

<b>Zeitschrift:</b>	Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie = Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie
<b>Band:</b>	18 (2000)
<b>Artikel:</b>	Classifications psychiatriques et typologies criminologiques : la confusion par les mots
<b>Autor:</b>	Niveau, Gérard
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-1051189">https://doi.org/10.5169/seals-1051189</a>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 15.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

**GÉRARD NIVEAU**

**CLASSIFICATIONS PSYCHIATRIQUES ET TYPOLOGIES  
CRIMINOLOGIQUES:  
LA CONFUSION PAR LES MOTS**

## **Introduction**

Il est souvent avancé que la collaboration entre médecins et juristes, entre autre à propos de l'évaluation des états dangereux, est rendue difficile par le fait que ces deux types de professionnels ne parlent pas la même langue. C'est un peu comme dans le mythe de la Tour de Babel selon lequel les hommes n'auraient jamais réussi à construire la fameuse tour à cause de la confusion née de l'incompréhension entre les peuples. Il s'agit, bien évidemment, d'un prétexte, la cause de l'échec se trouvant dans la nature du projet lui-même.

De la même façon, il serait faux de croire que les difficultés de compréhension entre le monde médical et le monde juridique ne seraient dues qu'à une différence de jargon entre professionnels. Le problème est beaucoup plus fondamental et il se situe au niveau de la conceptualisation même du fait criminel.

Le processus d'évaluation de la dangerosité d'un délinquant passe inévitablement, à un moment ou à un autre, par une définition de son état mental. Un diagnostic, se référant à une classification psychiatrique reconnue, doit donc être posé. Le recours à cette nosographie médicale dans le domaine forensic est une source constante de confusion entre acteurs du domaine psychiatrique et intervenants du secteur juridique. Sous des apparences sémantiques, les divergences sont en fait conceptuelles. Afin de ne pas rester dans un domaine trop théorique, je prendrai comme ligne de réflexion le cas de l'expertise psychiatrique, qui est l'un des paradigmes de la rencontre médecin-juriste.

## **Qu'est-ce qu'une maladie mentale?**

Historiquement, le recours au médecin-psychiatre, ou plutôt, à cette époque, l'aliéniste, avait pour but, dès le début du 19ème siècle, d'utiliser les compétences d'un spécialiste pour déterminer si un inculpé ou un condamné était atteint de maladie mentale. Deux siècles plus tard, je pense pouvoir dire sans grand risque que le spécialiste en question n'est pas toujours apte à répondre à la question: qu'est-ce que la maladie mentale.

Certes, dans certaines situations simples, le psychiatre peut être catégorique. S'il s'agit de pathologies simples, telles la schizophrénie aiguë, la névrose obsessionnelle grave ou la dépression mélancolique, le médecin pourra dire ce monsieur ou cette dame souffre de maladie mentale. L'inconvénient est que, pour des cas aussi clairs, l'avis du psychiatre n'est, la plupart du temps, demandé qu'à titre formel, le juge étant lui-même parfaitement capable de se rendre compte de l'état mental de l'inculpé (1).

Un avis déterminant de spécialiste est en fait attendu pour des situations moins caricaturales et dans lesquelles la symptomatologie est moins démonstrative. A titre d'exemple, les questions les plus souvent posées sont de savoir si un trouble de la personnalité est une pathologie mentale, si une perversion sexuelle est une maladie mentale et si un état de psychose compensé non délirant doit toujours être considéré comme un état pathologique grave (2). Or ces questions sont loin de trouver une réponse définitive dans le discours psychiatrique actuel.

Ces problèmes ne sont pas neufs, mais ils se posent bien sûr de façon cruciale, en matière de dangerosité, dans une société qui a le souci de ne pas faire subir une détention inutile à un malade, ni de faire bénéficier d'un traitement médical celui qui n'agit qu'avec la volonté consciente de nuire. Pour distinguer ce qui est de son domaine et ce qui ne l'est pas, ainsi que pour assurer une standardisation des traite-

ments, la psychiatrie s'est dotée, comme toutes les autres spécialités médicales, d'un outil taxonomique aussi complet que possible.

## Les classifications psychiatriques

### Evolution des classifications

On peut distinguer trois stades dans l'utilisation des classifications psychiatriques dans les expertises en Europe.

Jusqu'au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle, de nombreuses classifications psychiatriques coexistaient, ce qui n'était pas sans entraîner une certaine confusion dans les définitions, confusions volontiers entretenues par les différentes écoles psychiatriques. Ces confusions se répercutent encore jusqu'à notre époque.

A titre d'exemple, le diagnostic de psychopathie, issu de la classification de Kretschmer, avait, pour cet auteur et dans le sens germanophone du mot, un sens générique désignant l'ensemble des troubles psychiques d'une certaine gravité. Il peut, encore de nos jours être utilisé comme synonyme de maladie mentale. Mais dans d'autres classifications, en particulier francophones, le terme de psychopathie a été utilisé et l'est toujours parfois, pour désigner un trouble de la personnalité particulier, caractérisé entre autre, par des actes antisociaux à répétition. Sous cet aspect, il est, d'une certaine façon, synonyme de trouble caractériel grave. Ainsi le terme de psychopathe, s'il se comprend clairement entre psychiatres, selon le contexte de son emploi, semble très flou dès lors qu'il est utilisé dans un cadre juridique.

Pour éviter ce type de confusion, des classifications transcendant les différences nationales et idéologiques ont vu le jour. C'est les Américains qui, les premiers, ont tenté de mettre en place de telles typologies, sous la forme de la série des DSM (pour Diagnostic and Sta-

tistical Manuals), initialement mis en place par le Professeur Mayer, chef de file de la psychiatrie nord-américaine dans les années 50 puis, pour les versions successives, par l'American Psychiatric Association. Il y a eu un véritable engouement pour l'utilisation de ces classifications dans les rapports rédigés par les psychiatres pour la justice et il est exact qu'il en a résulté un éclaircissement conceptuel très net.

En Europe, l'utilisation de ces classifications internationales a débuté dans les années 80 et s'est enrichie, par l'adoption par les praticiens depuis quelques années, de la Classification Internationale des Maladies proposée par l'OMS, dans sa dixième version. L'examen des expertises réalisées avant les années 1980 et des expertises actuelles montre en effet une amélioration considérable dans la précision des diagnostics posés et de ce fait également dans la rigueur du raisonnement de l'expertise.

Les problèmes de définitions médico-légales ne sont cependant pas résolus. Avant l'utilisation du DSM ou de la CIM, il était difficile aux psychiatres de dire si un ensemble de symptômes constituait ou non une pathologie. Depuis l'utilisation de ces classifications, la difficulté est de savoir si une pathologie décrite dans un manuel est une maladie qui doit être prise en compte dans le processus juridique (3). Trois types de problèmes se posent, ils sont quantitatifs, qualitatifs et temporels.

## **Variation quantitative des diagnostics**

Le premier problème que j'évoquerai est de nature quantitative. Il existe en effet des fluctuations quantitatives des diagnostics. A titre d'exemple, on peut rappeler le phénomène de «over diagnosis» concernant la schizophrénie aux Etats-Unis dans les années 60 (3). A cette époque, il existait dans ce pays un nombre anormalement élevé de schizophrènes, comparativement aux autres pays du monde. Il ne

s'agissait évidemment pas d'un phénomène épidémique, mais de la conséquence d'applications de critères très larges de diagnostic par les psychiatres du pays. Ces critères permettaient, par exemple, de poser le diagnostic de «schizophrénie latente», ce qui élargissait considérablement le domaine de cette pathologie. Or, le diagnostic de schizophrénie est celui qui entraîne statistiquement la plus grande chance d'être considéré comme irresponsable. Les conséquences de cet «over diagnosis» sont évidemment majeures dans le domaine forensic.

A 30 ans d'intervalle, on a observé le même type de phénomène, toujours aux Etats-Unis, en ce qui concerne le trouble de personnalité multiple. Ce trouble particulier de la personnalité, consistant pour une même personne à héberger plusieurs personnalités tout à fait différentes, a connu un succès considérable dans les années 90, à tel point que l'on a parlé d'épidémie de personnalité multiple. Le livre de Ketcham et Loftus consacré aux faux souvenirs montre clairement l'enchevêtrement d'intérêts financiers et idéologiques qui a amené à l'expansion de ce type de diagnostic (4). Mais il faut remarquer que le trouble de la personnalité multiple n'a pu être un argument de défense juridique qu'à partir du moment où ce diagnostic est entré dans la classification américaine du DSM dans sa IIIème version. De nombreux articles sont parus dans des revues forensic prestigieuses qui posaient sérieusement la question de savoir quelle personnalité devait être jugée quand un tel diagnostic était posé chez un inculpé. Ce genre de questionnement, qui font sourire de ce côté de l'Atlantique, pose tout de même la question de la validité de l'évaluation scientifique des diagnostics quand on sait que ceux-ci peuvent être influencés par des phénomènes de mode.

Par ailleurs, il faut constater qu'un phénomène du même type se produit actuellement en Europe concernant le trouble de la personnalité dit limite ou border line. Ce trouble, qui décrit une instabilité de l'humeur et de l'identité associée à des comportements impulsifs est devenu, en quelques années, le diagnostic de personnalité le plus

souvent porté. Il n'est que de relire quelques expertises psychiatriques pour se rendre compte de l'extrême fréquence de ce diagnostic et de la responsabilité restreinte qu'il entraîne presque systématiquement. Dès lors, il faut se poser la question de la validité des critères d'un diagnostic pouvant être si fréquemment posé. Cette question n'est pas purement théorique puisque le fait de poser le diagnostic objective artificiellement une pathologie et entraîne, de ce fait, des conséquences médico-légales et judiciaires.

## **Variation qualitative des diagnostics**

Le deuxième axe de réflexion concerne les fluctuations qualitatives des diagnostics. On peut en effet constater que certains diagnostics voient leur valeur médico-légale augmenter, alors que pour d'autres, elle peut diminuer jusqu'à disparaître complètement.

Un débat très actuel tourne autour du problème des perversions sexuelles. Plus personne n'oserait remettre en cause la disparition de l'homosexualité parmi les perversions relevées dans les classifications internationales. Mais il faut rappeler que ce déclassement de l'homosexualité a des causes essentiellement politiques et non pas scientifiques. Il est de toute façon impossible de démontrer scientifiquement que telle ou telle orientation sexuelle est normale ou anormale. L'intégration des comportements sexuels particuliers dans les maladies mentales trouve ses origines essentiellement dans une psychiatrie morale héritée des siècles passés. Dès lors, que penser du maintien d'autres orientations sexuelles, dont la pédophilie, dans la liste des maladies. La question est, sur ce point, cruciale, puisque si l'on accepte que la pédophilie figure parmi les pathologies mentales internationalement reconnues, il devient difficile de ne pas considérer systématiquement un comportement pédophile autrement que comme un acte pathologique commis en état de responsabilité diminuée voire nulle. Ceci crée un flou dans l'évaluation de la dangerosité en faisant croire que le passage à l'acte est lié à la nature de l'ori-

tation sexuelle alors que c'est le contrôle pulsionnel qui est en cause et qui doit être apprécier.

Il y a là une question éthique qui ne peut pas être résolue par la simple appréciation du psychiatre, qui déciderait «*a capella*» d'assimiler telle ou telle perversion à une maladie et telle autre à un comportement délictueux. La création des nosologies internationales a en effet pour but de faire disparaître les différences individuelles entre médecins dans le processus diagnostic. Faire réapparaître cette différence au-delà du diagnostic au moment de la décision médico-légale entraîne la réapparition d'une inégalité de traitement entre justiciables.

Si certains diagnostics voient leur valeur augmenter ou diminuer, d'autres peuvent être créés de toute pièce, pour des raisons politiques ou culturelles. Ainsi certains auteurs américains proposent-ils de faire entrer dans la classification des maladies le «syndrome de la femme battue» (5). On peut en effet considérer que le fait d'épouser un homme violent, d'accepter pendant des années d'être frappée et humiliée constitue une pathologie mentale. Mais le fait d'assimiler cette attitude à une pathologie mentale entraînerait *ipso facto* de donner une signification psychiatrique à tout comportement violent de la femme victime. La signification juridique et socioculturelle d'une telle qualification poserait des questions dépassant de loin le problème purement nosologique.

## **Variation temporelle des diagnostics**

Il existe un troisième type de fluctuations qui est d'ordre temporel. On touche là une différence conceptuelle majeure entre la pensée juridique et la pensée médicale. En effet, la plupart des allusions à la maladie mentale présentes dans le Code pénal suisse se basent sur une perception de la psychiatrie propre au 19ème siècle, dans laquelle l'état mental et le diagnostic sont conçus de façon figée et non évolutive. Or, tant l'évolution des traitements que celui de l'épidémiolo-

gie ont dynamisé la notion de diagnostic. Il est généralement admis que la plupart des pathologies ne sont pas définitives et peuvent être sujettes à de nombreuses modifications et adaptations. Le diagnostic de personnalité limite en est l'exemple type puisqu'il comprend, par définition, l'existence chez un même individu d'épisodes où le diagnostic principal concernera des troubles de l'humeur puis, à d'autres moments à un trouble du contact avec la réalité, voire à une autre période, une prééminence des comportements toxicomaniaques par exemple. Or, le Code pénal reste attaché, particulièrement dans ses articles 10 et 11 à une définition du diagnostic comme état stable de la personne. La modification du diagnostic concernant un justiciable entraîne aux yeux du juge, une dévalorisation de l'évaluation psychiatrique alors même que ce serait la rigidité de cette même évaluation qui serait inexacte aux yeux du psychiatre.

## **Recours aux classifications criminologiques**

S'il existe des difficultés conceptuelles à l'usage des diagnostics psychiatriques dans le domaine forensic, ne serait-il pas plus pertinent de recourir à des classifications criminologiques?

L'idée de créer une classification des comportements délictueux propre au domaine médico-légal n'est pas nouvelle puisque l'on voit apparaître ces typologies dès le début du 19ème siècle. Le but de leurs auteurs a toujours été de se détacher de l'approche purement médicale pour se recentrer sur une vision socio-juridique des comportements intégrant, outre l'état mental de l'auteur des actes, des notions telles que la motivation, le degré d'organisation, la catégorisation pénale, voire les caractéristiques de la victime.

Malheureusement ces typologies semblent avoir été victimes de leur succès car elles ont proliféré de façon anarchique tous au long du 20ème siècle. Pour les seuls homicides par exemple on peut dénombrer 27 classifications francophones.

Le problème fondamental de ces tentatives de systématisation est que chacune correspond à une vision particulière de la criminologie privilégiant une approche soit juridique, soit sociale, soit comportementale, etc.

Il est donc difficile pour un expert de choisir de se référer à une typologie criminologique plutôt qu'à une autre. Bénézech par exemple propose une évaluation des auteurs d'homicides à partir du Crime Classification Manual mis au point par le FBI (6). Cette typologie permet de situer clairement un délinquant dans le champ général des activités criminelles et donne des indications précises et précieuses sur les risques de récidive et la dangerosité. Cependant, outre que la classification se limite aux auteurs d'homicides, d'incendies volontaires et de délits sexuels, elle est conçue essentiellement dans un but de profilage et ne donne quasiment aucune indication sur l'activité intra-psychique des criminels.

Un autre exemple concerne les typologies criminologiques des délinquants sexuels. Dans son livre consacré à ce sujet, Jocelyn Aubut n'analyse pas moins de huit modèles de classifications différentes uniquement pour les comportements pédophiles (7). La plus récente, celle de Kligd, Carter et Prentky, permet une connaissance approfondie des motivations du sujet et de sa dangerosité par rapport aux risques de récidive. Malheureusement, en 10 ans de pratique, je n'ai jamais vu un expert psychiatre y recourir.

Il y a deux causes à la non utilisation des classifications criminologiques par les experts: d'une part un manque de connaissance évident et, d'autre part la crainte d'utiliser une classification non validée sur le plan scientifique et non reconnue sur le plan international.

## **Rapport des classifications avec les termes de la loi**

S'il est parfois reproché aux psychiatres d'utiliser une conceptualisation diagnostique floue et peu compréhensible, il faut reconnaître que dans le domaine forensic, les termes de la loi elle-même ne favorisent guère la clarification.

En effet, il existe une sorte de typologie propre au Code pénal tel qu'il décrit les troubles mentaux éventuels des inculpés aux articles 10 et 11. Les six états mentaux décrits par le Code sont la maladie mentale, la faiblesse d'esprit, la grave altération de la conscience, le trouble dans la santé mentale, le trouble dans la conscience et le développement mental incomplet. Il est bien évident que ces états, s'ils correspondaient à une description relativement moderne de la nosologie au moment de la rédaction du Code pPénal, ne correspondent plus aux grands regroupements des classifications actuelles.

Il appartient donc au psychiatre expert de réaliser un saut logique permettant d'assimiler les termes de la loi à sa propre classification de référence. Il est habituellement admis que le trouble grave de la personnalité peut être assimilé à un développement mental incomplet. De même, il est clair que l'état de décompensation psychotique aigu est constitutif d'une maladie mentale. Mais que penser de l'état dépressif grave ou du trouble de la personnalité associé, par exemple, à un comportement toxicomaniacal compulsif? S'agit-il alors d'une maladie mentale, d'un trouble dans la santé mentale ou d'un développement mental incomplet?

Nous voyons ici que le législateur serait bien en mal de tenter de faire un pas en direction de l'introduction de concepts médicaux dans le Code pénal.

Au point où en est parvenue l'élaboration des connaissances psychiatriques et des concepts juridiques, une collaboration telle que celle qui avait permis d'introduire les conceptions psychiatriques

d'Auguste Forel dans le code de 1937 ne serait de nos jours plus possible. Il conviendrait de choisir entre proposer une classification juridique précise des états mentaux, tâche probablement impossible, ou ne donner qu'une seule référence à l'activité psychique pathologique, sous le terme, par exemple, de troubles mentaux, laissant à la charge de l'expert le choix d'une typologie reconnue et la responsabilité de la réflexion quant à l'influence du trouble sur les facultés cognitives et volitives de l'inculpé.

## Conclusion

L'articulation des concepts psychiatriques et juridiques, dans le processus d'évaluation de la dangerosité d'un délinquant, est perturbée par le recours à un réflexe classificatoire qui enferme le jugement dans un raisonnement inadapté au contexte médico-légal. C'est pourquoi la nosographie psychiatrique doit voir son rôle diminuer dans le domaine forensic, au profit des méthodes d'évaluation dynamiques et pluridisciplinaires d'appréciation de l'état dangereux.

L'élaboration d'une classification criminologique standardisée constituerait par contre une avancée notable dans le sens du rapprochement des perceptions médicales et juridiques.

## Références

1. Greenberg AS, Bailey JM. The irrelevance of the medical model of mental illness to law and ethics. *International Journal of Law and Psychiatry* 1994; 17: 153–173.
2. Stephen J, Morse SJ. Craziness and criminal responsibility. *Behavioral Sciences and the Law* 1999; 17: 147–164.
3. Bomio G. La taxonomie psychiatrique entre fait et norme. *Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et son utilisation en matière pénale*. *Revue Pénale Suisse* 1991; 25: 417–440.
4. Ketcham K, Loftus E. *Le syndrome des faux souvenirs et le mythe des souvenirs refoulés*. Paris, Exergue, 1997.
5. Kasian M, Spanos NP, Terrance CA, Peebles S. *Battered women who kill*. *Law and human behavior* 1993; 17: 289–312.
6. Bénézech M. Classification des homicides volontaires et psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques* 1996; 154:161–173.
7. Aubut J et al. *Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement*. Paris, Maloine, 1993.