



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N° 287

**CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE  
DES PATIENTS MEDICOLEGAUX HOSPITALIS ES EN  
PSYCHIATRIE A L'HOPITAL IBN NAFIS**

**THÈSE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 02 /07 /2024

PAR

**Mr. Ayoub ALAOUI**

Né Le 02 Janvier 1995 à Marrakech

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE**

**MOTS-CLÉS**

Malades médicolegaux – maladie mentale – Profil épidémiologique – clinique –  
criminologique et juridique –facteurs prédictifs de la dangerosité psychiatrique

**JURY**

**Mr. M. BOURROUS**

Professeur de Neuro-Pédiatrie

**PRESIDENT**

**Mme. F. MANOUDI**

Professeur de Psychiatrie

**RAPPORTEUR**

**Mme. I. ADALI**

Professeur de Psychiatrie

**Mr. A. DAMI**

Professeur de Médecine Légale

**JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي  
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل  
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني  
تبت إليك وإني من المسلمين"



## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.*

*La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.  
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

*Déclaration Genève, 1948*





*LISTE DES  
PROFESSEURS*



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI  
Vice doyenne à la Recherche et la Coopération : Pr. Hanane RAISS  
Vice doyenne aux Affaires Pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS  
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR  
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie

16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie

43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie

69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICH Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOUE Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques



95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSI SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUEAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Ilias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie

121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique

146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
150	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
154	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophthalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie

171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie

197	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
205	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
206	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
207	EL-QADIRY Raby	Pr Ass	Pédiatrie
208	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
209	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
210	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
211	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
212	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
213	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
214	LAMRANI HANCI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
215	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
216	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
217	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
218	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
219	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
220	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
221	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
222	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie

223	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
224	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
225	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
226	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI FIGHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique

249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
271	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
272	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
273	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
274	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique

275	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
276	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
277	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
278	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
279	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
280	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
281	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
282	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
283	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
284	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
285	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
286	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
287	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
288	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
289	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
290	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
291	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
292	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
293	BENDAOUUD Layla	Pr Ass	Dermatologie
294	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
295	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
296	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
297	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
299	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
300	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique



301	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
302	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
303	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie–obstétrique
304	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
305	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
306	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
307	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
308	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
309	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
310	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
311	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
312	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
313	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
314	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
315	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto–rhino–laryngologie
316	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
317	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
318	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie–obstétrique
319	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto–rhino–laryngologie
320	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro–entérologie
321	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
322	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
323	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
324	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
325	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo–phtisiologie
326	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie

327	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
328	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
329	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
330	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
331	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
332	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
333	JENDOUI Omar	Pr Ass	Urologie
334	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
335	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
336	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
337	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
338	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
339	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
340	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
341	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
342	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
343	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
344	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

**LISTE ARRETEE LE 09/01/2024**



*DEDICACES*



*À mes parents, Moulay Abdelhadi Alaoui et Meriem Jeddán*

*Il n'est pas de mots suffisants pour exprimer ma gratitude et mon amour pour vous. Vos sacrifices, votre soutien inébranlable et votre foi en moi ont été les piliers sur lesquels j'ai pu construire ce travail. Votre amour, votre patience et vos encouragements m'ont porté tout au long de ce parcours souvent ardu.*

*Maman et Papa, c'est grâce à vous que j'ai pu rêver grand et persévérer même dans les moments les plus difficiles. Vous avez été mes premières sources de sagesse et de force, et c'est à vous que je dois l'accomplissement de cette thèse.*

*Merci de m'avoir toujours montré le chemin de l'intégrité, de l'honnêteté et du travail acharné. Merci pour vos innombrables sacrifices et pour tout l'amour que vous m'avez donné.*

*Cette thèse est dédiée à vous, avec tout mon amour et ma reconnaissance éternelle.*

*À ma chère femme Arabi Fatima,*

*Il m'est difficile de trouver les mots justes pour exprimer toute la gratitude et l'amour que je ressens pour toi. Ton soutien inébranlable, ta patience infinie et ta compréhension m'ont permis de mener à bien cette thèse.*

*Ton sourire, tes encouragements et ta foi en moi ont été des lumières dans les moments les plus sombres.*

*Merci d'avoir cru en moi même lorsque j'avais du mal à le faire moi-même. Merci pour tes sacrifices, ton dévouement et pour tout ce que tu fais pour notre famille.*

*Je t'aime plus que les mots ne peuvent le dire, et cette thèse est dédiée à toi, avec tout mon cœur et ma reconnaissance éternelle.*

*À mon frère Hamza et son épouse,*

*Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude à mon frère Hamza pour ton aide précieuse et ton soutien constant tout au long de la réalisation de cette thèse. Ton engagement, tes conseils avisés, et ta patience m'ont été d'une aide inestimable.*

*À ma sœur Fatima Zahra, son fils Adam, À mon frère Mohamed, son épouse, et leurs filles Zineb et Aya,*

*Vous avez été une source constante de soutien et de réconfort tout au long de ce parcours. Votre amour et vos encouragements m'ont aidé à surmonter les moments les plus difficiles. Adam, ta joie et ton innocence ont souvent été une bouffée d'air frais pour moi.*

*À vous tous, ma famille aimée,*

*Merci pour votre amour, votre soutien et votre patience. Cette thèse est dédiée à vous, avec toute ma gratitude et mon affection, Je remercie tout particulièrement mon oncle Alaoui Moulay Abdelkabir et son épouse Jamila Ouadia et je tiens à vous exprimer ma gratitude pour votre aide précieuse et vos conseils avisés.*

*À mes amis d'enfance Abdessamad, Hamza et Abdelhak, à mes amis de médecine, et particulièrement à mon binôme Marouane et mes chers amis Redouane, Amira et Adil, à toute la 19ème promotion des internes, et à tout le personnel du service de gastro-entérologie,*

*Nous avons traversé de nombreux défis ensemble et chaque moment partagé a été enrichissant. Votre solidarité et votre soutien ont rendu cette période beaucoup plus agréable et mémorable.*

*Cette thèse est dédiée à vous tous, avec toute ma reconnaissance et mon amitié.*



*REMERCIEMENTS*



*À mon maître et Président de thèse  
Professeur Bourrous Monir*

*Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse. Cet honneur me touche infiniment et je tiens à vous exprimer ma profonde estime. Puissent les générations futures avoir la chance de profiter de votre savoir qui n'a d'égal que votre sagesse et votre bonté. Veuillez, cher maître, trouver dans ce travail l'expression de ma haute considération.*

*À mon maître et Rapporteur de thèse  
Professeur Manoufi Fatima*

*Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant d'encadrer mon travail de thèse et pour avoir guidé mes premiers pas dans ma carrière. Vos qualités humaines et professionnelles m'inspirent au quotidien. C'est à vos côtés que j'ai compris la rigueur, la précision et l'engagement. Veuillez, cher maître, trouver dans ce travail l'expression de ma profonde admiration.*

*À mon maître et Juge de thèse  
Professeur Adali Imane*

*Je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements pour avoir accepté de siéger parmi les membres du jury. Je vous remercie également du grand intérêt que vous avez porté à mon travail de thèse. Veuillez agréer, cher maître, l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

*À mon maître et Juge de thèse  
Professeur Dami Abdallah*

*Votre présence au sein du jury constitue pour moi un très grand honneur. Je vous suis très reconnaissante pour l'amabilité avec laquelle vous avez acceptée de juger mon travail ainsi pour vos multiples encouragements. Veuillez accepter, cher maître, l'expression de ma grande admiration et mes sincères respects.*

*Et un grand merci à l'ensemble des enseignants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.*





*ABREVIATIONS*



## Liste des abreviations

<b>TB</b>	: les troubles bipolaires
<b>VRS-2</b>	: Violence Risk Scale : 2nde édition
<b>L'échelle ICT</b>	: Iterative Classification Tree
<b>PCL-R</b>	: Echelle de psychopathie de Hare
<b>SZP</b>	: Schizophrénie
<b>TS</b>	: Tentative de suicide
<b>TR</b>	: Thymorégulateur
<b>HIV</b>	: Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)



# *PLAN*



<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>5</b>
I. Matériels de l'étude:.....	<b>6</b>
1. Type de l'étude :.....	<b>6</b>
2. Population étudiée :.....	<b>6</b>
3. Fiche d'exploitation : (Voir annexe1).....	<b>6</b>
4. Collecte des données :.....	<b>7</b>
5. Considérations éthiques :.....	<b>7</b>
II. Méthodes Statistiques :.....	<b>7</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>8</b>
I. Données sociodémographiques :.....	<b>9</b>
1. L'âge :.....	<b>9</b>
2. Le sexe :.....	<b>10</b>
3. Le statut matrimonial :.....	<b>10</b>
4. Le nombre d'enfant.....	<b>11</b>
5. Le niveau d'instruction.....	<b>11</b>
6. La profession avant l'internement.....	<b>12</b>
7. Le niveau socioéconomique.....	<b>12</b>
8. La situation des parents.....	<b>13</b>
9. Le nombre de fratrie.....	<b>14</b>
10. Le milieu de vie.....	<b>14</b>
II. Antécédents personnels :.....	<b>16</b>
1. Les antécédents psychiatriques :.....	<b>16</b>
2. Les antécédents judiciaires.....	<b>16</b>
3. Les antécédents toxiques :.....	<b>18</b>
III. Les antécédents familiaux:.....	<b>20</b>
IV. Les caractéristiques cliniques de la population étudiée :.....	<b>20</b>
1. La symptomatologie de l'admission :.....	<b>20</b>
2. Le diagnostic retenu :.....	<b>21</b>
3. Le mode de début :.....	<b>22</b>
4. La durée de l'évolution de la maladie.....	<b>22</b>
5. L'hospitalisation actuelle.....	<b>23</b>
V. L'acte médico-légal :.....	<b>24</b>
1. La nature de l'acte :.....	<b>24</b>
2. L'intentionnalité au moment de l'acte :.....	<b>24</b>
3. L'état au moment de l'acte.....	<b>25</b>
4. L'intervalle entre l'acte et l'internement.....	<b>26</b>
5. La victime :.....	<b>26</b>
6. La conscience actuelle de l'acte.....	<b>28</b>
7. La conséquence judiciaire :.....	<b>28</b>
8. L'homicide et l'agression :.....	<b>29</b>
VI. La prise en charge thérapeutique :.....	<b>32</b>

VI. L'état somatique au cours de l'internement :	33
1. Comorbidité avec pathologie médicale :	34
2. Problème chirurgical	34
VII. Analyse bivariée	37
1. Corrélation entre le milieu de vie et le statut de la victime	37
2. Corrélation entre le niveau socioéconomique et le statut de la victime	38
3. Corrélation entre la profession et le statut de la victime	39
4. Corrélation entre le statut matrimonial et la nature de crime	40
5. Corrélation entre le milieu de vie et la nature du crime	41
6. Corrélation entre le niveau d'instruction et la nature du crime	42
7. Corrélation entre les antécédents psychiatriques et la nature du crime	43
8. Corrélation entre les antécédents toxiques et la nature du crime	44
<b>DISCUSSION</b>	<b>45</b>
I. Généralités:	46
1. Généralités sur la dangerosité :	46
2. Psychopathologie de passage à l'acte dans les différentes pathologies psychiatriques :	48
3. Méthodes d'évaluation du risque de dangerosité des malades mentaux :	52
4. Généralités sur les infractions médico-légales :	61
5. Généralités sur le code pénal au Maroc: voir annexe 5	68
II. Discussion des résultats :	68
1. Relation entre la dangerosité et les caractéristiques sociodémographiques :	68
2. Relation entre la dangerosité et les antécédents personnels :	71
3. Relation entre la dangerosité et les antécédents familiaux :	74
4. Relation entre la dangerosité et les caractéristiques cliniques de la maladie :	75
5. Relation entre la dangerosité et la prise en charge thérapeutique :	77
6. Relation entre la dangerosité et l'acte :	78
<b>CONCLUSION</b>	<b>82</b>
<b>RESUMES</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>90</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>100</b>



*INTRODUCTION*



Le fait que certains individus puissent être dangereux est une idée ancienne qui existait bien avant la naissance de la criminologie et de la psychiatrie.

Le « fou criminel » et le malade mental ont tour à tour été considérés comme des malheureux (Egypte, au IIIème millénaire avant J.C), puis comme des déments (IIème siècle) et enfin comme des possédés envoyés au bûcher (jusqu'au XIème siècle). Jusqu'au XIXème siècle, les «fous» étaient exclus de la société, hors des murs de la Cité, ou soignés dans la discrétion des demeures pour les plus aisés d'entre eux, s'ils ne troublaient pas l'ordre public (1)

Le sujet de la dangerosité des malades mentaux est à la croisée des chemins entre psychiatrie et criminologie, entre santé et justice.

Dès l'époque romaine, on retrouve des traces d'interrogation sur les liens entre la loi et la folie. Le malade mental ne peut être considéré comme responsable de ses actes, mais il doit néanmoins être pris, à son égard, des « mesures de protection et sécurité, afin qu'à l'avenir il ne puisse causer quelque tort à lui-même, ni perpétrer quelques actes dommageables pour les tiers ».(1)

L'Organisation mondiale de la sante définit ainsi la violence comme étant La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations. (2)

Les malades mentaux peuvent être violents contre eux-mêmes ou contre autrui, tous les pays occidentaux ont mis en place des mesures législatives pour la protection des malades et du public (mesures d'internement).

Ainsi, de très nombreux auteurs montrent que les malades mentaux sont deux à trois fois plus souvent victimes d'actes de violence à l'âge adulte que la population générale, La prévalence des crimes violents envers des patients psychiatriques serait 11,8 fois plus

importante qu'en population générale selon le rapport de la commission Violence et santé mentale (3)

Dans les pays industrialisés le taux des homicides est compris entre 1 et 5 pour 100 000 habitants, les troubles mentaux graves ne seraient responsables que de 0,16 homicides pour 100 000 habitants, soit un homicide sur 20. Ainsi, 3 à 5 % des violences seraient dues à des malades mentaux (3)

Indépendamment de la prise de drogues ou d'alcool, les troubles mentaux graves (schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizoaffectif, troubles délirants et troubles bipolaires) s'accompagnent d'un risque de violence physique envers autrui beaucoup plus important que celui de la population générale.(4)

Voyer, Senon et collaborateurs ont différencié les facteurs de risque statiques, non modifiables (sexe et âge) ou peu modifiables (structure de la personnalité, personnalité dyssociale, narcissique, paranoïaque), des facteurs dynamiques comme l'évaluation clinique, l'observance (et son lien avec l'importance des symptômes) ou la prise de toxiques .(5)

Il faut donc étudier, de façon précise, les différents paramètres qui peuvent faire craindre un passage à l'acte dangereux chez un malade mental et évaluer les facteurs liés à l'état mental d'un sujet, son degré d'adhésion au délire, sa capacité d'élaboration psychique ainsi que les facteurs neuropsychiques (capacités cognitives, impulsivité, rigidité). La diminution de la capacité d'autocritique, la faiblesse de l'insight, la qualité de l'observance et de l'alliance thérapeutique ainsi que, de façon générale, les valeurs et les contraintes éthiques du patient sont des paramètres essentiels.

Il s'agit donc de repérer des profils symptomatiques susceptibles de favoriser la violence, des facteurs de risque généraux et plus spécifiques de la maladie mentale, et d'apporter une réponse adaptée de prévention.

D'où ce travail élaboré dans le service de patients médicolégaux à l'hôpital Ibn Nafis Marrakech dans le but est de :



Déterminer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des malades  
médicolégaux.

Déterminer les caractéristiques criminologiques de malades médicolégaux.

Souligner les particularités juridiques des malades médicolégaux.

Chercher les facteurs prédictifs de la dangerosité.

Elaborer les moyens préventifs de passage à l'acte violent des malades mentaux



*MATERIEL  
ET  
METHODES*



## **I. Matériels de l'étude:**

### **1. Type de l'étude :**

L'étude que nous avons menée est de type transversal à visée descriptive portant sur une population de patients médicolégaux au service psychiatrique universitaire du CHU MohammedVI de Marrakech entre Mai 2022 et Novembre 2022.

### **2. Population étudiée :**

L'échantillon étudié comporte 50 patients médicolégaux hospitalisés au service psychiatrique du CHU Mohammed VI Marrakech.

### **3. Fiche d'exploitation : (Voir annexe1)**

La collecte des données s'est faite à l'aide d'une fiche d'exploitation qui comporte les éléments suivants :

- A. Les caractéristiques sociodémographiques du patient.
- B. Les antécédents personnels et familiaux du patient ; en mettant l'accent sur les antécédents judiciaires et toxiques.
- C. Les caractéristiques sémiologiques de la maladie, le diagnostic, la comorbidité organique, la durée de l'internement en psychiatrie et la prise en charge thérapeutique.
- D. Les caractéristiques de l'acte médicolégal en précisant la nature de l'acte, le contexte de survenue, les moyens utilisés, son intentionnalité ainsi les conséquences de l'acte sur la victime et le procédure judiciaire.

#### **4. Collecte des données :**

La collecte des données s'est faite par un entretien direct avec les patients internés en psychiatrie et aussi à partir des données figurant dans leurs dossiers médico-légaux.

#### **5. Considérations éthiques :**

Les patients n'ont été recrutés pour l'étude qu'après l'obtention de leur consentement éclairé. Le recueil des données s'est fait dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

## **II. Méthodes Statistiques :**

L'analyse statistique s'est basée sur une analyse descriptive à deux variables : Qualitative et quantitative.

- ❖ Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
- ❖ Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts types.



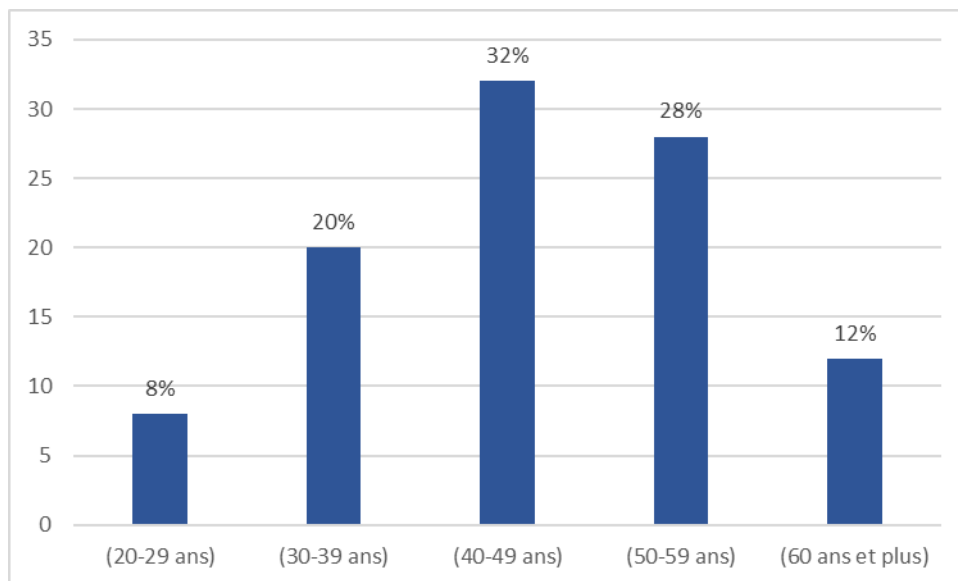
*RESULTATS*



## **I. Données sociodémographiques :**

### **1. L'âge :**

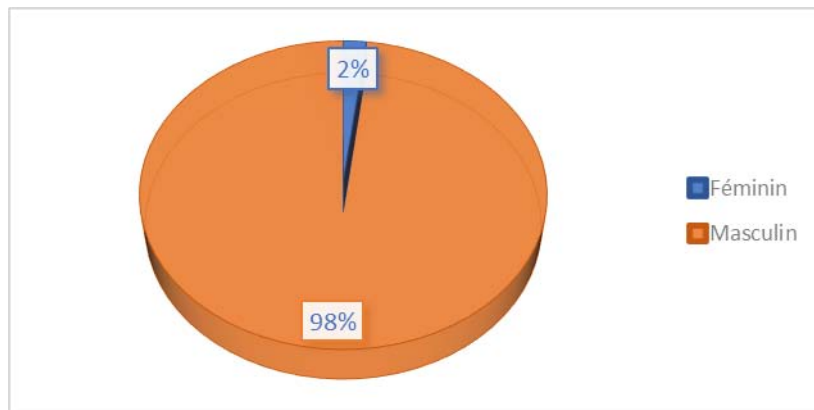
La moyenne d'âge de notre échantillon était de 38 ans avec un minimum de 20 ans et un maximum de 77 ans ; on note une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 40 et 49ans (32%), suivie de la tranche d'âge comprise entre 50 et 59 ans (28%).



**Figure1 : Répartition de la population étudiée selon l'âge**

## 2. Le sexe :

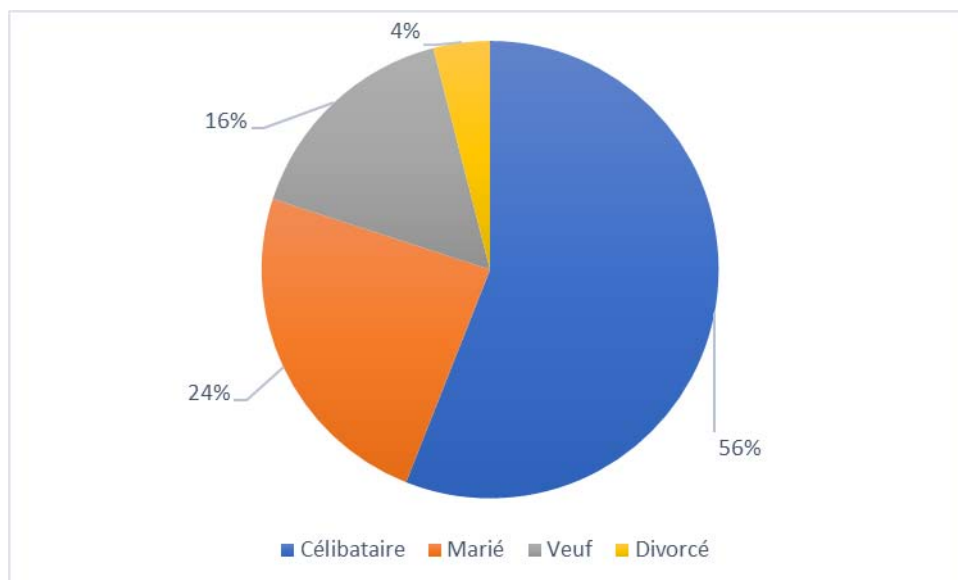
Le sexe masculin représente 98% de notre échantillon.



**Figure 2 :** Répartition de la population selon le sexe

## 3. Le statut matrimonial :

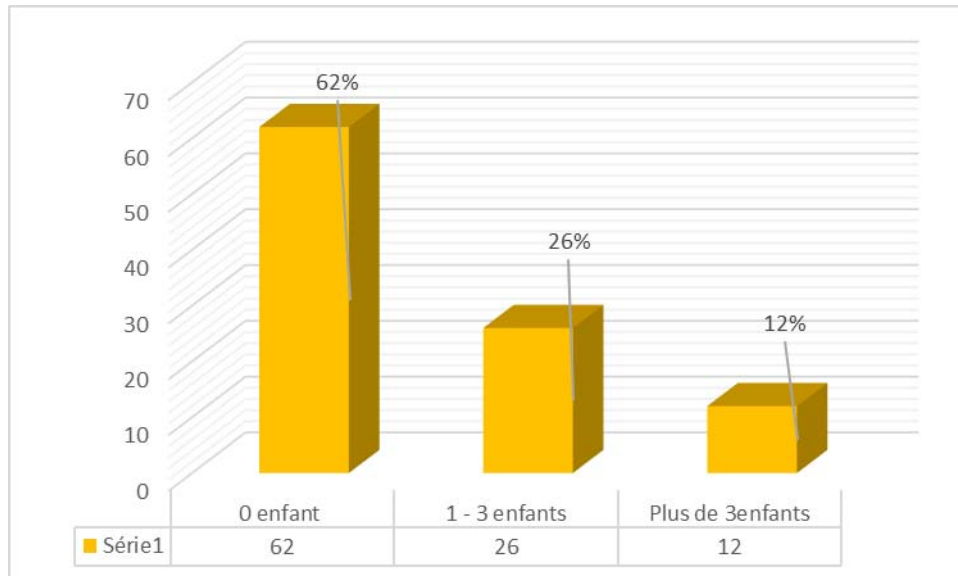
Plus de la moitié des patients étaient célibataires (56 %), 24 % étaient mariés, 16 % étaient veufs et 4 % étaient divorcés.



**Figure 3 :** Répartition de la population selon le statut matrimonial

#### 4. Le nombre d'enfant

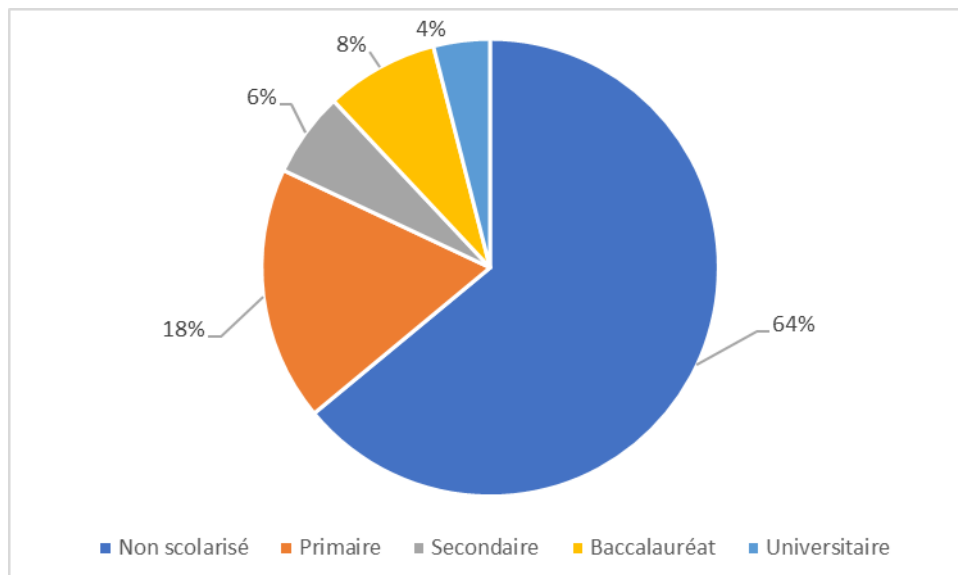
Plus de la moitié de l'échantillon n'avait pas d'enfant (62 %).



**Figure 4 :** Répartition de la population selon le nombre d'enfant

#### 5. Le niveau d'instruction

La majorité des patients (64 %) n'avaient jamais été scolarisés.

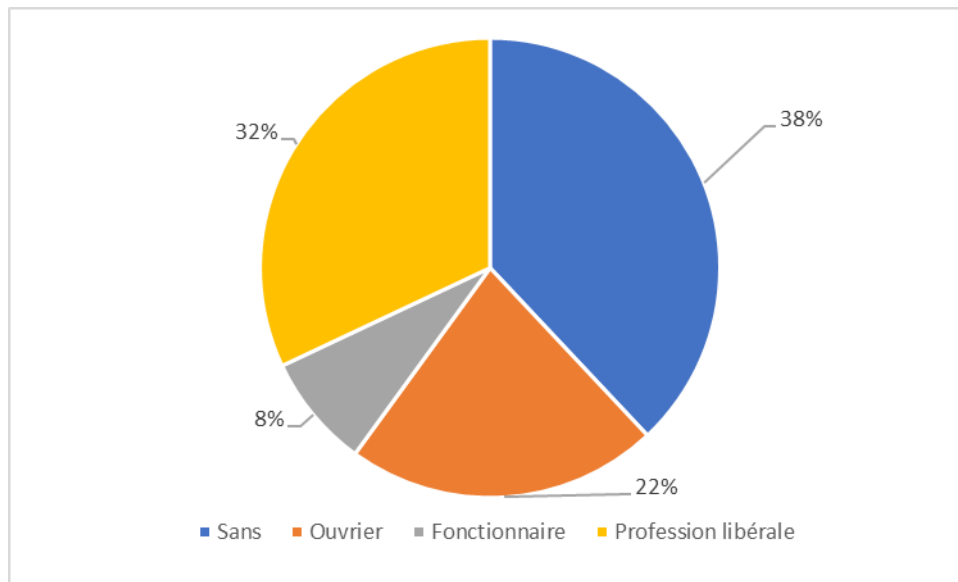


**Figure 5 :** Répartition de la population selon le niveau d'instruction



## 6. La profession avant l'internement

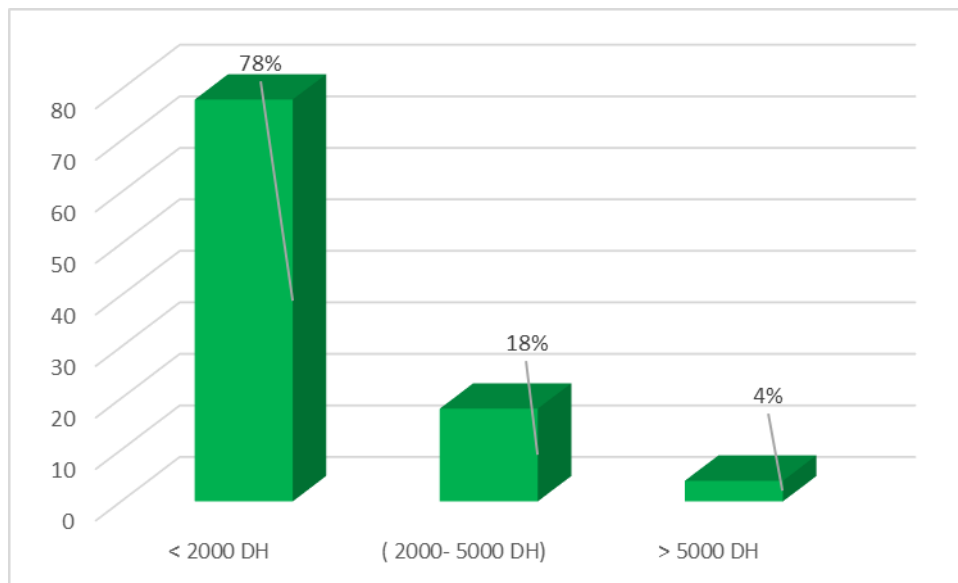
La plupart des patients étaient sans profession ( 38 %).



**Figure 6 : Répartition de la population selon la profession**

## 7. Le niveau socioéconomique

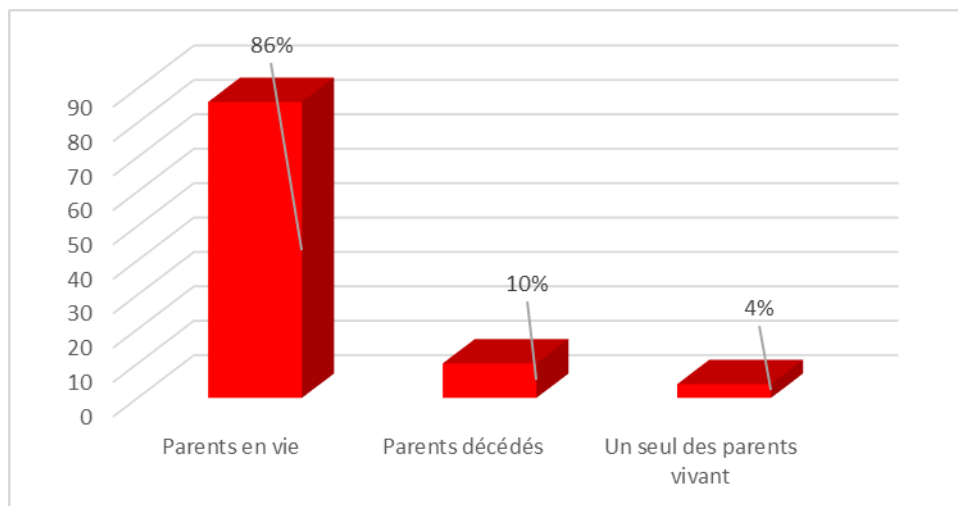
Chez 78 % des patients, on avait retrouvé un niveau socio-économique bas avec un revenu mensuel ne dépassant pas 2000 DH.



**Figure 7 : Répartition de la population selon le niveau socioéconomique**

## **8. La situation des parents**

La majorité des patients (86 %) avaient des parents toujours en vie.



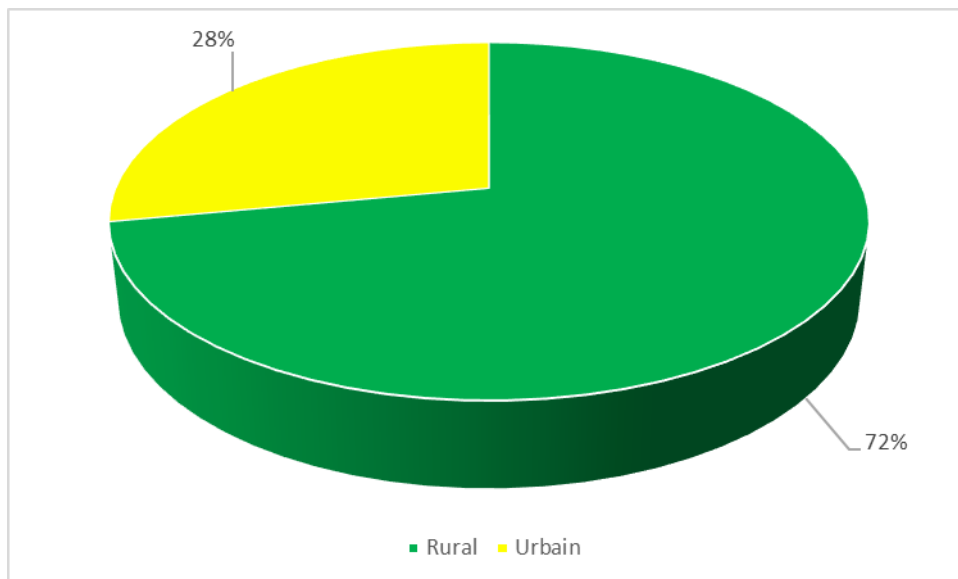
**Figure 8 : Répartition de la population selon la situation des parents**

## 9. Le nombre de fratrie

La moyenne de nombre de fratrie de notre échantillon était de 6 frères, avec un minimum de 0 frère et un maximum de 12 frères.

## 10. Le milieu de vie

Les patients d'origine rurale représentaient 72 % de la population de l'étude contre 28 % d'origine urbaine.



**Figure 9 : Répartition de la population selon le milieu de vie**

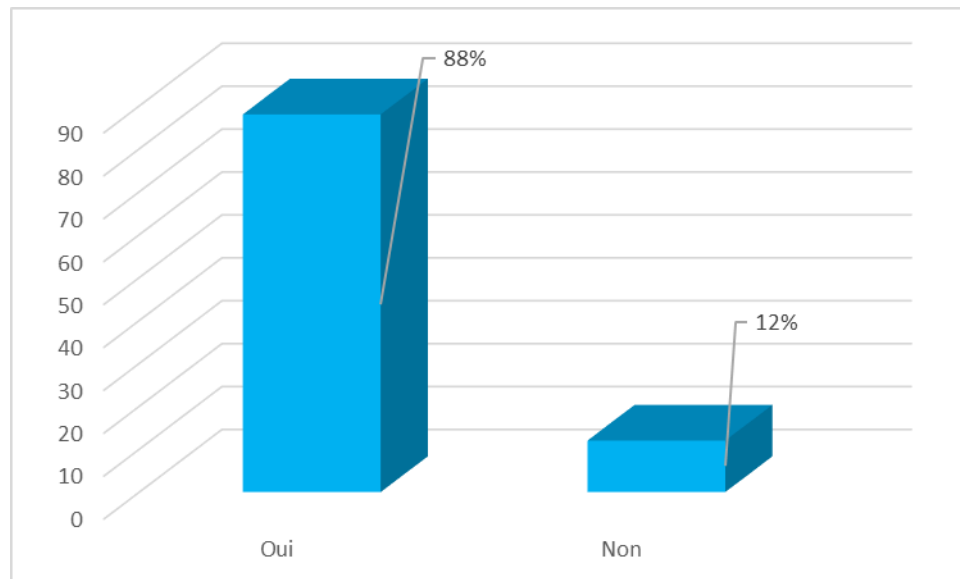
**Tableau I : Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage %
Age :		
*20–29	4	8
*30–39	10	20
*40–49	16	32
*50–59	14	28
*60 et plus	6	12
Sexe :		
*masculin	49	98
*féminin	1	2
Etat matrimonial :		
*célibataire	28	56
*marié	12	24
*veuf	8	16
*divorcé	2	4
Nombre d'enfant :		
*0	31	62
*1–3	13	26
*> 3	6	12
Niveau d'instruction :		
*non scolarisé	32	64
*primaire	9	18
*secondaire	3	6
*baccalauréat	4	8
*universitaire	2	4
Profession :		
*sans	19	38
*ouvrier	11	22
*fonctionnaire	4	8
*profession libérale	16	32
Niveau socioéconomique :		
*faible : –2000DH	39	78
*moyen : 2000–5000DH	9	18
*élevé : +5000DH	2	4
Milieu de vie :		
*urbain	14	28
*rural	36	72
Situation de parents :		
*2parents vivants	43	86
*1 des parents décédés	2	4
*2 parents décédés	5	10

## **II. Antécédents personnels :**

### **1. Les antécédents psychiatriques :**

Dans notre étude les antécédents psychiatriques ont été retrouvés chez 88 %, soit 44 malades.



**Figure 10 : Répartition de la sous population selon les antécédents psychiatrique**

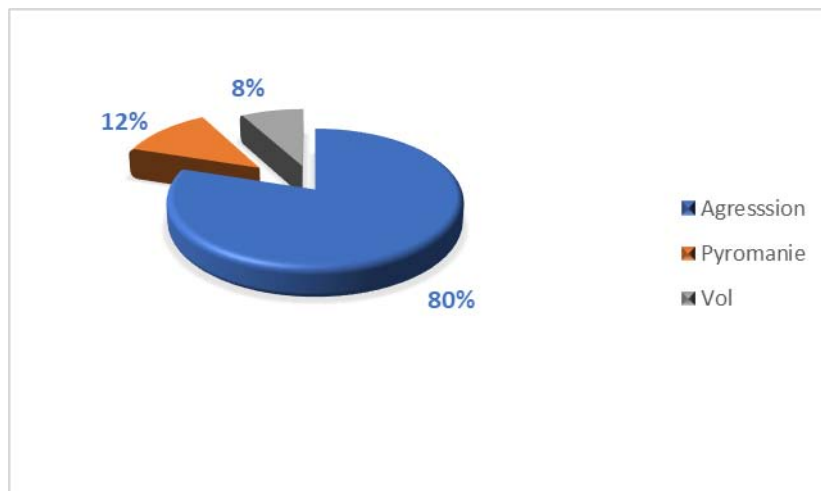
### **2. Les antécédents judiciaires**

#### **2.1. Le nombre :**

Soixante-quatorze pourcent des malades avaient des antécédents judiciaires pour lesquels ont été condamné une seule fois.

#### **2.2. La cause de l'incarcération :**

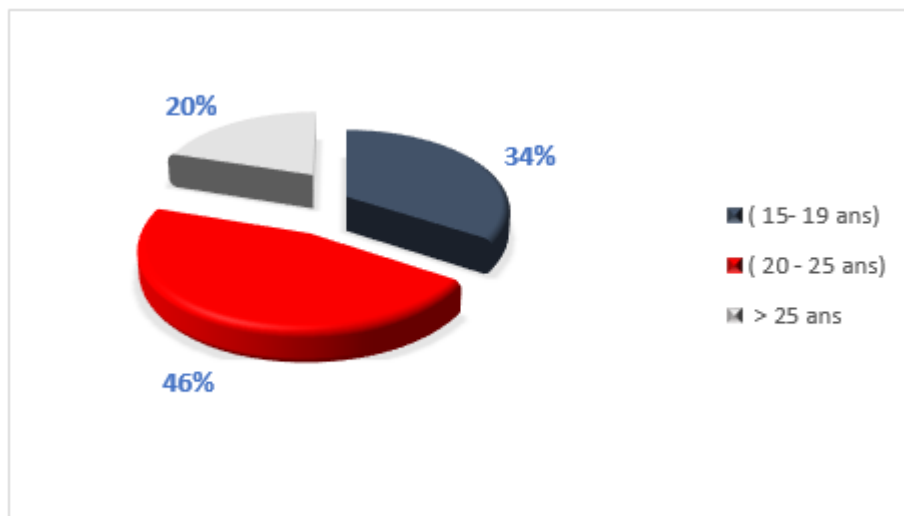
La cause la plus fréquente de l'incarcération était l'agression (80 %) suivie de la pyromanie (12 %).



**Figure 11 : Répartition de la sous population selon la cause de l'incarcération**

**2.3. L'âge de la première condamnation:**

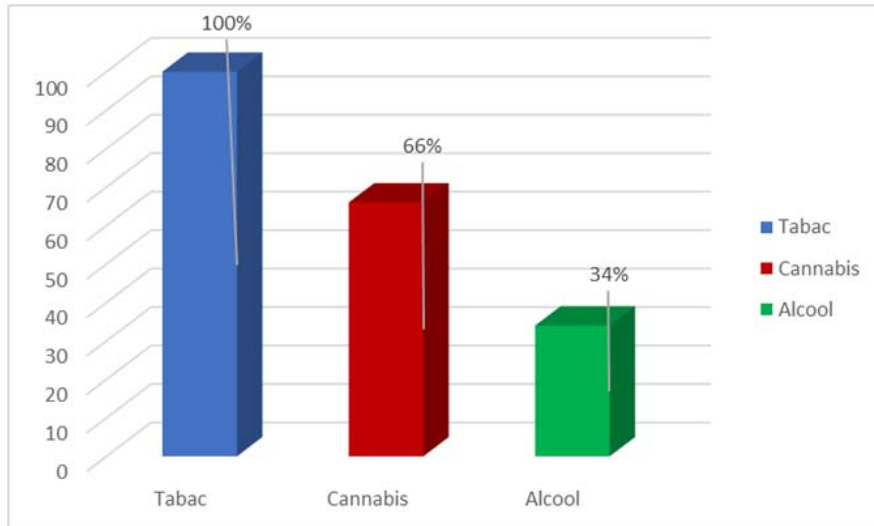
Quarante- six pourcent des patients étaient dans la tranche d'âge [20-25 ans] au moment de l'incarcération.



**Figure 12 : Répartition de la sous population selon l'âge de la première condamnation**

### 3. Les antécédents toxiques :

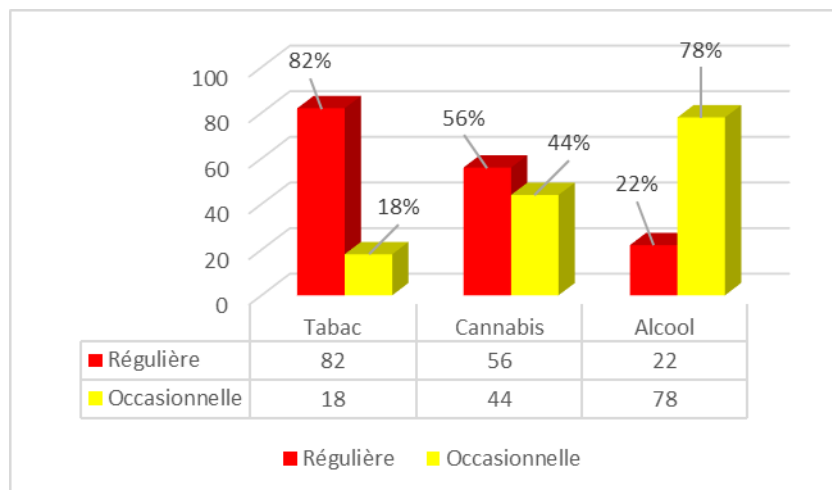
Les antécédents toxiques étaient répartis comme suit : 100% tabac, 66 % consommation du cannabis et 34 % d'alcool.



**Figure 13 :** Répartition de la sous population selon la nature des substances toxiques Consommées

#### 3.1. La nature de la consommation :

Quatre-vingt-deux pourcent des patients consomment régulièrement le tabac, tandis que seulement 22% consomment l'alcool.



**Figure 14 :** Répartition de la sous population selon la nature de la consommation des substances toxiques

**Tableau II : Prévalence des antécédents personnels dans la population étudiée**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage %
Antécédents psychiatriques :		
*Oui	44	88
*Non	6	12
Antécédents judiciaires :		
*Oui	37	74
*Non	13	26
Antécédents judiciaires : cause d'incarcération		
*Pyromanie	6	12
*Agression	40	80
*Vol	4	8
Antécédents judiciaires : âge de la première condamnation		
*15-19 ans	17	34
*20-25 ans	23	46
* > 25 ans	10	20
Antécédents toxiques :		
*tabagisme	50	100
*cannabisme	33	66
*alcoolisme	17	34
Tabagisme : nature de consommation		
*régulière	41	82
*occasionnelle	9	18
Cannabisme : nature de consommation		
*régulière	28	56
*occasionnelle	22	44
Alcoolisme : nature de consommation		
*régulière	11	22
*occasionnelle	39	78



### III. Les antécédents familiaux:

Vingt-deux pourcent de la population avait des antécédents familiaux judiciaires.

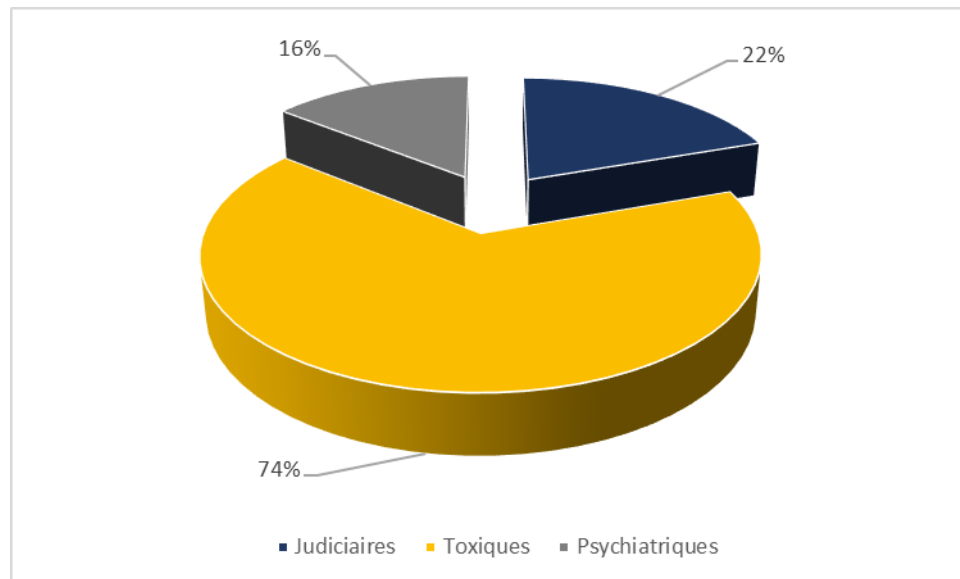
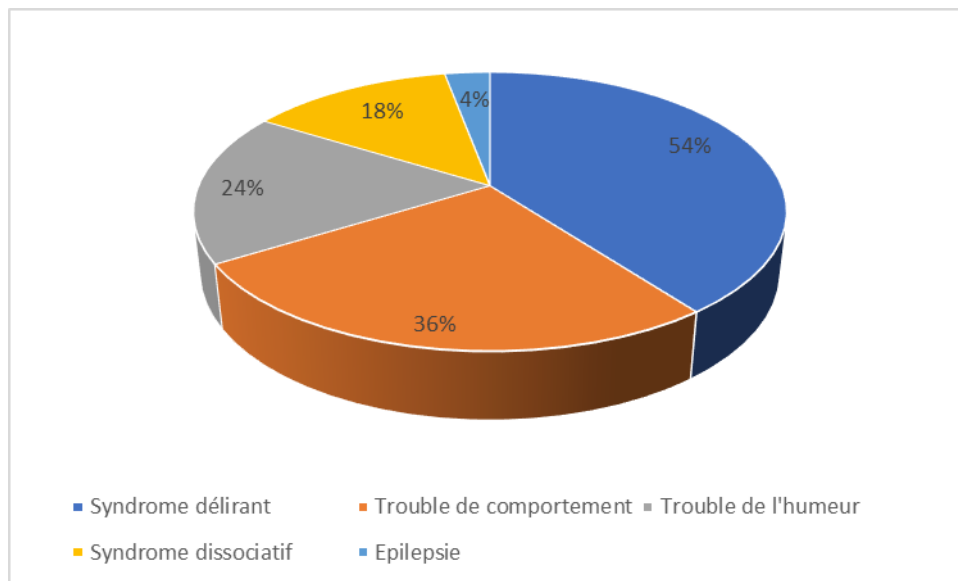


Figure 15 : Répartition de la population selon les antécédents familiaux

### IV. Les caractéristiques cliniques de la population étudiée :

#### 1. La symptomatologie de l'admission :

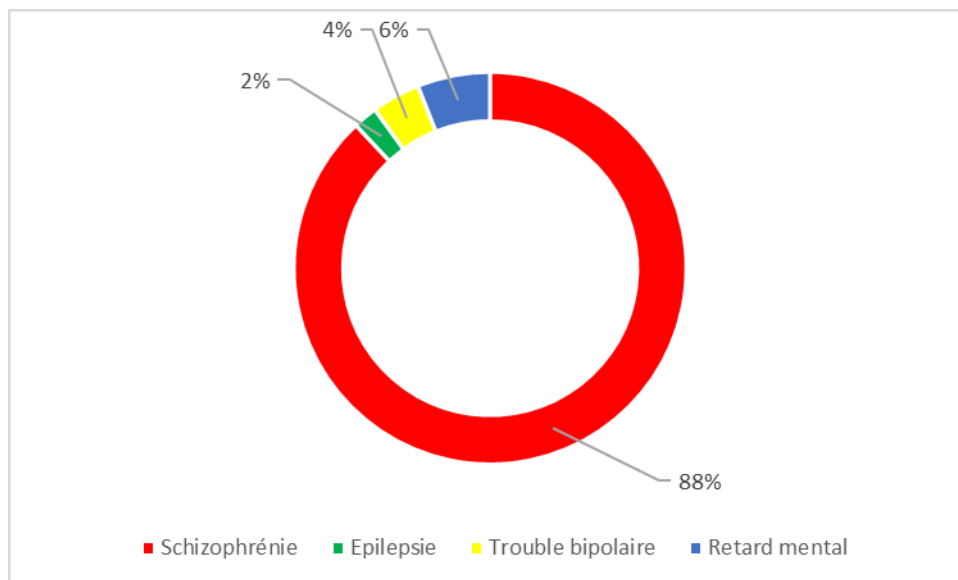
Le syndrome délirant (54%), les troubles de comportement (36%), les troubles de l'humeur (24%), le syndrome dissociatif (18%) représentaient les signes les plus fréquents à l'admission des patients.



**Figure 16 :** Répartition de la population selon la symptomatologie de l'admission

## **2. Le diagnostic retenu :**

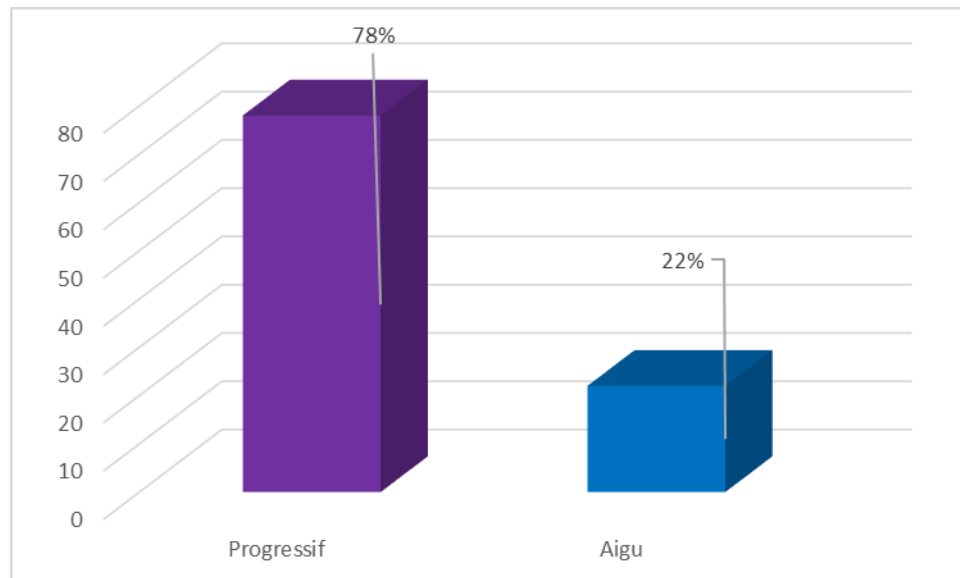
Le diagnostic de la schizophrénie a été retrouvé dans 88%.



**Figure 17 :** Répartition de la population selon de diagnostic

### 3. Le mode de début :

Le début de la maladie était progressif dans 78%.



**Figure 18 :** Répartition de la population selon du mode de début de la maladie

### 4. La durée de l'évolution de la maladie

La moyenne de la durée d'évolution de la maladie chez les patients de notre série était de  $12,62 \pm 4,21$  ans avec des extrêmes allant de 3 ans à 38 ans.

**Tableau III :** La durée d'évolution de la maladie

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Durée de l'évolution de la maladie en année	12,62	4,21	3	38

## 5. L'hospitalisation actuelle

### 5.1 La durée :

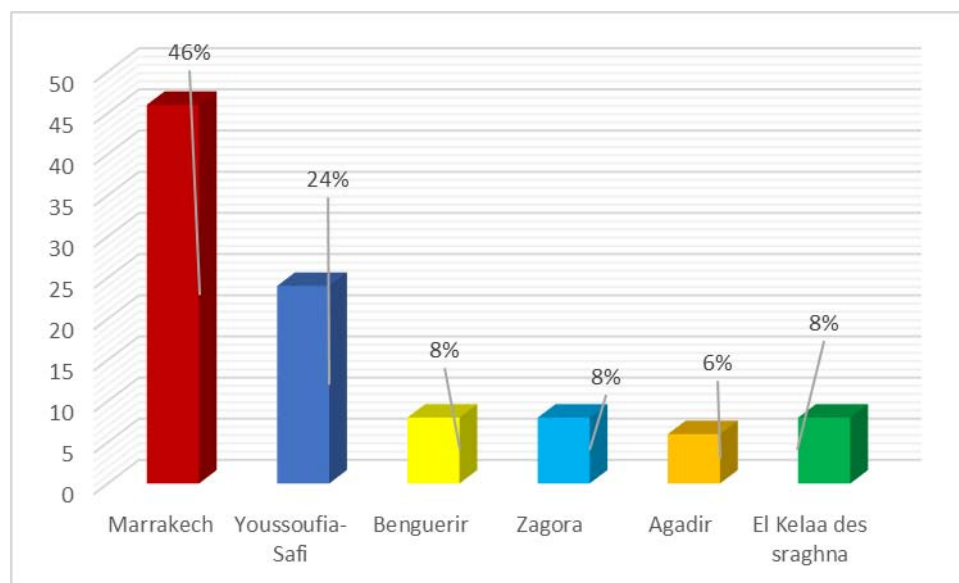
Nous avons noté une moyenne de  $5 \pm 2,31$  ans de la durée d'hospitalisation avec des extrêmes allant de 3 mois à 14 ans.

**Tableau IV : Durée d'hospitalisation des patients**

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Durée d'hospitalisation en année	5	2,31	0,25	14

### 5.2 Le placement :

Les patients médicolégaux placés en psychiatrie proviennent surtout de la région Marrakech- Safi.

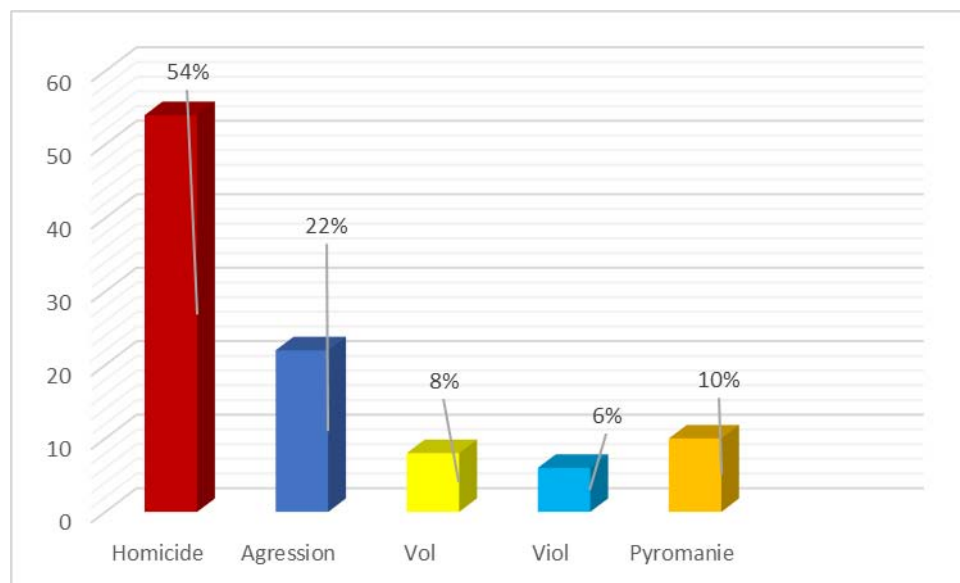


**Figure 19 : Répartition de la population selon l'origine de placement**

## V.L'acte médico-légal :

### 1. La nature de l'acte :

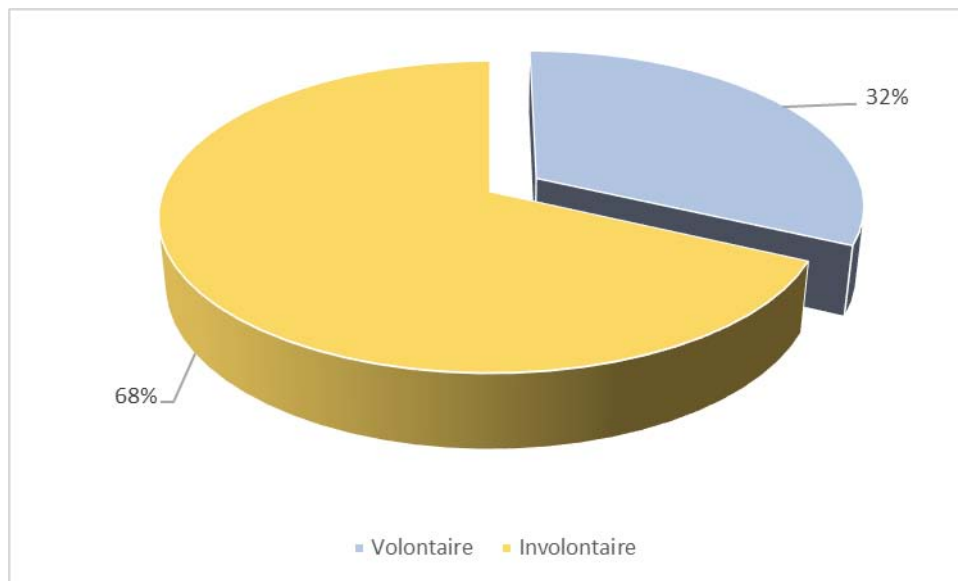
Cinquante- quatre pourcent de la population était internés pour homicide, 22% pour agression, 10% pour pyromanie, 8% pour vol et 6% pour viol.



**Figure 20 : Répartition de la population selon l'acte**

### 2. L'intentionnalité au moment de l'acte :

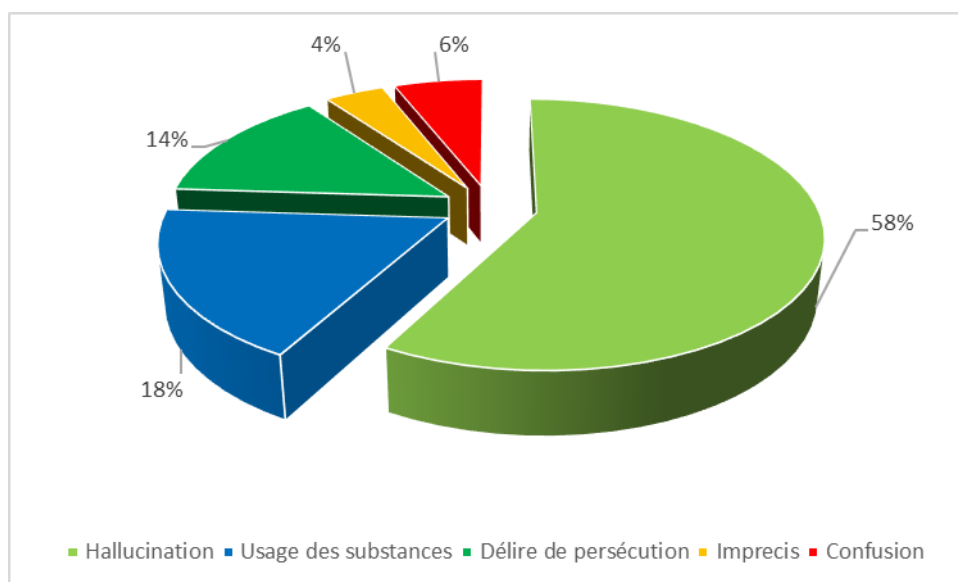
Presque les deux tiers de notre échantillon (68%) ont commis l'acte en absence d'une intention d'homicide, et 32% ont commis l'acte volontairement.



**Figure 21** : Répartition de la population selon l'intensité de l'acte

### **3. L'état au moment de l'acte**

Presque les deux tiers de la population était hallucinée au moment de l'acte, 18 % avait consommé des substances psycho actives, et 14% avait un délire de persécution.



**Figure 22** : Répartition de la population selon l'état au moment de l'acte

#### 4. L'intervalle entre l'acte et l'internement

La moyenne de l'intervalle entre l'acte et l'internement était de  $5,4 \pm 9,18$  mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 54 mois.

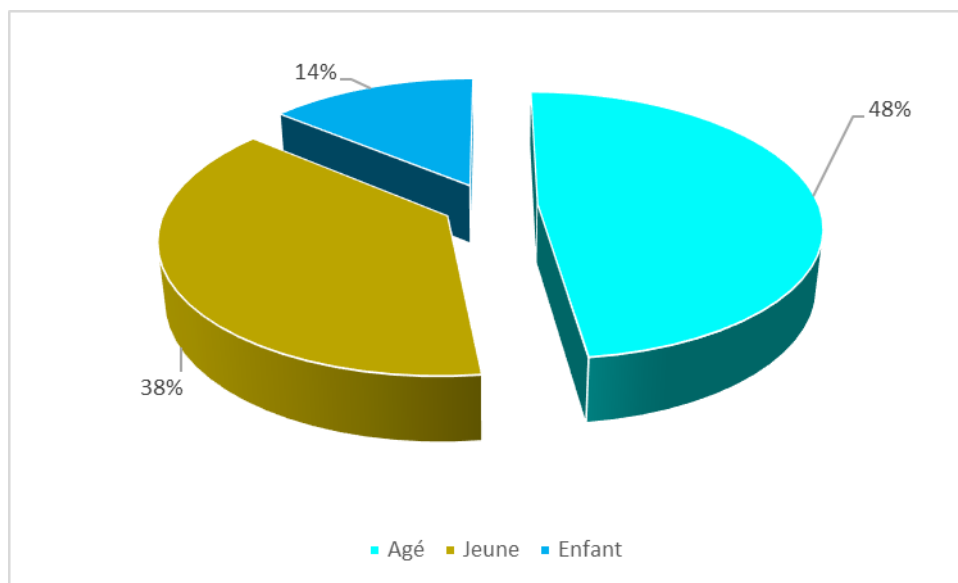
**Tableau V : l'intervalle moyen entre l'acte et l'internement**

	Moyen	Ecart- type	Minimum	Maximum
<b>L'intervalle en mois</b>	5,4	9,18	1	54

#### 5. La victime :

##### 5.1 L'âge :

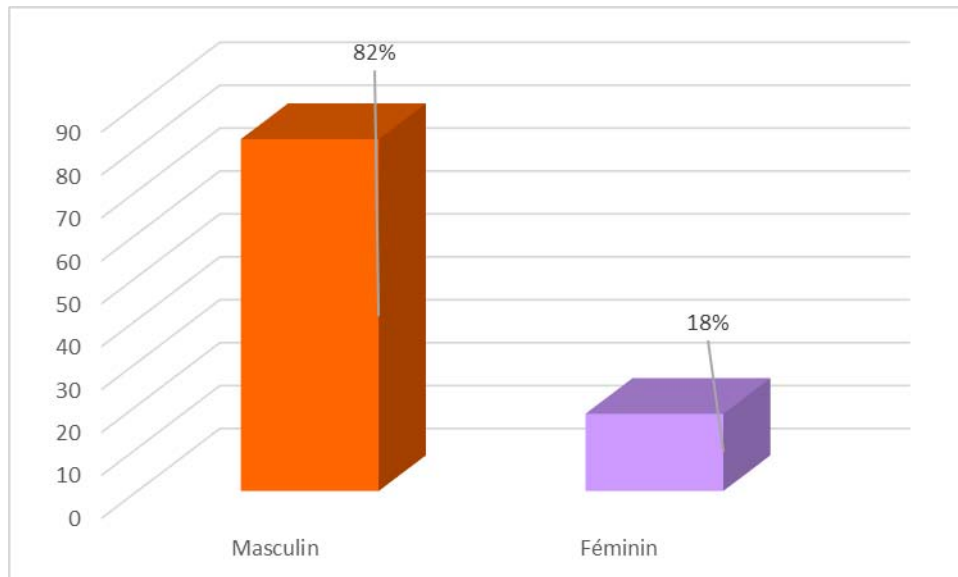
Quarante-huit pourcent des victimes étaient âgés, 38% des jeunes, et 14% des enfants.



**Figure 23 : Répartition des victimes selon l'âge**

### **5.2 Le sexe :**

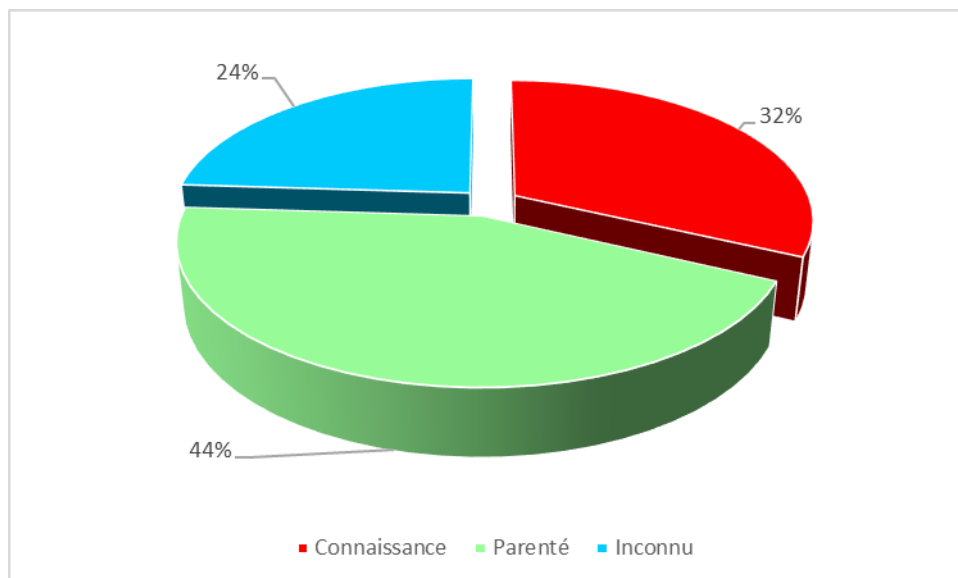
Quatre-vingt-deux pourcents des victimes étaient de sexe masculin.



**Figure 24 : Répartition des victimes selon le sexe**

### **5.3 Le statut :**

Soixante-seize pourcent des victimes étaient de l'entourage des patients (parenté ou connaissance).

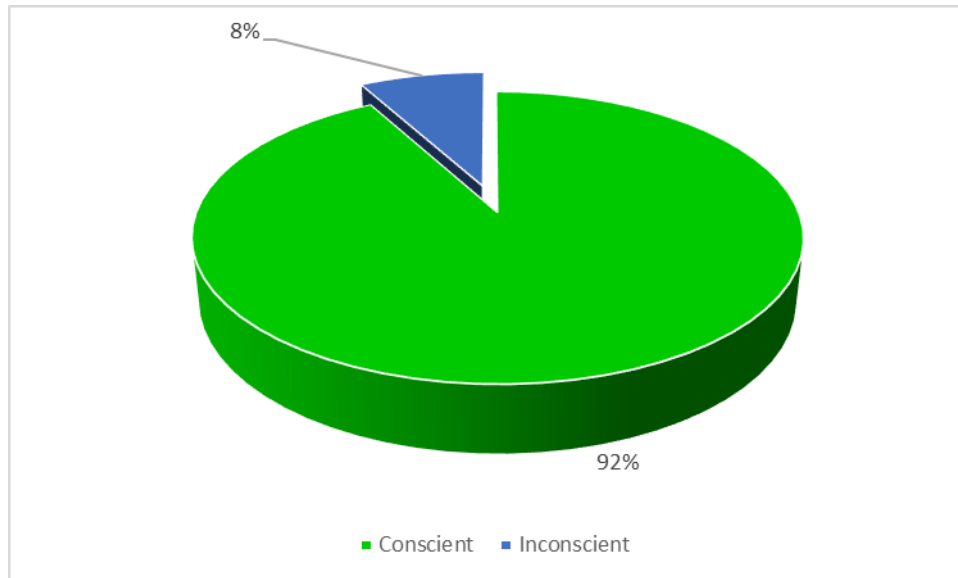


**Figure 25 : Répartition des victimes selon le statut**



## 6. La conscience actuelle de l'acte

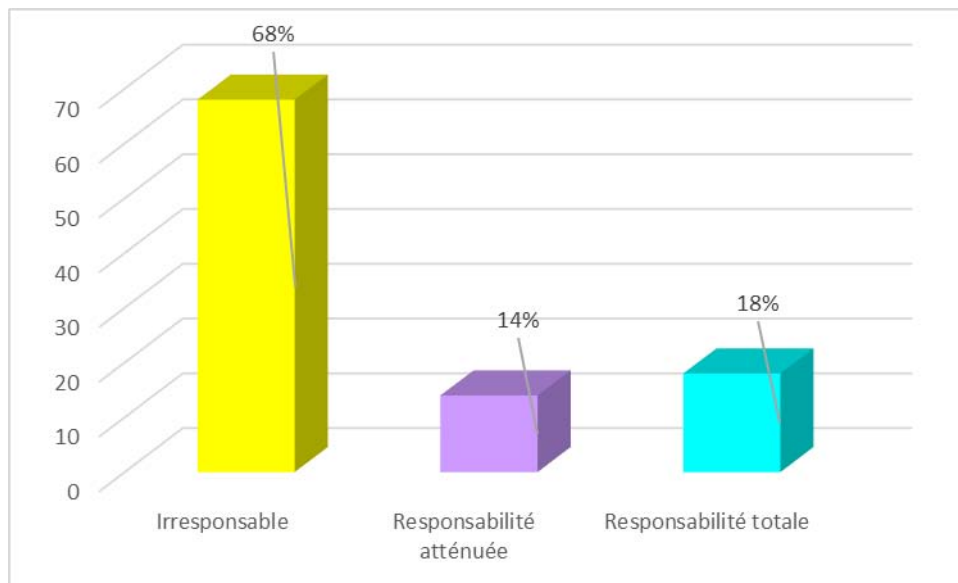
La majorité de la population est actuellement consciente de l'acte.



**Figure 26 :** Répartition de la population selon la conscience actuelle de l'acte

## 7. La conséquence judiciaire :

Soixante-huit pourcent de la population était déresponsabilisée à cause de leurs maladies mentales et internés en psychiatrie, et 32% avaient une responsabilité atténuée ou responsabilité totale.

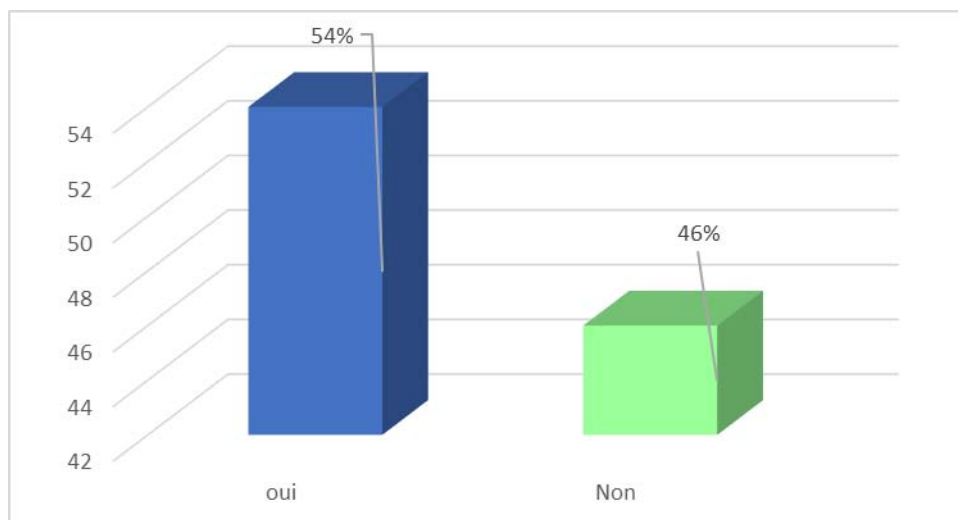


**Figure 27 : Répartition de la population selon la conséquence judiciaire**

## **8. L'homicide et l'agression :**

### **8.1 Contexte de dispute :**

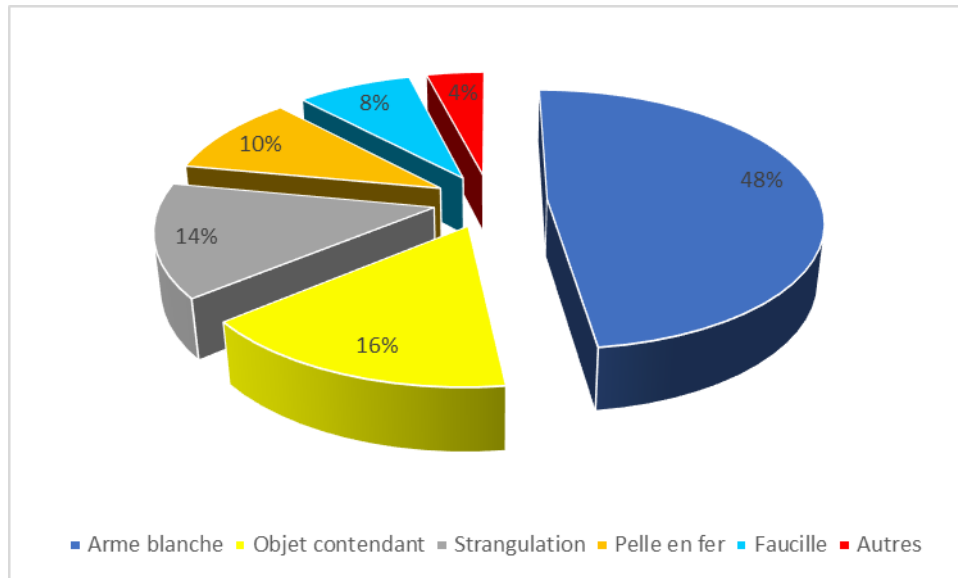
Cinquante-quatre pourcent des homicides et des agressions étaient commis dans un contexte de dispute.



**Figure 28 : Répartition de la sous population selon le contexte de dispute**

### 8.2 Moyen utilisé :

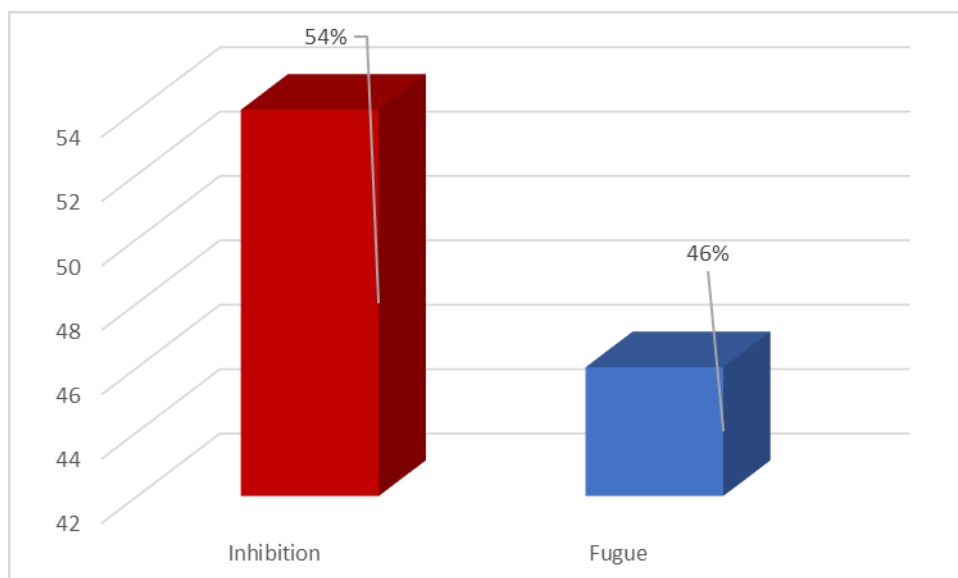
Les armes blanches représentent presque la moitié des moyens de passage à l'acte (48%).



**Figure 29 :** Répartition de la sous population selon le moyen de passage à l'acte

### 8.3 Comportement après l'acte :

Cinquante-quatre pourcent de la population sont restés sur place après le crime, et 38,09% ont fugué.



**Figure 30 :** Répartition de la sous population selon le comportement après l'acte

**Tableau VI : caractéristiques criminologiques de la population**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage %
Nature de l'acte :		
*homicide	27	54
*viol	3	6
*pyromanie	5	10
*agression	11	22
*vol	4	8
Intention de l'acte :		
*volontaire	16	32
*involontaire	34	68
Contexte de dispute avant l'acte : homicide et agression		
*oui	27	54
*non	23	46
Moyen utilisé pour l'homicide ou agression		
*Arme blanche	24	48
*strangulation	7	14
*Pelle en fer	5	10
*faucille	4	8
*objet contendant	8	16
**imprécis	2	4
Etat de malade au moment de l'acte :		
*hallucination	29	58
*persécution	7	14
*confusion	3	6
*usage de substance	9	18
*Imprécis	2	4

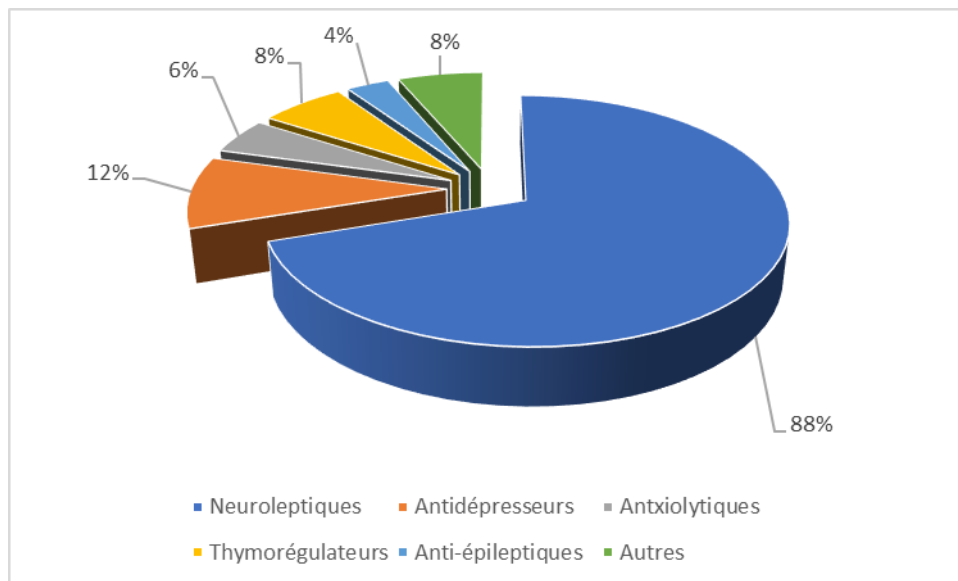
**Tableau VI : caractéristiques criminologiques de la population (suite...)**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage %
Comportement après l'acte : homicide et agression :		
*fugue	23	46
*inhibition	27	54
Victime : homicide, viol et agression :		
*âge :	7	14
-enfant	19	38
-jeune	24	48
-âgé(e)		
*sexe :	41	82
-masculin	9	18
-féminin		
*statut :	22	44
-parenté	16	32
-connaissance	12	24
-inconnu		
Conscience actuelle de l'acte :		
*oui	46	92
*non	4	8
Conséquence judiciaire :		
*irresponsabilité avec internement en psychiatrie	34	68
*responsabilité atténuée	7	14
*responsabilité totale	9	18

## **VI. La prise en charge thérapeutique :**

Tous les malades ont bénéficié d'un bilan sanguin comportant une NFS-plaquettes, bilan hépatique, bilan rénal, glycémie, une sérologie syphilitique et une sérologie VIH.

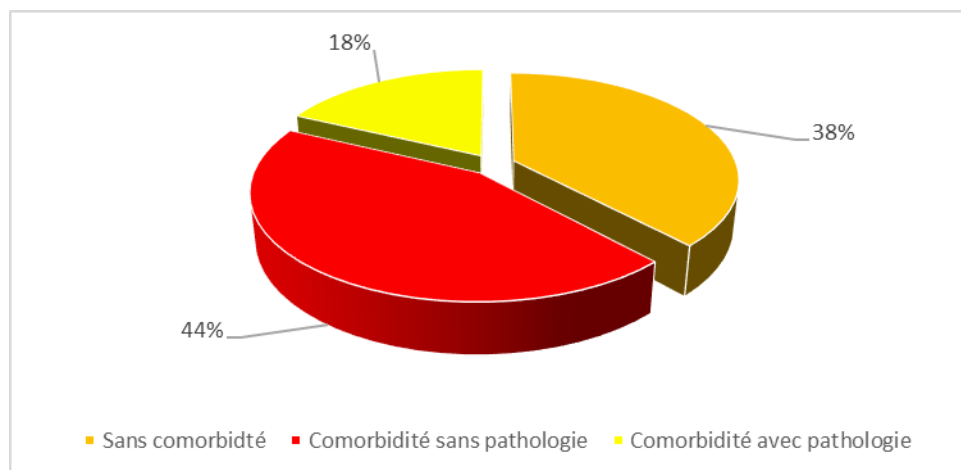
Les neuroleptiques ont été prescrits dans 88% des cas.



**Figure 31 :** Répartition de la population selon le type de traitement reçu durant l'hospitalisation

## VII. L'état somatique au cours de l'internement :

Presque les deux tiers de la population avaient des comorbidités au cours de son internement (62%).



**Figure 32 :** Répartition de la population selon la comorbidité pathologique au cours de l'internement

## **1. Comorbidité avec pathologie médicale :**

26% de la population avait présenté un problème médical au cours de l'internement :

- ❖ 4 cas d'otite moyenne purulente
- ❖ 3 cas de diabète
- ❖ 2 cas de syphilis
- ❖ 1 cas de tuberculose
- ❖ 1 cas d'asthme
- ❖ 1 cas d'arthrose
- ❖ 1 cas de gale

## **2. Problème chirurgical**

Presque 10% de la population ayant présenté un problème chirurgical durant l'internement :

- ❖ 2 cas de fistule anale
- ❖ 1 cas de fracture osseuse opérée
- ❖ 1 cas d'hémorroïdes
- ❖ 1 cas de trachéotomie

**Tableau VII : Caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de la population**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage %
Symptomatologie à l'admission :		
*syndrome délirant	27	54
*syndrome dissociatif	9	18
*trouble de l'humeur	12	24
*trouble de comportement	18	36
*crise épileptique	2	4
Diagnostic retenu :		
*schizophrénie	44	88
*Epilepsie	1	2
*trouble bipolaire	2	4
*retard mental	3	6
Mode de début :		
*aigu	11	22
*progressif	39	78
Hospitalisation actuelle : placement		
*Marrakech	23	46
*Youssoufia-Safi	12	24
*Kelaa essraghna	4	8
*Benguerir	4	8
*Autres (Agadir, Zagora)	7	14
Traitement reçu :		
*neuroleptique	44	88
*Thymorégulateurs	4	8
*anxiolytiques	3	6
*antidépresseurs	6	12
*antiépileptiques	2	4
*autres	4	8



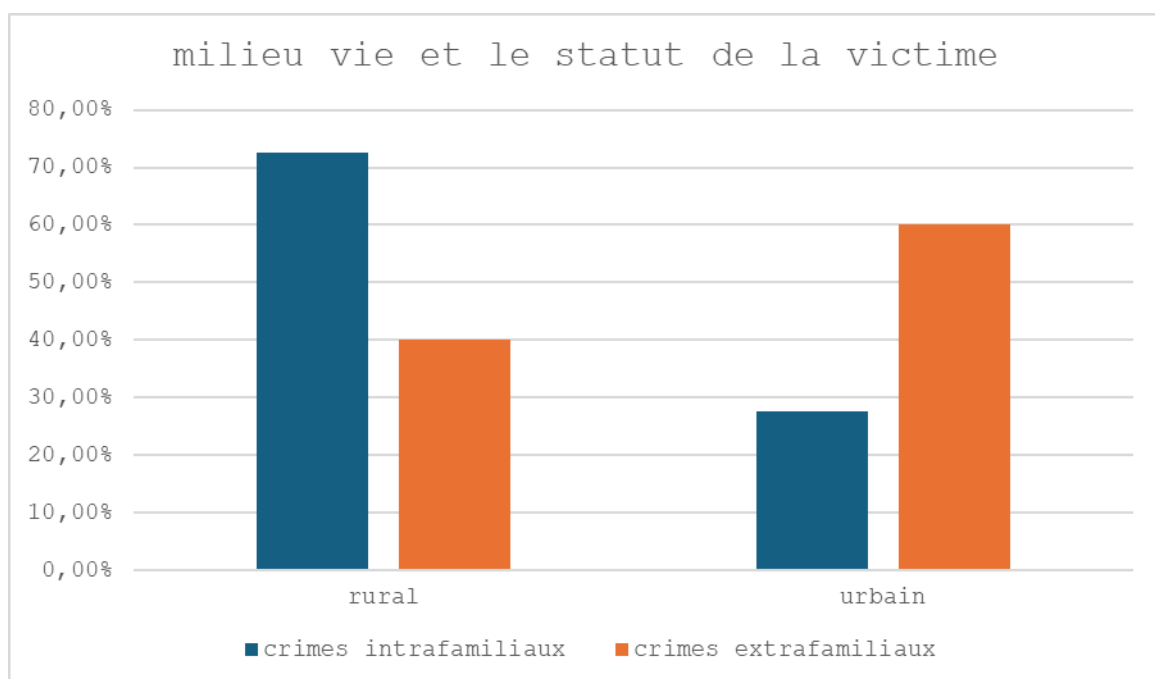
**Tableau VII : Caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de la population (suite...)**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage %
Etat somatique au cours de l'hospitalisation actuelle : problème chirurgical	1	2
*trachéotomie	1	2
*Fracture osseuse opérée	2	4
*fistule anale	1	2
* Hémorroïdes		
Etat somatique au cours de l'hospitalisation actuelle : problème		
somatique :	3	6
*diabète	1	2
*tuberculose	1	2
*Asthme	1	2
*Arthrose	4	8
*otite	1	2
*Gale	2	4
*Syphilis		

## VIII. Analyse bivariée

### 1. Corrélation entre le milieu de vie et le statut de la victime

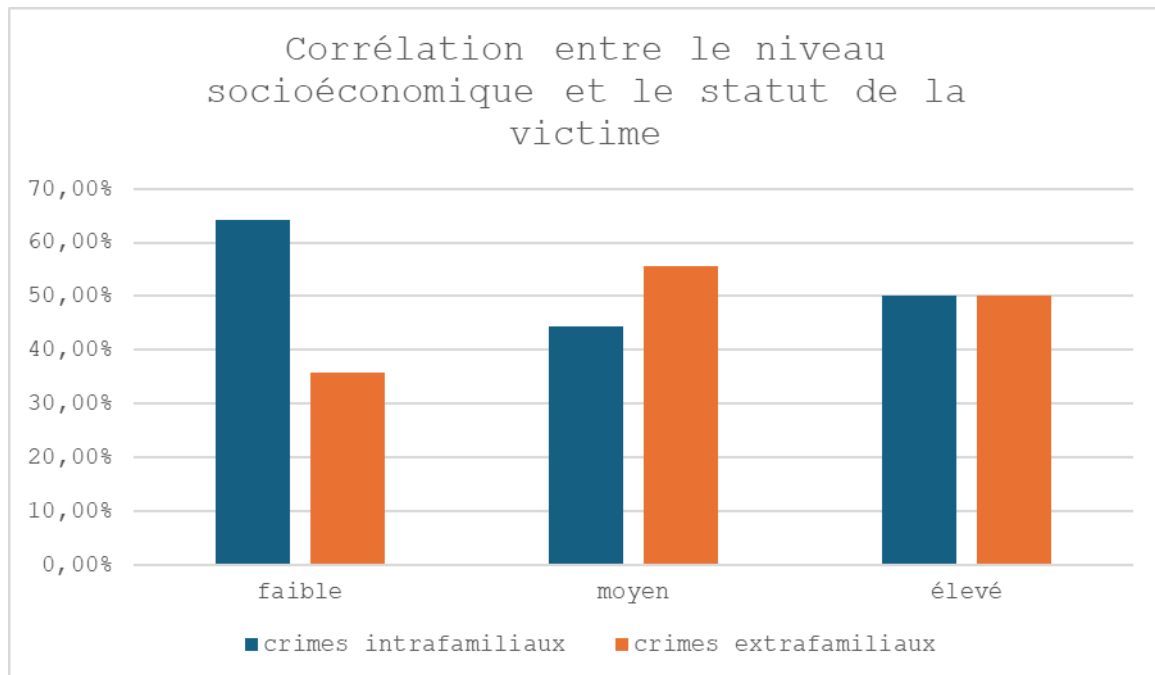
Concernant le milieu de vie, nous retrouvons que le fait de vivre en zone rurale augmente le risque des crimes intrafamiliaux. Cette différence est statistiquement significative ( $p= 0.003$ ).



**Figure 33** : Répartition des statuts des victimes selon le milieu de vie

## 2. Corrélation entre le niveau socioéconomique et le statut de la victime

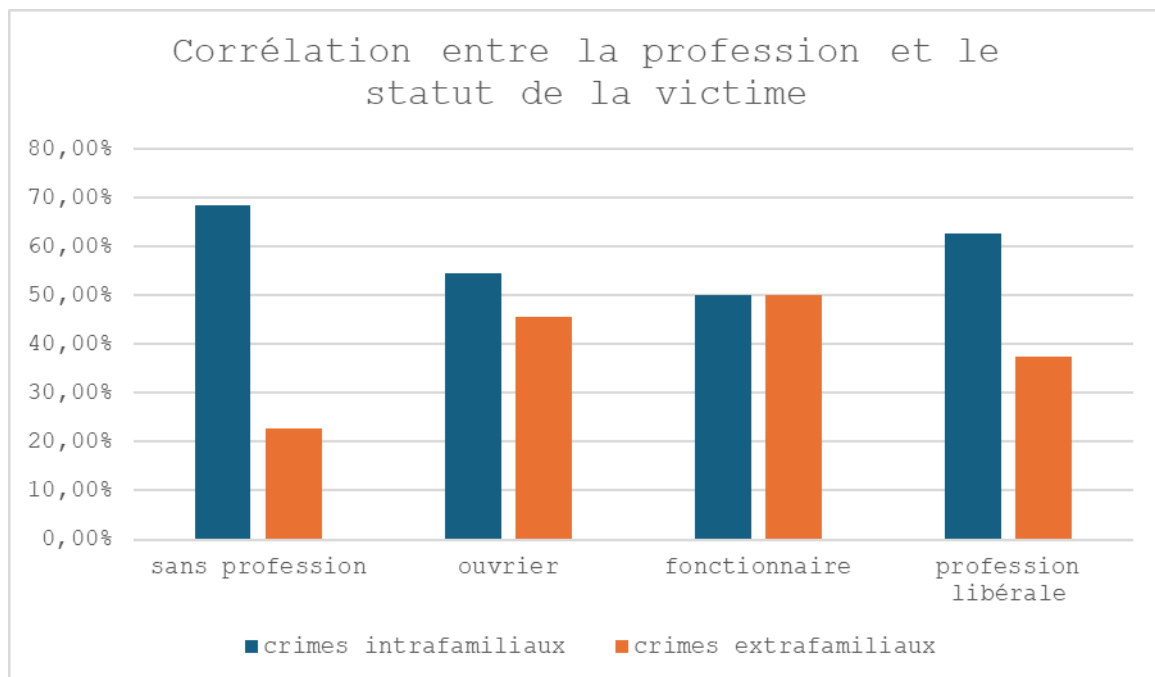
Concernant le niveau socioéconomique, le fait d'avoir un niveau socioéconomique faible était un corrélat dépendant du statut de la victime, avec une tendance aux crimes intrafamiliaux. Cette différence est statistiquement significative ( $p= 0.002$ ).



**Figure 34 : Répartition des statuts des victimes selon le niveau socio-économique**

### 3. Corrélation entre la profession et le statut de la victime

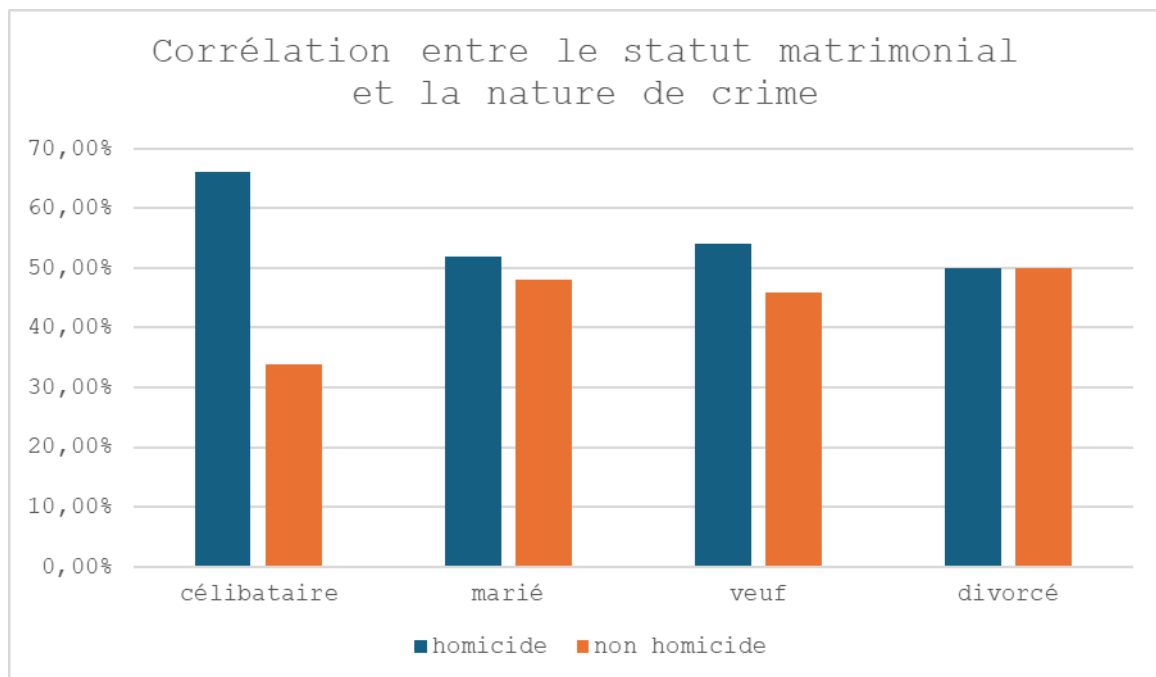
On note que les victimes apparentées représentent 68.4% dans la catégorie sans profession, ainsi le fait d'être sans profession était un corrélat indépendant du statut de la victime. Cette différence est statistiquement non significative ( $p= 0.056$ ).



**Figure 35 : Répartition des statuts des victimes selon la profession**

#### 4. Corrélation entre le statut matrimonial et la nature de crime

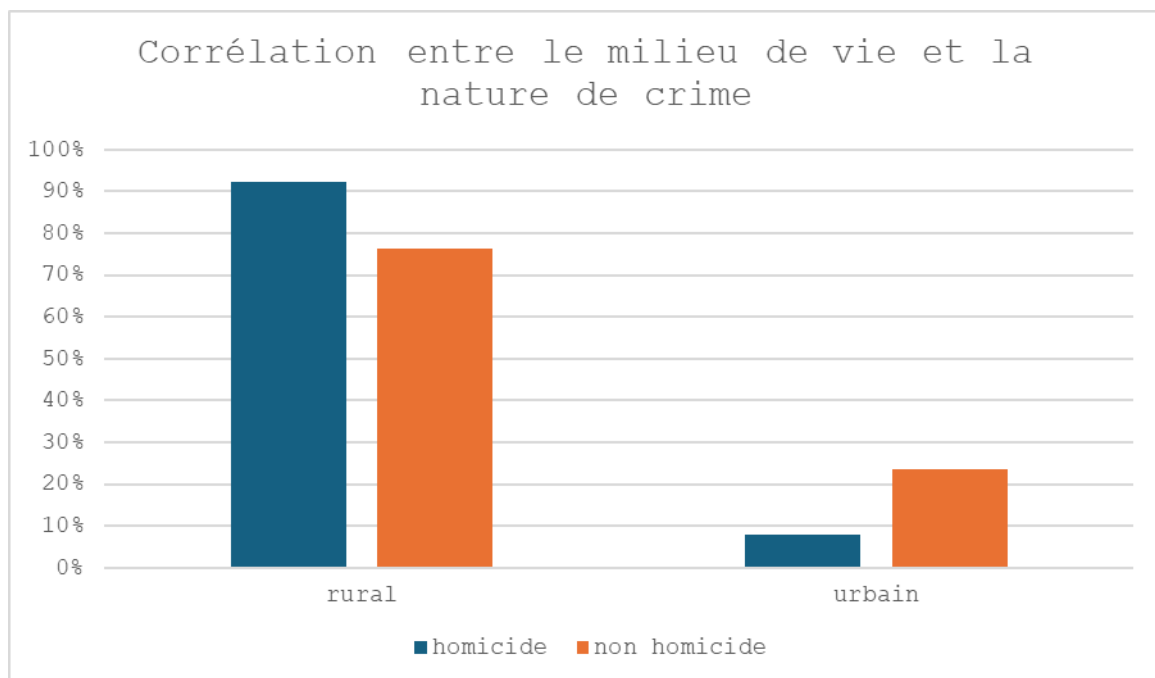
Nous retrouvons dans notre échantillon que la catégorie des célibataires présente une tendance plus élevée aux homicides (66.1 %) que les autres catégories. Cette différence est statistiquement significative ( $p= 0.001$ ).



**Figure 36 : Répartition des natures des crimes selon le statut matrimonial**

## 5. Corrélation entre le milieu de vie et la nature du crime

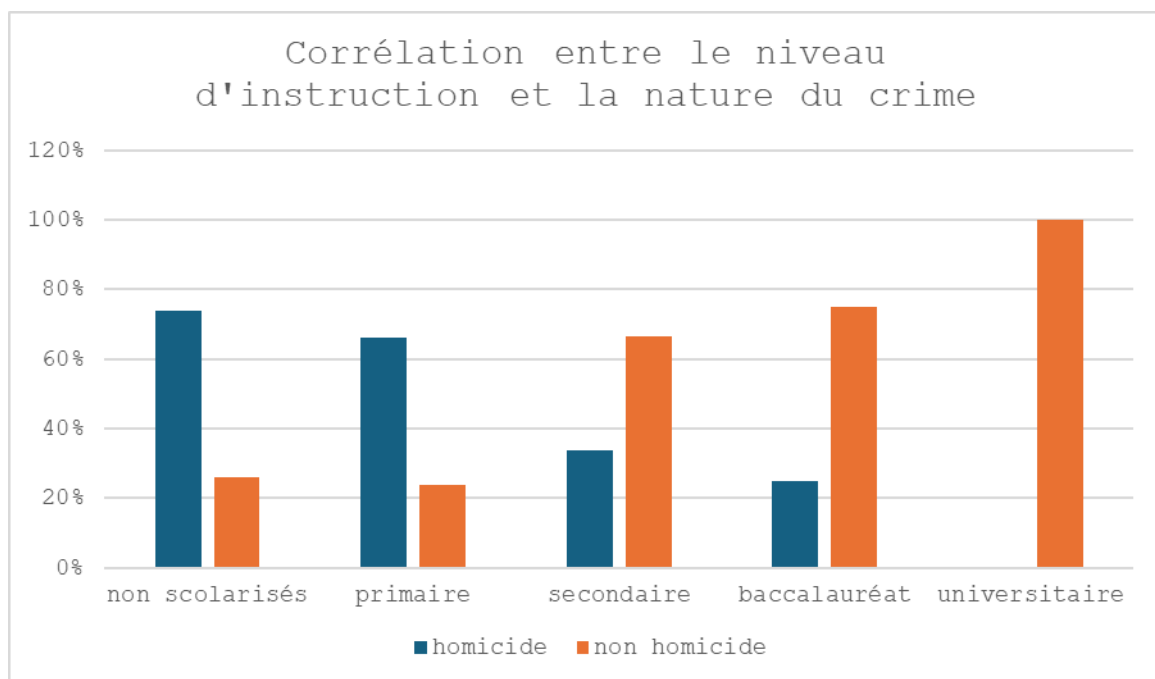
Nous retrouvons dans notre échantillon que la catégorie des patients vivants en zone rurale présente une tendance plus élevée aux homicides que les autres catégories. Cette différence est statistiquement significative ( $p= 0.0025$ ).



**Figure 37 : Répartition des natures des crimes selon le milieu de vie**

## 6. Corrélation entre le niveau d'instruction et la nature du crime

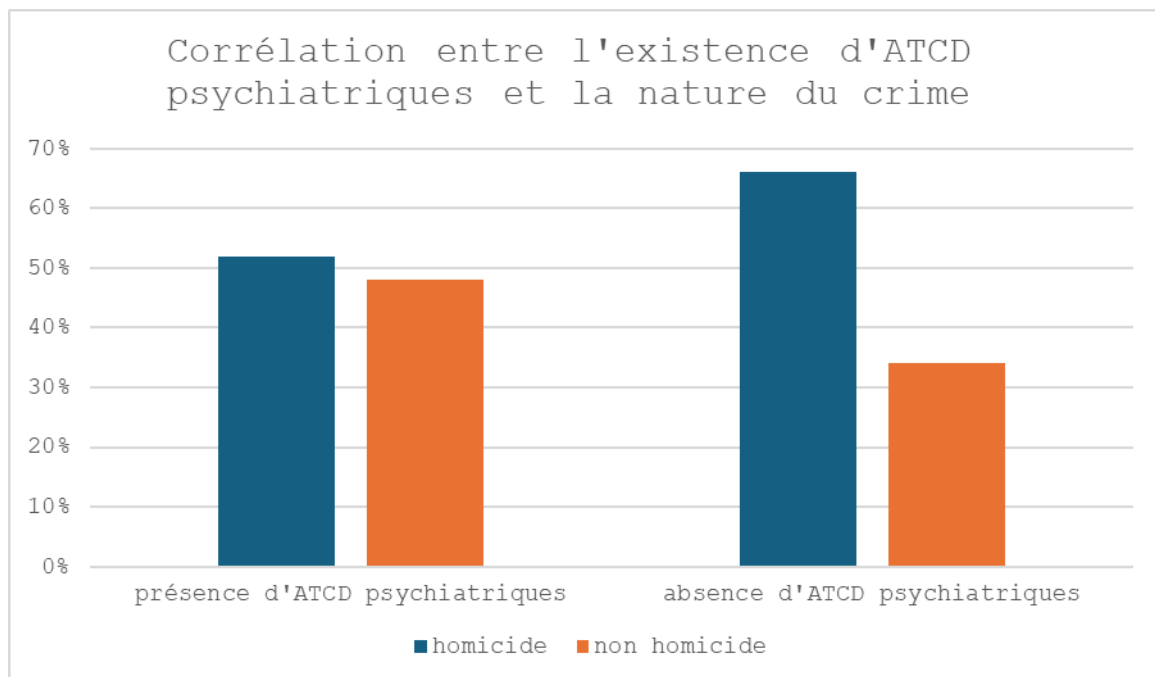
Nous retrouvons dans notre échantillon que la catégorie des patients non scolarisés présente une tendance plus élevée aux homicides que les autres catégories, et plus le patient est instruit plus le taux d'homicide baisse. Cette différence est statistiquement significative ( $p=0.0025$ ).



**Figure 38 : Répartition des natures des crimes selon le niveau d'instruction**

## 7. Corrélation entre les antécédents psychiatriques et la nature du crime

Notre étude statistique n'a pas révélé de corrélation entre les antécédents psychiatriques et la nature du crime, avec une p-value à  $p = 0.091$

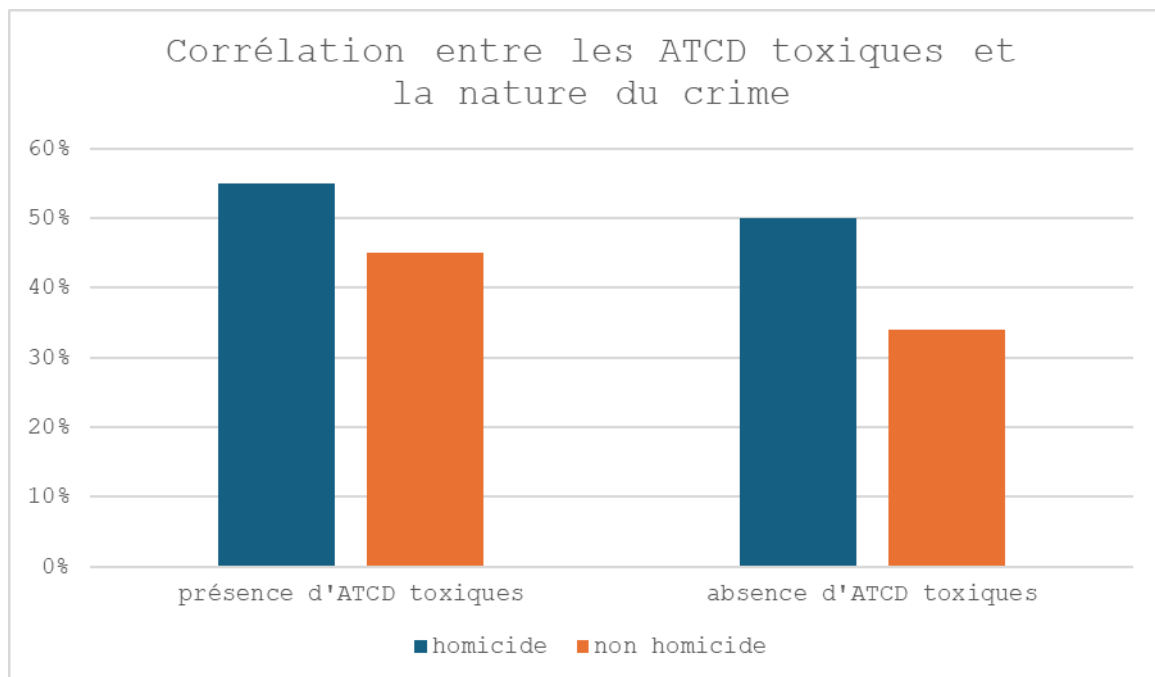


**Figure 39 : Répartition des natures des crimes selon les antécédents psychiatriques**



## 8. Corrélation entre les antécédents toxiques et la nature du crime

Nous retrouvons dans notre échantillon que la nature du crime ne dépend pas de l'histoire addictive ; La corrélation est statistiquement non significative ( $p= 0.098$ ).



**Figure 40** : Répartition des natures des crimes selon les antécédents toxiques



*DISCUSSION*



## **I. Généralités:**

### **1. Généralités sur la dangerosité :**

#### **1.1 Définition :**

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. (6)

La définition de ce qu'est un individu «dangereux» se modifie selon les valeurs changeantes de la société. PRATT démontre que le concept de dangerosité est une construction sociale plutôt qu'une entité ontologique. (7)

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. (7)

La notion complexe de dangerosité comporte actuellement deux acceptions, criminologique et psychiatrique.

#### **1.2 Dangerosité criminologique**

La dangerosité criminologique peut faire l'objet de plusieurs définitions. Toutes sont néanmoins fondées sur des critères identiques (8)

\*L'absence de pathologies psychiatriques.

\*L'existence d'un risque de récurrence ou de répétition 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.

La commission Santé-Justice a 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». (9)

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, 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). (10)

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. (8)

Les députés, auteurs du rapport sur le traitement de la récurrence des infractions pénales, concluent que «l'appréciation de la dangerosité et de la mesure de probabilité de commission d'une infraction constitue un exercice délicat qui doit 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. ». (8)

### **1.3 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, 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». (9)

SENNINGER parle de «dangerosité pathologique» qui concerne le malade mental considéré comme dangereux, qui présente une probabilité de passage à l'acte agressif. (11)

Pour AMBROSI « 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. (12)

## **2. Psychopathologie de passage à l'acte dans les différentes pathologies psychiatriques :**

### **2.1. Schizophrénie et passage à l'acte violent :**

La schizophrénie est une psychose chronique survenant chez l'adulte jeune, cliniquement caractérisée par des signes de dissociation affective et d'activité délirante, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et parfois un repli autistique.

Elle touche 1% de la population mondiale et est due à l'interaction de plusieurs facteurs notamment génétiques, biologiques, psychologiques et environnementaux. Au Maroc, elle touche 5,6% de la population.

La symptomatologie est faite de signes variables : positifs, négatifs et dissociatifs. Les signes positifs sont dominés par le délire à mécanisme surtout hallucinatoire et à thèmes variables, les signes négatifs correspondent au syndrome autistique et les signes dissociatifs à l'automatisme mental.

Le pronostic de la schizophrénie est conditionné par la précocité du diagnostic et donc le démarrage du traitement antipsychotique, ceci montre l'importance de la sensibilisation du public aux problèmes psychiatriques et des efforts éducatifs visant la famille.

Le passage à l'acte du schizophrène naît d'une situation ressentie comme dangereuse. Face à cette situation menaçante, le schizophrène va en rechercher l'origine, et se concentrer sur le monde extérieur, seule source possible de menace.

Dans un mouvement projectif, le schizophrène va commencer à percevoir le monde comme étrange, angoissant. le sujet schizophrène va rechercher des solutions face à cette menace. Une fugue, une tentative de suicide pour tenter de s'éloigner de la source du danger. L'homicide ou la tentative d'homicide peuvent être un moyen de résoudre cette situation dangereuse, et d'éliminer le persécuteur.

Plus de la moitié des schizophrènes violents présenteraient un autre diagnostic (dépression, abus de substances, traumatismes crâniens) et les diagnostics psychiatriques « purs » seraient rares dans la population carcérale (13,14).

Pour Putkonen et al. (15), il y aurait trois catégories diagnostiques de psychotiques qui tuent ou tentent de tuer une autre personne ; des diagnostics « purs » pour 25% (une majorité de schizophrénies, de troubles schizoaffectifs et d'autres troubles psychotiques), un tel diagnostic associé à un diagnostic d'abus de substances (dual diagnosis pour 25% de leurs sujets) et enfin l'un ou l'autre de ces deux diagnostics associés aux troubles de personnalité antisociale (47 %).

Les patients schizophrènes présentant un délire de persécution peuvent passer à l'acte dans le cadre de ces idées délirantes. Dans un contexte d'insécurité et de fragilité émotionnelle, la conviction délirante peut se développer, du fait de distorsions cognitives qui ne permettent pas de traiter de façon adaptée une situation affective ou émotionnelle stressante.

Dans le cadre des délires de jalousie, et des crimes « passionnels », existe la notion de perte d'objet. La personnalité de ces criminels « passionnels » peut être marquée par l'égoïsme, le sentiment « d'avoir droit », une dépendance avec besoin de réassurance.

Les relations à l'autre oscillent entre idéalisation et dévalorisation d'autrui. Il existe un manque d'empathie à l'égard des sentiments d'autrui et une incapacité à supporter l'abandon. La relation possessive est marquée par une grande dépendance du sujet à l'objet. La menace de la perte d'objet, entraîne une atteinte narcissique avec menace de l'intégrité du Moi, et le passage à l'acte criminel intervient comme une défense contre l'effondrement du Moi.

### **2.2.Trouble de l'humeur et passage à l'acte violent :**

Les Troubles Bipolaires (TB) sont caractérisés par la survenue d'épisodes maniaques, hypomaniaques, dépressifs (inconstamment) ou mixtes séparés par des périodes au cours desquelles les sujets sont, à priori, indemnes de dysfonctionnement psychique majeur (17).

Le trouble bipolaire est fréquent, il débute généralement à un âge précoce (estimé à 20 ans selon Epidemiologic Catchment Area (ECA)). Sa prévalence à un an, et sa prévalence sur la vie, en population générale, dans les études internationales, se situe respectivement entre 0,1 et 1,7%, et entre 0,2 et 1,6%. (18).

Au Maroc, la prévalence actuelle des épisodes maniaques, est de 3,2 % dans la population générale selon l'enquête nationale réalisée en 2003 (publiée en 2007) par le ministère de la santé étudiant la prévalence des troubles mentaux dans la population marocaine (19)

Les conséquences psychosociales de la maladie, notamment l'altération du fonctionnement professionnel, la dégradation des relations interpersonnelles et sociales ou encore la comorbidité addictive, constituent des facteurs prédictifs du pronostic de la maladie, ce qui souligne l'intérêt d'une prise en charge précoce, incluant le repérage des formes à début précoce, l'instauration d'un traitement pharmacologique et psychothérapique adéquat avec réhabilitation psychosociale.

L'étude menée par Modestin et al. sur 261 patients de sexe masculin présentant un trouble bipolaire ou unipolaire retrouve 42% de patients ayant un casier judiciaire (20).

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 ».

Une étude réalisée sur les détenus de la prison d'Ottawa aux états unis d'Amérique (USA) avait révélé un taux de 7% de patients bipolaires parmi les 526 détenus. (21)

Concernant la nature des délits commis, Ritchie et al. (1999) avaient constaté que, sur 283 incendies criminels, 10% furent causés par des sujets bipolaires, tandis que Mcelory et al. durant la même année, avaient rapporté un taux de 36% de bipolaires sur 36 hommes reconnus coupables de délits sexuels. (20)

Les comportements transgressifs, quelque'en soient les types, assez fréquents chez les bipolaires, s'expliquent par la dimension impulsive de l'état maniaque et par la comorbidité addictive.

National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, dans une population de 34 653 sujets, avait montré que les comorbidités addictives à elles seules expliquent les comportements antisociaux des patients (22).

### **2.3 .Retard mental et passage à l'acte :**

Pour SENNINGER, la déficience mentale n'est pas à l'origine des passages à l'acte violent, mais à l'origine d'une altération de l'affectivité : insuffisance d'intégration des valeurs morales, désinhibition affective, immaturité affective, intolérance aux frustrations, irritabilité, suggestibilité, sentiment d'infériorité....

Toutes ces composantes affectives influencent la forme prise par les comportements agressifs chez les patients présentant une déficience mentale.



#### **2.4 .Epilepsie et passage à l'acte :**

La maladie épileptique paraît prédisposer légèrement à la criminalité, la prévalence de l'épilepsie paraissant plus élevée en prison que dans la population générale. La forme temporelle semble plus volontiers à l'origine de comportements violents. (23)

La violence peut être corrélée à des perturbations caractérielles intercritiques et à une éventuelle détérioration intellectuelle, le tout aggravé par un abus d'alcool ou de substances. Les troubles mentaux, notamment délirants, sont également plus nombreux chez les épileptiques.

L'agressivité est ainsi en relation avec l'existence de ces manifestations pathologiques associées plutôt qu'avec la crise épileptique elle-même.

### **3. Méthodes d'évaluation du risque de dangerosité des malades mentaux :**

L'objectif de l'évaluation de l'état dangereux d'un patient est de prédire la survenue de comportements violents et donc de pouvoir mettre en place des stratégies de prévention de cette violence. Il existe différentes méthodes permettant d'évaluer le risque de comportements violents et de dangerosité des malades mentaux.

L'approche anamnétique, qui implique d'évaluer les différents modes de violence dans l'histoire du patient en supposant qu'une agression passée peut se répéter dans des circonstances similaires.

L'approche clinique, qui implique l'application d'une expérience clinique, l'entraînement et l'intuition sur des types de cas particuliers pour interpréter l'information et arriver à un jugement professionnel sur le niveau de risque du patient.

L'approche actuarielle, qui en pratique, implique l'utilisation de données empiriques pour déterminer comment un groupe de personnes avec des caractéristiques similaires à celles du patient a tendance à se comporter.

### **3.1. L'approche anamnestique :**

L'approche visant à faire l'anamnèse de l'histoire de violence du patient semble être très importante dans l'évaluation du risque de violence future. En effet, les patients malades mentaux ayant commis des infractions criminelles ont très fréquemment des antécédents de comportements violents et agressifs qui doivent être étudiés avec attention afin d'en tirer des informations essentielles sur la nature et le contexte de leur passage à l'acte violent. Pour certains auteurs, les actes de violences futures ne sont que la répétition des violences précédentes et les circonstances de passage à l'acte sont souvent les mêmes pour un individu donné.

### **3.2 L'approche clinique**

L'évaluation du sujet violent croise de nombreux chemins et en particulier, celui de la construction d'une clinique des comportements violents. L'état dangereux d'un patient repose sur trois conditions: la personnalité du patient, le contexte et le comportement de l'entourage (24). L'évaluation clinique doit permettre la recherche de facteurs de risques de dangerosité concernant la biographie du patient, son état mental, les comorbidités associées et sa relation aux soins.

Il faut distinguer les facteurs de risque statiques des facteurs de risque dynamiques. Les facteurs de risque statiques ne sont pas sujets à des changements. Ces facteurs incluent les facteurs sociodémographiques et les antécédents de violence. Les facteurs dynamiques sont sujets à changement du fait d'une prise en charge et incluent les facteurs comme l'accès à une arme, les symptômes psychotiques, l'abus de substance et le cadre de vie d'une personne.

L'évaluation clinique du risque de dangerosité doit s'effectuer selon 5 étapes (25) :

- ❖ Accumulation des informations concernant l'individu, à partir de différentes méthodes d'évaluations et en faisant appel à de multiples sources pour obtenir ces données (antécédents de violence, état mental, abus de substance ...)

- ❖ Identification des facteurs de risque (facteurs de risque historiques, cliniques, environnementaux, contextuels)
- ❖ Recherche des facteurs protecteurs (passés, actuels, contextuels).
- ❖ Evaluation du risque de violence à partir des informations obtenues en précisant, sa nature, la sévérité, l'imminence, l'évolution et les facteurs augmentant ou diminuant ce risque.
- ❖ Prise en charge adaptée au type de risque de violence: traitement, gestion de la violence, surveillance, supervision, organisation de la sécurité des victimes.

**a. Antécédents de violence:**

Le praticien doit souvent faire des efforts répétés pour obtenir le plus d'informations possible sur les antécédents de violence.

Pour permettre au clinicien de pouvoir aborder toutes les questions avec son patient, il est nécessaire que l'entretien puisse être réalisé dans un lieu sécurisé mais de façon à pouvoir préserver une relation thérapeutique. Si le praticien perçoit que le patient est trop vulnérable au stress, secondaire aux questions posées sur la violence et que cela risque d'entraîner un comportement agressif, des actions appropriées doivent être mises en place pour prévenir ce risque (26).

Il peut être souvent nécessaire de trouver d'autres sources d'informations comme la famille, les soignants...

Le clinicien doit absolument déterminer quelles étaient les pensées, les émotions et les actions au cours de chaque événement violent, explorer comment la personne se sentait pendant le passage à l'acte et comment il s'est comporté immédiatement après (remords, attente, fuite, tentative de se couvrir) et comprendre les motivations de la violence, la dynamique entre la victime et le patient, le niveau de blessure, et le sens attribué par le patient à l'événement.

**b. Etat émotionnel et mental au moment de l'évaluation**

Lorsque l'on conduit une évaluation pour une dangerosité actuelle, une attention particulière doit être portée sur les affects de l'individu. Les personnes qui sont en colère ou manquent d'empathie à l'égard d'autrui ont une augmentation du risque de violence. Dans l'étude Mac Arthur, les sujets ayant un score important de colère sont deux fois plus à risque de présenter un comportement violent par rapport aux individus ayant de faibles scores de colère.

Le clinicien doit observer les changements de signes physiques et les symptômes indiquant une violence imminente. (27,28).

Chez les patients schizophrènes, il est nécessaire d'évaluer l'intensité des symptômes, la présence d'hallucinations avec ordre de violence et d'un délire de persécution avec persécuteur désigné.

**c. Recherche de l'existence d'une cible de la violence**

Toutes les menaces doivent être prises au sérieux et les détails élucidés. Il est nécessaire de rechercher chez un patient des fantasmes de violence et s'il existe une victime clairement identifiée.

Le clinicien doit également évaluer le risque de suicide chez tous les patients exprimant des menaces d'homicide. Une tentative de suicide utilisant des moyens violents augmente le risque de future violence envers autrui. Une étude a montré que 91% patients qui avaient fait une tentative d'homicide avaient également tenté de se suicider. (29)

**d. Recherche de l'existence de comorbidités**

La recherche d'une toxicomanie ou d'un éthylisme associé à la pathologie mentale majore le risque de comportements violents et cela doit donc être dépisté par le clinicien.

#### **e. Relation aux soins**

Le clinicien doit noter le degré de conscience que le patient a de ses troubles et de la nécessité d'une prise en charge parce que l'absence d'une compliance aux soins majore les risques de passage à l'acte violent.

#### **f. Evaluation du contexte**

Les études ont en effet montré que la situation dans laquelle le patient vivait pouvait avoir des conséquences sur le risque de violence. Si le patient est dans un environnement violent, il y'a plus de probabilité qu'il commette un acte de violence (accès à des armes, proximité de certaines personnes pouvant être les cibles de sa violence).

### **3.3 .Les instruments pour l'évaluation du risque de comportements violents**

Depuis les années 1980, de nombreux instruments d'évaluation du risque ont été développés dans le but d'augmenter la précision de la prédiction de la violence. La plupart de ces instruments présentent une validité prédictive modérée, ce qui constitue, sans nul doute, un progrès important par rapport aux évaluations cliniques générales, lesquelles prédisent la récurrence de manière inexacte, à travers une grande prévalence de faux-positifs (30).

L'évaluation du risque peut se subdiviser en :

- ❖ risque immédiat, qui s'impose dans l'instant et souvent en urgence.
- ❖ à court terme (d'une semaine à un mois), qui permet l'élaboration d'une prise en charge à brève échéance.
- ❖ à long terme, qui pose la question du pronostic.

L'évaluation à court terme apparaît comme l'évaluation la plus fiable et permet de souligner l'urgence d'une situation.

Il existe deux sortes de méthodes permettant l'évaluation du risque de comportements violents

- ❖ Les méthodes d'évaluation fondées sur un jugement clinique, utilisent des instruments semi structurés. Ces méthodes associent les connaissances empiriques concernant la violence et évaluation clinique tenant également compte du contexte individuel (passé et futur) (31).
- ❖ Les instruments actuariels sont, quant à eux, des instruments structurés qui, à partir de variables anamnestiques ou sociodémographiques mesurables, donnent une probabilité quantitative statistique de risque, s'appliquant à des circonstances données et à une période donnée.

#### **a. Les jugements cliniques structurés et semi-structurés**

##### ***a.1. La HCR-20 (Historical Clinical Risk-20): un outil du jugement clinique semi-structuré (Webster et al. 1997) (Annexe 2)***

Elle comporte 20 facteurs résumant les informations pertinentes sur le passé (histoire du patient), le présent (appréciation clinique), et de l'avenir (gestion du risque probable à l'avenir).

Le total à l'échelle va de 0 à 40. Chaque item est évalué sur la base d'un score de 0, 1 ou 2 selon que l'individu rencontre les critères définis à l'item. Le poids relatif des divers items est pris en compte dans l'estimation finale du risque.

Des études ont été menées chez des patients hospitalisés et ont montré la capacité de cet instrument à anticiper des comportements de violence pendant l'hospitalisation (principalement les facteurs de risques cliniques) ou après la sortie ou le retour dans la communauté. DOUGLAS et al. (1999) (32) ont retrouvé dans une étude de suivi de patients dans la communauté que ceux présentant un score supérieur à la médiane avait 6 à 13 fois plus de risque d'être violents que ceux présentant un total inférieur à la médiane.

**a.2. L'échelle LSI-R (Level of Service Inventory)**

Cette échelle est habituellement utilisée dans les services correctionnels. Elle est une évaluation combinée des risques et des besoins. Elle a été développée au Canada et ses mesures ont été validées en Amérique du Nord. L'échelle LSI-R consiste en 54 items et est composée de 10 sous-échelles. Le score total à la LSI-R indique le risque de récidive et suggère des interventions basées sur le score. (Andrews et Bonta. 1995, cités par SCOTT et RESNICK, 2006) (33).

**b. L'approche actuarielle**

Trois catégories de données fondent la plupart des approches actuarielles (31) :

- ❖ Les variables concernant la violence passée du sujet: celles-ci mettent l'accent sur une histoire de vie dont les praticiens connaissent l'importance dans la trajectoire et l'enfance des sujets violents. Elles vont souligner la fréquence, la sévérité et le type de comportements violents présenté par le sujet dans le passé. La précocité de la délinquance violente, est une variable déterminante. L'exposition propre du sujet évalué à des comportements ou à un entourage violent ou maltraitant dans l'enfance est considérée comme prévalente.
- ❖ Les éléments qui vont renforcer les comportements violents: ces éléments contribuent à faciliter l'émergence des comportements violents soit en raison de l'exposition à un environnement à risque, soit en raison d'un mode d'être qui va rendre les sujets à risque moins capables de résister à des sollicitations internes ou externes susceptibles de les conduire à la violence. Les facteurs liés au mode de vie (marginalisation, statut socioéconomique), l'impulsivité, l'usage de verbalisations hostiles ou injurieuses ou à l'existence d'habitus alcooliques ou toxicomaniaques sont prédictifs de la violence.
- ❖ Les stimuli susceptibles de déclencher la violence du sujet: les événements vitaux marquants tels qu'une rupture sentimentale, les éléments qui viennent interagir

directement avec la dynamique propre du sujet, telles les paroles perçues comme des insultes à l'estime de soi.

Des instruments ont été construits, à partir de ces facteurs de risque, visant la prédiction la plus fidèle possible des comportements de violence dans une population donnée, pour un risque donné, sur une période donnée.

### ***b.1 L'échelle « Violence Risk Scale : 2nde édition (VRS-2). (Annexe 3)***

Cette échelle de 26 items a été développée et validée dans une unité de psychiatrie légale du Canada comme un outil d'évaluation et de gestion du risque. (WONG et GORDON, 1999; cités par DOLAN et al. 2008) (34).

La VRS-2 consiste en 6 items mesurant des facteurs de risque statiques et 20 items mesurant des facteurs de risque dynamiques. Les items statiques sont classés de 0 à 3. Les items dynamiques sont également classés de 0 à 3.

La partie A de la VRS-2 consiste en l'évaluation des antécédents. La partie B concerne l'évaluation de la réponse au traitement. (Annexe 4).

### ***b.2 L'échelle ICT (Iterative Classification Tree)***

Cette échelle actuarielle a été développée à partir de l'étude Mac Arthur pour prédire la violence dans la communauté de patients récemment sortis de l'hôpital psychiatrique.

Elle permet une approche qui utilise une série de questions, reliées aux facteurs de risque de violence. En fonction de la réponse à une question, une autre question est posée, jusqu'à ce que l'individu soit classé dans une catégorie à haut risque ou à faible risque de violence future.

MONAHAN et al. (2001) (35) ont fixé comme limite pour la catégorie à faible risque de violence un score de 9% et pour la catégorie à haut risque un score de 37%. Comme facteurs de risques, ils ont retenus: la sévérité des arrestations antérieures (basée sur les informations rapportées par le patient); l'impulsivité motrice (mesurée avec la sous-échelle le motrice de la



Barratt Impulsiveness Scale), la consommation de drogue par le père, les fantasmes récents de violence, la présence d'un trouble mental majeur sans troubles d'abus de substance, le statut d'admission (sous contrainte ou libre), les réactions de colère, l'existence d'un emploi, la violence récente (dans les deux mois précédents l'admission), une altération de la conscience (due à un traumatisme crânien), la violence parentale. Pour MONAHAN et al. (2005) (36), l'ICT peut être une aide pour les cliniciens lors de la prise de décision de sortie d'un patient.

### **3.4. L'échelle PCL-R : (Annexe 4)**

L'un des instruments d'évaluation standardisés les plus validés est l'échelle de Psychopathie PCL-R de Hare. Cette échelle mesure les traits psychopathiques d'un individu. Les personnes qui ont un score élevé à cette échelle ont un risque élevé de récurrence de comportement violent.

La PCL-R est un entretien semi-structuré, avec des informations sur l'histoire et les antécédents du sujet et des critères spécifiques pour noter chacun des 20 items sur une échelle de 0 à 2. Le score total (allant de 0 à 40) reflète une estimation du degré de concordance d'un individu avec le prototype du psychopathe. En Amérique du Nord, le score limite pour la psychopathie est 30 ou plus.

Fortement inspirée des travaux de CLEKLEY, qui avait tenté de démontrer l'existence de la psychopathie comme entité spécifique, cette échelle vise à la fois à rendre compte des éléments diagnostiques propres concernant la personnalité et les comportements tout en en déterminant l'intensité à partir d'un score. Elle vise à cerner le fonctionnement criminel sous ce double aspect (COTE, 2001) (37).

Certains indicateurs de cette échelle prendront une valeur inquiétante en termes de pronostic: l'absence d'empathie, l'indifférence froide, la dimension égocentrique, l'existence de comportements impulsifs.

## **4. Généralités sur les infractions médico-légales :**

### **4.1. L'homicide :**

L'homicide franchement pathologique est réalisé par un agresseur unique, sans signes de participation de complices éventuels. La scène du crime témoigne d'un comportement désorganisé et violent, le mobile paraissant inexistant ou illogique. La victime présente des blessures multiples, témoignant d'un acharnement excessif et ne touchant pas spécifiquement les organes vitaux. Il y'a de fréquentes lésions du visage (défiguration). Des actes sexuels anté et post-mortem sont possibles. Une arme d'opportunité est en général utilisée : pieds, mains, objet contondant, arme blanche ou à feu. Le meurtre est réalisé de près et d'ordre confrontationnel, l'étranglement étant fréquent, ainsi que les blessures de défense sur la victime. Il n'y a pas de mise en scène, de maquillage du crime, le cadavre étant abandonné sans précautions. La victime est souvent connue ou de proximité. Un homicide de masse est possible.

L'arrestation de cette catégorie de meurtrier pathologique est habituellement facile car il reste sur la scène du crime ou dans son voisinage immédiat ou laisse de nombreuses traces permettant de l'identifier aisément. Il se dénonce ou se laisse arrêter sans résistance, sans chercher à échapper à la police. Une tentative de suicide après le meurtre (meurtre-suicide) n'est pas rare (38). Un tel type d'homicide peut être commis par un grand psychotique, mais également par un sadique sexuel passagèrement incontrôlé, un sujet traversant une crise passionnelle, existentielle, coléreuse, émotive, liée à des difficultés familiales, professionnelles ou sociales.

Une classification originale des homicides pathologiques a été établie. Les auteurs de ces crimes souffrent d'anomalies psychiques plus ou moins importantes à l'origine de leur comportement médico-légal. Ils se différencient des délinquants dotés d'une personnalité sensiblement normale ou présentant des traits caractériels à un niveau non pathologique commettant des meurtres perpétrés librement et lucidement et dont la motivation est

rationnelle et utilitaire (règlement de comptes, homicide crapuleux, par intérêt, par vengeance, euthanasique, etc.) (39) :

- ❖ l'homicide impulsif en cas de troubles intellectuels (déficience légère) et/ou de la personnalité (antisociale ou borderline), souvent commis en état d'ivresse avec colère pathologique lors d'un conflit, d'une frustration ou d'une crise. La victime peut être un proche ou une personne inconnue de l'agresseur.
- ❖ l'homicide passionnel par incapacité à supporter une séparation ou une menace de rupture. La perte de l'objet entraîne une souffrance intolérable à l'origine d'un processus émotionnel et dépressif meurtre-suicide. La victime est le plus souvent le ou la partenaire comme le sont parfois les enfants du couple.
- ❖ l'homicide sexuel : son auteur agit avant tout soit pour dominer la victime, soit par colère (haine envers les femmes ou haine indifférenciée), soit par plaisir (sadisme). Le crime est d'autant moins planifié et organisé que l'agresseur est jeune, inexpérimenté, sous l'influence de la drogue ou de l'alcool, ou présente des troubles mentaux. La scène du crime reflète alors la nature spontanée et désordonnée du passage à l'acte. La victime est généralement inconnue du meurtrier. Elle est sélectionnée en cas de crime organisé ou simplement ciblée (victime aléatoire d'opportunité) en cas de crime désorganisé.
- ❖ l'homicide dépressif : son auteur présente une pathologie névrotique, une personnalité limite, une psychose maniacodépressive ou autre qui va entraîner ses proches dans la mort au cours d'un moment émotionnel de niveau mélancolique ou mélancoliforme. La régression fusionnelle avec la victime s'accompagne de culpabilité et de douleur morale intenses. La victime est quelquefois consentante en cas de « pacte suicidaire ». La motivation de l'agresseur se veut altruiste ou possessive.
- ❖ l'homicide psychotique: son auteur est atteint d'un état délirant aigu ou chronique en période féconde provoquant une altération importante des rapports avec la réalité. Le passage à l'acte survient habituellement dans un état émotionnel intense s'accompagnant parfois d'un niveau de conscience abaissé et d'une désorganisation de la personnalité.

C'est la projection délirante sur la victime qui est à l'origine des sentiments de peur, de jalousie et de persécution motivant la réaction meurtrière défensive de l'agresseur. Les proches parents ont un risque victimologique élevé. L'homicide psychotique peut se produire parfois pour des causes insignifiantes dans un contexte de réaction impulsive brutale échappant à tout contrôle.

- ❖ l'homicide de cause organique ou toxique: son auteur est soit sous l'emprise d'un ou plusieurs toxiques : les ivresses alcooliques et les syndromes induits par d'autres substances psycho-actives : stupéfiants, antidépresseurs, stéroïdes anabolisants, soit porteur d'une pathologie somatique susceptible de provoquer des perturbations émotionnelles criminogènes : tumeur cérébrale, démence. Le meurtre est réalisé souvent au cours d'un état d'excitation confuso-délirant aigu par perception erronée de l'environnement avec vécu onirique persécutoire.

#### **4.2 .Le parricide :**

Les auteurs de crimes familiaux sont souvent perturbés psychologiquement selon deux pôles dominants : un versant psychotique/vengeur pour le parricide et le fratricide, un versant passionnel/dépressif pour l'uxoricide et le filicide[67]. Les parricides représentent 3 à 6 % de l'ensemble des homicides (40). Dans leur grande majorité (90 %), ils sont commis par les fils prenant leur père pour victime (41). Les adolescents parricides agissent habituellement dans un contexte non psychotique, le meurtre étant perpétré au cours d'une explosion coléreuse faisant suite à des abus répétés et à la violence intrafamiliale du père. Le souci de protéger la mère ou les autres membres de la fratrie est le mobile le plus souvent exprimé (42).La proportion de troubles psychotiques parmi les adultes auteurs de parricide est plus importante. Ces crimes représentent une proportion non négligeable des homicides commis par des patients psychotiques (20 à 30 %). Contrairement à l'ensemble des parricides dont la victime est préférentiellement le père, les patients souffrant de psychoses tuent préférentiellement leur mère, la schizophrénie étant de fait le diagnostic le plus fréquent (40, 41). Si le passage à l'acte

est habituellement décrit comme survenant dans un contexte paroxystique et soudain, beaucoup d'auteurs de parricides expriment un sentiment ancien d'impasse relationnelle, d'étouffement, d'échec de toutes les tentatives de prise de distance.

Ils peuvent être confrontés à l'idée parricide depuis une longue période, essayant souvent d'obtenir une aide psychiatrique avant le drame (40).

#### **4.3. L'infanticide et le liberticide :**

L'infanticide est le meurtre ou l'assassinat d'un nouveau-né. La libéralisation de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse ont probablement beaucoup contribué à diminuer sa fréquence. Les auteurs d'infanticides sont presque exclusivement des mères indemnes de pathologie psychiatrique avérée et invoquant le non-désir d'enfant, et dont l'âge se situe entre 20 et 25 ans et le milieu socioculturel est souvent modeste. On observe chez ces femmes une personnalité immature, des difficultés à communiquer, une grande solitude affective, le déni d'une grossesse souvent cachée à l'entourage et l'illégitimité de l'enfant.

Les liberticides, qui concernent les enfants plus âgés, apparaissent davantage pathologiques. Les parents sont fréquemment en cause. Pour les victimes très jeunes, les auteurs sont plus souvent leurs mères que leurs pères, ce rapport tendant à s'inverser quand l'enfant progresse en âge (43). Les agresseurs souffrent de troubles dépressifs et d'idées suicidaires préexistants au passage à l'acte (43,44). De 16 à 29 % des mères et de 40 à 60 % des pères se suicident immédiatement après le meurtre de leurs enfants (45). La mélancolie, les psychoses du post-partum, les pathologies délirantes aiguës ou chroniques peuvent également être en cause. Les complications de l'alcoolisme sont encore à l'origine de violences et de sévices mortels envers les enfants. (44,45)

#### **4.4. L'agression sexuelle :**

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite.

Les agressions sexuelles sont particulièrement graves par leur fréquence, leur tendance à la récurrence et la qualité des victimes.

L'incidence des affections psychiatriques parmi les délinquants sexuels, à l'exception des troubles de la personnalité, de l'alcoolisme et de l'abus de substances, n'apparaît pas plus importante que dans la population générale de niveau socioéconomique équivalent (46). Les sujets souffrant de troubles mentaux avérés ne représentent en effet qu'une faible proportion des auteurs de crimes ou délits sexuels (47).

La majorité des auteurs d'infractions sexuelles sont des hommes, une faible proportion de femmes étant également retrouvée aux États-Unis (10 %) (47). Les adolescents sont de plus en plus fréquemment impliqués, en particulier dans les viols commis à plusieurs : 50 % des agresseurs sexuels adultes rapportent avoir commis leur premier délit sexuel dans l'adolescence (48). On estime que les adolescents sont responsables de 25 % des viols et de 40 à 50 % des autres agressions sexuelles sur les enfants (48). Entre 20 et 30 % des viols de femmes adultes sont également le fait d'adolescents (46).

#### **4.5. Le Viol :**

Le viol est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise »

### a. Typologie des violeurs

De nouvelles typologies d'auteurs de viols ont été établies avec une rigueur méthodologique permettant d'identifier des groupes de sujets homogènes. (49)

Certains facteurs tels que l'alcoolisme, l'abus de substances, les psychoses, et la déficience intellectuelle semblent influencer ceux-ci (50). Une personnalité antisociale est souvent invoquée.

Seuls 10% des auteurs de viol réunissent les critères du «sadisme sexuel» où la souffrance de la victime est l'unique source d'excitation sexuelle chez l'agresseur (47, 51).

La typologie la plus récente des viols, en fonction des motivations et du comportement de l'agresseur, est la suivante (52, 53, 54) :

- ❖ Recherche de réassurance ou compensation (« power-reassurance rape ») L'agression a une fonction de réassurance pour un violeur au vécu marqué par un manque de confiance en soi, un sentiment d'inadéquation personnelle, des doutes sur une virilité perçue comme défaillante.
- ❖ Recherche de pouvoir ou expression d'un sentiment de domination (« power-assertive rape ») Ces violeurs ont souvent une insertion sociale plus satisfaisante. L'égoïsme et l'importance qu'ils attachent à leur image «virile» les caractérisent avec le sentiment d'avoir le droit d'agresser sexuellement comme expression de leur domination masculine et de leur supériorité.
- ❖ Rage (colère, vengeance ou déplacement, « anger-retaliatory rape ») L'agression est brutale, souvent impulsive et spontanée, ayant pour but de dégrader et de détruire la victime. Elle apparaît comme un substitut permettant le déplacement de la rage et du ressentiment envers les femmes, comme le réceptacle des pulsions agressives.
- ❖ Sadisme (« anger-excitation rape ») Les viols sont préparés et planifiés selon un imaginaire érotique violent. Ils font l'objet d'un rituel prolongé avec une érotisation des mauvais traitements infligés à la victime.

**b. Prédicteurs de dangerosité sexuelle potentielle**

- ❖ Antécédents de sévices sexuels dans l'enfance
- ❖ Personnalité antisociale, sadisme
- ❖ Importance de la comorbidité psychiatrique et addictive
- ❖ Nombre et gravité des infractions sexuelles antérieures
- ❖ Antécédents de comportements violents et d'incarcérations
- ❖ Adhésion à des croyances sexuelles déviantes
- ❖ Préférences sexuelles déviantes, enfant prépubères victimes
- ❖ Conduite exhibitionniste

**4.6. L'incendie criminel :**

L'incendie volontaire est une infraction grave et fréquente. La vengeance, la pulsion et l'attrance par le feu sont les trois motivations essentielles des incendiaires, un sentiment de colère ou de désespoir étant également fréquemment observé (55).

Les conduites incendiaires ne sont pas spécifiques d'une affection mentale particulière, la majorité de leurs auteurs ne présentant pas de pathologie avérée (55, 56). Une personnalité antisociale, une déficience intellectuelle ou un alcoolisme sont des troubles souvent rencontrés en expertise. La fréquence des affects dépressifs et suicidaires chez les incendiaires a été soulignée.

Le véritable pyromane est rare, sinon exceptionnel (55, 56). La pyromanie est considérée comme un trouble du contrôle des impulsions dans les classifications internationales actuelles (DSM-IV). (51)

**4.7. Les vols pathologiques :**

Les vols pathologiques sont à différencier des vols utilitaires, conscients et organisés. Les vols pathologiques peuvent être observés au cours de nombreuses affections : état démentiel (vols absurdes), déficience intellectuelle, trouble délirant (épisode délirant aigu,



schizophrénie), trouble bipolaire (épisode dépressif majeur, hypomanie ou manie), état confusionnel, trouble obsessionnel-compulsif (collectionnisme), trouble dissociatif, conduite addictive, personnalité antisociale. Des vols sont également possibles dans le fétichisme (sous-vêtements féminins).

## **5. Généralités sur le code pénal au Maroc: voir annexe 5**

## **II. Discussion des résultats :**

### **1. Relation entre la dangerosité et les caractéristiques sociodémographiques :**

#### **1.1. Genre et violence :**

Dans notre étude portée sur 50 patients médico-légaux internés en psychiatrie, 98% des patients étaient de sexe masculin.

La prédominance masculine dans notre série ne serait pas autant spécifique à notre société marocaine puisque cette prédominance était également constatée dans d'autres pays de statut socioéconomiques et culturels différents du notre :

Valevski et al. (57) dans une étude en Israël portant sur les schizophrènes meurtriers (n=33) avaient trouvé une prédominance masculine de 94%.

Erb et al. (58) dans une étude similaire en Allemagne en 2001(n=29) avaient noté une prédominance masculine de 86,2% et dans une autre étude Meehan et al. (59) en 2006(n=85) la prédominance masculine était de 86%

De même, pour SOYKA et al. (2007) (60), les hommes schizophrènes sont trois fois plus à risque de comportements violents ou criminels que les femmes schizophrènes.

Dans une étude sur le parricide commis par des malades mentaux, les 42 patients étaient tous masculins. (LEBIHAN et BENEZECH) (61)

Menahem Krakowski et al (62) dans une étude menée sur des patients hospitalisés dans deux hôpitaux psychiatriques d'état ont constaté que les patients de sexe masculin présentaient une plus grande prévalence de violences plus graves.

Jun Wang et al. (2019) (63) dans une étude rétrospective portant sur des schizophrènes (n=2114) dans la province Hunan, en Chine avaient trouvé que la plupart des auteurs d'homicide (n=669) étaient des hommes dans (80.3%), mais ce chiffre était plus élevé chez les auteurs d'infractions non homicide (n=1445) avec une prédominance masculine de (87.3%)

### **1.2. Le statut matrimonial :**

Dans notre étude, plus de la moitié des patients étaient célibataires (56 %), 24 % étaient mariés, 16% étaient veufs et 4 % étaient divorcés.

Pour le statut matrimonial nos résultats rejoignent ce qui a été rapporté dans la littérature :

Jun Wang et al. (2019) (63) dans leur série de 2114, 60.1% des auteurs d'homicide atteints de schizophrénie étaient des célibataires, alors pour ceux commettant des infractions non homicides les célibataires représentaient 66.5%

Dans l'étude de Erb et al. (58) en Allemagne en 2001(n=29) 58,6% de la population était célibataire, alors que 25% de la population était célibataire dans l'étude de Meehan et al. (59) en Angleterre et pays de Gales en 2006(n=85).

Koh et al. (64) à Singapour en 2006 avaient trouvé dans leur étude (n=110) que 57% de la population était célibataire.

Dans une étude menée par Klassen, O'Connor, les célibataires représentent un risque plus élevé que les gens mariés ou vivant en couple (65).

La série de 210 homicides en France (66) avait trouvé que 34% de la population était célibataire.

### **1.3. Niveau d'étude :**

Notre étude avait objectivé près des deux tiers des patients (64%) étaient des analphabètes et (18%) ne dépassait pas le primaire.

Nos résultats se concordent avec les données de la littérature :

LINK et al. (1992) (67), ont mis en évidence que les individus malades mentaux ayant un faible niveau d'étude présentent plus de risque, que ceux ayant un bon niveau d'études, d'être condamné pour des infractions violentes (OR=2,1), de se battre avec autrui (OR=2,4), d'utiliser une arme lors d'une altercation (OR=2,3)

Les patients diagnostiqués avec un trouble psychotique ou bipolaire sont environ 10 fois plus susceptibles de rapporter l'utilisation récente d'une arme s'ils n'ont pas fini le lycée. Ces auteurs concluent que le risque de violence physique et d'utilisation d'une arme, chez les patients psychotiques et bipolaires, est fortement corrélé avec un faible niveau scolaire.

La série française de 210 homicides (66) avait objectivé que 56,7% de la population n'avait pas dépassé le niveau primaire

De même, pour Jun Wang et al. (2019) (63) 79.9% avait un niveau d'étude relativement faible

### **1.4. Niveau social :**

Notre étude montre que la majorité des patients (78%) gagnaient moins de 2000 dh par mois .

Cela est concordant avec les données de la littérature :

SWANSON et al. (1990) (68) dans l'étude ECA ont relevé que le fait d'être jeune, de sexe masculin et d'avoir un bas statut socio-économique était associé à un risque de comportement violent multipliée par 3 chez les personnes de classe sociale défavorisée par rapport aux classes sociales favorisées.

Pamela J et al. Constataient que la faiblesse du statut socioéconomique était identifiée antérieurement comme un facteur de risque. (69)

Ces mêmes auteurs, en 2000 (70), dans une étude sur 262 sujets hospitalisés sous contrainte ont trouvé que le risque de violence est significativement plus élevé chez les sujets jeunes, célibataires, avec un statut social précaire, résidant en ville, ou chez ceux récemment sans abri.

### **1.5. Profession :**

Dans notre étude, presque un quart (38%) étaient sans profession et plus de la moitié (54%) avaient une profession instable.

Nos résultats se concordent avec les données de la littérature :

Valevski et al. (57) dans leur étude portant sur les schizophrènes meurtriers israéliens (n=33) avaient trouvé que 33% de la population était sans emploi.

Erb et al. (58) dans leur étude en Allemagne en 2001 (n=29) avaient noté un pourcentage de 48,3% de patients sans emploi

Dans l'étude de Meehan et al. (59) en 2006 (Angleterre et pays de Gales, n=85) le taux de patients sans emploi était de 68%.

## **2. Relation entre la dangerosité et les antécédents personnels :**

### **2.1. Les antécédents personnels psychiatriques :**

Dans notre étude les antécédents psychiatriques ont été retrouvés chez 88% (n=44).

Nos résultats rejoignent des données de la littérature :

Loretto et al. dans une étude canadienne (71) sur une population de schizophrènes homicides (n=52) avaient constaté que 60% des patients avaient des antécédents psychiatriques.

Valevski et al. en Israël (57) (n=33) avaient noté que 61% des patients avaient des antécédents psychiatriques.

Erb et al. en Allemagne (n=29) (58) avaient trouvé un pourcentage de 69% et dans l'étude de Meehan et al. en 2006 (Angleterre et pays de Gales, n=85) (59) 72% des patients avaient des antécédents psychiatriques

Jun Wang et al. (2019) (63) dans une étude rétrospective en Chine portant sur des schizophrènes auteurs d'homicide (n=669) avaient constaté que 72% d'entre eux avaient des antécédents psychiatriques

## **2.2. Les antécédents personnels judiciaires**

Dans notre étude, nous avons constaté que 74% des patients avaient des antécédents d'incarcération, pour différents motifs (agression, vol, pyromanie).

Les antécédents d'infractions et de condamnations et un âge précoce de début du comportement délinquant ont été aussi mis en évidence comme facteurs de risque de comportements violents chez les malades mentaux.

Dans une méta-analyse réalisées par Witt el al (2013) les antécédents criminels constituent le facteur de risque le plus important de violence chez les personnes souffrant de psychose. (72)

Mac Arthur a trouvé que toutes les mesures de violences antérieures (auto-rapportées, casier judiciaire, dossier hospitalier) sont fortement reliées à une violence future.(Fondation Mac Arthur, 2001)

LAMB et al. (2007) (73) ont retrouvé dans leur étude, que 95% des détenus présentant des troubles mentaux avaient des antécédents judiciaires. Parmi eux, 72% avaient été arrêtés précédemment pour un crime violent contre les personnes et 41% avaient été incarcérés dans une prison d'état.

WALSH et al. (2004) (74), dans une étude sur 200 patients schizophrènes, ont établi que les antécédents d'agression et de condamnation multipliaient le risque de violence par 2

DEAN et al. (2006) (75) ont mis en évidence que les antécédents de condamnation pour violence multipliaient le risque de comportement de violence physique par 5,8 chez les femmes présentant un trouble psychotique.

Valevski et al. (57) dans avaient constaté que 67% des patients Israéliens avaient des antécédents d'incarcération. Erb et al. (Allemagne) (58) avaient trouvé un taux de 62,1% d'antécédents judiciaires, alors que Meehan et al. (59) (Angleterre et pays de Gales) le pourcentage était de 32%.

### **2.3. Les habitudes toxiques :**

L'abus de substance, alcool ou drogue, est connu pour être un facteur de risque de violence en population générale. Il en est de même pour les personnes présentant des troubles mentaux, mais cette augmentation du risque est plus marquée qu'en population générale.

COTE et HODGINS (1992) (76), en étudiant des patients présentant des troubles mentaux, auteurs d'homicide, ont constaté une prévalence de 73% d'abus de substance chez les patients schizophrènes et de 60% chez les patients présentant des troubles affectifs. Le risque relatif de violence est de 15,4 chez les hommes souffrant d'abus de substance. Pour les femmes, le risque de commettre un acte violent est considérablement plus important en cas d'abus de substance.

SWARTZ et al. en 1998 (77) ont examiné 331 patients hospitalisés sous contrainte présentant des troubles mentaux sévères (principalement des schizophrénies et d'autres troubles psychotiques, 26.9% de troubles bipolaires et 5.1% de dépression majeure). 33.8% avaient des problèmes en lien avec l'alcool ou les drogues et 17.8% du groupe étudié (n=59) avaient été impliqués dans des actes violents sévères avant l'admission. Ces auteurs ont retrouvé que l'association d'abus de substance et d'une non compliance au traitement est significativement associée à des comportements de violence importante, qui surviennent dans les quatre mois précédant l'hospitalisation en psychiatrie. L'abus de substance multiplie par 2 le

risque de violence chez les patients présentant un trouble mental sévère, et l'association d'une mauvaise compliance au traitement et d'un abus de substance, multiplie ce risque par 2.29.

Pour SWANSON (2000) (70), sur 262 patients hospitalisés sous contrainte, la prévalence de la violence était de 50% chez les patients présentant un abus de substance contre 26.5% chez les patients ne présentant pas d'abus de substance.

Dans notre étude était en concordance avec les données de la littérature : 72% (n=36) des malades avaient des antécédents toxiques

### **3. Relation entre la dangerosité et les antécédents familiaux :**

Dans notre étude, 22% de la population ayant des antécédents familiaux judiciaires.

Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés dans la littérature :

Dans l'étude récente de Jun Wang et al. (2019) (63) 15.7% de sujets schizophrènes responsables d'homicides avaient des antécédents familiaux de troubles mentaux

Valuri et al. Dans une étude portant sur 467 945 enfants nés en Australie occidentale entre 1980 et 2001 de mères souffrant d'une maladie mentale grave et de mères n'ayant pas de maladie psychiatrique ont constaté que le taux de délinquance des enfants de mères souffrant de troubles mentaux graves était presque trois fois plus élevé que celui des enfants de mères non affectées. (78)

Dean et al. (2012) dans une étude cohorte en Danemark basée sur la population générale, ont constaté que les taux de condamnation étaient systématiquement élevés chez les enfants dont les parents avaient des antécédents de troubles mentaux. (79)

En 2009, Fazel et al. (80) dans une étude de cohorte portant sur 13 806 patients schizophrènes, retrouvaient 17,1 % d'hommes et 5,6 % de femmes condamnés pour violence après la sortie de l'hôpital. Pour ces auteurs les antécédents familiaux augmentant le risque de condamnations pour violence de 50 à 150 %.

L'équipe de LINK (1992) (67) ont retrouvé que l'environnement social, le milieu d'habitation jouaient un rôle dans la prévalence de comportements violents. Le fait d'habiter dans un milieu violent augmente le risque: de condamnation, d'être impliqué dans une altercation, et d'utiliser une arme, par 2.

SWANSON (81), en 1997, a mis en évidence que les patients vivant seuls étaient moins à risque de commettre des actes violents que ceux vivant avec des proches, la proximité d'une cible de violence potentielle augmente le risque de passage à l'acte

#### **4. Relation entre la dangerosité et les caractéristiques cliniques de la maladie :**

##### **4.1. Le diagnostic retenu :**

Jun Wang et al. (2019) (63) dans leur série ont constaté que la schizophrénie représente 88% chez les sujets présentant des troubles psychiatriques et responsable de crimes

SWANSON et al. en 2002 (82) ont cherché à évaluer la prévalence et les facteurs de risque de violence chez des patients présentant des troubles mentaux. Ils ont étudié un échantillon de 802 patients, l'échantillon était composé de 44,8% de schizophrènes, 19,5% de troubles schizoaffectifs, 16,9% de troubles bipolaires, 11,3% d'épisodes dépressifs majeurs, selon les critères du DSM-IV.

STEINERT et al. (83) ont retrouvé que les comportements auto ou hétéro agressifs étaient un symptôme fréquent de la schizophrénie au cours des deux premières années d'évolution de la maladie.

Vielma et al (84) (1933), dans une étude de violence, ont trouvé 57% de la population étudiée (n=83) étaient des schizophrènes.

En concordance avec ces données, dans notre étude 91% des patients étaient des schizophrènes.



#### **4.2. Age de début et durée d'évolution de la maladie :**

Dans notre étude, la maladie mentale évoluait chez 78% des patients entre 5 et 10 ans et l'âge moyen de début est de  $12,62 \pm 4,21$  ans avec des extrêmes allant de 3 ans à 38 ans.

LE BIHAN et BENEZECH (2004) (n=42) ont mis en évidence dans leur étude, que dans 40.5%, la maladie évoluait depuis 1 à 5 ans avant le passage à l'acte violent, dans 11.9%, de 5 à 10 ans, dans 33.3% depuis plus de 10 ans. (85)

#### **4.3. L'insight et la dangerosité :**

Dans notre étude, nous avons trouvé que 68% des patients de notre échantillon avaient un taux de mauvais insight.

BUCKLEY et al. (2004) (86) ont trouvé, dans une étude sur 226 schizophrènes ou schizoaffectifs, que les patients schizophrènes qui avaient commis des actes de violences physiques avaient une faible capacité d'insight concernant leur maladie et les complications légales de leur comportement lorsqu'ils étaient comparés à un groupe de patients non violents.

SOYKA et al. (2007) (87) ont mis en évidence, en étudiant la prévalence de comportements criminels avec ou sans violence chez 1662 schizophrènes, qu'une faible capacité d'insight était associée au risque de comportements criminels.

De même, ALIA-KLEIN et al. (2007) (88), dans une étude sur 60 patients psychotiques hospitalisés dans une unité de psychiatrie légale ont trouvé, qu'une faible capacité d'insight concernant la maladie était associée à la sévérité de passages à l'acte violent envers autrui.

Dans la méta-analyse réalisées par Witt el al (2013) ont constaté que la violence est fortement associée à une faible capacité d'Insight. (72)

## **5. Relation entre la dangerosité et la prise en charge thérapeutique :**

La plupart des études réalisées sur la violence et les troubles mentaux mentionnent une rupture de soins avant le passage à l'acte.

LE BIHAN et BENEZECH (2004) retrouvent un refus de soins ou l'arrêt du suivi et du traitement avant les faits homicides dans 64.3% des cas. (85)

Le rôle de la prise en charge psychiatrique et de la désinstitutionalisation dans la violence liée à la pathologie psychiatrique a été analysé par différents auteurs. Déjà en 1939, un chercheur britannique, Penrose, avait publié une étude comparative entre différents pays européens. Il montrait que plus il y'avait de lits en psychiatrie, moins il y'avait de personnes en prison et qu'inversement, moins il y'avait de lits psychiatriques, plus il y'avait d'individus en détention. Autrement dit, plus on psychiatrique, moins on criminalise.

Dans son étude sur 262 sujets hospitalisés sous contrainte, SWANSON (2000) (70) a mis en évidence que la prévalence de la violence était de 41.6% chez les patients non observant, contre 25.5% chez ceux acceptant de prendre régulièrement leur traitement.

LAMB et al. (2007) (89) ont retrouvé que 92% des détenus présentant des troubles mentaux sévères avaient des antécédents de non observance du traitement médicamenteux prescrit en ambulatoire avant l'arrestation pour laquelle ils étaient incarcérés.

De nombreux chercheurs se sont intéressés aux mesures préventives, comme les antipsychotiques, pour la violence chez les patients atteints de schizophrénie. Comme l'a affirmé Torrey (2001) la prise d'antipsychotiques peut réduire le risque de violence, de sans-abrisme et de prison. Un nombre croissant d'études ont suggéré qu'un traitement psychiatrique précoce et adéquat par certains antipsychotiques peut avoir un effet positif sur la réduction de l'incidence de la violence chez les patients atteints de schizophrénie. (90)

## **6. Relation entre la dangerosité et l'acte :**

### **6.1. L'âge de la première condamnation ;**

Dans notre étude l'âge moyen au moment de la première condamnation étaient de 46% dans la tranche d'âge [20-25 ans].

Nos résultats se concordent avec les données de la littérature, les études montrent que les adultes jeunes sont plus violents que le reste de la population. En ce qui concerne les malades mentaux, le risque paraît également plus élevé chez les patients de moins de 30 ou 40 ans (91,92).

Pour Russo et al. les malades mentaux meurtriers sont plus jeunes (37 ans versus 40 ans) [93]

Les meurtriers malades mentaux sont plus âgés (34 ans versus 27 ans pour Shaw et al. (94); 36 ans versus 26 ans pour Vielma et al. (81))

Pour Valevski et al. (57) l'âge moyen des patients était de 32 ans, même chiffre était noté dans l'étude de Joyal et al. (95) . L'âge moyen était de 33 ans dans l'étude de Meehan et al.(59)

Jun Wang et al. (2019) (63) dans leur série l'âge moyen du premier crime chez les sujets schizophrènes responsable d'homicide est de  $36.9 \pm 11.2$

Dans notre contexte comme ailleurs la dangerosité psychiatrique semble fréquente à un âge jeune.

### **6.2. L'état au moment de l'acte :**

Dans notre étude, plus de la moitié (58%) de la population était hallucinée au moment de l'acte, 14% était persécutée, 18% était sous l'influence de substance.

Ces résultats sont en concordance avec ceux de la littérature :

Loretto et al. (71) dans leur étude canadienne sur une population de schizophrènes homicides (n=52) avaient noté que 56% de la population était délirante au moment de l'acte.

TAYLOR (1985, cité par Juginger, 1996) (96) a interrogé 121 détenus psychotiques et a mis en évidence que 93% présentaient des symptômes psychotiques aigus au moment du passage à l'acte criminel, que 21% avaient été influencés directement par leurs symptômes et que 26% pensaient que leur passage à l'acte était lié en partie à part ceux-ci. 90% l'avaient été par des idées délirantes et 10% par des hallucinations.

TAYLOR a conclu que le comportement influencé par des idées délirantes semblait significativement plus dangereux que celui influencé par les hallucinations.

Valevski et al. (57) ont trouvé que 33% de la population étaient délirantes et 21% présentaient des hallucinations acousticoverbales.

KRAKOWSKI et al. (1999) (97) ont trouvé que la sévérité des symptômes des patients schizophrènes mesurée par la BPRS était corrélée aux comportements de violence. Les patients schizophrènes violents présentent des symptômes d'anxiodépression, de troubles de la pensée et d'hostilité/suspicion plus sévères.

TAYLOR et al. (1998) (98) dans une étude sur 1740 patients hospitalisés dans un hôpital psychiatrique de haute sécurité ont mis en évidence que la proportion de personnes présentant des hallucinations était plus importante chez les sujets ayant commis des infractions avec violence que chez ceux ayant commis d'autres types d'infractions (33 vs 22%), mais que cela était encore plus important pour les idées délirantes (52 vs 27%).

LARGE et NIELSEN (99) ont constaté que 30 à 50% du risque d'homicide vie entière dans la psychose sont situés lors du premier épisode délirant.

Les premières études suggéraient que les délires de persécution étaient associés à une augmentation du risque de violence (100).

BJORKLY en 2002 (101), dans une revue de la littérature de 26 études sur les liens entre délire et violence a retrouvé une augmentation du risque de violence associée au délire et principalement au délire à thème de persécution.

TAYLOR et al. (1998) (98) retrouvent une augmentation de la prévalence du délire à thème de persécution chez les auteurs de violence physique. Ils concluent que lorsqu'une

personne schizophrène ou ayant une autre psychose commet des violences graves, le délire est souvent un facteur majeur dans la commission de l'infraction.

NIELSEN et al. (2007) (102) ont mis en évidence chez 88 patients psychotiques ayant commis un homicide que les symptômes les plus fréquemment présents au moment du passage à l'acte étaient des hallucinations auditives associées à un délire de persécution, les sujets pensant que la victime représentait un danger pour eux. Pour 36% des patients, la victime avait planifié un meurtre, pour 18% la victime était le diable.

Des chercheurs ont mis en évidence que les délires caractérisés par un sentiment de menace et la sensation d'un contrôle de son esprit par une force extérieure (TCO ou Syndrome d'Influence) étaient associés à une augmentation du risque de violence (LINK et al., 1994, cités par STOMPE, 2004) (103).

BJORKLY (2002) (104), dans une revue de 6 études, a mis en évidence que la répercussion émotionnelle du délire, (anxiété, peur) était associée à un risque de passage à l'acte violent.

De même, Jun Wang et al. (2019) (63) ont mis en évidence que 51.1% des homicides étaient directement liées à des symptômes psychotiques

Cependant, comme Nolan et al. (2003) l'ont constaté dans leur étude, seuls environ 20 % seulement des comportements violents chez les patients psychiatriques hospitalisés étaient directement liés à des symptômes psychotiques positifs. (105)

### **6.3. Le moyen utilisé dans l'homicide et l'agression :**

S. Richard-Devantoy, (66) dans son étude sur les 210 homicides en France a trouvé que les actes étaient commis par: les armes à feu (36,4 %), les armes blanches (21,1 %), les coups (13,9 %) et la strangulation (9,6 %).

Les armes blanches représentaient 37% de l'ensemble des moyens utilisés dans l'étude menée par Shaw et al. (106) (Angleterre, 2006), et 46% dans l'étude de Koh et al. (Singapour, n=110, 2006). (107)

L'arme blanche était utilisée respectivement 55% et 34% dans l'étude de Joyal et al. (95) et Loretto et al. (Canada, n=52) (71).

Les données de la littérature concordent avec les résultats de notre étude : les armes blanches (48%), les objets solides (16%), les pelles en fer (10%) et la strangulation (14%) représentent les quatre grands moyens de passage à l'acte.

La victime :

Jun Wang et al. (2019) (63) dans leur série ont constaté que les trois cinquièmes des victimes étaient des hommes et près de la moitié étaient des membres de la famille

BÖKER et HAFFNER (cités par ERONEN, 1998) (108) ont trouvé que les victimes les plus représentées, des actes violents commis par des personnes présentant des troubles mentaux, étaient celles qui avaient un contact proche. (Seulement 9% des victimes étaient des inconnus).

HUMPHREY et al. (1992) (109) 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.

Benezech et al. en 1982 (110) dans une étude portant sur 55 patients schizophrènes homicides avaient trouvé que 35% des victimes étaient de la famille, 36,5% étaient des connaissances (voisins ou proches) et 28,6% étaient des étrangers

Les données de la littérature concordent avec les résultats de notre étude : les parentés et les connaissances représentent les trois quarts des victimes (76%)



*CONCLUSION*



Les études internationales ont bien montré que les individus atteints de troubles mentaux sévères sont plus susceptibles de commettre des actes violents que la population générale et que l'augmentation du risque de violence est liée à la fois à des facteurs historiques, contextuels et cliniques.

Parmi les facteurs historiques : nous retiendrons, l'âge jeune, le milieu socioéconomique défavorisé, le faible niveau scolaire, l'inactivité professionnelle, les antécédents d'infractions, de violence et les antécédents d'hospitalisations.

Concernant les facteurs contextuels : un environnement violent, des relations affectives et amicales peu soutenantes, semblent favoriser l'émergence de comportements agressifs.

La symptomatologie clinique : joue un rôle important dans le risque de dangerosité des malades mentaux au sein de la communauté, ainsi la schizophrénie semble être le diagnostic majorant le plus le risque de passage à l'acte violent. La dangerosité de ces patients est augmentée en cas de délire de persécution, de syndrome d'influence, de manque d'insight, d'abus d'alcool ou de drogue et de la comorbidité avec un trouble de la personnalité type antisocial ou de traits psychopathiques. La non-observance des traitements et une mauvaise adhésion aux soins sont également associées à une augmentation du risque de violence.

Notre étude portée sur 55 malades médicolégaux hospitalisés en psychiatrie dont le diagnostic majeur est la schizophrénie a trouvé les mêmes facteurs cités dans la littérature et qui augmentent le risque de passage à l'acte violent.

Dans notre contexte, au Maroc, la psychiatrie connaît des difficultés importantes :

- ❖ Augmentation de plus en plus de nombre des malades mentaux.
- ❖ Stigmatisation de la maladie mentale et recours des familles aux tradithérapeutes.
- ❖ Nombre de lits d'hospitalisation reste très limité (chiffre)
- ❖ Manque de personnels spécialisés : le nombre total actuel de psychiatres au Maroc, toutes catégories confondues (publics, privés et militaires) n'étant que de 350, pour 30 millions d'habitants. Le secteur public est celui qui souffre le plus: 116 psychiatres, 683 infirmiers spécialisés, 14 psychologues. A l'hôpital ibn Nafis de



Marrakech : le nombre de consultation par an est de 40000/an, le nombre de lit d'hospitalisation est de 220 lits, le taux d'occupation moyen est de 120%, la durée moyenne de séjour est de 30 jours, le nombre de médecin est de 4, le nombre de résident est de 7, le nombre des infirmiers spécialisés est de 58, le nombre de psychologues d'enfants est de 2 et 2 assistantes sociales.

- ❖ Absence de structures psychiatriques pour le suivis des malades mentaux en ambulatoires.
- ❖ Non disponibilité des médicaments psychotropes.
- ❖ Niveau de pauvreté de la population, ce qui pose un problème de prise en charge.
- ❖ Rejet social des malades mentaux.
- ❖ Disponibilité des substances toxiques....

Ces difficultés expliquent les difficultés connues pour une prise en charge correcte des patients et aussi pour l'accès des soins.

D'où le nombre important de malades mentaux violents qui, dans des états de décompensation aigue, peuvent commettre des actes dangereux.

Les malades médicolégaux qui ont commis des crimes, après une expertise médicolégale, sont soit déresponsabilisés par les tribunaux ou condamnés d'emprisonnement dont la durée varie selon le type de la responsabilité, atténuée ou totale.

Dans tous les cas ces malades se retrouvent internés en psychiatrie. Pour le premier cas, la période d'internement est indéterminée et peut aller jusqu'à plusieurs années, ce qui va à l'encontre de jugement et qui montre que le malade médicolégal est constaté toujours dangereux et mis à l'écart de la société et de la famille, ce qui renforce le rejet du malade. La procédure de mise en fin de cet internement est longue et difficile et aboutit souvent à un échec.

Dans le deuxième cas, les patients sont également internés en psychiatrie pour une période indéterminée e leur transfert en prison après leur stabilisation reste une procédure difficile.

Ce qui transforme l'unité de soins à une sorte de prison, vu le manque des unités de malades mentaux dangereux, posant un grand problème pour l'équipe soignante.

Pour endiguer cette évolution, il s'avère nécessaire de :

- ❖ Sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale et lutter contre la stigmatisation.
- ❖ Engagement de l'état pour augmenter nombre de structures spécialisées et de personnels médicaux et paramédicaux.
- ❖ Multiplier les structures ambulatoires (centres médicopsychologiques).
- ❖ Rendre les médicaments disponibles.
- ❖ Entretenir psychiquement les patients et les familles.
- ❖ Mettre en place des structures de réhabilitation des patients médicolégaux pour une meilleure insertion familiale, professionnelle et sociale.
- ❖ Développer des thérapies spécialisées pour améliorer l'insight, les capacités intellectuelles, émotionnelles et relationnelles des patients.

Toutes ces recommandations demeurent obligatoires afin d'assurer un suivi régulier et d'accompagner le patient dans son évolution, ce qui pourrait diminuer la fréquence de violence des malades mentaux.



*RESUMES*



## Résumé

L'objectif de notre travail est de déterminer les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des malades médicolégaux, de souligner les particularités juridiques des malades médicolégaux, chercher les facteurs prédictifs de la dangerosité et élaborer les moyens préventifs de passage à l'acte violent des malades mentaux.

C'est une étude transversale à visée descriptive portant sur une série de patients médicolégaux, basée sur les dossiers clinique et juridique, les expertises psychiatriques et une fiche d'exploitation, qui a recruté 50 malades médicolégaux internés en psychiatrie.

L'étude a rapporté les résultats suivants : L'âge moyen est 38 ans, avec une prédominance masculine 98%, 82% n'ont pas dépassé le niveau primaire, 78% de faible niveau socioéconomique, la schizophrénie paranoïde était la plus représentative avec 88%, avec un âge moyen de début de la maladie  $26,32 \pm 8,38$  ans et une durée d'évolution de  $12.62 \pm 4.21$  ans. 54%(n=27) homicide, 22%(n=11) agression, 10%(n=5) pyromanie, 8%(n=4) vol et 6%(n=3) pour viol. 48% des victimes sont des sujets âgés, 38% sont des sujets jeunes. L'irresponsabilité pénale est prononcée pour 68% des malades médicolégaux.

Les facteurs de risque de passage à l'acte violent sont: l'âge jeune, le sexe masculin, le niveau d'instruction bas, le niveau socioéconomique bas, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, les antécédents judiciaires personnels, les habitudes toxiques, la schizophrénie, avec un âge de début jeune et durée d'évolution importante, les hallucinations et le délire de persécution, la non compliance au traitement, l'accessibilité à l'arme blanche, la famille et les personnes de l'entourage sont les plus exposées à la violence des malades mentaux.

Pour pouvoir mettre en place une prise en charge correcte des malades médicolégaux, afin de prévenir tout acte violent, l'état doit s'engager pour favoriser les moyens humains, les structures et le personnel soignant et les équipes soignantes sont poussées à prendre en considération les facteurs de risque les plus impliqués dans le passage à l'acte dans notre étude.

## Abstract

The aim of our study was to study the sociodemographic, clinical and criminological forensic patients, to highlight the legal peculiarities of forensic patients, look for predictors of dangerousness and develop preventive means crossing the violent acts.

This is a descriptive cross-sectional study referred on a number of forensic patients, based on clinical and legal records, psychiatric evaluations and operating record, which recruited 50 patients interned in forensic psychiatry.

The study reported the following results: The average age is 38 years, with a male predominance 98%, 82% did not exceed the primary level, 78% of low socioeconomic status, schizophrenia was the most representative with 88 %, with an average age of onset of the disease  $26.32 \pm 8.38$  years and disease duration  $12.62 \pm 4.21$  years. 54 (n = 27) homicide, 22% (n = 11) aggression, 10% (n = 5) pyromania, 8% (n = 4), theft 8% (n = 4) and 6% (n = 3) for rape. 48% of the victims are elderly, 38% are young people. The criminal liability is imposed for 68% of forensic patients.

The risk factors for transition to the violent act are: Age young , the male , low level instruction, low socioeconomic level, personal and family psychiatric history , Personal Criminal History, Toxic Habits, Schizophrenia, with a young age of onset and duration of significant changes, hallucinations and delusions of persecution, non-compliance to treatment, accessibility to the stab, the family and those of the environment are the most exposed to the violence.

To establish a proper management of forensic patients to prevent any violent act, the state must commit to foster human resources, structures and nursing staff, and medical teams are urged to consider risk factors most involved in acting out in our study

## ملخص

الأهداف المتوخاة من هذا البحث هي تحديد الخصائص السوسيوديموغرافية، السريرية و الاجرامية للمرضى نفسانيا المتابعين من أجل جنايات، تحديد المميزات القانونية لهؤلاء المرضى،البحث عن العوامل التي تمكن من التنبؤ بإمكانية ارتكاب المرضى النفسانيين لجناية ما،تطوير وسائل وقائية تمكننا من اجتناب ارتكاب المرضى النفسانيين لأي فعل اجرامي

لقد قمنا بدراسة مستعرضة ذو هدف وصفي على عدد من المرضى النفسانيين المتابعين من اجل جنايات واستعنا بسجلات طبية و قضائية، بالخبرات الطبية النفسية ل 50 مريض نزيل بمستشفى الطب النفسي و قمنا بملئ استمارة لكل مريض.

و قد وجدت الدراسة النتائج التالية: وكان متوسط العمر 38 عاما، مع غلبة الذكور 98 %، 82%لم يكن يتجاوزوا المرحلة الابتدائية من التعليم، 78%من الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، 88%حالة انفصام الشخصية، مع متوسط عمر بداية المرض  $26,32 \pm 8,38$  سنة، ومدة المرض  $8.33 \pm 15.34$  عاما. وأفادت الدراسة بالنتائج التالية :متوسط العمر 38 عامًا، مع هيمنة الذكور على 98% ، 82% لم يتجاوزوا المرحلة الابتدائية، 78% مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض، وكان انفصام الشخصية، هو الأكثر تمثيلاً بنسبة 88% ، مع متوسط عمر ظهور المرض  $8.38 \pm 26.32$  سنة ومدة المرض  $4.21 \pm 12.62$  سنة) 54% ن (27 = القتل، 22% ن (11 = الاعتداء)، 10% ن (5 = الحرق العمد)، 8% ن (4 = السرقة و) 6% ن (3 للاغتصاب . 48%من الضحايا هم من كبار السن، و 38%من الشباب . إن عدم المسؤولية الجنائية واضح بالنسبة لـ 68% من مرضى الطب الشرعي.

العوامل التي تؤدي إلى إرتكاب المرضى النفسانيين لجناية هي صغر السن، الجنس الذكري، انخفاض مستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، وسوابق إصابته بمرض نفسي إن على المستوى الشخصي أو العائلي، وسوابق جنائية الشخصية، والتعاطي لمختلف أنواع المخدرات، و مرض انفصام الشخصية، سن مبكرة لبداية المرض،الصيغة الهذيانية، الهلوسة والاهام، وعدم الامتثال للعلاج، سهولة الحصول على الاسلحة البيضاء. الأسرة و الاشخاص المحيطون بالمرريض هم الأكثر تعرضا للعنف من المرضى عقليا.

من خلال هذه الدراسة تبين أن الدوافع المذكورة سالفا هي الأكثر تأثيرا على المريض للقيام بفعل جنائي، مما يحث الهيئة المعالجة كي تأخذ هذه العوامل بعين الاعتبار لتقادي قيام المرضى من ممارسة فعل عنيف مستقبلا . كما يجب على الدولة أن تعزز من الموارد البشرية والهيكل الصحية و الطاقم الطبي والتمريضي



*ANNEXES*



## Annexe 1 : fiche d'exploitation

<b>I) données sociodémographiques</b>											
1 Age		<input type="text"/>									
2 Sexe	Masculin	<input type="checkbox"/>	Féminin	<input type="checkbox"/>							
3 Etat civil	célibataire	<input type="checkbox"/>	marié(e)	<input type="checkbox"/>	divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	veuf(ve)	<input type="checkbox"/>			
4 Enfant	sans	<input type="checkbox"/>	nombre	<input type="text"/>							
5 Niveau d'étude	non scolarisé	<input type="checkbox"/>	primaire	<input type="checkbox"/>	secondaire	<input type="checkbox"/>	baccalauréat	<input type="checkbox"/>			
							universitaire	<input type="checkbox"/>			
							Bac+.....	<input type="checkbox"/>			
6 Profession avant l'internement	non	<input type="checkbox"/>	oui à préciser:								
7 Revenu mensuel avant l'internement	≤2000	<input type="checkbox"/>	2000 ≤ ≤5000	<input type="checkbox"/>	5000 ≤ ≤10000	<input type="checkbox"/>	10000 ≤	<input type="checkbox"/>			
8 Situation des parents	Père		vivant	<input type="checkbox"/>	décédé	<input type="checkbox"/>					
	Mère		vivante	<input type="checkbox"/>	décédée	<input type="checkbox"/>					
9 Nombre de fratrie											
10 Milieu de vie	urbain	<input type="checkbox"/>	rural	<input type="checkbox"/>							
<b>II) Cliniques et antécédents:</b>											
<b>A-Antécédents personnels</b>											
1 médicaux	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	A préciser.....						
2 chirurgicaux	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	A préciser.....						
3 psychiatriques	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	A préciser.....						
4 judiciaires	non	<input type="checkbox"/>	interpellation	<input type="checkbox"/>	incarcération	<input type="checkbox"/>	si oui: Age:	cause	durée		
5 habitudes toxiques	tabac		non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	age de début	Nombre de cigarettes par jour:			
	cannabis		non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	consommation:	régulière	<input type="checkbox"/>	occasionnelle	<input type="checkbox"/>
	alcool		non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	consommation:	régulière	<input type="checkbox"/>	occasionnelle	<input type="checkbox"/>
	autres:.....										
<b>B-Antécédents familiaux</b>											
1 psychiatrique	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	A préciser:						
2 judiciaires	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>							
habitudes toxiques familiales	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>							
<b>C-Clinique</b>											
1 trouble psychotique	<u>Délire:</u>		persécution	<input type="checkbox"/>	influence	<input type="checkbox"/>	possession	<input type="checkbox"/>			
			mystique	<input type="checkbox"/>	autres:		<input type="checkbox"/>				
	<u>Hallucinations:</u>		visuelles	<input type="checkbox"/>	auditives	<input type="checkbox"/>	autres:				
	<u>Troubles de comportements:</u>		agitation	<input type="checkbox"/>	hétéro-agressivité	<input type="checkbox"/>					
			psychomotricité	<input type="checkbox"/>	autres:		<input type="checkbox"/>				
			auto-agressivité	<input type="checkbox"/>							
	<u>Symptômes déficitaires:.....</u>										
2 trouble de l'humeur											
a-les symptômes dépressifs:	<u>humeur dépressive:</u>		tristesse	<input type="checkbox"/>	anesthésie affective	<input type="checkbox"/>	anhédonie	<input type="checkbox"/>			
			aboulie	<input type="checkbox"/>	perte de l'estime de soi	<input type="checkbox"/>	autres:				
	<u>Souffrance morale:</u>		idées noires	<input type="checkbox"/>	solitude	<input type="checkbox"/>	monotonie	<input type="checkbox"/>			
			vision pessimiste	<input type="checkbox"/>	autres:		<input type="checkbox"/>				
	<u>Ralentissement psycho-moteur:</u>		apragmatisme	<input type="checkbox"/>	incurie	<input type="checkbox"/>					
			troubles de l'attention	<input type="checkbox"/>	bradyphémie	<input type="checkbox"/>	autres:				
b-les troubles bipolaires:	<u>l'épisode maniaque:</u>		tendue extravagante	<input type="checkbox"/>	moquerie	<input type="checkbox"/>	logorrhée	<input type="checkbox"/>			
			obscénité	<input type="checkbox"/>	exaltation	<input type="checkbox"/>	euphorie	<input type="checkbox"/>	autres:		



	<u>l'épisode dépressif:</u>	insomnie <input type="checkbox"/>	fatigue <input type="checkbox"/>	pleurs <input type="checkbox"/>	autres: <input type="checkbox"/>
c-les troubles anxieux:	attaque de panique <input type="checkbox"/>	trouble de panique <input type="checkbox"/>	TOC <input type="checkbox"/>		
	TAC <input type="checkbox"/>	phobie sociale <input type="checkbox"/>	autres: <input type="checkbox"/>		
d-conduites suicidaires:	tentative de suicide <input type="checkbox"/>	menace de suicide <input type="checkbox"/>	crise suicidair <input type="checkbox"/>		
3 durée d'évolution					
4 l'hospitalisation actuelle	date d'internement:		traitement:		
<b>III)Etat somatique actuelle:</b>					
1 pathologie médicale	A préciser:				
2 pathologie chirurgicale:	A préciser:				
<b>IV)Evaluation de l'insight:</b>					
	<input type="checkbox"/> D'accord	<input type="checkbox"/> Désaccord	<input type="checkbox"/> Inertain(e)	<input type="checkbox"/>	
<u>1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination</u>		2	0	1	
<u>2. Je me sens psychologiquement bien</u>		0	2	1	
<u>3-Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux</u>		0	2	1	
<u>4-Mon séjour à l'hôpital était nécessaire</u>		2	0	1	
<u>5-Le médecin a raison de me prescrire un traitement médicamenteux</u>		2	0	1	
<u>6-J n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre</u>		0	2	1	
<u>7-Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison</u>		2	0	1	
<u>8-Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une</u>		0	2	1	

Score maximal=12 très bon insight			
Score minimal=0 Pas d'insight			
(9 et plus = bon insight)			
<b>Sous-échelles:</b>			
Items			Total possible
1, 8	Conscience des symptômes		insight,1 or 2= pauvre insight)
2, 7	Conscience de la maladie		4 (3 or 4 = bon insight,1 or 2= pauvre insight)
3, 4, 5, 6	traitement(il faut additionner les		insight,1 or 2= pauvre insight)
<b>V)Acte médico-légal</b>			
1 nature de l'acte	homicide	<input type="checkbox"/>	viol <input type="checkbox"/>
2 age au moment de l'acte	..... ans		
3 l'intervalle entre l'acte et l'internement			
4 l'intention de l'acte	volontaire	<input type="checkbox"/>	involontaire <input type="checkbox"/>
5 contexte de dispute avant l'acte	oui	<input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
6 comportement après l'acte	fugue	<input type="checkbox"/>	inhibition <input type="checkbox"/>
7 moyen utilisé pour l'acte	.....		
8 état du malade au moment de l'acte	hallucination	<input type="checkbox"/>	confusion <input type="checkbox"/>
	usage de substance	<input type="checkbox"/>	persécuté par la victime <input type="checkbox"/>
	discordance	<input type="checkbox"/>	Imprécis <input type="checkbox"/>

**Annexe 2 : HCR-20 (Historical Clinical Risk-20)**

<i><b>Facteurs historiques</b></i>	<i><b>Facteurs cliniques</b></i>	<i><b>Facteurs de gestion de risque</b></i>
<b>H1</b> violence antérieure	<b>C1</b> introspection Difficile	<b>R1</b> projet manquant de faisabilité
<b>H2</b> 1 <sup>er</sup> acte de violence commis durant la jeunesse	<b>C2</b> attitudes négatives	<b>R2</b> exposition à des facteurs déstabilisants
<b>H3</b> instabilité des relations intimes	<b>C3</b> symptômes actifs de la maladie	<b>R3</b> manque de soutien personnel
<b>H4</b> problèmes d'emploi	<b>C4</b> impulsivité	<b>R4</b> inobservation des mesures curatives
<b>H5</b> problème de Toxicomanie	<b>C5</b> résistance au traitement	<b>R5</b> stress
<b>H6</b> maladie mentale grave		
<b>H7</b> psychopathie		
<b>H8</b> inadaptation durant la Jeunesse		
<b>H9</b> trouble de la Personnalité		
<b>H10</b> échecs antérieurs de Surveillance		

## Annexe 3 : Violence Risk Scale 2

Facteurs statiques
S1 Age actuel
S2 Age au moment de la première condamnation
S3 Nombre de condamnation en tant que mineur
S4 Violence au cours de la vie
S5 Antécédents d'évasion
S6 Stabilité de l'éducation familiale
Facteurs dynamiques
D1 Style de vie violent
D2 Personnalité criminelle
D3 Attitudes criminelles
D4 Ethique vis-à-vis du travail
D5 Groupe de pairs criminels
D6 Agressions interpersonnelles
D7 Contrôle émotionnel
D8 Violence durant l'incarcération
D9 Utilisation d'une arme
D10 Insight concernant les causes de la violence
D11 Maladie mentale
D12 Abus de substance
D13 Stabilité des relations
D14 Soutien dans la communauté
D15 Sortir de situations à haut risque
D16 Cycle de violence
D17 Impulsivité
D18 Distorsion cognitive
D19 Compliance à la supervision
D20 Niveau de sécurité de la sortie de l'institution

### **Annexe 4 : Check List révisée (PCL- R), traduction française**

1 -Loquacité et charme superficiel
2- Surestimation de soi
3- Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer
4- Tendance au mensonge pathologique
5- Duperie et manipulation
6- Absence de remords et de culpabilité
7- Affect superficiel
8- Insensibilité et manque d'empathie
9- Tendance au parasitisme
10- Faible maîtrise de soi
11- Promiscuité sexuelle

## **Annexe 4 : Check List révisée (PCL-R), traduction française**

- 1 -Loquacité et charme superficiel
- 2- Surestimation de soi
- 3- Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer
- 4- Tendance au mensonge pathologique
- 5- Duperie et manipulation
- 6- Absence de remords et de culpabilité
- 7- Affect superficiel
- 8- Insensibilité et manque d'empathie
- 9- Tendance au parasitisme
- 10- Faible maîtrise de soi
- 11- Promiscuité sexuelle

- 12- Apparition précoce de problèmes de comportements
- 13- Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste
- 14- Impulsivité
- 15- Irresponsabilité
- 16- Incapacité à assumer la responsabilité de ses faits et gestes
- 17- Nombreuses cohabitations de courte durée
- 18- Délinquance juvénile
- 19- Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
- 20- Diversité des types de délits commis par ces sujets.

## **Annexe 5 :**

**Article 75 :** L'internement judiciaire dans un établissement psychiatrique consiste dans un placement en un établissement approprié, par décision d'une juridiction de jugement, d'un individu présumé auteur, coauteur ou complice d'un crime ou d'un délit, qui en raison des troubles de ses facultés mentales existant lors des faits qui lui sont imputés, et constatés par une expertise médicale, doit être déclaré totalement irresponsable et se trouve ainsi soustrait à l'application éventuelle des peines prévues par la loi.

**Article 76 :** Lorsqu'une juridiction de jugement estime, après expertise médicale, que l'individu qui lui est déféré sous l'accusation de crime ou la prévention de délit, était totalement irresponsable en raison de troubles mentaux existant lors des faits qui lui sont imputés, elle doit :

- 1° constater que l'accusé ou le prévenu se trouvait au moment des faits dans l'impossibilité de comprendre ou de vouloir, par suite de troubles de ses facultés mentales ;
- 2° le déclarer totalement irresponsable et prononcer son absolution ;
- 3° Ordonner, si les troubles subsistent, son internement dans un établissement psychiatrique.

La validité du titre de détention est prolongée jusqu'à l'internement effectif.

**Article 77 :** L'internement judiciaire se prolonge aussi longtemps que l'exigent la sécurité publique et la guérison de l'interné.

L'interné doit initialement être l'objet d'une mise en observation. Il doit être examiné chaque fois que le psychiatre l'exige nécessaire, et en tous cas tous les six mois.

Lorsque le psychiatre traitant estime devoir mettre fin à l'internement judiciaire, il doit en informer le chef du parquet général de la cour d'appel qui peut, dans un délai de dix jours à compter de la réception de cet avis, exercer un recours contre la décision de sortie, dans les conditions fixées par l'article 28 du dahir du 21 chaoual 1378 (30 avril 1959) relatif à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux. Ce recours est suspensif.

**Article 78 :** Lorsqu'une juridiction de jugement estime, après expertise médicale, que

l'auteur d'un crime ou d'un délit, bien qu'en état d'assurer sa défense au cours des débats, était néanmoins atteint lors des faits qui lui sont imputés d'un affaiblissement de ses facultés mentales entraînant une diminution partielle de sa responsabilité, elle doit :

- 1° Constater que les faits poursuivis sont imputables à l'accusé ou au prévenu ;
- 2° Le déclarer partiellement irresponsable en raison de l'affaiblissement de ses facultés mentales au moment des faits ;
- 3° Prononcer la peine ;
- 4° Ordonner, s'il y a lieu, que le condamné sera hospitalisé dans un établissement psychiatrique, préalablement à l'exécution de toute peine privative de liberté. L'hospitalisation s'impute sur la durée de cette peine, et prend fin dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article 77.

**Article 79** : Lorsqu'une juridiction de jugement estime, après expertise médicale, que l'individu qui lui est déféré sous l'accusation de crime ou la prévention de délit était responsable en totalité ou en partie au moment des faits qui lui sont imputés, mais qu'en raison de troubles de ses facultés mentales survenus ou aggravés ultérieurement, il se trouve hors d'état d'assurer sa défense au cours des débats, elle doit :

- 1° Constater que l'accusé ou le prévenu est hors d'état de se défendre, par suite de l'altération présente de ses facultés mentales ;
- 2° Surseoir à statuer ;
- 3° Ordonner son hospitalisation dans un établissement psychiatrique.

La validité du titre de détention est prolongée jusqu'à l'internement effectif.

Le psychiatre traitant devra informer le chef du parquet général de la décision de sortie, dix jours au moins avant qu'elle ne soit exécutée. Le titre de détention qui était en vigueur au moment de l'hospitalisation reprendra effet et les poursuites seront reprises à la diligence du ministère public. En cas de condamnation à une peine privative de liberté, la juridiction de jugement aura la faculté d'imputer la durée de l'hospitalisation sur celle de cette peine.

**Article 80** : Le placement judiciaire dans un établissement thérapeutique consiste dans la mise sous surveillance dans un établissement approprié, par décision d'une juridiction de jugement, d'un individu, auteur, coauteur ou complice soit d'un crime, soit d'un délit correctionnel ou de police, atteint d'intoxication chronique causée par l'alcool ou les stupéfiants, lorsque la criminalité de l'auteur de l'infraction apparaît liée à cette intoxication.

**Article 81** : Lorsqu'une juridiction de jugement estime devoir faire application des dispositions de l'article précédent, elle doit :

- 1° Déclarer que le fait poursuivi est imputable à l'accusé ou au prévenu ;
- 2° Constater expressément que la criminalité de l'auteur de l'infraction apparaît liée à une

intoxication chronique causée par l'alcool ou les stupéfiants ;

3° Prononcer la peine ;

4° Ordonner, en outre, le placement judiciaire dans un établissement thérapeutique pour une durée qui ne saurait excéder deux années.

Le condamné sera soumis à la mesure de placement, préalablement à l'exécution de la peine, à moins que la juridiction n'en décide autrement.

**Article 82** : La mesure de placement judiciaire dans un établissement thérapeutique est révoquée lorsqu'il est constaté que les causes qui l'avaient provoquée ont disparu.

Lorsque le médecin-chef de l'établissement thérapeutique estime devoir mettre fin à cette mesure, il en informe le chef du parquet général de la cour d'appel qui, dans un délai de dix jours après réception de cet avis, peut exercer un recours contre la décision, dans les conditions fixées par l'article 77.

Le séjour dans la colonie agricole suit immédiatement l'exécution de la peine.





*BIBLIOGRAPHIE*



1. **Sophie Crampagne.**  
Évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale.
2. **Mathilde Palisse.**  
Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie. 2013.
3. **Dr Jean-Charles PASCAL,**  
Comment définir la « dangerosité psychiatrique » dans le champ des dangers ? Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur, HAS / Décembre 2010
4. **MILLAUD F, DUBREUCQ JL,**  
Prédiction des comportements violents des malades mentaux, Synthèse d'une revue de la littérature. Expertise psychiatrique pénale. Audition publique. John Libbey 11/2007
5. **Voyer et al.**  
Dangerosité psychiatrique et prédictivité, L'information psychiatrique, Volume 85, 745-752, 2009
6. **GRAVIER B., LUSTENBERGER Y.**  
L'évaluation du risque de comportement violent: le point sur la question. Ann Med Psychol. 2005;163:668-680
7. **PRATT J.**  
Dangerosité, risque et technologie du pouvoir. Criminologie. 2001; 34 :101-121  
(1) RAPPORT de la mission parlementaire de JP GARRAUD.  
Réponses à la dangerosité
8. **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
9. **BOURGEOIS M., BENEZECH M.**  
Dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. Ann. Med Psychol. 2001; 159:475-486

10. **SENINGER JL.**  
Les trajectoires psychopathologiques de la dangerosité. In «Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie ». L'Harmattan, Paris, 2003
11. **AMBROSI A.**  
L'évaluation de la dangerosité : de quels dangers d'agit-il ? In VILLERBU « Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie». L'Harmattan, Paris, 2003
12. **TAYLOR P, GUNN J.**  
Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. Br Med J (Clin Res Ed) 1984;288:1945-9.
13. **CÔTÉ G, HODGINS S.**  
Co-occurring mental disorders among criminal offenders. Bull Am Acad Psychiatry Law 1990;18:271-81.
14. **PUTKONEN A, et al.**  
Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. Schizophren Bull 2004;30:59-72.
15. **M.-J.**  
Schizophrenia and violence: Comorbidity and typologies Vandamme UFR de psychologie, université Lille-3, domaine du Pont-de-Bois, 59654 Villeneuve-d'Ascq, France
16. **Henry C., Gay :**  
Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires. Encyclopédie Orphanet. Janvier 2004. 1T<http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-troublesbipolaires.pdf>1T
17. **ROUILLONS F.**  
Epidémiologie du trouble bipolaire. L'Encéphale 1997; (Suppl 1) : 7-11.
18. **Ministère de la sante Enquête nationale : Prévalence des troubles mentaux dans la population générale en 2003. OMS 2007.**
19. **PETITJEAN F.**  
Aspects médico-légaux. L'Encéphale, 2003 ; XXXIX, cahier 2 : 5-7.

20. **KEMP D.E. et al.**  
Screening for bipolar disorder in a county jail at the time of criminal arrest. Journal of Psychiatric Research, 2008; 42: 778–786.
21. **ROUILLONS F.**  
Epidémiologie du trouble bipolaire. Ann Med Psychol, 2009.
22. **ELLIOT FA. Violence.**  
The neurologic contribution: an overview., Arch Neurol 1992 ; 49 : 595–603
23. **CAILLAT AS., HORREARD AS., KOTTLER C.**  
Les méthodes d'évaluation de la dangerosité. In BEAUREPAIRE, BENEZECH, KOTTLER. « Les Dangerosités » John Libbey Eurotext, Paris, 2004.
24. **DOYLE M., DOLAN M.**  
Standardized risk assessment. Psychiatry. 2007;6:409–414
25. **Bouchard JP.**  
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, Faculté de psychologie, Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie, 2000 (Première analyse criminelle comportementale du parricide, conçue et débutée en 1979, portant sur la période 1950–2000)
26. **BERG AZ., BELL S CC., TUPIN J.**  
Clinician safety: assessing and managing the violent patient. New Dir MentHealth Serv. 2001; 91:107–127.
27. **BELL CC.**  
Assessment and management of the violent patient. J Natl Med Assoc. 2000; 92:247–253.
28. **ASNIS GM., KAPLAN ML. HUNDORFEAN G., SAEED W.**  
Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. Psychiatr Clin North Am. 1997; 20:405–425.
29. **PHAM TH., DUCRO C., MARGHEM B., REVEILLERE C.**  
Evaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. Ann Med Psychol. 2005;163:842–845.

30. **GRAVIER B., LUSTENBERGER Y.**  
L'évaluation du risque de comportements violents: le point sur la question. Ann. Med. Psychol. 2005;163:668-680.
31. **DOUGLAS KS., OGLOFF JRP., TONIA N., GRANT I.**  
Assessing risk of violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist Screening version. J. Consult. Clin. Psychol. 1999; 67:917-930.
32. **SCOTT CL., RESNICK PJ.**  
Violence risk assessment in persons with mental illness. Aggress Violent Behav. 2006;11 :598-611.
33. **DOLAN M., FULLAM R., LOGAN C., DAVIES G.**  
The violence risk scale second edition (VRS-2) as predictor of institutional violence in a British forensic inpatient sample. Psychiatr Res. 2008;158:55-65.
34. **MONAHAN J., STEADMAN HJ., ROBBINS PC., SILVER E., APPELBAUM PS., GRISSO T. et al.**  
Developping a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. Br J psychiatry. 2000; 176:312-319.
35. **MONAHAN J., STEADMAN HJ. ROBBINS PC., APPELBAUM P., BANKS S., GRISSO T.**  
An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. Psychiatr. Serv. 2005 ;56 :810-815.
36. **COTE G.**  
Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. Criminologie. 2001; 34:31-45. 156
37. **BENEZECH M.**  
Des crimes fous commis par les fous et les autres. Forensic 1994;5:41-44
38. **BENEZECH M.**  
Classification des homicides volontaires et psychiatrie. Ann Méd Psychol 1996 ; 154 : 161-173
39. **MILLAUD F, AUCLAIR N, MEUNIER D.**  
Parricide and mental illness. Int J Law Psychiatry 1996 ; 19 : 173-182

40. **BENEZECH M.**  
De quoi souffrent les parricides ? *Perspect Psychiatr*1992 ; 34 : 207–212
41. **NEWHILL CE.Parricide. J**  
*Fam Viol*1991;6:375–394
42. **RESNICK PJ.**  
Child murder by parents: a psychiatric review of filicide.*Am J Psychiatry*1969; 126 : 325–334
43. **BOURGET D, BRADFORD JM.**  
Homicidal parents. *Can J Psychiatry*1990 ; 35 : 233–238
44. **MARZUK PM, TARDIFF K, HIRSCH CS.**  
The epidemiology of murder–suicide. *JAMA*1992; 267: 3179–3183
45. **AUBUT J.**  
Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement. Paris : Maloine, 1993
46. **THIBAUT F.**  
Troubles des conduites sexuelles. Diagnostic et traitement. *Encycl Méd Chir*(Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37–105–G–10,2000 : 1–9
47. **BLATIER C.**  
La délinquance des mineurs. L'enfant, le psychologue, le droit. Saint–Martin–d'Hères (Isère) : Presses Universitaires de Grenoble, 1999
48. **GROTH AN, BIRNBAUM HJ.**  
Men who rape: the psychology of the offender. New York : Plenum Press, 1979
49. **MCKIBBEN A.**  
La classification des agresseurs sexuels. In : Aubut J éd. Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement. Paris : Maloine, 1993 : 58–78
50. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.**  
Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Traduction française coordonnée par Guelfi JD.Paris : Masson, 1983, 1989, 1996
51. **JACKSON JL, BEKERIAN DA.**  
Offender profiling. Theory, research and practice. Chichester : Wiley, 1997

52. **KNIGHT RA, PRENTKY RA.**  
Classifying sexual offenders: The development and corrolation of taxonomic models. In :  
Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE eds. Handbook of sexual assault: issues, theories and  
treatment of the offender. New York : Plenum Press, 1990 : 23–52
53. **TURVEY BE.**  
CRIMINAL PROFILING.An introduction to behavioral evidence analysis. London : Academic  
Press, 1999
54. **LAXENAIRE M, KUNTZBURGER F.**  
Les incendiaires. Collection Médecine et Psychothérapie. Paris : Masson, 1995
55. **Barte HN, Ostaptzeff G.**  
Criminologie clinique. Paris : Masson, 1992
56. **VALEVSKI A, AVERBUCH I, RADWAN M, GUR S, SPIVAK B, MODAI I, ET AL.**  
Homicide by schizophrenic patients in Israel. Eur Psychiatry 1999;14:89–92.
57. **ERB M, HODGINS S, FREESE R, MULLER-ISBERNER R, JOCKEL D.**  
Homicide and schizophrenia: may–be treatment does have a preventive effect. Crim  
Behav Ment Health 2001;11:6–26
58. **MEEHAN J, FLYNN S, HUNT I, ET AL.**  
Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and  
Wales. Psychiatr Serv 2006;57:1648–51.
59. **SOKYA M., GRAZ C., BOTTLENDER R., DIRSCHEDL P., SCOECH H.**  
Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. Schizophr  
Res. 2007; 94:89–98
60. **LE BIHAN P., BENEZECH M.**  
Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil  
criminologique. A propos de 42 observations. Ann MedPsychol. 2004 ; 162:615–625
61. **Menahem Krakowski,**  
Gender Differences in Violent Behaviors: Relationship to Clinical Symptoms and  
Psychosocial Factors. (Am J Psychiatry 2004; 161:459–465)

62. **Jun Wanga,b, Si-meï Zhang et al.**  
Gender differences among homicide offenders with schizophrenia in Hunan Province, China. *Psychiatry Research* 271 (2019) 124–130
63. **KOH KGWW, GWEE KP, CHAN YH.**  
Psychiatric aspects of homicide in Singapore: A fiveyear review (1997–2001). *Singapore Med J* 2006 ; 47 :297–304.
64. **KLASSEN D, O'CONNOR WA.**  
Demographic and case history variables in risk assessment. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994.p. 229–57.
65. **S. RICHARD–DEVANTOY, B. GOHIER, A.–S. CHOCARD, J.–P. DUFLOT, J.–P. LHUILLIER, J.–B. GARRE.**  
Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers
66. **LINK BG., ANDREWS H., CULLENT FT.**  
The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am. Sociol Review*. 1992; 57:275–292.
67. **SWANSON JW., HOLZER CE., GANJU VK., JONO RT.**  
Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 1990; 41(7):761–770.
68. **Smith JE, Hucker SJ.**  
Violence current opinion. *Psychiatry* 1991;4: 841–5).
69. **SWANSON JW., SWARTZ MS., BORUM R., HIDAY V., WAGNER R et al.**  
Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in person with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000; 174 : 324–331.
70. **LORETTU L, SANNA NM, NIVOLI G.**  
Le passage a l'acte homicide du schizophrene. In: Millaud F, editor. *Le passage a l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris: Masson; 1998. p. 77–93.
71. **Witt, K., van Dorn, R, Fazel, S., 2013.**  
Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta–regression analysis of 110 studies. *PloS One* 8, e55942)



72. **LAMB R., WEINBERGER L., JEFFREY L., MARSH J., GROSS BH.**  
Treatment prospects for persons with severe mental illness in a urban county jail. Psychiatr Serv. 2007;58:782–786
73. **WALSH E., GILVARRY C., SAMELE C., HARVEY K., MANLEY C et al.**  
Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. Schizophrenia Research. 2004; 67:247–252.
74. **DEAN K., WALSH E., MORAN P., TYRER P., CREED F., BYFORD S et al.**  
Violence in women with psychosis in the community: prospective study. Br J Psychiatry. 2006; 188:264–270
75. **COTE G., HODGINS S.**  
The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. Int J Law Psychiatry. 1992; 15:89–99
76. **SWARTZ MS., SWANSON JW. HIDAY V. BORUM R., WAGNER HR., BURNS BJ.**  
Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. Am J Psychiatry 1998; 155:226–231.
77. **Valuri, G.M., Morgan, F., Jablensky, A., Morgan, V.A., 2017.**  
Impact of social disadvantage and parental offending on rates of criminal offending among offspring of women with severe mental illness. Aust. N. Z. J. Psychiatry 51, 1032–1040)
78. **K. Dean, P. B. Mortensen, H. Stevens, R. M. Murray, E. Walsh and E.**  
Agerbo, 2012. Criminal conviction among offspring with parental history of mental disorder. Psycho Med. 42, 571–581
79. **FAZEL S-C, GRANN M, CARLSTRÖM M,**  
**LICHENSTEIN P ET LANGSTRÖM.** Risk factors for violent crime in schizophrenia. A national cohort study of 13806 patients. J Clin Psychiatry 2009; 70, 3: 362–369
80. **SWANSON J., ESTROFF S., SWARTZ M., BORUM R., LACHICOTTE W. et al.**  
Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment. Psychiatry. 1990; 60:1–22.
81. **SWANSON et al.,**  
The social–environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. Am J PublicHealth, 2002, 92 (9) : 1523–1531

82. **STEINERT T., WIEBE C., GEBHART RP.**  
Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 1999; 50:85–90.
83. **VIELMA M, VINCENTE B, HAYES GD, ET AL.**  
Mentally abnormal homicide. A review of a special hospital male population. *Med Sci Law* 1993;33(1):47–54.
84. **LE BIHAN P., BENEZECH M.**  
Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Ann Med Psychologiques.* 2004 ; 162: 615–625.
85. **BUCKLEY PF., HROUDA DR.**  
Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1712–1714
86. **SOKYA M., GRAZ C., BOTTLENDER R., DIRSCHEDL P., SCOECH H.**  
Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophrenia research.* 2007; 94:89–98
87. **ALIA-KLEIN N. O'ROURKE TM. GOLDSTEIN R., MALASPINA D.**  
Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress. Behav.* 2007;33:86–89
88. **LAMB RH. WEINBERGER LE., MARSH JS. GROSS BH.**  
Treatment prospects for persons with severe mental illness in an urban county jail. *Psychiatr Serv.* 2007; 58:782–786
89. **Torrey, E.F., 2001.**  
*Surviving Schizophrenia: A Manual For Families, Consumers, and Providers*, 4th ed. Harper–Collins, New York.
90. **ESTROFF SE, ZIMMER C.**  
Social networks, social support and violence among persons with severe persistent illness. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder.* Chicago: The University of Chicago Press; 1994. p. 259–95.
91. **NOBLE P, RODGER S. Violence by psychiatric inpatients. Br J Psychiatry** 1989; 155:384–90.93–

92. **RUSSO G, SALOMONE L, DELLA VILLA L.**  
The characteristics of criminal and non criminal mentally disordered patients. *Int J law Psychiatry* 2003; 26:417–35.
93. **SHAW J, APPLEBY L, AMOS T, ET AL.**  
Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. *BMJ* 1999; 318:1240–4.
94. **JOYAL CC, PUTKONEN P, PAAVOLA P, TIIHONEN J.**  
Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34:433–42.
95. **JUNGINGER J.**  
Psychosis and violence : The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr. Bull.* 1996 ;22 :91–103
96. **KRAKOWSKI M., CZOBO P., CHOU JC.**  
Course of violence in patients with schizophrenia : relationship to clinical symptoms. *Schizophr. Bull.* 1999; 25:505–517.
97. **TAYLOR PJ., LEESE M., WILLIAMS D., BUTWELL M., DALY R., LARKIN E.**  
Mental Disorder and violence: a special high security hospital study. *Br J Psychiatry.* 1998 ;172:218–224
98. **LARGE M., NIELSSEN O.**  
Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol.* 2008; 43:37–44.
99. **WESSELY et al. 1993) (282 WESSELY S., BUCHANAN A., REED A., CUTTING J., EVERITT B., GARETY P., et al.**  
Acting on delusions: Prevalence. *Br J Psychiatry.* 1993;163:69–76
100. **BJORKLYS.**  
Psychotic symptoms and violence toward others. A literature review of some preliminary findings. Part 2: Hallucinations. *Aggress Violent Behav.* 2002; 7:605–615.
101. **NIELSSEN O., WESTMORE B., LARGE M., HAYES R.**  
Homicide during psychotic illness in New South Wales Between 1993 et 2002. *Med J Australia.* 2007; 186(6):301–304.

102. **STOMPE T., ORTWEIN-SWOBODA G., SCHANDA H.**  
Schizophrenia, delusional symptoms, and violence; The Threat/Control-Override concept re-examined. *Schizophr. Bull.* 2004; 30:31-44.
103. **BJORKLY S.**  
Psychotic symptoms and violence towards others; a literature review of some preliminary findings. Part 1: Delusions. *Aggression Violent Behav.* 2007;7:617-631.
104. **Nolan, K.A., Czobor, P., Roy, B.B., Platt, M.M., Shope, C.B., Citrome, L.L., Volavka, J., 2003.**  
Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr. Serv. J. Am. Psychiatr. Assoc.* 54, 1012-1016)
105. **SHAW J, AMOS T, HUNT IM, FLYNN S, TUNRBULL P, KAPUR N, ET AL.**  
Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ* 2004;328:734-7.
106. **JOYAL CC, PUTKONEN P, PAAVOLA P, TIIHONEN J.**  
Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34:433-42
107. **ERONEN M., ANGERMEYER MC. SCHULZE B.**  
The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33:S12-S23
108. **HUMPHREY MS., JOHNSTONE EC., Mc MILLAN JF. TAYLOR PJ.**  
Dangerous behavior preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1992;161 :501-505
109. **BENEZECH M, ADDAD M.**  
L'homicide des psychotiques en France. A propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981). *Ann Med Psychol* 1982;141:101-6.



# قسم الطبيب

أقسِم بالله العَظِيم

أن أراقبَ الله في مهنتي.

وأن أصونَ حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكونَ على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقرَ من علمني، وأعلمَ من يصغرني، وأكونَ أخاً لكلِّ زميلٍ في المهنة

الطبية متعاونين على البرِّ والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرِّي وعَلائيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

# الخصائص السريرية والوبائية للمرضى النزليين بمصحة الطب النفسي والمتابعين من أجل جنيات مستشفى ابن نفيس

## الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/07/02  
من طرف

**السيد أيوب العلوي**

المزداد بتاريخ في 02 يناير 1995 بمراكش  
**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

### الكلمات الأساسية:

اختلال عقلي - جنيات - خصائص الاجتماعية - الديموغرافية - السريرية -  
الإجرامية والقانونية التنبؤ بخطورة المرضى النفسيين.

## اللجنة

الرئيس	م. بروس	السيد
المشرف	أستاذ في طب الأطفال - اختصاص الجهاز العصبي ف. منودي	السيدة
الحكام	أستاذة في الطب النفسي إ. عدالي	السيدة
	أستاذة في الطب النفسي. ع. دامي	السيد
	أستاذ في الطب الشرعي	

