

Auteurs d'homicides et de tentatives d'homicides, quelles caractéristiques ?

Etude portant sur des rapports d'expertises psychiatriques faits au Cameroun

Mbassa Menick D

Service de Psychiatrie, Hôpital Jamot, B.P. 25254, Messa Yaoundé, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB), Université de Yaoundé I, Cameroun.

Med Trop 2009 ; **69** : 255-262

RÉSUMÉ • L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques sociodémographiques, psychopathologiques et psycho criminologiques d'une population d'auteurs d'homicides et de tentatives d'homicides, reçus à la clinique psychiatrique de l'hôpital Jamot de Yaoundé au Cameroun. L'échantillon comprenait 12 personnes ayant été expertisées du 1^{er} mars 2002 au 31 juillet 2006 à la demande d'un juge ou d'un officier de police judiciaire. Sur 12 auteurs d'homicides identifiés il y avait 8 hommes (66,7%) et 4 femmes (33,3%), d'âge moyen 18,3 ans. Le plus jeune des criminels avait 17 ans au moment des faits, le plus âgé avait 43 ans. Les 12 auteurs d'homicides ont fait un total de 16 victimes dont 14 meurtres et 2 blessés graves ayant survécu à leurs blessures grâce à une intervention rapide des services médicaux. Dans 8 cas sur 12, l'acte criminel coïncidait avec une période particulière de leur vie caractérisée par des difficultés personnelles alors que pour 4 autres, aucun événement particulier n'était mis en lien avec les faits. Pour commettre le crime, les auteurs d'homicides ont eu recours à la strangulation, aux coups et aux armes blanches (couteaux et machettes) dans 87,5% des cas et les victimes étaient le plus souvent attaquées chez elles (68,8% des cas). Le diagnostic principal sur la base des critères du CIM10 comprenait : la schizophrénie, n = 5 (41,7%), les troubles délirants persistants, n = 3 (25,0%) et la psychopathie, n = 1 (8,3%). 9 auteurs (75,0%) d'homicides ou de sa tentative avaient des antécédents personnels de maladie mentale dont 8, depuis au moins 6 mois avant le passage à l'acte criminel et 4 parmi eux avaient déjà bénéficié d'un suivi par un psychiatre dont 2 en hospitalisation pour un ou plusieurs épisodes antérieurs de décompensation psychotique. Seize victimes ont été enregistrées parmi lesquelles, 8 de sexe masculin et 8 de sexe féminin. Parmi elles, nous avons dénombré 5 adultes (31,3%) et 11 enfants (68,7%). Parmi ces enfants, 9 étaient victimes de meurtres (81,8%) et 2 victimes de tentatives de meurtre (18,2%). Sur les 5 adultes victimes, 1 était de sexe féminin et 4 de sexe masculin. Parmi les mineurs victimes d'homicide, il y avait 6 filles et 3 garçons dont un adolescent de 17 ans. L'âge des autres mineurs était compris entre 18 mois et 8 ans. L'étude relève trois indicateurs : la forte implication des malades mentaux dans les violences homicides (66,7%) majoritairement des schizophrènes, l'existence d'une importante pédocriminalité (11 enfants sur 16 victimes), soulevant le problème de la vulnérabilité des enfants qui nécessitent des mesures de protection et de prévention particulières, le problème des malades mentaux errants et celui de leur dangerosité pour la société.

MOTS-CLÉS • Homicide. Infanticide. Schizophrénie. Expertise psychiatrique. Cameroun.

CHARACTERISTICS OF MURDER AND ATTEMPTED MURDER IN CAMEROON. STUDY BASED ON EXPERT PSYCHIATRIC COURT REPORTS.

ABSTRACT • The purpose of this study was to describe the sociodemographic, psychopathologic and criminological features associated with homicide based on review of expert psychiatric court reports describing murder and attempted murder perpetrators examined at Jamot Hospital in Yaoundé, Cameroon. The study cohort comprised reports describing 12 offenders who were examined at the request of a judge or public prosecutor from March 1, 2002 to July 31, 2006. There were 8 men (66.7%) and 4 women (33.3%) with a mean age of 18.3 years (range, 17 to 43 years). In 8 cases the criminal act coincided with a difficult period in the offender's life. In the remaining 4 cases the act could not be linked to a specific life event. Assaults were carried out by strangulation, battery, or stabbing (knives or machetes) in 87.5% of cases and occurred at the victim's home in 68.8% of cases. The main mental disorders diagnosed using the ICD-10 classification were schizophrenia in 41.7% of cases (n = 5), chronic delirium in 25.0% (n = 3), and personality disorder in 8.3% (n = 1). Nine offenders (75.0%) had a history of mental disorder including 8 within at least six months preceding the assault. Four offenders had already received psychiatric treatment including 2 who required hospitalization following one or more episodes of psychotic decompensation. There were a total of 16 victims including 14 that died and 2 that were seriously wounded but survived thanks to prompt medical attention. The victims included 8 males and 8 females with 11 children (68.7%) and 5 adults (31.3%). In the child group 9 victims died (81.8%) and 2 survived (18.2%). Except one 17-year-old teenager, the 6 female and 3 male child victims were between the ages of 18 months and 8 years. The adult victims included 1 female and 4 males. The main findings of this study were the high incidence of mental disease, especially schizophrenics (66.7%), associated with homicide and the high number of child victims (62.5%). The first finding underlines the public danger of releasing mental patients without psychiatric care or assistance. The second finding highlights the special vulnerability of children and raises questions about the need for special protection and preventive measures.

KEY WORDS • Homicide. Infanticide. Schizophrenia. Psychiatric court reports. Cameroon.

Les crimes de sang alimentent régulièrement la chronique médiatique au Cameroun sans pour autant que les services judiciaires mettent à contribution les professionnels de champs divers intéressés par cette problématique comme les historiens, sociologues, criminologues, psychiatres et psychologues pour comprendre le phénomène criminel et éclairer l'opinion publique souvent désemparée devant l'absurdité de certains drames. Du coup, l'absence de connaissances scientifiques sur les homicides surprend et interroge. C'est là qu'intervient la psychiatrie. Mais la psychiatrie a toujours

des représentations composites, à la fois chargées d'ambivalence, de peurs, de suspicion et de rejet. La société confère parfois aux professionnels de ce champ de la médecine, des missions qui s'éloignent du rôle qu'ils devraient réellement jouer en santé mentale. Sa vitrine est la psychiatrie légale, une discipline située à l'interface entre la justice et de la psychopathologie. Elle présente un regain d'intérêt quand les dangers apparaissent.

La dangerosité est un terme aux diverses connotations. Il évoque la violence, qu'elle soit physique ou psychologique. Elle suscite la peur et l'émotion et motive l'intervention du spécialiste qui est supposé en connaître les déterminismes et qui probablement saura les enrayer. C'est le rôle que la société fait souvent jouer au psy-

• Correspondance : menickfr@yahoo.fr

• Article reçu le 15/10/2007, définitivement accepté le 9/12/08.

chiatre en lui demandant d'éclairer la justice sur tel ou tel comportement humain qui dépasse son entendement. L'expertise psychiatrique pénale diligentée par le juge vise alors à séparer les criminels des malades mentaux, ou plutôt à séparer les délinquants non malades à punir, des malades délinquants à soigner afin que les prisons ne deviennent pas les nouveaux asiles de la république (1). Il s'agit de se prononcer sur l'état de conscience au temps de l'action, sur la curabilité, sur l'accessibilité à une sanction pénale, ou de distinguer la violence liée à la pathologie mentale de la violence d'origine criminologique. Associée au volet psychologique, l'expertise psychiatrique permet d'évaluer les possibilités de réinsertions physiques, professionnelles, les possibilités émotionnelles et affectives du criminel (2).

En France, l'expertise psychiatrique pénale a des règles de procédure générale relatives à la désignation des experts (choisis parmi les personnes physiques ou morales), à leur inscription sur une liste nationale dressée par la Cour de Cassation ou sur une des listes dressées par les Cours d'Appel, à leur prestation de serment, à leur mission, au délai de rédaction et de remise du rapport et enfin les règles relatives aux conclusions de son document conformément à l'article 81 du code de procédure pénale française (3). Cette disposition est généralement respectée de tous et l'expertise pénale est systématique voire obligatoire pour tout acte ayant un caractère criminel qu'il y ait troubles mentaux ou non. Que la désignation d'un expert ait lieu pendant l'instruction ou au moment du jugement, celle-ci est toujours l'œuvre d'un juge français. La chambre criminelle de la Cour de cassation, dans un arrêt en date du 2 septembre 1986, a précisé que l'officier de police judiciaire même chargé d'une commission rogatoire par le juge d'instruction n'a pas compétence pour ordonner une expertise. Cet arrêt est logique, puisque l'officier de police judiciaire même chargé d'une commission rogatoire n'est pas un juge (3). A titre exceptionnel, les juridictions peuvent, par décision motivée, choisir des experts ne figurant sur aucune des listes.

Au Cameroun, la désignation d'un expert psychiatre n'est pas systématique en matière criminelle. Elle n'est même pas toujours l'œuvre d'un juge camerounais. Elle peut et elle est souvent ordonnée par un officier de police judiciaire chargé ou non d'une commission rogatoire par un juge, en l'occurrence le président du tribunal de céans ou le procureur de la république. Ce qui pourrait donner lieu à des abus en tout genre. Pis encore, il y a souvent à la clé, une mission floue et très mal définie tel qu'en témoigne les exemples ci-dessous mentionnés : « Examiner X afin de nous adresser un rapport détaillant l'équilibre mental de l'intéressé auteur des blessures sur son enfant » ; « Examiner X auteur de blessures sur une enfant de son voisinage » ; « Procéder à la consultation du nommé X et faire un rapport détaillé sur l'état mental et psychologique de l'intéressé » ; « Examiner X et répondre aux questions suivantes : s'agit-il d'un psychopathe véritable ? À quand remonterait le mal ? Les comportements psychiques sont-ils séquentiels ou permanents ? S'agit-il d'une démence partielle ? » ; Au sujet d'un meurtre « Examiner X pour déterminer son état mental » ou encore « Examiner la nommée X notamment son état mental, spécifier le caractère total ou partiel de la démence, préciser notamment si ladite maladie est telle que la volonté a été abolie ou que la susnommée n'a pu avoir conscience du caractère répréhensible de son acte ». L'expert psychiatre qui, du reste n'a pas l'obligation légale d'être inscrit sur une liste nationale, devra malheureusement naviguer dans ce flou sans aucun repère clairement défini. C'est une grande carence du droit pénal camerounais. En France, les contours de cette mission sont généralement très bien cernés grâce au recours à un

questionnaire pré-imprimé, qui reprend les termes de l'article 122-1 du code pénal français (3).

Le dispositif de cet article stipule : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé son discernement demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». Ce questionnaire comporte plusieurs questions posées aux experts : « 1) - L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent. 2) - L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ? 3) - Le sujet présente-t-il un état dangereux pour lui-même ou pour autrui ? 4) - Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ? 5) - Le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré son discernement ou le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du code pénal ? 6) - Le sujet a-t-il agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 122-2 du code pénal ? 7) - Le sujet est-il curable ou réadaptable ? »

Ainsi, pendant près de cinq ans, au cours de l'exercice de la psychiatrie à l'hôpital Jamot de Yaoundé, nous nous sommes rendus compte de la rareté de la demande des expertises psychiatriques pénales par les services judiciaires. Cette rareté des expertises contrastait avec la forte criminalité ambiante et le nombre d'affaires jugées en matière criminelle dans la capitale politique du Cameroun en particulier et dans tout le pays en général. La présente étude s'inscrit dans une démarche exploratoire et se donne pour objectif de décrire les caractéristiques sociales, psychopathologiques et psychocriminologiques des auteurs d'homicides pathologiques ou non étant entendu qu'un crime est supposé pathologique dès lors qu'il a été commis par une personne atteinte de troubles mentaux (4).

Méthodologie

Ce travail est une étude rétrospective sur dossiers conduite au service de psychiatrie de l'hôpital Jamot de Yaoundé au Cameroun. Il s'agit d'un service pour adultes qui accueille la plus grande partie de la clientèle camerounaise en santé mentale et en quête de soins. Il draine également des patients en provenance de certains pays voisins du Cameroun comme la Guinée Equatoriale, la République Centrafricaine et le Tchad.

L'étude a été réalisée sur une période de 53 mois allant du 1er Mars 2002 au 31 Juillet 2006. Ont été systématiquement incluses, toutes les expertises psychiatriques pénales ordonnées ou non par les juges pour des affaires criminelles (le mot crime est employé ici au sens juridique du terme, c'est à dire qu'il s'agit d'un acte relevant de procédures criminelles) en cours d'instruction ou de jugement dans n'importe quel tribunal de grande instance de l'ensemble du territoire national. Elle a concerné 12 affaires criminelles impliquant 12 auteurs d'homicides, tentatives d'homicides ou bien des coups mortels et 16 victimes (décédés ou non). Aucune sélection n'a été réalisée. L'étude a pris en compte la totalité des expertises de la période, telles qu'elles ont été diligentées et conservées au service de psychiatrie de l'hôpital Jamot après avoir été notifiées aux 4 tribunaux de grandes instances requérants (les TGI du Mfoundi et Yaoundé, de Bafia, de Monatélé et de Mbouda). Ces

Auteurs d'homicides et de tentatives d'homicides, quelles caractéristiques ?

expertises ont été réalisées par le même psychiatre. Le pays n'en compte que 5 dont 3 à Yaoundé et 2 à Douala pour une population estimée à environ 20 millions d'habitants.

Le dépouillement de l'intégralité du contenu des expertises s'est effectué sur la base d'une grille de lecture cherchant à retracer la trajectoire biographique des auteurs (données familiales, scolaires, professionnelles, état de santé, antécédents, expériences diverses..., l'histoire des relations entre les deux acteurs ainsi que les circonstances du crime). Les données recueillies ont fait l'objet d'analyses cliniques et statistiques descriptives afin de dégager des tendances générales de l'échantillon. Pour les limites relatives aux données à traiter (qualitative) et au faible échantillon (n = 12) et par soucis de répondre aux objectifs que nous nous sommes assignés, nous avons opté pour une méthodologie mixte combinant analyse qualitative et quantitative.

Résultats

Au total, 12 auteurs d'homicides ont été retrouvés parmi lesquels 8 hommes (66,7 %) et 4 femmes (33,3 %), d'âge moyen 18,33 ans. Le plus jeune des criminels avait 17 ans au moment des faits, le plus âgé avait 43 ans. Les 12 auteurs d'homicides ont fait un total de 16 victimes dont 14 meurtres (87,5 %) et 2 blessés graves (12,5 %) ayant survécu à leurs blessures grâce à une intervention rapide des services médicaux. Tous les auteurs de ces crimes étaient de nationalité camerounaise et une victime sur les 16 était de nationalité étrangère.

Caractéristiques socio-démographiques des auteurs

La grande majorité des criminels étaient âgés de moins de 35 ans (91,67 %).

- Niveau d'éducation (n = 12)

Cinq (41,7 %) auteurs de crime avaient un niveau d'études primaires sans qualification professionnelle, 6 (50,0 %) avaient le niveau du secondaire et 1 (8,3 %) avait le niveau supérieur.

- Statut professionnel (n = 12)

Avant l'incarcération, 8 (66,7 %) étaient sans profession, 2 (16,7 %) étaient encore des élèves et 2 (16,7 %) exerçaient une activité professionnelle.

- Logement et statut matrimonial (n = 12)

Neuf (75,0 %) auteurs de crimes sur 12 vivaient encore au domicile parental, 1 était sans domicile fixe (8,3 %) et 2 (16,7 %) vivaient chez eux. 11 d'entre eux étaient célibataires (96,7 %) et 1 seul était marié (3,3 %).

- Rang dans la fratrie (n = 12)

Quatre (33,3 %) criminels étaient aînés de leur famille, 4 étaient fils unique (33,3 %), cadets et benjamins étaient représentés à parts égales soit 2 personnes chacune.

Tableau I. Age des auteurs.

Age	Fréquence (n = 12)	%
15-24	3	25,0
25-34	8	66,7
35-44	1	8,3
Total	12	100,0

Tableau II. Modalité du crime.

Moyen utilisé	Fréquence (n = 16)	%
Strangulation	5	31,25
Coups de poings, de pieds, ou de bâtons...	5	31,25
Arme blanche	4	25,0
Noyade	2	12,5
Total	16	100,0

- Evénements de vie (n = 12)

- décès des parents, n = 5 (41,7 %);
- séparation ou divorce des parents, n = 3 (25,0 %);
- famille monoparentale, n = 3 (25,0 %);
- auteurs parents d'un ou de plusieurs enfants n = 6 (50,0 %);
- antécédent d'abus sexuels, n = 1 (8,3 %);
- abandon ou enfant de la rue, n = 1 (8,3 %).

L'auteur a été élevé principalement par ses deux parents 4 fois (33,3 %), par un seul parent 4 fois (33,3 %), par un autre membre de la famille 1 fois (8,4 %). Il a connu plusieurs situations successives 3 fois (25,0 %) dont 1 qui a fini son parcours dans la rue. Cela veut dire que la monoparentalité serait incriminée dans la genèse de la criminalité dans 33,3 % des cas avec une forte proportion de situations familiales particulièrement déstructurées (25,0 %).

Caractéristiques psychocriminologiques et psychopathologiques

- L'avant acte

Dans 8 cas sur 12 (66,7 %), l'acte criminel coïncidait avec une période particulière de leur vie caractérisée par des difficultés personnelles (mal être, graves troubles pathologiques, reviviscence d'événements traumatiques, décès d'un proche, séparations parentales, ruptures sentimentales, rang dans la fratrie avec ce que cela implique pour l'Africain, difficultés socioéconomiques, chômeages, naissance...) alors que pour 4 (33,3 %) autres aucun événement particulier n'était mis en lien avec les faits. Le tableau II présente les modalités des crimes.

Les auteurs d'homicides ont le plus souvent (87,5 %) eu recours à la strangulation, aux coups et aux armes blanches (cou-teaux et machettes).

Le tableau III présente la répartition des lieux de crimes.

Les victimes étaient le plus souvent attaquées chez elles (68,8 % des cas).

- Comportement lors du crime (n = 16).

L'agresseur était unique et il s'agissait d'un crime confrontationnel dans tous les cas. Dans 10/16 cas (62,5 %), il s'agissait d'une agression non planifiée, alors que 6/16 (37,5 %) agresseurs avait l'intention de tuer. Dans un cas (6,3 %), il y avait eu une dispute préalable. 2/16 (12,5 %) sujets étaient sous l'influence de l'alcool et 1/16 (6,3 %) du cannabis.

Tableau III. Lieu du crime.

Lieu du crime	Fréquence (n = 16)	%
Domicile de la victime exclusivement	9	56,25
Extérieur (forêt, école, rue, cours d'eau...)	5	31,25
Domicile commun	2	12,5
Total	16	100,0

Tableau IV. Classification des homicides adaptée de Ressler et al. citée par Le Bihan (5) pour les besoins de l'étude (Crime classification manual, 1993).

	Homicide unique	Homicide double	Homicide triple	Meurtre de masse	Meurtre de bordée	Meurtre en série
Nombre de victimes	7	4	0	0	0	3
Nombre d'événements criminels	7	3	0	0	0	3
Nombre de lieu du crime	7	3	0	0	0	1
Période de calme entre les crimes	-	-	-	-	-	Oui

• *Comportement et vécu après le crime (n = 16)*

93,8% (15/16) des agresseurs n'ont pas tenté de se suicider, 81,3% (13/16) ne se sont pas dénoncés spontanément, 81,3% (13/16) n'ont pas regretté le crime. 75,0% (12/16) présentaient une froideur affective. 71,4% (10/14) n'ont pas dissimulé le corps et 62,5% (10/16) ont quitté le lieu ou la scène du crime. 62,5% (10/16) ont été arrêtés dans les 24 heures qui ont suivi le crime

• *Antécédents de l'agresseur*

Neuf auteurs (75,0%) d'homicides ou de tentatives d'homicides avaient des antécédents personnels de maladie mentale dont 8 depuis au moins 6 mois avant le passage à l'acte criminel. Parmi ces 8 sujets, 4 avaient déjà bénéficié d'un suivi par un psychiatre dont 2 en hospitalisation pour un ou plusieurs épisodes de décompensation psychotique antérieurs. Au moment des faits, sur les 8, 2 étaient en cours de traitement traditionnel chez un guérisseur. L'un d'entre eux a tué sa guérisseuse et l'autre a tué les 2 fillettes de son guérisseur. Un autre criminel avait été hospitalisé un an avant ses crimes pour un état d'agitation et s'était évadé de l'hôpital le lendemain.

Les 6 autres auteurs de crimes n'avaient pas de suivi thérapeutique au moment des faits. Ils avaient manifestement des symptômes de troubles mentaux depuis plusieurs mois à plusieurs années mais ils ne recevaient aucun traitement. Leurs familles respectives s'accommodaient de leur état morbide et toléraient leurs troubles du comportement. En ce qui concerne les antécédents judiciaires, l'un des agresseurs avait été poursuivi pour vol et détention illégale d'une arme à feu et un autre pour vol simple.

Parmi les 12 sujets, 10 (83,3%) étaient des primo délinquants. La qualité de vie affective de ces personnes était insatisfaisante dans l'ensemble comme l'ont témoigné : les séparations parentales, les changements fréquents de lieux de vie dans l'enfance et/ou l'adolescence, le décès d'un ou des 2 parents, les déceptions sentimentales, la dépendance matérielle vis à vis des parents, l'absence d'un parent (monoparentalité), les conditions socioéconomiques précaires, etc. Un seul cas d'agressions sexuelles dans l'adolescence a été signalé. Ce dernier légitimait son acte pour mettre un terme à ces agressions à répétition.

Les chefs d'inculpation qui revenaient étaient les suivants : homicide ou meurtre, assassinat, coups et blessures, tentative de meurtre, vol et détention illégale d'une arme à feu...

• *Pathologies identifiées (n = 12) : diagnostic principal sur la base des critères du CIM10*

Les pathologies identifiées étaient la schizophrénie, n = 5 (41,7%), les troubles délirants persistants, n = 3 (25,0%), la psychopathie, n = 1 (8,3%). Trois sujets étaient déclarés indemnes de toute affection mentale (25,0%).

La violence a été sous tendue par un processus délirant et hallucinatoire (sentiment de menace, idées de persécutions, injonctions hallucinatoires...) dans 66,7% des cas, soit chez 8 sujets.

• *Troubles associés*

Les troubles associés étaient la présence d'une personnalité dyssociale dans deux cas (16,7%), la dépendance au cannabis dans un cas (8,3%), l'impulsivité dans 7 cas (58,3%) et une mauvaise estime de soi dans 6 cas (50,0%).

D'après la classification de Robert Ressler *et al.*, citée par Le Bihan (5) (Tableau IV), il y a eu trois types d'homicides : les homicides uniques (n = 7), les homicides doubles (n = 2) ayant fait 4 victimes et les homicides ou meurtres en série ayant fait 3 enfants victimes. L'auteur était un jeune homme répondant aux critères de tueurs en série ou tueurs à victimes multiples décrit par le Dr Pistorius cité par Couturier (6) : C'est-à-dire «... un individu qui tue plusieurs victimes, habituellement des étrangers ou des inconnus, en plusieurs fois, rarement dans les mêmes lieux et avec une période de rémission entre les meurtres. Sa motivation est intrinsèque ou endogène. Il est mû par une compulsion irrésistible, alimentée par des fantasmes, aboutissant à la torture ou à la mutilation des ses victimes ».

Ce tueur avait 19 ans, il a tué plusieurs victimes inconnues en plusieurs fois, mais dans un même lieu repéré avant le 1^{er} crime, avec des périodes de rémissions entre les trois meurtres allant de 1 à 2 mois. Les corps de ses victimes étaient très mutilés car il emportait à chaque fois un trophée composé des deux yeux, de la langue et du cœur de ces victimes qu'il extirpait après son forfait. Sa mise à mort consistait à claquer violemment la tête de ses victimes plusieurs fois contre un tronc d'arbre jusqu'à ce que la mort s'ensuive. Ensuite à l'aide des tessons obtenus en cassant une bouteille, il les mutilait sauvagement pour extraire les organes ci-dessus mentionnés.

• *Demande d'expertise et chefs d'inculpation*

Les expertises ont été diligentées par un juge au cours de l'instruction ou du jugement 8 fois sur 12 (66,7%) et par un officier de police judiciaire (policier ou gendarme) sans commission rogatoire d'un juge 4 fois sur 12 (33,3%). Les expertises étaient demandées dans les délais allant de 4 jours à 4 ans, 1 mois et 15 jours après les faits.

Les victimes (n = 16)

Il y avait 8 victimes de sexe masculin et 8 victimes de sexe féminin. Sur les 16 victimes nous avons dénombré 5 adultes (31,3%) et 11 enfants (68,7%) parmi lesquelles, 9 victimes de meurtres

Tableau V. Nature des relations auteurs-victimes.

Relation auteur-victime	Fréquence	%
Relation familiale	4	25,0
Victime inconnue ou de proximité	3	18,8
Se côtoyaient dans une relation ou un espace thérapeutique traditionnel	3	18,8
Relation de voisinage	2	12,5
Rivalité amoureuse	2	12,5
Camarade de classe	1	6,2
Total	16	100,0

Auteurs d'homicides et de tentatives d'homicides, quelles caractéristiques ?

(81,8 %) et 2 victimes de tentative de meurtre (18,2 %). Sur les 5 adultes victimes, 1 était de sexe féminin et 4 de sexe masculin. Parmi les mineurs victimes d'homicide ou de sa tentative, il y avait 6 filles et 3 garçons dont un adolescent de 17 ans. L'âge des autres mineurs était compris entre 18 mois et 8 ans.

Le tableau V rapporte la nature des relations entre auteurs et victimes.

Le tableau ci-dessus indique que 13 fois sur 16, l'auteur et la victime se connaissaient et/ou se côtoyaient (81,2 %). Les trois victimes inconnues ont été tuées par le jeune homme de 19 ans qui répondait aux critères qualifiant un tueur en série.

Discussion

L'étude d'une population de 12 auteurs de crimes de sang expertisés au service de psychiatrie de l'hôpital Jamot de Yaoundé a été effectuée dans le but de déterminer leur profil sociodémographique, psychopathologique et psychocriminologique. Elle a permis de constater que les expertises psychiatriques pénales sont rarement demandées par les services judiciaires puisque celles-ci ne sont pas systématiquement ordonnées pour toutes les affaires criminelles instruites et jugées au Cameroun quel que soit le ressort territorial de la juridiction.

Elles ne sont souvent diligentées que lorsque l'auteur d'une infraction présente manifestement et/ou bruyamment des troubles du comportement. Cette extrême rareté tient aussi au fait que cette disposition n'est pas prévue dans le code de procédure pénale camerounais, du moins celui qui était en vigueur au moment où nous avons entrepris cette étude. L'on pourrait aussi expliquer la quasi absence des demandes d'expertises par la rareté des psychiatres, lesquels ne sont qu'un nombre de cinq pour un pays d'environ 17 à 20 millions d'habitants. Dans ce travail d'expertise, non seulement leur mission est souvent floue et très mal définie, mais les experts psychiatres n'ont pas accès au dossier de l'instruction et ne sont pas tenus ou obligés de comparaître à la barre pour présenter les résultats de leurs investigations.

Dans cette étude la majorité des auteurs d'homicides avaient entre 15 et 34 ans (91,66 %) (Tableau I). Le plus jeune d'entre eux avait 17 ans et le plus âgé avait 43 ans. Il y avait une surreprésentation masculine (66,7 %) par rapport aux femmes (33,3 %). Il s'agit majoritairement d'une affaire de jeunes adultes de sexe masculin. Nos résultats sont cependant différents en terme de sexe des statistiques françaises qui rapportent que 85 à 90 % des auteurs sont des hommes contre 15 % des femmes, mais semblables en terme de tranches d'âges (4, 5, 7, 8). Les résultats de cette étude confirment la rareté des homicides commis par les mineurs (4,5). La criminalité féminine est sur représentée dans ce travail (33 %) et ne semble pas un phénomène singulier, rare ou marginal comme l'ont relevé d'autres auteurs africains et occidentaux (9-21). Mais la part des femmes ne concernait que les tentatives ou les meurtres d'enfants. Cependant, le meurtre d'enfants ou l'infanticide n'est pas spécifiquement féminin à Yaoundé puisque 7 enfants ont été tués par des hommes sur les 9 recensés.

Les auteurs d'homicides ou de tentative d'homicides avaient un bas niveau d'instruction dont 41,7 % avec le niveau du primaire, 50,0 % avec celui du secondaire et 8,3 % avec celui du supérieur. Cette tendance a été observée dans l'étude de Mucchielli (8), mais le niveau d'instruction de notre série était supérieur à celui de la cohorte de Le Bihan et Bénézech (4) qui comprenait 33 % de non scolarisés. Nos clients appartenaient généralement aux milieux populaires défavorisés, souvent sans profession et aux familles

pauvres (66,7 %). Il s'agit également d'une tendance observée par les auteurs occidentaux (4, 5, 7, 8).

Le statut familial ou matrimonial des auteurs d'homicides a montré une large majorité de célibataires (96,7 %). Ces résultats ne concordent pas avec ceux de Le Bihan et Bénézech (4) et de Le Bihan (5) qui ont identifié 33 % de mariés et 8 % de personnes vivant en couple (concubinage) contre 51 % de célibataires et 8 % de divorcés. Cette forte tendance au célibat pourrait expliquer en partie la raison pour laquelle la majorité de ces auteurs (75 %) vivaient encore au domicile parental, ainsi que leur dépendance affective et matérielle vis-à-vis de ces derniers. Cette situation pourrait trouver une autre explication dans leur état de santé mental dégradé.

L'examen des systèmes familiaux d'origine a montré que dans 33,3 % des cas seulement, les auteurs avaient été élevés par les deux parents. Dans la même proportion, ils étaient élevés par l'un des parents (toujours la mère) ou avaient un rapport épisodique et très distant avec eux lorsqu'ils étaient ensemble ou encore, avaient connu une succession de situations alternant absence et présence de l'un ou de l'autre des parents avec des passages chez d'autres figures de parenté à l'origine de carences et/ou mutilations éducatives et affectives importantes. Si ce résultat se rapproche de ceux de Mucchielli (7, 8) en ce qui concerne la forte proportion de familles déstructurées, par contre il rentre en contradiction avec ses travaux sur la monoparentalité qui était élevée dans notre série (33,3 %) contre 4 % seulement dans ses études. Ces données confirment le courant qui incrimine la monoparentalité dans la genèse de la criminalité.

Les auteurs d'homicides de notre étude étaient dans 66,7 % des cas des aînés de leur famille ou des fils uniques. Mais la principale spécificité de notre échantillon réside dans la forte proportion des meurtriers aînés de leur famille (33,3 %). En effet, l'on peut s'interroger sur leur contribution dans la criminalité lorsque l'on sait qu'en Afrique, ils ont un drôle de destin. Une seule alternative leur est offerte : soit ils deviennent des hommes soit ils deviennent fous (22). Dans ce sens, les données sociodémographiques recueillies ici signalent une intégration et une autonomie sociale incertaine et peu satisfaisante pour la plupart des criminels comme en témoignent : le manque d'emploi, le célibat, la vie chez les parents, la maladie mentale, le faible niveau d'instruction et de qualification ainsi que l'entrée précoce dans la vie de couple pour les femmes avec grossesses précoces. En plus de cette autonomie sociale peu satisfaisante, leurs situations socioéconomiques étaient précaires tout comme celle de leurs familles respectives.

Comme moyen du crime, les auteurs d'homicides de cette série utilisaient essentiellement leurs mains et tuaient leurs victimes par strangulation (31,25 %), à l'aide des coups (31,25 %) ou d'une arme blanche (25,0 %). Cela voudrait simplement dire que l'arme à feu n'est pas nécessaire pour tuer. Ces résultats se rapprochent de ceux des études occidentales même si l'on signale aussi dans le cas des armes à feux, des armes d'opportunité trouvées dans l'environnement immédiat du crime ou une combinaison de moyens (4, 5, 7, 8). Dans 68,8 % des cas le crime avait lieu au domicile de la victime et/ou de l'auteur. Nos résultats sont en accord avec ceux d'autres études qui ont indiqué des proportions semblables à l'extérieur comme chez la victime et/ou chez l'auteur (4, 5, 7, 8).

S'agissant du comportement des criminels pendant l'acte, nos résultats divergent de ceux de Le Bihan (5) en ce qui concerne, l'intention de donner la mort, la dispute préalable au crime et le recours à la drogue ou à l'alcool. L'intention de tuer a été retrouvée dans 37,5 % des cas contre 86 % chez Le Bihan (5). Il y avait une dispute préalable dans 6,25 % des cas dans cette étude contre

54 % chez Le Bihan (5). 12 % de nos criminels étaient sous l'influence de l'alcool et 6, 25 % sous l'influence du cannabis. Dans la littérature criminologique, des études ont donné des résultats convergents sur l'importance de l'alcool dans le passage à l'acte meurtrier (4, 5, 7, 8). Ces études indiquent que près de la moitié des affaires criminelles sont concernées. Cependant, dans la plupart des cas, l'alcool opère simplement une désinhibition qui permet à l'individu d'exprimer émotionnellement et physiquement un sentiment d'ordinaire contrôlé ou simplement verbalisé. Mais dans certains cas, l'alcool agit comme un stimulateur émotionnel extrêmement puissant, qui libère le malaise psychologique des individus sous la forme d'une violence soudaine et dévastatrice (7, 8).

A propos du comportement du criminel après le forfait, nos résultats sont presque superposables à ceux de Le Bihan (5) excepté la conduite de séparation. Les résultats des expertises ont conclu à une schizophrénie dans 41,7 % des cas, un trouble délirant persistant dans 25,0 % des cas, une psychopathie dans 8,3 % des cas, 25,0 % des sujets étant déclarés indemnes de toute affection mentale au moment des faits. Si nos résultats se rapprochent de ceux de Le Bihan (5) en ce qui concerne les pathologies diagnostiquées, les points de divergence tiennent de ce que 25,0 % de nos sujets étaient déclarés indemnes de toute affection mentale au temps de l'action et seulement 4 auteurs de crimes de notre série avaient déjà bénéficié d'un suivi médical ou traditionnel contrairement à la série de Le Bihan (5) dans laquelle tous les sujets étaient des malades mentaux connus ayant déjà bénéficié de suivi psychiatrique même si au moment des faits, la grande majorité d'entre eux n'était pas suivi et ne recevait aucun traitement. Cependant, 33, 3 % des criminels étaient déclarés responsables de leurs actes dans l'étude de cet auteur.

La violence a été sous tendue par un processus délirant et hallucinatoire dans 66,7 % des cas. Ce groupe correspond aux patients pour lesquels la violence apparaît seulement en phase processuelle, très symptomatique. La question du traitement des malades devient alors cruciale pour la compréhension de la criminalité pathologique. L'efficacité des neuroleptiques sur l'agressivité et les comportements violents est clairement démontrée. Dans cette perspective, la non adhésion au traitement ou l'absence de traitement médicamenteux, eux-mêmes en partie liés à l'anosognosie (absence de conscience de la maladie), au déni de la maladie, à la pauvreté ambiante, à la grande tolérance de la maladie mentale par les familles africaines, à l'absence de structures de soins en santé mentale et plus généralement à l'absence d'une politique nationale de santé mentale sont des facteurs de risques supplémentaires indéniables. En Europe, le taux des homicides commis par les malades mentaux oscille entre 20 et 50 % (23). Cependant, les facteurs d'intoxication par alcool ou drogues semblent prendre dans ces chiffres une place particulièrement grande.

Bien qu'il soit clairement établi que les personnes qui souffrent de schizophrénie, ont un risque accru de commettre des actes violents par rapport à la population générale (24-26), les familles africaines tolèrent encore beaucoup leurs malades mentaux, soignés ou non et continuent de partager leur quotidien avec eux jusqu'au jour fatidique où ils commettent un acte irréparable. D'ailleurs, l'histoire des soins montre clairement qu'ils préfèrent souvent les faire soigner chez les tradithérapeutes que les conduire à l'hôpital, car la maladie mentale n'est pas toujours considérée comme une maladie (27). Il s'agit d'un « trouble indigène » qu'un médecin de formation médicale occidentale ne peut pas soigner. Souvent ils viennent à l'hôpital en dernier ressort après avoir épuisé tous les recours traditionnels possibles : groupes de prières, prêtres exorcistes, guérisseurs... (28, 29).

Même quand ils viennent consulter le psychiatre, l'histoire des soins démontre aussi qu'ils retournent souvent chez le guérisseur sans en informer le premier, disqualifiant ou mettant en échec le psychiatre. Ce départ chez un autre thérapeute (fut-il occidental, religieux ou traditionnel) n'exclut pas un retour chez le psychiatre suivi d'une autre rupture. Ces allées et venues connues sous le terme d'errance thérapeutique ont été qualifiées par la formule « se soigner en rond » (30). Il s'agit de ruptures successives de soins ou de thérapies interminables qui résument le parcours thérapeutique de la majorité de la clientèle africaine en santé mentale, et en quête d'un idéal thérapeutique ou mieux, du thérapeute idéal.

De cette étude il ressort clairement la distinction entre « dangerosité psychiatrique », sous tendue par des perturbations pathologiques (66,7 % des cas dans notre série), et « dangerosité criminologique », sous tendue par des facteurs non liés à la pathologie mentale (33, 3 % des cas dans notre série) telle qu'elle est étudiée et décrite par la psychiatrie (24-26). En d'autre terme, ce travail a permis de séparer les malades mentaux à soigner des criminels à sanctionner au lieu de faire des prisons des asiles psychiatriques de la république. Mais comme le mentionnent Del Cul et Gaillard (26), la violence d'origine criminologique pose elle-même des questions cruciales. La société camerounaise actuelle est-elle plus violente ? Quelles sont les causes de cette violence ? Quel est le poids des facteurs socio-économiques, culturels, psychologiques et biologiques en dehors de toute pathologie mentale ?

Si nous ne pouvons pas répondre à toutes ces questions dans ce travail, précisons cependant qu'un intéressant travail de James Garbarino (31) sur les raisons des crimes de sang aux Etats Unis, a rappelé que les carences affectives et éducatives précoces sur fond de ruptures successives de figures d'attachement, sont fortement incriminées dans la genèse des comportements violents et criminels chez ceux qui en ont été victimes dans leur enfance. Ainsi, nous avons retrouvé dans nos observations, des facteurs dynamiques et situationnels assez classiquement décrits : des carences affectives dans l'enfance, le rang dans la fratrie (aîné) avec ce qu'il implique en Afrique, une relation conflictuelle avec les parents, un niveau socioéconomique modeste, une relation sentimentale conflictuelle avec sentiment d'abandon, de solitude et de jalousie ou de rejet, une dépendance au cannabis ou à l'alcool, qui peuvent se traduire par un passage à l'acte dans un moment psychotique paranoïde ou non.

La classification des homicides nous a permis de distinguer 7 homicides uniques, 2 doubles homicides et 3 homicides ou meurtres à répétition (en série). Notons qu'en termes de classification, la célèbre classification des homicides de Robert Ressler, du FBI (Federal Bureau of Investigation) distingue deux types de tueurs : les tueurs organisés et les tueurs désorganisés. Celle plus récente de Michel Bénézech, expert psychiatre de l'Université de Bordeaux, inspirée de celle de Robert Ressler, a aussi distingué deux groupes de criminels : les psychopathes (organisés) et les psychotiques (inorganisés) (6).

Les caractéristiques du tueur à répétition de notre étude se rapprochent par endroits de ceux des tueurs désorganisés de Ressler et de ceux des criminels désorganisés de Bénézech : absence d'antécédents pénaux, antécédents psychiatriques, vécu solitaire, victimes inconnues ou de proximité, passage à l'acte violent, abandon des cadavres sans précaution, sujet facilement et rapidement appréhendé, carence ou absence de soins médicaux, peu de dialogue avec les victimes. Il a rempli 9 critères sur les 12 de Michel Bénézech contre 18 sur les 32 de Robert Ressler : jeune homme d'une intelligence moyenne, affectivement et socialement immature, d'une grande instabilité, sans emploi qualifié ou non, solitaire sans domi-

Auteurs d'homicides et de tentatives d'homicides, quelles caractéristiques ?

cile fixe, aux antécédents psychiatriques, ayant fait montre d'une violence paroxystique et quasi immédiate exercée sur ses victimes, avec dépersonnalisation des intéressées, corps laissés sur place, ayant eu peu de conversation avec ses victimes, ayant repéré le lieu du crime avant le passage à l'acte (connu) ; il a chaque fois laissé la scène du crime en désordre et y abandonnait les cadavres sur place, ainsi que de nombreux indices y compris l'arme. Il n'a rien changé à son mode de vie. Abandonné dès l'âge de sept ans par sa mère qui avait 7 enfants, il vivait dans la rue dans un container abandonné et fréquentait les milieux religieux catholiques où à une certaine époque il était devenu serviteur de messe. Par ailleurs, il n'avait pas d'antécédents pénaux et s'est laissé arrêter sans résistance en rôdant dans le secteur où il repérait les enfants pour les conduire à son « sanctuaire ».

Il s'agissait d'un sédentaire qui ne s'était jamais déplacé et qui avait peu de liens... Seulement dans notre cas, le tueur était issu d'une famille monoparentale et placé très tôt vers l'âge de 5 ans dans un contexte de carences affectives et éducatives importantes, il avait planifié ses meurtres, ne s'alcoolisait pas mais fumait de temps en temps du cannabis et n'a eu aucun acte sexuel avec ses victimes avant ou après le crime. Il n'a montré aucune once de remord vis-à-vis de ses actes qu'il banalisait et en parlait parfois en ricanant. Malgré le caractère désorganisé ou inorganisé de ses meurtres, ce jeune homme avait une apparence correcte et normale jusqu'au jour où l'horreur a été découverte d'où les termes « d'anormalement normaux » utilisés par le FBI. Même s'il a un profil psychotique, d'après les critères ci-dessus mentionnés, notre tueur n'était pas psychotique, c'était un psychopathe. D'ailleurs, il est actuellement admis que seuls 2 à 3 % de ces individus le sont réellement (6).

S'agissant du fait criminel lui-même (Tableau V), parmi les crimes intra familiaux, il y a avait 1 filicide, 1 tentative de filicide tels que définis par Ley et Amrane-El-Idrissi (32) ; 1 fratricide, et 1 meurtre d'enfant commis par l'oncle paternel du petit garçon. Au total, parmi les victimes de cette étude, plus de 64 % des meurtres ont impliqué des enfants (9) dont 2 dans leur famille et 7 par des auteurs extérieurs à la famille. Notre travail contraste avec les études occidentales qui n'ont impliqué que des adultes entre eux (4, 5, 7, 8). Cependant, on constate quand même que l'infanticide ou sa tentative représente près de 12,5 % de l'ensemble des crimes, un taux certes non négligeable mais n'atteignant pas une ampleur dramatique telle que l'ont démontré d'autres études africaines (11, 14-17, 20). Cependant, contrairement au travail de Mbassa Menick (20) qui expliquait le recours aux filicides à Dakar par des motivations culturelles, les mères filicides de cette étude étaient des malades psychotiques en phase processuelle.

Il est des crimes qui révoltent, qui indignent et qui interrogent parce qu'ils nous apparaissent incompréhensibles et surtout insupportables : les meurtres d'enfants occupent parmi ces crimes une place toute particulière du fait de l'âge des victimes et du lien de filiation qui existe avec leurs meurtriers (ères). Il y a eu 9 meurtres d'enfants sur les 14 homicides (64,3 %). L'un des particularismes de ce travail tient aussi de ce que la grande majorité de ces meurtres d'enfants a été orchestrée par des personnes n'appartenant pas à la famille (6/9). Cependant, nos résultats ont montré que dans près de 81,5 % des cas l'auteur et la victime se côtoyaient justifiant le fait que la criminalité est d'abord et avant tout une histoire de proximité : les victimes sont connues et font partie du cercle familial, social ou professionnel des sujets. C'était, en général, les enfants légitimes, les neveux ou nièces, les frères ou sœurs, les voisins, les rivaux dans une relation sentimentale, les camarades de classe...

Du coup, le meurtre de l'enfant dans l'extra familial est à interroger notamment dans le choix de l'enfant comme victime et dans le système de protection des mineurs. Il permet aussi de rouvrir le débat sur les malades mentaux errants qui envahissent de nombreuses villes camerounaises tel que nous l'avons soulevé dans un autre travail publié en 2006 (33). Il pose le problème de leur dangerosité et de leur prise en charge par les pouvoirs publics. Cela entraîne également une réflexion sur la vulnérabilité de l'enfant par rapport à l'agresseur et pourrait aussi renvoyer à une réflexion autour des agresseurs sexuels pédophiles dont l'acte sexuel se termine souvent par le meurtre de l'enfant. Dans ce travail, il ne s'agissait en aucun cas d'agressions de nature sexuelle comme on le retrouve souvent dans les milieux occidentaux, mais plutôt de meurtres au cours d'expériences délirantes pour 7 victimes.

Conclusion

La littérature scientifique sur la violence des malades mentaux et le risque qu'ils représentent pour leur famille et la société est indisponible au Cameroun. Bien que l'expertise psychiatrique, dans sa réalisation classique, se révèle insuffisante pour éclairer la justice sur les criminels violents, il est intéressant de constater que l'analyse d'une douzaine d'expertises d'auteurs d'homicides ou de tentatives d'homicides à Yaoundé, nous a permis de décrire quelques caractéristiques sociodémographiques, psychopathologiques et psychocriminologiques. Des indicateurs apparaissent : la forte implication des malades mentaux dans les violences et homicides majoritairement des schizophrènes, certainement à cause de la très grande tolérance des familles et de l'entourage vis-à-vis de ces patients ; l'existence d'une importante pédocriminalité, soulevant le problème de la vulnérabilité des enfants qui nécessitent des mesures de protection et de prévention particulières ; le problème de l'errance, de la dangerosité pour l'entourage et de la prise en charge des malades mentaux. L'évaluation régulière des patients délirants pourrait permettre d'identifier des facteurs de risque de passage à l'acte violent. Une prise en charge adéquate est indispensable surtout pour les patients schizophrènes *a fortiori* s'ils ont déjà des antécédents de violence. Cependant, il serait excessif de dire que les malades mentaux sont responsables de la grande majorité des homicides commis au Cameroun pour deux raisons essentielles : le manque criant de psychiatres dans le pays d'une part, et l'absence de demande systématique des expertises par les juges pour toutes les affaires criminelles traitées en justice d'autre part.

Références

1. Senon JL. Quel crédit accorder à l'expertise médico-psychiatrique ? Congrès PSH & SNC 22-24 Novembre 2006 - Paris a Porte de la Villette.
2. Raymond SG. Malade ou criminel ? L'expertise psychologique à visage humain. Aubier ed, Paris, 1999, 190 p.
3. Deschamps JL. L'expertise psychiatrique pénale : les règles de procédure générale des différentes phases de l'expertise pénale. *Synapse* 2004 ; 206 : 31-4.
4. Le Bihan P, Benezec M. La récidive dans l'homicide pathologique. Etude descriptive et analytique de 12 observations : violence en milieu psychiatrique et médical. *Ann Medico-Psychologiques* 2005 ; 163 : 642-55.
5. Le Bihan P. Homicides et maladies mentales : analyse d'une population d'UMD. DIU de psychiatrie Criminelle et médico-légale, Université de Poitiers, 2006. www.Senon-online.com (consulté le 31/7/2008).
6. Couturier G. Clinique des meurtriers à victimes multiples. *Synapse* 2002 ; 191 : 11-6.
7. Mucchielli L. Recherche sur les homicides : auteurs et victimes. Questions pénales 2002 ; XIV : 1-4.

Mbassa Menick D

8. Mucchielli L. Les homicides. In «Mucchielli L, Robert P. Crime et sécurité : l'état des savoirs». La Découverte ed, Paris, 2002, pp 148-57.
9. Pollak O. The criminality of women, Philadelphia, University of Pennsylvania Press ed, 1950, 155 p.
10. Simon RJ. Women in court. (from criminology of deviant women by Adler F, Simon RJ, eds. 1979, 10 p.
11. Dieng D. L'infanticide à Dakar : un problème social. Mémoire, Ecole Nationale des Assistants et Educateurs Sociaux, Dakar/Sénégal, 1984.
12. Carlen P. Women, crime and poverty. Philadelphia: Open University Press, 1988; 189 p.
13. Cario R. Femmes et criminelles. Toulouse : Erès, Cool «Criminologie et sciences de l'homme» 1992.
14. Fall A, Ly D. Les auteurs d'infanticide à Dakar avant et après le crime. Mémoire. Ecole Nationale des Assistants et Educateurs Sociaux, 1984, Dakar/Sénégal.
15. Mody Anne A. Lien de parenté et délit : Etude portant sur les rapports d'expertise psychiatrique fait à Fann de 1965 à 1991. Mémoire pour de passage en 3^e année du CES de psychiatrie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, 1992.
16. Sene K. Les aspects psychosociaux de l'incarcération chez la femme au Sénégal. Thèse de Médecine, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, 1995.
17. Sene K. Femmes en prison au Sénégal : du statut de victime au statut de bourreau. Psy Cause II : Horizons 2006 ; N° 37.
18. Monra Y. Infanticide de nouveau-né. In : «M. Th. Agossou. Regards d'Afrique sur la maltraitance». Karthala ed, Paris, 2000, 277 p.
19. Miao N. L'assassinat rituel des bébés et enfants Yóobinu (porte-malheur). In «M Th. Agossou. Regards d'Afrique sur la maltraitance». Karthala ed, Paris 2000, 277 p.
20. Mbassa Menick D. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. *Child Abuse and Neglect* 2000 ; 24 : 1557-65.
21. Harrati S, Vavassori D, Villerbu L. Etude des caractéristiques psychopathologiques et psychocriminologiques d'un échantillon de 40 femmes criminelles. *Information Psychiatrique* 2007 ; 83 : 485-93.
22. Bougoul Badji. La folie en Afrique. Une rivalité pathologique. Le cas des psychoses puerpérales en milieu sénégalais. L'Harmattan ed, Paris, 1993, 211 p.
23. Millaud F. Troubles mentaux et violence. *Criminologie* 1996 ; 29 : 7-23.
24. Joyal CC. Schizophrenia and violence : characterization of motive and circumstances. *Forensic* 2005 ; may : 5-9 p.
25. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: A national clinical survey in England and Wales. *Psychiatric Services* 2006 ; 57 : 1648-51. (<http://psychservices.psychiatryonline.org> (consulté le 25/9/8).
26. Del Cul A, Gaillard R. Les comportements violents chez les patients schizophrènes. *Abstract Psychiatrie* 2007 ; 26 : 8-9.
27. Ezembe F. L'enfant africain et ses univers, Approches psychologiques et culturelles. Karthala ed, Paris, 2003, 360 p.
28. Mbassa Menick D, Kolou Simliwa Dassa. Nouvelles religiosités en Afrique : des croyants à l'épreuve de la folie. *Perspectives Psychiatriques* 2007 ; 46 : 387-404.
29. Dassa SK, Mbassa Menick D, Tabo A. Réflexion sur l'offre et la demande de thérapie religieuse chrétienne en Afrique subsaharienne : l'exemple du Togo : études cliniques en Afrique de l'ouest (3^e partie). *Perspectives Psychiatriques* 2008 ; 47 : 52-8.
30. Mbadinga S, Ngabolo G, Boussou M. Soigner en rond : sur le front du partage de l'espace thérapeutique en Afrique noire. In Tsala-Tsala JP. Santé mentale, psychothérapies et sociétés. The World Council for Psychotherapy Ed, Vienne 2002 ; 89-98.
31. Garbarino J. Lost boys : Why our sons turn violent and how we can save them. The Free Press, New York, 1999. 274 p.
32. Ley C, Amrane-el-Idrissi MA. Psychopathologie du filicide à partir d'une observation clinique d'une mère psychotique : mémoire. *Information psychiatrique* 2003 ; 79 : 783-7.
33. Mbassa Menick D. Réhabilitation psychosociale des malades mentaux errants : évaluation d'un dispositif mis en place dans la ville de Yaoundé au Cameroun. *Synapse* 2006 ; 224 : 48-52.



Tana toraja, Indonésie © Faucher O.