilitaires et/ou pathologiques rencontrés dans de telles affaires. Les homicides sur les soignants peuvent se classer en quatre catégories : les trois premières (crime fortuit, crime occasionnel, crime par motif personnel) sont sans relation avec l'activité thérapeutique ; la quatrième (crime par motif professionnel) implique une relation soignante ponctuelle ou suivie entre l'agresseur et sa victime.

Bénézech, M., Benayoun, M.D. et Hachouf, S. (2001). Homicide sadique d'un homosexuel par un schizophrène. Considérations médico-légales sur les fantasmes pervers chez les psychotiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 159 (5), 363-368

Cet article retrace l'agression commise par un homme souffrant de schizophrénie et de perversion de 21 ans qui a frappé, électrocuté, poignardé, éventré et finalement égorgé un homosexuel de 63 ans qui était le client de son camarade, un toxicomane prostitué. Le meurtrier a été reconnu irresponsable de son homicide sexuel et hospitalisé d'office dans une unité pour malades difficiles. Sous traitement neuroleptique, les symptômes psychotiques ont disparu mais la problématique sadique de l'agresseur reste présente et très active. À propos de cette observation, les auteurs discutent de l'importance de certains facteurs de risque criminel (délire, ordres hallucinatoires, fantasmes sexuels violents) chez les psychotiques qui commettent des agressions de nature sexuelle.

Bénézech, M., Le Bihan, P., Chapenoire, S. et Bourgeois, M.-L. (2008). Réflexions sur la fréquence, l'organisation et les facteurs prédictifs des homicides psychotiques : à propos de trois observations avec mutilation corporelle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166 (7), 558-568.

Cet article présente trois observations de délirants persécutés meurtriers sont présentées. Les deux premières concernent des personnes souffrant de schizophrénie qui, par vengeance, tuèrent dans la rue et dans un hôpital psychiatrique des personnes inconnues. Leurs crimes se caractérisaient par un niveau élevé d'organisation. La troisième observation concerne un paranoïaque hospitalisé d'office, auteur d'une récidive d'homicide sur sa mère lors d'une sortie de week-end. Ce matricide était, à l'inverse, de nature totalement émotionnelle et désorganisée. Les facteurs généraux et psychopathologiques liés à la violence physique des psychotiques sont ensuite analysés à travers ces trois observations et une revue de la littérature. Les relations entre le degré d'organisation psychologique et celui du mode opératoire sont discutées. Il paraît maintenant indispensable de mettre en place, dans notre pays, une procédure scientifique d'évaluation de la dangerosité pour les malades mentaux graves et les auteurs de crimes violents.

Bottéro, A. et Jacob, O. (2008). Un autre regard sur la schizophrénie. 396 p.

Cet ouvrage trace le portrait de la schizophrénie en s'attardant autant à l'évolution du concept en psychiatrie qu'aux multiples aléas du traitement, soit les recommandations thérapeutiques, le traitement du premier épisode, le traitement des rechutes, le traitement d'entretien, le traitement au long cours et l'observance du traitement.

Bouchard, J.-P. (2014). Schizophrénie, rencontre virtuelle, rapports sexuels et homicide. *Sexologies*, 23 (3), 125-129.

Cet article retrace et analyse le cas d'un homicide pathologique à caractère sexuel qui n'aurait pas pu avoir lieu avant l'avènement des contacts virtuels et des cyber-rencontres. L'auteur de ce meurtre est une personne souffrant de schizophrénie pour lequel l'usage des « chats » de rencontres sexuelles lui a permis d'accéder à sa future victime. Bien qu'évoquant une amnésie lacunaire des faits criminels ce sujet pose la question du rôle de ses ad- ditions et de son délire de préjudice et de persécution comme pouvant être à l'origine de l'homicide au cours de cette rencontre sexuelle. S'étant déjà régulièrement senti être la cible de préjudices et de persécutions, n'a-t-il pas interprété certains propos et/ou certains comportements de son partenaire sur ce mode délirant psychotique ? Ces intuitions et ces interprétations délirantes n'ont-elles pas provoqué un orage émotionnel générant l'acharnement homicide ? Cette réaction violente explosive a pu être facilitée par la consommation d'alcool et de cannabis dans une période de déni des troubles et de rupture thérapeutique. De par l'existence de ce possible lien de causalité entre la pathologie psychotique et l'homicide, l'auteur des faits criminels a été considéré comme irresponsable sur le plan pénal. En unité pour malades mentaux dangereux, cet ancien militaire continue de façon froide et plaquée à évoquer son « trou de mémoire » au moment de l'homicide, rendant ainsi difficile une approche psychothérapeutique complète de sa dangerosité

Bouchard, J.-P. (2005). Violences, homicides et délires de persécution. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163 (10), 820-826.

Cet article fait état des délires de persécution et de préjudice. Ils induisent, chez les sujets psychotiques (atteints de paranoïa ou de schizophrénie) qui en souffrent, un climat émotionnel, fait d'angoisse et de peur, qui suscite, la plupart du temps, des réactions de défense pathologique. Ces réactions de défense sont faites de comportements d'évitement ou de fuite, voire, quelquefois, d'agressions contre les persécuteurs. Dans ce cas, ces passages à l'acte violents sont destinés à maîtriser ou à anéantir la source de la persécution éprouvée. En complément de l'arsenal thérapeutique classique, certaines prises en charge psychothérapeutiques nouvelles, les thérapies cognitives et comportementales des psychoses chroniques, paraissent être un vecteur thérapeutique et préventif prometteur pour abaisser ou résoudre la dimension criminogène de certains de ces délires de persécution

Bouchard, J.-P. (2013). « C'était eux ou moi ! » : la fuite sans issue d'un futur auteur de double parricide psychotique. *L'Encéphale*, 39 (2), 115-122.

Cet article présente le cas d'une personne souffrant de schizophrénie ayant développé progressivement un délire schizophrénique paranoïde de persécution dans lequel son père occupe une place centrale. La narration et l'analyse de ce cas de double parricide psychotique permettent d'illustrer les constantes psychopathologiques et la dynamique criminogène qui sont le plus fréquemment à l'œuvre dans la commission de ce type de crime. Ces constantes sont les suivantes : l'auteur de parricide post-adolescent ou adulte est le plus souvent un homme jeune et psychotique ; il vit une longue histoire délirante dans laquelle un ou les deux parents occupent une place importante ; ce vécu délirant induit une souffrance et/ou des troubles du comportement repérables qui conjugués entre eux peuvent constituer un terrain psychique criminogène ; la réaction homicide survient suite à un ou plusieurs facteurs déclenchants (accès délirant, dispute,

altercation, rixe, interruption de la prise en charge thérapeutique...) sur ce terrain pathologique motivant. Ces indicateurs psychopathologiques, s'ils se conjuguent, sont aussi des facteurs et des indicateurs de dangerosité. Ils doivent être considérés comme autant de signaux d'alerte pour prendre des mesures préventives et curatives.

Bouchard, J.-P. et Bachelier, A.-S. (2004). Schizophrénie et double parricide : à propos d'une observation clinique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162 (8), 626-633.

Cet article retrace l'histoire d'une personne souffrant de schizophrénie commettant un double parricide élargi. Ce retour permet de comprendre la dimension criminogène de certains états délirants paranoïdes et pose plus largement le problème du pronostic et de la prévention des passages à l'acte agressifs des sujets psychotiques.

Bouhlef, S., Nakhli, J., Ben Meriem, H., Ridha, R. et Ben Hadj Ali, B. (2013). Les facteurs liés aux actes d'homicide chez les patients tunisiens atteints de schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, In Press, Corrected Proof, Available online 5 September 2013

Cet article présente la schizophrénie comme étant l'une des pathologies mentales qui augmente considérablement le risque d'actes criminels notamment d'homicides. La détermination des facteurs sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques qui augmentent le risque d'homicide est d'une grande importance dans la prévention d'un tel acte.

Castro, D., Constantin-Kuntz, M., Pons, E., Artaud, B., Tran, J. et Zoute, C. (2013). Perception de la maladie et processus d'observance thérapeutique. Le point de vue de 11 patients porteurs de schizophrénie paranoïde. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(10), 720-724.

L'objectif de cet article est de décrire le parcours psychique et les mécanismes de défense qui contribuent à l'installation d'une adhésion correcte au traitement prescrit dans la schizophrénie. Onze patients atteints de schizophrénie, d'un âge moyen 48,54, dont la durée moyenne de l'affection est de 20 ans, ont répondu à un questionnaire et participé à un *focus group*. Les données ont été traitées par l'analyse de contenu et des statistiques descriptives. Les résultats montrent l'existence de schémas cognitifs et des mécanismes de défense qui semblent conjointement moduler la perception pénible de l'affection et favoriser une attitude positive envers le schéma thérapeutique prescrit.

Cornic, F. et Olié, J.-P. (2006). Le parricide psychotique. La prévention en question. *L'Encéphale*, 32(4), 452-458.

Cet article aborde le parricide, ou meurtre sur ascendant, qui représente 2 à 3 % des homicides en France et 20 à 30 % des crimes psychotiques. L'ensemble des données actuelles suggère l'existence d'une corrélation positive entre trouble mental caractérisé et criminalité. La schizophrénie semble être la pathologie la plus à risque de passage à l'acte homicide. Dans le cas particulier des adultes parricides, les psychoses sont fréquentes, en particulier les schizophrénies paranoïdes, souvent associées à des idéations dépressives, de l'abus d'alcool ou de substances. La présence d'idées délirantes à thématique de persécution, d'antécédents de comportements violents, l'énonciation de menaces envers l'entourage, un rejet familial, un sentiment d'impasse situationnelle avec échecs des demandes d'aide ou de tentatives de fuite sont autant d'éléments d'alerte à rechercher afin de mieux prévenir les passages à l'acte violents

chez les sujets psychotiques.

Daniel, T.-Y. T., Hunter, M. D. & Woodruff, P.W.R. (2008). History, aetiology, and symptomatology of schizophrenia. *Psychiatry*, 7(10), 404-409.

Cet article passe en revue les concepts historiques de la schizophrénie proposés par Kraepelin et Bleuler et discute des développements récents dans l'étiologie de la maladie en mettant l'accent sur l'importance de l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Declercq, F. et Maleval, J-C (2012). Homicide, sadique sexuel, schizophrénie et «crise catathymique» : étude de cas 1. *L'Évolution Psychiatrique*, 77 (1), 67-79.

Cet article avance que chez la personne souffrant de schizophrénie, l'homicide n'a pas, semble-t-il, pour but l'obtention, mais l'*annulation* d'une « tension » sexuelle, vécue comme insoutenable et incoercible. Ainsi, les mutilations et l'homicide ont-ils dans ces cas une visée «libératrice» ou «soulageant». Le concept de crise catathymique –initialement développé par Wertham et Mayer– permet de cerner et d'ordonner la dynamique qui sous-tend les crimes sadiques sexuels commis par des sujets de structure schizophrénique. Aussi ce concept ouvre-t-il de nouvelles perspectives dans l'approche clinique et pénale de ce type d'homicides. Ceci est illustré par l'étude du cas de M. X.

Dubreucq, J.-L., Joyal, C. et Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163 (10), 852-865.

Cet article aborde la thématique des troubles mentaux graves qui représentent à eux seuls, sans abus d'alcool ou de drogues, un risque de violence physique envers autrui beaucoup plus élevé que celui de la population générale. La même constatation vaut pour les homicides. L'ensemble de la littérature scientifique des 15 dernières années, consacrée à ce sujet, a été révisée et résumée dans un tableau récapitulatif. Les résultats contradictoires de l'étude Mc Arthur sont également présentés et commentés de façon critique.

Duplantier, M. (2011). *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie : prise en compte et implications pour la pratique courante*. Thèse de doctorat: Univ. Joseph Fournier.

Cette thèse aborde l'apparition même de l'entité nosographique de la schizophrénie jusqu'à la prise en compte du concept de rétablissement dans les politiques de santé mentale de nombreux pays occidentaux. De plus, elle précise ce que représente le concept de rétablissement au niveau théorique et multidimensionnel en psychiatrie tout en éclairant les liens et les différences avec d'autres concepts comme la réhabilitation, la résilience ou encore la rémission. La thèse se conclut avec des propositions pour l'organisation des services de santé mentale.

Fazel, S., Buxrud, P., Ruchkin, V. & Grann, M. (2010). Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses : a national case-control study. *Schizophrenia Research*, 123 (2-3), 263-269.

Cet article retrace les facteurs associés aux homicides perpétrés par des patients atteints de schizophrénie et d'autres maladies mentales après leur sortie de l'hôpital. Il fait état d'un certain nombre de facteurs potentiellement traitables (la toxicomanie et l'observance du traitement) qui

sont associés à l'homicide dans la schizophrénie et dans d'autres psychoses.

Gabison-Hermann, D., Raymond, S., Mathis, D. et G. Robbe (2010). Le parricide psychotique : description et évolution des patients pris en charge à l'unité pour malades difficiles Henri-Colin. *L'Évolution Psychiatrique*, 75 (1), 35-43.

Cet article décrit les parricides commis par des patients psychotiques.

Hiroeh, U., Appleby, L., Bo Mortensen, P. & Dunn, G. (2001). Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *The Lancet*, 358 (9299, 22–29), 2110-2112.

L'article décrit le risque accru de décès par homicide des personnes atteintes de troubles mentaux, et plus particulièrement, chez les hommes atteints de schizophrénie et chez les individus souffrant de psychose affective.

Laajasalo, T., Salenius, S., Lindberg, N., Repo-Tiihonen E. & Häkkänen-Nyholm, H. (2011). Psychopathic traits in Finnish homicide offenders with schizophrenia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34 (5), 324-330.

Cet article traite de l'évaluation de la prévalence et de la nature des traits psychopathiques chez les délinquants condamnés pour homicide atteints de schizophrénie. L'accent est mis sur l'impact de la psychopathie de co-morbide sur les incidents d'homicide, ainsi que les associations de facteurs de psychopathie et de délinquance chez les individus atteints de schizophrénie.

Le Bihan, P. et Bénézech, M. (2004). Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. À propos de 42 observations. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162 (8), 615-625.

Cet article porte sur 42 hommes auteurs de parricide admis en hospitalisation d'office à l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac-sur-Garonne (33) entre 1963 et 2003. Leur âge moyen est de 29,9 ans. Ils sont le plus souvent célibataires, vivent chez leurs parents, n'exercent pas de profession. Les pathologies rencontrées sont la schizophrénie (35 cas, soit 83,3 %), généralement paranoïde, le trouble délirant persistant ou délire paranoïaque (six cas, soit 14,3 %), le trouble psychotique lié à des substances psychoactives (un cas, soit 2,4 %). L'affection évolue en général depuis un à cinq ans (40,5 %) ou depuis plus de dix ans (33,3 %). Les hallucinations auditives sont fréquentes et les thèmes délirants majoritairement de persécution ou d'influence. L'homicide apparaît communément comme une réaction émotionnelle de défense, sans mobile rationnel, impulsive, très violente et réalisée au domicile familial. L'arme utilisée est souvent une arme d'opportunité. Le mode opératoire criminel se répartit ainsi : totalement désorganisé (30 cas, soit 71,4 %), mixte (neuf cas, soit 21,4 %), faiblement organisé (trois cas, soit 7,1 %). La comparaison des modes opératoires des personnes souffrant de schizophrénie et des paranoïaques ne met pas en évidence de différences importantes dans leur degré d'organisation.

Le Bihan, P. et Bénézech, M. (2005). La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163 (8), 642-655.

Cet article fait état d'une étude descriptive et analytique portant sur douze patients de sexe masculin hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac en Gironde (33) entre le 1^{er} janvier 1990 et le 1^{er} janvier 2005. Ces malades ont fait 17 victimes lors des premiers crimes et 18 lors des récidives. Les pathologies présentées sont respectivement la schizophrénie (six cas, soit 50 %), le trouble délirant persistant ou délire paranoïaque (deux cas, soit 17 %), le retard mental moyen (deux cas, soit 17 %), le trouble schizo-affectif (un cas, soit 8 %) et le trouble envahissant du développement (un cas, soit 8 %). Le premier crime survient en moyenne à 28,2 ans (SD 9,8 ; étendue 14 à 42 ans). Le deuxième est réalisé en moyenne à 37,8 ans (SD 12 ; étendue 23 à 64 ans). L'écart entre les événements criminels (de deux à cinq homicides par patient) est en moyenne de 8,9 ans (SD 8,6 ; étendue 0–28 ans). Les crimes commis par ces patients ont fait 35 victimes, n'appartenant pas pour la plupart à leur entourage familial (83 %) mais souvent connues du meurtrier (74 %). Un tiers des récidives sont perpétrées envers un autre patient au cours d'une hospitalisation (quatre cas) ou envers un autre détenu pendant une incarcération (deux cas). L'homicide apparaît communément réalisé de façon impulsive et violente. L'arme utilisée est souvent une arme d'opportunité (51 %). Les antécédents criminels et les actes de violence associés aux meurtres, notamment les coups et blessures volontaires (75 %) ainsi que les tentatives d'homicide (50 %), sont particulièrement fréquents sur la vie entière. Trois patients ont perpétré au moins une tentative d'homicide avant le premier meurtre. La connaissance des antécédents psychiatriques, criminels violents et judiciaires de ces patients par les cliniciens et les experts est essentielle dans la prévention de la récidive.

Loas, G., Azi, A., Noisette, C. et Yon, V. (2008). Mortalité et causes de décès dans la schizophrénie: étude prospective entre dix et 14 ans d'une cohorte de 150 sujets. *L'Encéphale*, 34 (1), 54-60.

Cet article a pour objectif, d'une part, d'étudier la mortalité d'une cohorte de 150 sujets présentant une schizophrénie chronique suivis pendant 14 ans et, d'autre part, de rechercher des variables prédictives de la survie. Cent cinquante sujets présentant une schizophrénie chronique (*research diagnostic criteria*, RDC) ont été inclus entre 1991 et 1995 et réévalués en mai 2005. À l'inclusion, la symptomatologie clinique a été évaluée par l'échelle brève d'évaluation psychiatrique (BPRS), l'échelle d'évaluation des syndromes positifs et négatifs (PANSS) et l'inventaire abrégé de dépression de Beck (BDI). Différents taux de mortalité ont été calculés dont le taux absolu à partir de la méthode de Kaplan-Meier et le ratio de mortalité standardisé (RSM). La valeur prédictive de différentes variables a été testée par une régression multiple selon le modèle de Cox. Dans les analyses ont été distinguées la mortalité globale et celle par suicide. Le taux de mortalité absolu est de 18,57 % avec un RSM de 4,83. Le taux de mortalité absolu par suicide est de 6,98 %. Une proportion élevée de sujets masculins, une dose importante en neuroleptiques expliquent notamment la mortalité globale des personnes souffrant de schizophrénie. Une dose élevée de neuroleptiques et une proportion élevée de sujets classés « positifs » selon l'indice composite de la PANSS sont prédictives de la mortalité par suicide. Cette étude de suivi d'une cohorte de sujets ayant une schizophrénie chronique montre une surmortalité importante d'origine naturelle et non naturelle.

Martin, B. et Franck, N. (2013). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78 (1), 21-40.

Cet article pose, dans un contexte relativement récent de désinstitutionnalisation, la question des possibilités et des limites de la réinsertion des personnes touchées par une pathologie mentale sévère telle que la schizophrénie. Si les sciences cognitives contribuent actuellement, dans une perspective fonctionnelle, à une meilleure compréhension des déterminants de la réinsertion par l'identification et la prise en charge des déficits cognitifs, d'autres facteurs peuvent sans doute également contribuer à une meilleure compréhension des logiques de la réinsertion et parmi eux figurent des facteurs subjectifs que cet article explore sous deux perspectives complémentaires. La première est celle de la réhabilitation, qui au travers de variables telles que la métacognition, l'insight, la motivation et l'internalisation de la stigmatisation, propose des pistes permettant l'évaluation voire la prise en charge de ces dimensions. La deuxième, plus proche encore de la personne, est celle du « rétablissement ». Au travers de méthodologies généralement centrées sur le recueil et l'analyse du récit, l'étude du rétablissement permet de discerner des composantes très subjectives de la réinsertion, parmi lesquelles figurent des processus tels que la reprise d'un contrôle de ses propres actions, l'espoir ou encore la capacité à redéfinir son identité en se dégageant de celle de « malade psychiatrique ».

Monduit de Caussade, L. (2013). Perception et vécu de la maladie somatique selon les formes cliniques de schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(2), 65-71

Cet article cherche à montrer l'existence d'une différence de perception de la maladie somatique selon le type de symptomatologie schizophrénique, positive ou négative, d'où l'idée que le lien entre psyché et soma a des répercussions importantes sur la représentation et la perception de la maladie somatique chez les patients souffrant de schizophrénie et donc indirectement sur la prise en charge somatique de ces patients. Dans la pratique, l'importance de ce lien amène à une réflexion sur une prise en charge globale du patient et sur la place que pourrait y occuper le psychologue.

Nadalet, L. (2010). Maladie mentale, schizophrénie, dangerosité et violence. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, 88-94.

Padovani, R., Adida, M., Richieri, R. et Lançon, C. (2012). Troubles cognitifs et comportements violents chez les sujets souffrant de schizophrénie : revue de la littérature. *La Revue de Médecine Légale*, 3 (4), 165-169.

L'objectif de cet article est de conduire une revue de la littérature scientifique sur le sujet de l'association entre troubles cognitifs et comportements violents dans la schizophrénie. Dans la schizophrénie, la littérature scientifique rapporte l'atteinte de diverses fonctions neurocognitives : attention, mémoire, fonctions exécutives et capacités de prise de décision. Chez les sujets « violents » ou déinés comme ayant des traits de personnalité psychopathique, il a été mis en évidence des troubles de l'attention, de la mémoire de travail et des capacités de prise de décision. Les sujets souffrant de schizophrénie, avec des antécédents de comportements violents, présenteraient des altérations cognitives caractéristiques (troubles de la reconnaissance faciale des émotions et des fonctions exécutives). Le développement de programmes de remédiation des fonctions cognitives altérées chez les sujets souffrant de schizophrénie permettrait, en outre, d'améliorer leur état de santé, mais aussi de diminuer l'occurrence de comportements violents.

Richard-Devantoy, S., Bouyer-Richard, A.I., Jollant, F., Mondoloni, A., Voyer, M. et Senon, J.-L. (2013). Homicide, schizophrénie et abus de substances: des liaisons dangereuses ?. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61(4), 339-350.

Cet article retrace la prévalence de meurtriers avec un diagnostic de schizophrénie qui se situe autour de 6 % dans les pays occidentaux. La relation entre schizophrénie et homicide est complexe et ne peut se réduire à un simple lien de causalité. À travers une revue critique de la littérature, le rôle de la consommation de substances dans le risque de passage à l'acte homicide du sujet présentant une schizophrénie est présenté.

Richard-Devantoy, S., Chocard, A.-S., Bourdel, M.-C., Gohier, B., Duflot, J.-P., Lhuillier, J.-P. et Garré, J.-B. (2009). Homicide maladie mentale grave : quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques ?. *L'Encéphale*, 35 (4), 304-314.

Cet article nuance le lien entre les troubles mentaux graves et la violence. La majorité des meurtriers ne présentent pas de maladie mentale grave : 80 à 85 % des auteurs d'homicides en sont indemnes.

Richard-Devantoy, S., Chocard, A.-S., Bouyer-Richard, A.-I., Duflot, J.-P., Lhuillier, J.-P., Gohier, B. et Garré, J.-B. (2008). Homicide et psychose : particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques: À propos de 27 expertises. *L'Encéphale*, 34 (4), 322-329.

Cet article présente le cas d'une personne souffrant de schizophrénie, Mathieu X. 21 ans, convaincu de se défendre contre des êtres impurs, qui décapita dans la nuit du 11 au 12 décembre 2002, une infirmière et une aide-soignante de l'hôpital psychiatrique de Pau. Ce meurtre très médiatisé interroge indéniablement la dangerosité et la violence du malade mental, dont l'acmé se résout parfois dans le passage à l'acte homicide. Une série rétrospective de cas d'homicide de psychotiques illustrera comparativement différents types d'actes homicides pathologiques (schizophrénie, trouble délirant paranoïaque et trouble de l'humeur : mélancolie, hypomanie) et constitue une base de réflexion sur le passage à l'acte homicide. Au sein d'une série de 268 dossiers d'expertises d'homicides, 27 homicides sont psychotiques.

Richard-Devantoy, S., Duflot, J.-P., Chocard, A.-S., L'huillier, J.-P., Garré J.-B. et Senon, J.-L. (2009). Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167 (8), 616-624.

Cet article souligne l'attention médiatique concernant les crimes commis par des individus atteints de maladie mentale et la stigmatisation qui s'en suit. Or 95 % des meurtriers ne présentent pas les critères diagnostiques de schizophrénie.

Richard-Devantoy, S., Gohier, B., Chocard, A.-S., Duflot, J.-P., Lhuillier, J.-P. et Garré, J.-B. (2009). Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167 (8), 568-575.

Cet article, de nature essentiellement descriptive, interroge les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques d'une population de 210 meurtriers

examinés par deux experts psychiatres angevins pendant une période de 30 ans. Les meurtriers de la série sont majoritairement des hommes (73 %) d'âge jeune, 33 ans en moyenne, sans emploi (51 %), vivant seuls au moment des faits (49 %). Ils ont des antécédents psychiatriques dans deux tiers des cas et des antécédents judiciaires dans plus d'un tiers des cas. Cinquante pour cent des agresseurs ont vécu un événement de vie significatif dans leur enfance : décès d'un parent, placement en foyer, maltraitance physique ou sexuelle. Les antécédents familiaux sont marqués par l'éthylisme paternel et le suicide. Moins d'un cinquième des homicides présente une pathologie mentale grave (schizophrénie $n = 14$, délire paranoïaque $n = 8$, trouble de l'humeur $n = 15$), un dixième souffre d'une pathologie mentale « organique » (débilité mentale $n = 11$, démence $n = 5$, tableau neurologique $n = 5$) et plus d'un tiers a un diagnostic de trouble de la personnalité ($n = 44$) ou d'abus ou de dépendance à l'alcool ($n = 35$). Un tiers des meurtriers de cette série est indemne de trouble psychiatrique ($n = 73$). Le meurtre, associé à un délit dans 20 % des cas, est commis préférentiellement le soir (59 %), au domicile de la victime (70 %), au moyen d'une arme à feu (36 %), d'une arme blanche (21 %) ou par strangulation (9,6 %) dans un contexte d'alcoolisation (50 %), de dispute (49 %) et d'altercation physique (28 %), ou plus rarement dans un moment délirant (14 % des cas). La victime est connue (83 %). L'irresponsabilité pénale est prononcée pour un cinquième des meurtriers.

Richard-Devantoy, S., Olie J.-P. et Gourevitch, R. (2009). Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *L'Encéphale*, 35 (6), 521-530.

Cet article fait état de la forte médiatisation de quelques faits divers d'homicides commis par des malades mentaux tend à renforcer la représentation collective de la folie criminelle auprès de l'opinion publique. L'association entre l'homicide et la maladie mentale grave, en résumant les principales données concernant cette association, est clarifié.

Richard-Devantoy, S., Voyer, M., Gohier, B., Garré, J.-B. et Senon, J.-L. (2010). La crise homicide : pendant de la crise suicidaire ? Particularités chez le sujet schizophrène. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168 (1), 62-68.

Cet article présente une réflexion sur le lien entre les phénomènes de l'homicide et du suicide sur le plan clinique, psychopathologique, neuropsychologique et biologique. Actes destructeurs, auto- ou hétéroagressifs, le suicide et l'homicide suscitent les mêmes préoccupations et interrogations du clinicien : présence d'idéations suicidaires ou homicides ? Pathologie psychiatrique sous-jacente ? Antécédents de tentative de suicide ou de violence physique envers autrui ? Ce dernier paramètre est indéniablement le facteur de risque le plus probant d'un comportement suicidaire ou homicide à venir. Ces similitudes nous font envisager la « crise homicide » comme le pendant de la crise suicidaire et nous offrent la possibilité d'appréhender le potentiel homicide. Cette évaluation repose sur un trépied clinique : les *facteurs de risque d'homicide* (facteurs généraux : sexe masculin, âge jeune, faible niveau socioéconomique, antécédent de violence envers autrui, abus d'alcool ; et facteurs spécifiques : diagnostic de schizophrénie avec des comorbidités d'abus de toxiques et/ou de troubles de la personnalité, forme clinique paranoïde, idées délirantes à thématique criminogène de persécution, de grandeur, de mysticisme ou d'influence, désorganisation de la pensée, durée de psychose non traitée longue, défaut d'insight, rupture de suivi ou de traitement médicamenteux) ; *l'urgence et l'imminence du passage à l'acte* (fréquence, intensité des idées de violence ou d'homicide, spatialité, temporalité et modalités du scénario homicide) ; et le *danger de l'acte homicide* (léthalité et accessibilité aux moyens).

Rioux, A. (2011). Défi et découverte: le siècle de la schizophrénie et de la psychanalyse. *Bulletin Vers la santé mentale*, 38.

Cet article retrace l'évolution des connaissances sur la schizophrénie à partir des explications analytiques, c'est-à-dire de l'invention du terme schizophrénie par Bleuler à la convergence des théories cognitive et psychanalytique.

Rodway, C., Flynn, S., While, D., Rahman, M. S., Kapur, N., Appleby, L. & Shaw, J. (2014). Patients with mental illness as victims of homicide : a national consecutive case series. *The Lancet Psychiatry*, 1 (2), 129-134.

L'article porte sur les individus atteints de maladie mentale qui sont victimes de violence ou d'homicide.

Swinson, N. & Shaw, J. (2007). Homicide and mental disorders : The National Confidential Inquiry. *Psychiatry*, 6 (11), 452-454.

L'article fait état des données cliniques détaillées sur tous les suicides et les homicides perpétrés par des personnes en contact avec les services de santé mentale en Angleterre et au Pays de Galles de avril 1999 à décembre 2003. Des personnes déclarées coupables d'homicide au cours de cette période, 9% avaient été en contact avec les services de santé mentale au cours des 12 mois précédant l'infraction. Le diagnostic primaire la plus fréquente était la schizophrénie, suivie par les troubles de la personnalité.

Tassone-Monchicourt, C., Daumerie, N., Caria, A., Benradia, I. et Roelandt, J.-L. (2010). États dangereux et troubles psychiques : images et réalités. *L'Encéphale*, 36 (3), 21-25.

Cet article présente une revue de la littérature mettant en évidence l'absence de consensus scientifique sur le lien de causalité entre «trouble psychique» et «violence». D'autre part, l'insuffisance et le manque de diffusion des données quantitatives officielles sur la proportion dans la population générale des auteurs d'infractions présentant un «état dangereux», entretiennent les représentations sociales liant dangerosité et trouble psychique. Ces stéréotypes sont renforcés par la médiatisation de faits divers associant « crime » et «maladie mentale». Pourtant, moins d'un homicide sur 20 est commis par une personne atteinte de maladies mentales graves. Les pistes de remédiation à cet amalgame consisteraient à rapprocher davantage les images des personnes souffrant de troubles psychiques de la réalité des faits concernant leurs «états dangereux », avec le concours primordial de la recherche scientifique.

Vandamme, M.-J. (2009). Schizophrénie et violence : comorbidités et typologies. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167 (9), 709-715.

Cet article soulève la question de la comorbidité. En effet, les troubles de la personnalité, notamment antisociale, les addictions et le triple diagnostic soulèvent la pertinence de s'interroger sur l'existence de typologies de patients violents, tant pour comprendre, prévoir, mais aussi orienter la prise en charge.

Vandamme, M.-J. (2009). Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167 (8), 629-637.

Cet article présente la schizophrénie comme une pathologie mentale surreprésentée dans les phénomènes de violence individuelle, sans qu'il soit pour autant précisé dans quelle mesure la maladie ou ses multiples dimensions cliniques sont causales ou corrélées. Des signes psychopathologiques particuliers semblent prépondérants dans le risque de violence, indépendamment de l'entité diagnostique, notamment au détour d'une phase active de la maladie, laissant entendre la nécessité de prendre en compte les formes cliniques du diagnostic. Les mécanismes et les thèmes délirants ainsi que les facteurs infracliniques sont également revus. Cependant, et afin de destigmatiser ces personnes soupçonnées ou suspectées pour leur seule maladie, la définition ou la redéfinition des différentes dimensions cliniques, souvent indépendantes des diagnostics, susceptibles de précipiter ou favoriser le recours à la violence ne paraît pas suffisante.

Voyer, M., Jaafari, N. et Senon, J.-L. (2011). Insight et comportements violents chez les patients souffrant d'une schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169 (7), 441-443.

Cet article présente les études réalisées ces dernières années ont retrouvé une augmentation du risque de violence chez les sujets souffrant de troubles mentaux, mais cette augmentation serait plurifactorielle. La capacité d'insight des sujets souffrant de schizophrénie a été étudiée pour sa participation possible à l'augmentation du risque de violence, mais les résultats sont, à ce jour, contradictoires, ne permettant pas d'en tirer des conclusions.

Zouari, L., Ben Thabet, J., Elloumi, Z., Elleuch, M., Zouari, N. et Maâlej, M. (2012). Qualité de vie des malades atteints de schizophrénie: étude de 100 cas. *L'Encéphale*, 38(2), 111-117.

Cet article évalue la QDV de malades atteints de schizophrénie, traités à titre externe, et identifier les facteurs corrélés à une QDV altérée chez eux.

Annexe 2 : Sources à explorer

Alia-Klein, N., O'rourke, TM., Goldstein, R. et Malaspina D. (2007). Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress Behav*, 33, 86–9.

Arango, C., Barba, A., Gonazales, T. et Ordonez, A. (1999). Violence in patients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull*, 25, 493–503.

Arseneault, L., Moffitt, TE., Caspi, A., Taylor, PJ. Et Silva, PA. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 979–86.

Asnis, GM., Kaplan, ML., Hundorfean, GH. et Saeed, W. (1997). Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 20, 405–24.

Asselin, G. (1902). *L'état mental des parricides*. Thèse. Paris: J.B. Baillière et Fils.

Balier, C. (1988). Psychanalyse des comportements violents.

Balier, C. (1992). Le viol du Tabou ou ce qu'il en coûte de tuer son père. *Perspectives Psychiatriques*, 34, 213-217.

Bénézech, M. (1992). De quoi souffrent les parricides ? (Revue de la littérature). *Perspectives Psychiatriques*, 34, 207-212.

Bénézech, M. (1996). Classification des homicides volontaires et psychiatrie. *Ann Méd Psychol*, 154, 161-173.

Bénézech, M. et Addad, M. (1983). L'homicide des psychotiques en France. À propos d'une enquête portant sur cinq années (1997–1981). *Ann Med Psychol*, 141(1), 101-106.

Bénézech, M., Forzan, S. et Groussin, A. (1997). Récidive d'homicide chez une jeune femme psychotique. *Ann Med Psychol*, 155, 585–8.

Bénézech, M., Le Bihan, P. et Bourgeois, ML. (2002). Criminologie et psychiatrie. *Encycl Méd Chir*; 37-906-A-10 (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 15 p.

Bénézech, M., Pham, TH. et Le Bihan, P. (2009). Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sureté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. *Ann Méd Psychol*, 167, 39–50.

Bergeret, J. (1996). Psychologie pathologique. *Paris: Masson*, 170-197.

Bjorkly, S. (2002). Psychotic symptoms and violence toward others. A literature review of some preliminary findings. *Part1: Delusions. Aggress Violent Behav*, 7, 605-615.

Bouchard, JP. (1990). Sous l'emprise du délire : évolution d'un cas de schizophrénie ayant donné lieu à des passages à l'acte meurtriers, vampiriques et cannibaliques. *Nervure, III* (3), 37-40.

Bouchard, JP. (1993). Les malades mentaux dangereux, délinquants et criminels, en service psychiatrique de sûreté. Conférence faite dans le cadre du 28e congrès de l'Association Française de Criminologie (Pau, 1993). *Revue d'Études et d'Informations de la Gendarmerie Nationale 4e trimestre*, 171, 11-13.

Bouchard, JP. (1994). *Des mères tuées par leur fils : analyse du processus de victimation dans le matricide pathologique. Mothers killed by their son : analysis of the process of victimization in pathological matricide*. Mémoire pour le diplôme de Victimologie de l'American University of Washington (School of Public Affairs, Department of Justice, Law and Society) et de l'Université de Paris V.

Bouchard, JP. (1995). *Ils ont tué père et mère*. Thèse de doctorat en Droit (Nouveau régime). Université de Pau et des Pays de l'Adour, Faculté de Droit, Centre de sciences criminelles.

Bouchard, JP. (1995). Tuer père et mère, ou le tragique périple d'un double parricide. *Revue Internationale de Philosophie Pénale et de Criminologie de l'Acte*, no 5-61995; *Revue de Psychiatrie Légale « Forensic »*; 10; *Soins Psychiatrie* 1996; 180.

Bouchard, JP. (1996). Ravailac : histoire d'un régicide et de son châtiment. *Revue d'Études et d'Informations de la Gendarmerie Nationale*, 181, 55-60.

Bouchard, JP. (1996). Le Parricide : de la clinique à la prévention. Conférence faite dans le cadre du 31e congrès de l'Association Française de Criminologie (congrès consacré à « l'homicide »), sous le haut patronage du garde des Sceaux, ministre de la Justice. Ajaccio-Corte 14- 16 mars

Bouchard, JP. (1996). Persécutés et criminels : la dimension criminogène des délires de persécution. *Synapse*, 127, 56-60.

Bouchard, JP. (1997). Évolution sémantique, pénale et répressive d'un crime hors du commun : le Parricide. *Revue d'Études et d'Informations de la Gendarmerie*, troisième trimestre, 185, 56-61.

Bouchard, JP. (2000). *Le parricide commis par des sujets masculins psychotiques : de l'analyse clinique à la prévention (étude portant sur 55 cas de parricide)*. Thèse pour le doctorat en psychopathologie (Nouveau Régime) : Université de Toulouse Le Mirail.

Bourgeois, ML et Bénézech M. (2001). Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol*, 159, 475-486.

Bourgeois, M. et Henry, P. (1967). Un parricide et son père. *Ann Méd Psychol*, 125, 595-600.

Bourgeois, ML., Koleck, M. et Jais, E (2002). Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie. *Ann Méd Psychol*, 160, 512-517.

Bourget, D., Gagne, P. et Labelle, ME. (2007). Parricide: a comparative study of matricide versus patricide. *J Am Acad Psychiatry Law*, 35, 306-312.

Boscredon-Noé, J., Paquis, J., Rozières, JL. et Moron, P. (1997). Violences graves des malades mentaux en milieu familial. *Ann Méd Psychol*, 155, 46-49.

Brennan, PA, Mednick, SA et Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 494-500.

Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., et al. (1993). Acting on delusions. II : the phenomenological correlates of acting on delusions. *Br J Psychiatry*, 163, 77-81.

Buckley, PF. et Hrouda, DR. (2004). Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 161, 1712-1714.

Bukhanovski, AO., Hempel, A., Waseem, A., Meloy, JR., Brantley, AC., Cuneo, D., Gleyzer, R. et Felthous, AR. (1999). Assaultive eye injury and enucleation. *J Am Acad Psychiatry Law*, 27(4), 590-602.

Campion, J., Cravens, JM., Rotholc, A. & al. (1985). A study of 15 matricidal men. *Am J Psychiatry*, 142, 312-317.

Carriat, R., Ollivier, H. et Bobis, G. (1956). Réaction parricide chez un schizophrène. *Ann Méd Psychol*, 114, 252-255.

Castro, D., Zoute, C. et Le Rohelec, J. (2004). Adhésion au traitement prescrit et traits de personnalité dans une population de patients atteints de schizophrénie. *Ann Med Psychol*, 162, 262-270.

Chemin, A. (1994). Le parricide est le crime suprême car il est fondateur de l'humanité. *Journal «Le Monde»*, 12.

Cheung, P., Schweitzer, I., Crowley, K. et Tuckwell, V. (1997). Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res*, 26, 181-190.

Combes, C. et Feral, F. (2011). Observance médicamenteuse et lieu de contrôle de la santé dans la schizophrénie. *Encéphale*, 37, 11-18.

Conil, D. et Lantieri, F. (1995). Enquête sur ces enfants qui tuent, « l'Événement du Jeudi », 544, 50-59.

Cottin, M., Henne, M. et Bourgeois, M. (1968). À propos des meurtres familiaux chez les schizophrènes. *Rapport au 66e congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*. p. 428.

Cravens, JM., Campion, J., Rotlhoc, A., Covan, F. et Cravens RA. (1985). A study of 10 men charged with patricide. *AmJ Psychiatry*, 142, 1089-1092.

Cullère, E. (1928). *Du parricide en pathologie mentale du point de vue nosologique*. Thèse de doctorat. Paris: Librairie Louis Arnette.

Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T. et Raquel, AH. (2007). Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophr Bull*, 43, 5-8.

Delpla, P., Richez, A., Alengrin, D., Bras, PM., Rouge, D. et Arbus, L. (2000). À propos du parricide: Réflexion criminologique et victimologique. *Lab revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 41, 68-70.

Devaux, C., Petit, G., Perol, Y. et Porot, M. (1974). Enquête sur le parricide en France. *Ann Med Psychol*, 1(2), 161-168.

Dolan, M. et Parry, J. (1996). A survey of male homicide cases resident in an English Special Hospital. *Med Sci Law*, 36, 249-258.

D'Orban, PT. Et O'Connor, A. (1989). Women who kill their parents. *Br J Psychiatry*, 154, 27-33.

Dubreucq, JL., Joyal, C. et Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med Psychol*, 163, 852-865.

Dupré, F. (1984). La solution du passage à l'acte. Le double crime des sœurs Papin. Toulouse: Erès.

Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Muller-Isberner, R. et Jockel, D. (2001). Homicide and schizophrenia: may treatment have a preventive effect. *Crim Behav Ment Health*, 11, 6-26.

Eronen, M. (1995). Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry*, 152, 1216-1218.

Eronen, M., Hakola, P. et Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 497-501.

Estève, D. (2003). Y a-t-il une prévention du parricide psychotique ? *Perspectives psychiatriques*, 42, 56-62.

Fauconnet, P. (1920). La responsabilité: étude de sociologie. Thèse de Lettres, Paris, 1920. Paris: Alcan; 1920. 400 pages.

Fazel, S. et Grann, M. (2004). Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry*, 161, 2129-2131.

Fazel, S. et Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry*, 163, 1397-1403.

Foley, SR., Kelly, BD., Clarke, M., McTigue, O., Gervin, M., Kamali, M. et al. (2005). Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res*, 72, 161-168.

Fontaine, I. et Guérard des Lauriers, A. (1994). À propos de trois observations de matricide. *Ann méd psychol*, 152, 497-510.

Foucault M. (un cas de parricide au XIXe siècle présenté par) : Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère. Paris: Gallimard/Juliard; 1973 coll. Folio 1994.

Freud, S. (1981). Dostoïevski et le parricide, en préface aux Frères Karamazov. Paris: Gallimard.

Gottlieb, P., Gabrielsen, G. et Kramp, P. (1987). Psychotic homicide in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand*, 76, 285-92.

Gourevitch, M. (1992). Le parricide bicéphale. *Perspectives psychiatriques*, 34, 203-206.

Guiraud, P. (1931). Les meurtres immotivés. *Evol Psychiatr*, 2, 25-34.

Giraud, P et Callieux, B. (1928). Le meurtre immotivé, réaction libératrice de la maladie chez les hébéphréniques. *Ann Med Psychol*, 86, 352-359.

Hillbrand M, Alexandre JW, Young JL, Spitz RT. Parricides : characteristics of offenders and victims, legal factors and treatment issues. *Aggression and violent behavior* 1999;4:179–90.

Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 476-83.

Hodgins, S. et Janson, C. (2002). Criminality and violence among the mentally disordered. In: The Stockholm metropolitan project. Cambridge: Cambridge University Press.

Hodgins, S., Mednick, SA., Brennan, PA., Schulsinger, F. et Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime. Evidence from a danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 489-496.

Horreard, AS. (2004). Facteurs associés au passage à l'acte criminel chez le schizophrène. In: Beaurepaire C de, Bénézech M, Kottler C, editors, Les dangers. Paris: John Libbey Eurotext; p. 161-8.

Horne, R. (1999). Patients beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome. *J Psychom Res*, 47, 491-495.

Koenig, M., Castillo, MC., Blanchet, A. et Bouleau, JH. (2011). Ce que nous apprennent les patients atteints de schizophrénie en rémission. *Ann Med Psychol*, 165, 179-183.

Koh, KGWW., Gwee, KP. et Chan, YH. (2006). Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review. *Singapore Med J*, 47, 297-304.

Kottler, C. et Robbe, G. (1988). Réflexions sur le passage à l'acte matricide du psychotique. *Ann Psych*, 3, 231-234.

Krajewski, Y., Bertholon, F. et Debacq, C. (1995). Parricide, psychiatres et non juges. *Ann Méd Psychol*, 153.

Lamothe, P. et Gravier, B. (1992). Remarques sur l'évolution clinique du parricide. *Perspectives Psychiatriques*, 34, 229-234.

Le Bihan, P. et Bénézech, M. (2005). La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. *Ann Med Psychol*, 163, 642-655.

Link, BG., Andrews, H. et Cullen, FT. (1992). The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev*, 57, 275-292.

Maas, RL. et al. (1984). Double parricide. *Psychiatric Quarterly*, 56 (4), 286-290.

Madden, DJ., Lion, JR. et Penna, MW. (1976). Assaults on psychiatrists by patients. *Am J Psychiatry*, 133, 422-425.

Maier, HW. (1912). Katathyme Wahnbildung und Paranoia. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 13, 555-610.

Maleval, JC. (1990). Logique du meurtre immotivé. In: Grivois H, editor. Psychose naissante, psychose unique ? Paris: Masson; p. 43-68.

Marleau, JD. (2003). Methods of killing employed by psychotic parricides. *Psychol Rep*, 93, 519-520.

Marleau, JD., Millaud, F. et Auclair, N. (2003). A comparison of parricide and attempted parricide : a study of 39 psychotic adults. *Law Psychiatry*, 26, 269-279.

Marty, F. (1999). Filiation, parricide et psychose à l'adolescence. Paris: Érès.

McKnight, CK. (1966). Matricide and mental illness. *Canadian Psychiatr Assoc Journal*, 11, 99-106.

Meehan, J., Flynn, S., Hunt, IM., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R. et al. (2006). Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv*, 57, 1648-1651.

Meloy, JR. (1992). Violent attachments. Northvale, NJ: Aranson.

Meloy, JR. (2000). The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review. *Aggression Violent Behavior*, 5, 1-22.

Millaud, F. (1989). L'homicide chez le patient psychotique : une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *RevCan Psychiatr*, 34, 340-346.

Millaud, F., Auclair, N. et Meunier, D. (1996). Parricide and mental illness: a study of 12 cases. *Int J Law Psychiatry*, 19 (2), 173-82.

Mittelman, M. (1936). Le parricide et son étiologie. Thèse de doctorat. Paris: Librairie Picart.

Monahan, J., Steadman, HJ. et Appelbaum, P. (2001). Rethinking risk assessment. The McArthur study of mental disorder and violence. Oxford: Oxford University Press.

Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior : perception and evidence. *Am Psychol*, 47, 511-521.

Munro, E. et Rumgay, J. (2000). Role of risk assessment in reducing homicides by people with mental illness. *Brit J Psychiatry*, 176, 116-120.

Muser, TK., Lu, W., Rosenberg, SD. et Wolfe, R. (2010). The trauma of psychosis: posttraumatic stress disorder and recent onset on psychosis. *Schizophr Res*, 116, 217-227.

Nestor, PG. et Haycock, J. (1997). Not guilty by reason of insanity of murder: clinical and neuropsychological characteristics. *J Am Acad Psychiatr Law*, 25, 161-171.

Nestor, PG., Haycock, J., Doiron, S., Kelly, J. et Kelly, D. (1995). Lethal violence and psychosis: a clinical profile. *Bull Am Acad Psychiatr Law*, 23, 331-341.

Newhill, CE. (1991). Parricide. *J Fam Violence*, 6, 375-394.

Nielssen, O. et Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and metaanalysis. *Schizophr Bull*, 36, 702.

Nijman, H., Cima, M. et Merckelbach, H. (2003). Nature and antecedents of psychotic patients' crimes. *J Forensic Psychiatr Psychol*, 14, 542-553.

Ochonisky, A. (1963). Contribution à l'étude du parricide. À propos de 12 observations cliniques. *Psychiatr Infant*, 6, 411-487.

Petit, G. et Champeix, J. (1967). Parricide réalisé par un adolescent avec suicide secondaire (à propos d'une observation). *Ann Médico Légales*, 47, 685-690.

Porot, M., Couadau, A. et Petit, G. (1969). Réflexions sur le parricide. (À propos d'un cas). *Ann de Neuropsychiatrie de Clermont-Ferrand*, (suppl), 21-27.

Rajs, J., Lundstrom, M., Broberg, M., Lidberg, L. et Lindquist, O. (1998). Criminal mutilation of the human body in Sweden: a thirty-year medico-legal and forensic psychiatric study. *J Forensic Sci*, 43, 563-580.

Raymond, SG. et Guillian, P. (1988). Le matricide : crime immotivé ou ultime tentative subjectivante. *Synapse*, 43, 27-36.

Reeves, P. (1995). Le parricide chic des frères Menendez. *Les cahiers de l'Express*, 33, 49-50 dossier spécial consacré aux « nouveaux visages du crime ».

Régis, E. (1901). À propos du parricide. *Revue de Psychologie Clinique et Thérapeutique*, 101.

Ressler, R., Burgess, A. et Douglas, J. (1995). Sexual homicide, patterns and motives. New York: The Free Press.

Robbe, G., Lafargue, MM. et Kottler, C. (1992). Matricide du psychotique : la question de l'intentionnalité. *Perspectives psychiatriques*, 34, 218-222.

Rozycka, M. et Thille, Z. (1972). Psychopathological aspects of parricide. *Psych Pol*, 6, 159-168.

Russo, G., Salomone, L. et Della Villa, L. (2003). The characteristics of criminal and non-criminal mentally disordered patients. *Int J Law Psychiatry*, 26, 417-435.

Rabinowitz, J., Levine, SZ., Haim, R. et Hafner, H. (2007). The course of schizophrenia: progressive deterioration, amelioration or both? *Schizophr Res*, 91, 254-258.

Schanda, H., Knecht, G., Schreinzer, D., Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G. et Waldhoer T. (2004). Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand*, 110, 98-107.

Schlesinger, LB. (1996). The catathymic crisis, 1912-present: A review and clinical study. *Aggression Violent Behav*, 1, 307-317.

Schlesinger, LB. (1999). The catathymic process: psychopathology and psychodynamics of extreme aggression. In: Schlesinger LB, editor. Explorations in criminal psychopathology: Clinical syndromes with forensic implications. Springfield, Ill: Charles C Thomas; 1999. p. 121-41.

Schlesinger, LB. (2007). Sexual homicide: Differentiating cathatymic and compulsive murders. *Aggression Violent Behav*, 12 (2), 242-256.

Senon, JL., Manzanera, C., Humeau, M. et Gotzamanis, L. (2006). Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Info Psy*, 82, 645-652.

Shaw, J., Hunt, IM., Flynn, S., et al. (2006). Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. *Br J Psychiatry*, 188, 143-147.

Simpson, AIF., McKenna, B., Moskowitz, A., Skipworth, J. et Barry-Walsh, J. (2004). Homicide and mental illness in New-Zealand, 1970-2000. *Br J Psychiatry*, 185, 394-398.

Singhal, S. et Dutta, A. (1990). Who commits patricide? *Acta Psychiatr Scand*, 82, 40-43.

Smith, AD. (1999). Aggressive sexual fantasy in men with schizophrenia who commit contact sex offences against women. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 10, 538-552.

Sokya, M., Graz, C., Bottlender, R., Dirschedl, P. et Scoech, H. (2007). Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res*, 94, 89-98.

Stoessel, P. et Cazanave, MT. (1991). Données statistiques récentes sur le parricide en France. Actes du 1er Congrès International de l'Association Mondiale de psychiatrie et de psychologie légale. Paris: ESF, p. 167-74.

Swanson, JW., Swartz, MS., Van Dorn, RA. et al. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 490-499.

Swartz, MS., Swanson, JW., Hiday, V., Borum, R., Wagner, R. et Burns, BJ. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and non-adherence to medication. *Am J Psychiatry*, 155, 226-231.

Taylor, P.J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry*, 147, 491-8.

Taylor, P.J., Leese, M., Williams, D., Butwell, M., Daly, R. et Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence: a special (high-security) hospital study. *Br J Psychiatry*, 172, 218-226.

Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koiranen, M. et Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry*, 154, 840-845.

Trichet, Y. et Marion, E. (2012). De la monstruosité du matricide à l'élaboration d'un altruisme délirant. *Evol psychiatr*, 77, 279-290.

Valevski, A., Averbuch, I., Radwan, M., Gur, S., Spivak, B., Modai, I. et al. (1999). Homicide by schizophrenic patients in Israel. *Eur Psychiatry*, 14, 89-92.

Vandamme, M.J. (2009). Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux. *Ann Med Psychol*, 167, 629-637.

Vandel, P. (2007). Observance. *Encephale*, 33, 3999-4401.

Von Krafft-Ebing, R. (1895). *Psychopathia sexualis*. Paris: G. Carré.

Wainrib, S. (1992). Un parricide nous parle. *Perspectives Psychiatriques*, 34, 223-228.

Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. et Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatry*, 172, 477-484.

Wallace, C., Mullen, P.E et Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 161, 716-727.

Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. et Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. *Br J Psychiatry*, 172, 477-484.

Walsh, E., Buchanan, A. et Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry*, 180, 490-495.

Weisman, A.M., Ehrenclou, M.G. et Sharma, K.K. (2002). Double parricide : forensic analysis and psycholegal implications. *Forensic Sci*, 47, 313-317.

Weisman, A.M. et Sharma, K.K. (1997). Forensic analysis and psycholegal implications of parricide and attempted parricide. *J Forensic Sci*, 42, 1107-1113.

Wessely, S., Buchanan, A., Reed, A, et al. (1993). Acting on delusions. I : prevalence. *Br J Psychiatry*, 163, 69-76.

Woodward, M., Nursten, J., Williams, P. et Badger, D. (2000). Mental disorder and homicide: a review of epidemiological research. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 9, 171-189.

Zagury, D. (1992). Le double parricide, un crime d'auto-engendrement. *Perspectives Psychiatriques*, 34, 235-250.

Zagury, D. et Millaud, F. (1998). Le passage à l'acte parricide du psychotique. In: Millaud F editor, *Le passage à l'acte*. Paris: Masson; 1998. p. 119-34.