

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LE RISQUE D'HOMICIDE ET DE COMPORTEMENTS VIOLENTS CHEZ LA
PERSONNE AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU
SPECTRE DE L'AUTISME : LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
ÉRIKA BLUTEAU**

Juin 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Line Massé

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Évelyne Touchette

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Sommaire

Les verbalisations et les gestes violents chez les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) amènent un lot important d'inquiétudes. Cet essai vise à identifier les différents facteurs de risque et de protection du risque d'homicide ou de gestes violents chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Pour ce faire, une recension des écrits a été réalisée dans les différentes bases de données. Au total, neuf études ont été retenues et les éléments ont été classés selon la nomenclature de la grille d'estimation du risque d'homicide développé par le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) en 2015. Plus précisément, cette grille prend en compte le scénario d'homicide, les facteurs contextuels, les facteurs psychologiques et sociaux, les facteurs criminologiques, les facteurs aggravants ainsi que les facteurs de protection. Les résultats permettent de soulever différents facteurs de risque et de protection auprès de ces clientèles. Les limites importantes des études retenues soulignent la nécessité de réaliser des recherches supplémentaires sur le sujet.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux et des figures.....	vi
Introduction	1
Cadre conceptuel.....	3
Le trouble du spectre de l'autisme (TSA).....	3
Prévalence.....	4
Comorbidités associées aux TSA chez les enfants au Québec	5
Le trouble du développement intellectuel.....	5
Prévalence et comorbidités associées à la déficience intellectuelle	6
L'homicide.....	6
La violence.....	7
La violence en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme	8
Le trouble grave du comportement.....	8
La prévalence de la violence commise par les individus ayant une DI ou un TSA.....	9
Objectif de l'essai.....	9
Méthode.....	10
Critères de sélection des articles	10
Critères d'inclusion.....	10
Critères d'exclusion	11
La sélection des études.....	11
Résultats	13
Description des études sélectionnées	13
Les facteurs de risque et de protection.....	17
Le scénario d'homicide.....	17
Les facteurs contextuels.....	17
Les facteurs psychologiques et sociaux	18
Les facteurs criminologiques.....	19
Les facteurs aggravants.....	19

Les facteurs de protection.....	20
Discussion	24
Les limites de l'essai.....	27
Les retombées de l'essai	27
Conclusion.....	29
Références	30
Appendice A Grille d'estimation et de gestion du risque d'homicide	33
Appendice B Prévalence des comorbidités	35

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1	Description des études retenues	14
Tableau 2	Réurrence des différents facteurs de risque et de protection concernant le risque d'homicide en DI-TSA identifiés dans la littérature selon la nomenclature de la grille du CRAIP (2015)	21

Figures

Figure 1	Diagramme de flux	12
----------	-------------------------	----

Introduction

Dans les médias du Québec, plusieurs histoires de personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou bien une déficience intellectuelle (DI) ayant commis des comportements violents ou bien un homicide sont répertoriées. Entre autres, en 2020, un article du journal *La presse* rapporte le cas d'un homme de 32 ans avec ces diagnostics ayant été reconnu coupable d'avoir happé mortellement avec sa voiture deux personnes dans les rues de Montréal. La journée du drame, l'homme a quitté sa résidence en colère à la suite d'une dispute avec son père puisque celui-ci lui avait demandé de tirer la chasse d'eau de la toilette. Lors du procès, les psychiatres appelés comme témoins experts en sont arrivés aux mêmes conclusions, soit que l'individu n'avait pas eu l'intention de tuer ces deux personnes, mais qu'il aurait plutôt été influencé par des vidéos qu'il visionnait sur internet et où les gens ne mouraient pas (Perron, 2022). Un autre exemple évoqué dans le journal d'*Ici Radio-Canada* s'est déroulé, quant à lui, dans la ville de Québec en février 2019. En effet, un jeune homme ayant un TSA ainsi qu'une DI, âgé de 17 ans au moment des faits, a été reconnu coupable du meurtre de sa mère alors qu'il était en visite chez elle. Lors de cette journée de février, le jeune homme a poignardé sa mère à plusieurs reprises après que celle-ci ait eu besoin de lui confisquer son iPod (Côté-Paulette, 2021). La question se pose à savoir si ces deux événements auraient pu être évités, si le risque de passage à l'acte aurait pu être détecté. Actuellement, il n'existe pas d'outil permettant d'évaluer le risque d'homicide chez une personne ayant un TSA ou une DI. Cependant, il existe tout de même l'*Outil d'estimation du risque d'homicide* (voir l'appendice A) qui a été développé en 2015 par le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) qui fait lui-même partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cet outil est sous forme de grille à cocher et comprend cinq sections, soit le scénario d'homicide (le « qui » et le « comment »), les facteurs de risque, les facteurs de protection, les facteurs aggravants ainsi que l'estimation finale. Le niveau de risque, quant à lui, est présenté à l'aide d'un code de couleurs, soit le vert (risque faible), le jaune (risque modéré), l'orange (risque élevé) et le rouge (risque imminent). Afin de pouvoir utiliser l'outil, l'intervenant psychosocial doit avoir au préalable la formation de douze heures sur l'estimation et la gestion du risque d'homicide (CRAIP, 2015). Bien que cette grille soit jugée utile et pertinente à l'évaluation du

risque d'homicide de la population générale (CRAIP, 2015), des intervenants du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSSCA) ont constaté que celle-ci était peu adaptée à la clientèle DI-TSA. Un comité a été formé par le CISSSCA en collaboration avec le Service québécois d'expertises en trouble grave du comportement (SQETGC) afin d'adapter une grille d'estimation du risque d'homicide ou de comportements violents pour la personne ayant une DI ou un TSA. Ce comité est constitué de Chantal Fréchette (psychologue TGC et coordonnatrice professionnelle du Service intégré d'expertise en TGC), Geneviève Racine (psychoéducatrice), Sarah-Kim Vachon (psychoéducatrice) et Romain Denis (travailleur social). Ils ont mandaté l'auteurice de cet essai, dans le cadre de sa maîtrise, à recenser la littérature scientifique concernant les facteurs de risque et de protection au risque d'homicide et aux comportements violents chez la personne ayant une DI ou un TSA.

Cadre conceptuel

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Le TSA est un trouble neurodéveloppemental inscrit dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V). Anciennement, les termes « asperger » et « troubles envahissants du développement » étaient utilisés. L'apparition ainsi que la sévérité des manifestations sont différentes pour chacun et le portrait clinique diffère chez chaque individu. Cependant, le TSA se définit par des difficultés importantes dans les domaines de la communication et interactions sociales ainsi que dans les comportements, activités et intérêts spécifiques. Plus précisément, le domaine de la communication et des interactions sociales se définit par des difficultés marquées dans les relations interpersonnelles avec autrui. Notamment, cela consiste à avoir de la difficulté à amorcer une interaction sociale et à une absence ou un manque de réciprocité sociale ainsi qu'à porter attention à l'autre. Toutefois, les obstacles se présentent de différentes manières selon l'individu et se retrouvent à la fois dans la communication verbale et non verbale. Par exemple, les personnes ayant un TSA peuvent avoir de la difficulté à comprendre et à se rendre compte des signaux non verbaux d'une personne qui démontre vouloir mettre fin à une conversation ou bien à ajuster son comportement selon le contexte. Cela peut amener la personne à rencontrer différents défis sociaux et, par conséquent, rendre difficile la liaison d'amitié avec autrui ou la recherche d'un emploi. Le deuxième domaine, correspondant aux comportements, activités et intérêts spécifiques, se résume à un nombre très peu élevé d'intérêts (quoique souvent très développés), à des mouvements inhabituels tels que se balancer et à des activités ou comportements répétitifs. Cette caractéristique rend souvent les routines et les intérêts très importants pour une personne ayant un TSA puisqu'ils ont comme fonction d'amener une certaine sécurité ainsi qu'une régulation émotionnelle. Ainsi, de petits changements dans le quotidien peuvent engendrer une détresse importante chez la personne TSA, alors que cet événement serait considéré comme étant banal chez une personne neurotypique. De plus, les intérêts restreints de la personne peuvent se manifester par un attachement très fort à un objet inusité, une roche en serait un bon exemple. Une troisième manifestation principale de l'autisme se caractérise, quant à elle, par une hyper ou une hyporéactivité aux stimulations sensorielles offertes par l'environnement, et ce, pour chacun

des sens (tactile, visuel, auditif, olfactif, gustatif, proprioceptif et vestibulaire) (American Psychiatric Association [APA], 2016 et Fédération québécoise de l'autisme, 2021). En d'autres termes, une personne présentant une hyporéactivité sensorielle pourrait, par exemple, être en recherche de sensations physiques pouvant être dangereuses puisqu'elle ne ressent pas la douleur ou bien avoir besoin de pressions profondes afin de l'aider à retrouver son calme. À l'inverse, une personne ayant une hyperréactivité sensorielle aurait plus tendance à pouvoir être dérangée par les sons, par les textures des aliments, par les lumières ou bien ne pas apprécier de se faire toucher par les autres. Peu importe son profil, la personne peut avoir des moments où elle est en recherche de stimulations et d'autres en recherche de pauses sensorielles. La Fédération québécoise de l'autisme (2021) ajoute qu'il est également important de préciser que le profil de chacun peut varier dans le temps. Cependant, il n'y a pas encore de consensus entre les experts concernant les éléments pouvant causer l'autisme. Finalement, il est important de mentionner que le diagnostic d'un TSA se fait par un processus d'évaluation produit par un médecin ou un psychologue. La personne et sa famille pourront ensuite être dirigées vers les services d'aide qui leur seront nécessaires (Fédération québécoise de l'autisme, 2023).

Prévalence

La Fédération québécoise de l'autisme (2021) rapporte les différentes données quant à la prévalence du TSA dans les populations québécoises, canadiennes, américaines et mondiales. Au Québec, en 2014, le taux de prévalence de l'autisme variait de 0,7 % à 1,8 %, selon la région, chez les enfants âgés de 4 à 17 ans (Binta Diallo *et al.*, 2017). Au Canada, le taux de prévalence est semblable à celui du Québec, soit d'environ 1,5 % chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 17 ans. Tandis qu'aux États-Unis, celle-ci correspond à 2,7 % chez les enfants de 8 ans (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023). Finalement, la Fédération québécoise de l'autisme (2021) relève que dans la population mondiale, la prévalence est un peu moins élevée. En effet, celle-ci s'estime à environ 1 %, ce qui correspond à 90-120 individus sur 10 000. Il est aussi mentionné que les taux de prévalences sont en augmentation partout dans le monde. Cela pourrait être expliqué par la précision des critères de diagnostics, par une meilleure identification du TSA, et ce, surtout en bas âge, par une augmentation de l'intérêt des

professionnels ainsi que par une connaissance plus approfondie du profil féminin qui est différent de celui masculin.

Comorbidités associées aux TSA chez les enfants au Québec

Plusieurs maladies ou caractéristiques sont associées au TSA. L'appendice B comprend un tableau présentant la « prévalence des maladies concomitantes chez les personnes avec ou sans TSA dans la première année et au cours de la vie, 1 à 17 ans, Québec, 2014-2015 » (Binta Diallo *et al.*, 2017, p. 15). Dans ce tableau, il est intéressant de souligner qu'au cours de sa vie, au Québec, 85 % des personnes avec un TSA vont présenter un trouble mental contre 25 % chez une personne sans TSA. Une autre donnée avec un écart indicatif entre les deux groupes est la présence d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) avec des pourcentages de 42 % chez la personne TSA et de 9 % chez la personne sans TSA. Également, il y a le trouble réactif qui correspond à 16 % contre 3 % pour les deux groupes respectifs. La personne ayant un TSA est ainsi plus à risque de développer certaines maladies ou difficultés dans sa vie qu'une personne sans ce même diagnostic (Binta Diallo *et al.*, 2017).

Le trouble du développement intellectuel

Le trouble du développement intellectuel (DI) est un trouble neurodéveloppemental qui apporte des déficits intellectuels et adaptatifs dans les domaines conceptuel (scolaire), pratique (apprentissage et autogestion) et social. Avant d'introduire les critères diagnostics, il est important de préciser que la DI n'est pas une maladie, mais bien un état. En effet, la personne vit avec une DI, elle n'en est pas atteinte. De cette manière, le premier critère correspond à un déficit dans les fonctions intellectuelles. Notamment, la personne pourrait présenter des difficultés au niveau des fonctions exécutives (planification, mémoire de travail, etc.), du jugement ou bien rencontrer des difficultés d'apprentissage. Quant au deuxième critère, il se réfère à des difficultés au niveau des fonctions adaptatives. Plus précisément, la personne n'atteint pas les normes habituelles de développement social et lui apporte des limitations dans les différents contextes de son quotidien au niveau de la participation sociale ou bien dans la réalisation de ses habitudes de vie tant à la maison que dans la communauté. Le dernier et troisième critère correspond à

l'apparition des déficits durant la période de développement (période prénatale à l'adolescence). De plus, il existe trois niveaux de sévérité, soit léger, moyen et profond selon le fonctionnement de la personne. Pour chaque individu ayant ce trouble, les manifestations de ce dernier seront différentes et n'évolueront pas de la même manière (selon ses expériences de vie et son environnement). Le processus de diagnostic se fait par un médecin ou un autre professionnel autorisé à le faire et s'établit selon le fonctionnement adaptatif de l'individu et non seulement par le calcul de son quotient intellectuel (Crocq *et al.*, 2015).

Prévalence et comorbidités associées à la DI

En ce qui concerne la prévalence de la DI, elle est estimée à environ 1 % dans la population générale, avec des taux de prévalence variables en fonction de l'âge et d'environ 6 individus pour 1 000 pour sa forme la plus grave (Rutter, 2008 ; Roeleveld *et al.*, 1997). Selon Crocq *et al.* (2015), divers troubles peuvent être en comorbidité avec la DI, les plus fréquents sont « le déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles dépressifs et bipolaires, les troubles anxieux, les troubles du spectre de l'autisme, les mouvements stéréotypés (avec ou sans automutilation), les troubles du contrôle des impulsions et le trouble neurocognitif majeur » (p. 44).

L'homicide

En 2022, le centre d'expertise et de référence en santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié de l'information concernant la prévention de la violence. La section pertinente dans le cadre de cet essai concerne les homicides intrafamiliaux. Avant d'élaborer les différents types d'homicides, il est important de préciser que pour faciliter la lecture, le terme « homicide » inclura également les tentatives de passage à l'acte et que seulement le masculin sera utilisé. Il existe cinq principaux types d'homicides intrafamiliaux. D'abord, il y a l'homicide conjugal qui se définit par l'homicide de son conjoint ou de son partenaire intime que la liaison soit encore actuelle ou non. Ensuite, il y a le filicide, qui est l'homicide d'un enfant commis par son parent ou par la personne qui remplit ce rôle (tuteur légal, beau-parent). En ce qui concerne le troisième type d'homicide, il correspond au familicide, qui

s'explique par l'homicide d'un conjoint (actuel ou non) et d'au moins un enfant commis par l'autre parent ou personne remplissant ce rôle. Pour ce qui est du quatrième type, il s'agit du parricide ou du matricide qui correspond à l'homicide du père ou de la mère commis par l'enfant. Enfin, il y a le fratricide ou le sororicide qui se définit par l'homicide de son frère ou de sa sœur (INSPQ, 2022 et ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2012).

La violence

Il existe cinq différents types de violence. Premièrement, il y a la violence psychologique, qui est souvent subtile et, par conséquent, difficile à identifier. Elle est habituellement utilisée afin d'obtenir le contrôle sur l'autre personne. Notamment, l'auteur de la violence peut, de manière ponctuelle ou répétée, rabaisser, critiquer, manipuler, ignorer ou bien isoler sa victime. Deuxièmement, il y a la violence verbale qui est très présente, mais souvent banalisée et même ignorée. L'auteur de la violence peut utiliser les insultes, le sarcasme et l'humiliation afin d'intimider, contrôler ou humilier sa ou ses victimes. L'utilisation du cri afin de nommer ses propos négatifs est également considérée comme étant de la violence verbale. Troisièmement, on mentionne la violence physique. Celle-ci peut être dirigée envers différents éléments allant d'une personne à un lieu. La violence physique peut amener des séquelles importantes chez la victime tant sur le plan physique que psychologique et elle peut même se rendre jusqu'au décès d'autrui. Comme la violence verbale, cette forme de violence est souvent banalisée, comme ce peut être le cas dans les jeux vidéo notamment. Contrairement à ce qui pourrait sembler comme étant évident, c'est aussi un type de violence pouvant être difficile à identifier. Effectivement, c'est le cas puisque la victime peut cacher ses marques, défendre son agresseur (son conjoint par exemple) et cette forme de violence arrive plus fréquemment dans un lieu privé à l'abri des regards d'autrui. Quatrièmement, il y a la violence sexuelle qui a pour but de dominer la personne dans son intimité et d'agir sans avoir obtenu son consentement, et ce, même à l'intérieur d'un couple. Ce type de violence peut prendre différentes formes. L'envoi d'un texto à caractère sexuel en serait un exemple, tout comme l'exhibitionnisme (non consenti) et tout autre geste à caractère sexuel où la personne est manipulée ou forcée d'agir sans avoir donné son consentement. Cinquièmement, il existe la violence économique qui consiste à priver la victime

de son autonomie financière. L'ensemble de ces types de violences peut être présent dans tous les contextes et dans tous les niveaux de relation (gouvernement du Québec, 2023).

La violence en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme

Les troubles graves de comportements (TGC) ainsi que la prévalence de la violence commise par les individus ayant une DI ou un TSA seront traités dans cette section.

Le trouble grave du comportement

Un individu va être décrit comme ayant un trouble du comportement (TC) lorsqu'il commet des actions pouvant être préjudiciables pour une autre personne ou l'environnement. Ces actions vont être jugées comme étant problématiques si elles divergent des normes sociales, culturelles ou développementales établies. Cependant, « un trouble du comportement (TC) est jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de personnes, d'autrui ou de l'environnement ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux » (Tassé *et al.*, 2010, p. 64). Ce TC sera alors appelé trouble grave du comportement (TGC). En 2017, le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC, 2017) a publié un cadre de références présentant, entre autres, quatre critères permettant à des professionnels d'identifier la présence d'un TGC chez un individu. Le premier critère correspond à « une ou des manifestations comportementales graves qui sont associées à une situation clinique ou à une réadaptation complexe [...] accompagnée de troubles concomitants » (SQETGC, 2017, p. 7). Le deuxième critère, de son côté, se définit par des « manifestations comportementales graves et multiples entraînant des préjudices sociaux ou des inadaptations sociales graves, qui peuvent s'être accumulés au cours de la dernière année » (SQETGC, 2017, p. 7). Le troisième critère correspond à des « manifestations comportementales graves qui ont eu lieu récemment (au cours des 90 derniers jours) et persistent » (SQETGC, 2017, p. 7). Finalement, le quatrième critère nécessite que « la dispensation des services soit perturbée : l'utilisateur ne répond pas aux traitements habituels reconnus, il refuse les services alors qu'il en a besoin ou les services sont limités et ne permettent pas d'offrir les interventions appropriées » (SQETGC, 2017, p. 7).

La prévalence de la violence commise par les individus ayant une DI ou un TSA

En ce qui concerne la prévalence entre la DI et le TSA, il existe peu de données dans la littérature. Cependant, dans les définitions diagnostiques du TSA et de la DI, il est indiqué que les personnes vivant avec l'un de ces troubles peuvent présenter des comportements d'agressivité envers eux-mêmes, autrui et les objets (Crocq *et al.*, 2015). Néanmoins, il peut être intéressant de considérer la prévalence du TGC chez les individus ayant une DI, qui se situe entre 5 % et 15 % selon les études (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2021). Bref, il n'existe pas de données récentes et claires concernant la prévalence des comportements violents chez les individus ayant un TSA ou une DI.

Objectif de l'essai

Cet essai a comme visée de documenter les différents facteurs de risque et de protection du risque d'homicide ou de comportements violents chez la personne ayant une DI ou un TSA. Ce travail a également comme but d'appuyer l'amorçage de l'adaptation de la grille d'estimation du risque d'homicide du CRAIP (2015) pour la clientèle ayant une DI ou un TSA sur une recension de la littérature scientifique.

Méthode

Recherche documentaire

La recherche documentaire pour recenser les articles nécessaires afin de répondre aux objectifs a été effectuée en ligne en octobre 2022. La recherche a été élaborée par la consultation de quatre bases de données, soit PsycInfo, Academic Search Complete, Educational Resources Information Center (ERIC) et CINHAI Complete. De plus, d'autres références pertinentes ont été sélectionnées à la suite de la lecture des différents articles retenus. Afin d'effectuer la recension dans les différentes bases de données, les mots clés en lien avec les concepts pertinents ont été utilisés selon la syntaxe suivante : « homicid* » OR « murder* » OR « killing » OR « infanticide* » OR « neonaticide* » OR « filicide* » OR « manslaughter* » OR « massacre* » OR « death threat* » OR « threat* of death » – AND « autis* » OR « ASD » OR « Asperger* » OR « intellectual disabilit* » OR « intellectual development disorder* » OR « intellectual disorder* ».

Critères de sélection des articles

Différents critères d'inclusion et d'exclusion ont été sélectionnés afin de bien répondre à l'objectif de ce travail.

Critères d'inclusion

Puisqu'il y avait très peu de travaux portant sur le sujet précis de cet essai, les critères d'inclusion ont été plus larges afin d'être en mesure de bien répondre à l'objectif de ce travail. Donc, au moment de retenir les articles pertinents, les critères suivants ont été utilisés :

- L'article comprenait au moins une étude de cas d'un passage à l'acte d'homicide par une personne ayant une DI ou un TSA étant âgée entre de 10 et 100 ans ;
- L'article comprenait au moins une étude de cas de judiciarisation d'un comportement violent par une personne ayant une DI ou un TSA étant âgée entre 10 et 100 ans ;
- L'article relatait au moins un facteur de risque ou de protection au risque d'homicide chez une personne ayant une DI ou un TSA ;
- L'article était rédigé en français ou en anglais ;
- L'article provenait d'un pays occidental ;

- L'article a été publié entre 2000 et 2023 ;
- L'article était disponible en ligne ou sur le site de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

Critères d'exclusion

Afin d'assurer que le sujet soit bien ciblé pour la réalisation de cet essai, les articles ont été exclus si :

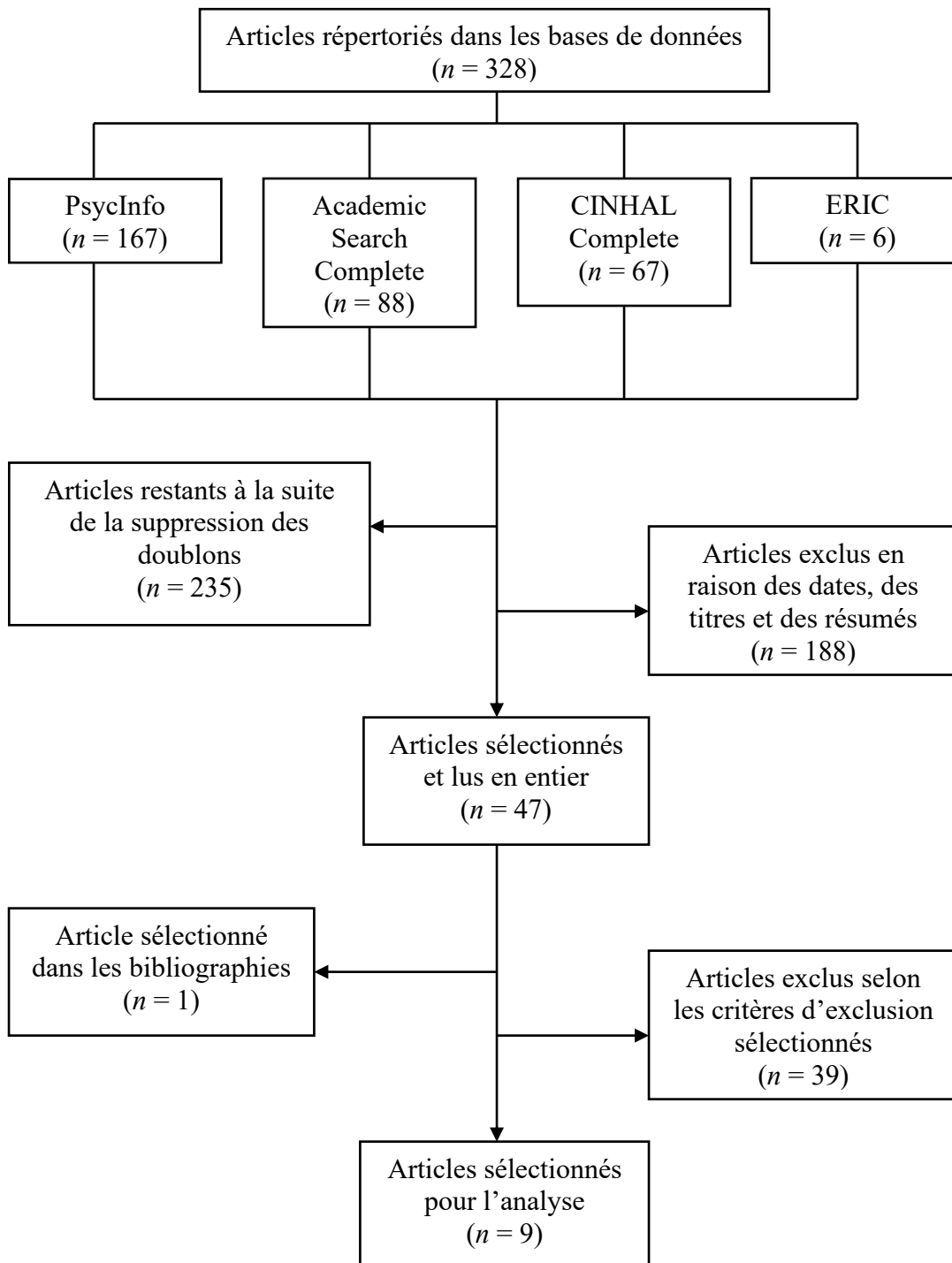
- L'article portait sur une étude de cas pour un crime sexuel ayant été commis par une personne ayant une DI ou un TSA ;
- L'article portait sur une étude de cas d'un crime de masse (tuerie) ayant été perpétré par une personne ayant une DI ou un TSA ;
- L'article portait sur un homicide effectué sur une personne ayant une DI ou un TSA ;
- Le type d'article était soit une thèse, un rapport de recherche, un livre ou bien un chapitre de livre.

La sélection des études

Le Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) a été utilisé afin d'illustrer les études sélectionnées (Gedda, 2015). **La Figure 1** présente un résumé du processus de sélection des articles. Ainsi, à la suite des recherches dans les différentes bases de données sélectionnées, un total de 328 articles a été identifié puis 93 doublons ont été retirés. Ensuite, 39 articles dont la date de parution était avant les années 2000 ont été retirés (1914 à 1999) afin d'avoir des données plus actuelles, d'autant plus que ces articles rencontraient également d'autres critères d'exclusions. Des 196 articles restants, 149 ont été exclus à la lecture du titre et de l'introduction, 47 ont fait l'objet d'une lecture complète et un article a été ajouté à la suite de la lecture des bibliographies des études. Finalement, 9 de ces articles ont été sélectionnés pour l'élaboration de cet essai.

Figure 1

Diagramme de flux



Résultats

Description des études sélectionnées

Parmi les neuf écrits sélectionnés, six comportent des devis qualitatifs avec études de cas (Lazaratou *et al.*, 2016 ; Mukaddes et Topcu, 2006 ; Murphy, 2010 ; Murrie *et al.*, 2002 ; Ravven et Kapoor, 2014 et Schwartz-Watts, 2005). Parmi celles-ci, seulement l'étude de Ravven et Kapoor, (2014) n'a pas utilisé d'entrevues structurées se basant exclusivement sur les jugements de la Cour. Les études de Cockram (2005), Heeramun *et al.* (2017) et Wahlund et Kristiansson (2006) comportent des devis quantitatifs de type descriptif. Les échantillons de ces trois études ont été sélectionnés dans les bases de données du pays et du milieu psychiatrique ou carcéral. La majorité des études retenues ($n = 7$) proviennent de pays d'Amérique du Nord (Murrie *et al.*, 2002 ; Ravven et Kapoor, 2014 et Schwartz-Watts, 2005) et d'Europe (Heeramun *et al.*, 2017 ; Lazaratou *et al.*, 2016 ; Murphy, 2010 et Wahlund et Kristiansson, 2006). Les autres études ($n = 2$) ont été effectuées en Australie (Cockram, 2005) et en Turquie (Mukaddes et Topcu, 2006). Quant aux échantillons, l'âge des participants pour l'ensemble des études s'étend de 10 à 71 ans. Cependant, les articles de Cockram (2005) et Ravven et Kapoor (2014) ne mentionnent pas d'information sur l'âge des participants. De plus, les articles portent tous sur des personnes ayant un diagnostic de TSA ou d'asperger, à l'exception de celui de Cockram (2005) qui étudie plutôt des personnes ayant une DI. En ce qui concerne les crimes commis judiciairisés, sept des études comprennent des personnes ayant commis un homicide ou une tentative d'homicide (Lazaratou *et al.*, 2016 ; Mukaddes et Topcu, 2006 ; Murphy, 2010 ; Murrie *et al.*, 2002 ; Ravven et Kapoor, 2014 ; Schwartz-Watts, 2005 et Wahlund et Kristiansson, 2006), alors que seulement deux portent sur des individus ayant commis un crime violent (Heeramun *et al.*, 2017 et Murrie *et al.*, 2002). Finalement, l'étude de Cockram (2005) n'a pas répertorié les crimes commis par l'entièreté de son échantillon.

Tableau 1*Description des études retenues*

Auteurs	Pays	Type d'étude	Méthode	Échantillon	Diagnostic	Crime judiciaire
Cockram (2005)	Australie occidentale	Quantitative longitudinale	Analyses dans les bases de la commission des services aux personnes handicapées	$n = 876$ $n = 6776$	DI Aucun	Offense judiciaire non spécifiée
Heeramun <i>et al.</i> (2017)	Suède	Quantitative descriptive	Analyses dans les bases de données du comté de Stockholm	$n = 5739$ Âge = 15-27 $n = 250$ $n = 295\ 734$ $n = 7643$ Âge = 15-27	TSA Aucun	Aucun Crimes violents Aucun Crimes violents
Lazaratou <i>et al.</i> (2016)	Grèce	Qualitative - étude de cas	Entrevues structurées avec le père et la personne et passation du « Child Behavioral Check List » (Achenbach, 1991)	$n = 1$ Âge = 17	Asperger	Matricide
Mukaddes et Topcu (2006)	Turquie	Qualitative – étude de cas	Entrevues structurées avec la famille et	$n = 1$ Âge = 10	TSA	Fratricide

Auteurs	Pays	Type d'étude	Méthode	Échantillon	Diagnostic	Crime judiciaire
			lecture du dossier			
Murphy (2010)	Angleterre	Qualitative - étude de cas	Entrevues structurées et passation du « Historical, Clinical and Risk Management – 20 » (Webster <i>et al.</i> , 1997)	$n = 1$ Âge = 21	Asperger	Homicide (superviseur au travail)
Murrie <i>et al.</i> (2002)	États-Unis	Qualitative - étude de cas (trois cas exclus par les critères d'exclusions)	Entrevues structurées	$n = 3$ Âge = 31, 31 et 44	Asperger	Incendies criminels Tentative de meurtre (évaluateur pour la garde de ses enfants) Agression armée et séquestration (deux femmes)
Ravven et Kapoor (2014)	États-Unis	Qualitative - étude de cas	Lecture du jugement de la Cour	$n = 1$	Asperger	Tentative de meurtre sur son père
Schwartz-Watts (2005)	États-Unis	Qualitative - étude de cas	Lecture des dossiers médical et légal, entrevues structurées de	$n = 3$ Âge = 20, 22 et 35	Asperger	Homicide (garçon de huit ans, voisin et beau-père)

Auteurs	Pays	Type d'étude	Méthode	Échantillon	Diagnostic	Crime judiciaire
			la personne et de sa famille			
Wahlund et Kristiansson (2006)	Suède	Quantitative descriptive	Lecture des dossiers psychiatriques	$n = 27$ Âge = 15-71	Trouble de la personnalité antisocial	Homicides volontaires ou involontaires
				$n = 8$ Âge = 15-71	TSA	

Les facteurs de risque et de protection

Tout d'abord, il est important de rappeler que le but de cet essai est de faire l'état de la littérature scientifique concernant les facteurs de risque et de protection du risque d'homicide ou de comportements violents chez la personne ayant une DI ou un TSA afin d'amorcer l'adaptation de la grille d'estimation du risque d'homicide élaborée par le CRAIP en 2015 à cette clientèle. Alors, dans le but de faciliter la transmission de l'information, la nomenclature de cette grille a été utilisée pour classer les informations. **Le Tableau 1** fait état de la récurrence des différents facteurs de risque et de protection concernant le risque d'homicide ou de comportements violents chez la clientèle ayant une DI ou un TSA répertoriés dans la littérature scientifique selon les différentes catégories de nomenclature de la grille d'estimation du risque d'homicide du CRAIP (2015).

Le scénario d'homicide

La première catégorie correspond aux éléments faisant partie du scénario d'homicide. Celui-ci se caractérise par le choix d'une victime et d'un moyen et documente s'ils sont accessibles à la personne. Cette catégorie inclut également le choix ou non d'un lieu et d'un moment déterminé dans le scénario verbalisé par la personne (CRAIP, 2015). Dans les articles choisis pour cette recension, l'identification d'un moyen et la disponibilité de celui-ci sont mentionnées dans deux études de cas de l'étude de Murrie *et al.* (2002), soit par l'utilisation d'une arme à feu et du feu. Aucun autre élément du scénario d'homicide n'a été répertorié dans les différents articles.

Les facteurs contextuels

La deuxième catégorie se réfère aux facteurs contextuels. Ces facteurs correspondent aux contextes de vie (sociale, familiale, etc.) que peut vivre une personne, tels qu'une séparation ou une perte d'emploi (CRAIP, 2015). Dans les études de Lazaratou *et al.* (2016), Mukaddes et Topcu (2006), Murphy (2010), Murrie *et al.* (2002), Ravven et Kapoor (2014), Schwartz-Watts (2005) et Wahlund et Kristiansson (2006), plusieurs facteurs contextuels ont été identifiés. Notamment, des difficultés à comprendre les situations sociales sont mentionnées dans quatre

études (Lazaratou *et al.*, 2016 ; Murphy, 2010 ; Murrie *et al.*, 2002 ; Schwartz-Watts, 2005). Les facteurs cités à trois reprises sont la présence de changements dans la vie de la personne, comme une naissance dans la fratrie, de vivre une évaluation par les services de protection des enfants (États-Unis) ou bien une perte d'emploi (Lazaratou *et al.*, 2016; Schwartz-Watts, 2005 ; Wahlund et Kristiansson, 2006), la présence de disputes dans le milieu familial (Lazaratou *et al.*, 2016; Mukaddes et Topcu, 2006; Schwartz-Watts, 2005) et l'arrêt ou l'ajustement récent de la médication (Lazaratou *et al.*, 2016; Mukaddes et Topcu, 2006; Ravven et Kapoor, 2014). Les pressions exercées par le milieu familial sur la personne pour performer ou se trouver un emploi ont été mentionnées dans deux études (Lazaratou *et al.*, 2016 ; Murphy, 2010). Deux facteurs ont été cités dans une étude seulement, soit l'imposition d'une exigence par l'entourage (Lazaratou *et al.*, 2016) et l'influence lors du passage à l'acte de films vus dans le passé où l'individu subissait plusieurs blessures par balles et ne mourrait pas (Schwartz-Watts, 2005).

Les facteurs psychologiques et sociaux

La troisième catégorie correspond aux facteurs psychologiques et sociaux, c'est-à-dire aux facteurs propres à la personne comme avoir des antécédents de trouble de santé mentale ou bien être impulsif. Ces facteurs peuvent aussi se caractériser par les contextes sociaux vécus par la personne dans son passé, par exemple avoir vécu de la négligence ou de la violence physique par ses parents durant l'enfance (CRAIP, 2015). Les facteurs cités le plus fréquemment sont, dans six études, d'avoir des antécédents ou une comorbidité d'un trouble de santé mentale (Heeramun *et al.*, 2017; Lazaratou *et al.*, 2016; Murphy, 2010; Murrie *et al.*, 2002; Ravven et Kapoor, 2014; Wahlund et Kristiansson, 2006) et dans quatre études de présenter de l'impulsivité (Heeramun *et al.*, 2017; Mukaddes et Topcu, 2006; Murphy, 2010; Schwartz-Watts, 2005). Des facteurs sont nommés dans trois études, soit l'irritabilité (Lazaratou *et al.*, 2016; Mukaddes et Topcu, 2006; Ravven et Kapoor, 2014), les signes de dépression tels que la négligence de l'apparence, une humeur déprimée, une augmentation de l'isolement, la rumination, le refus de réaliser des activités appréciées ou bien des difficultés de sommeil (Lazaratou *et al.*, 2016; Murrie *et al.*, 2002; Ravven et Kapoor, 2014) et de présenter peu de remords en lien avec des événements de violence passés (Lazaratou *et al.*, 2016; Murphy, 2010; Murrie *et al.*, 2002).

Plusieurs facteurs ont été mentionnés dans deux études soit de présenter de la rigidité cognitive, de croire que des gestes de violences passés étaient légitimés (Murphy, 2010 ; Murrie *et al.*, 2002), de vivre un sentiment de rejet, d'avoir un désir de vengeance (Mukaddes et Topcu, 2006 et Murrie *et al.*, 2002), d'avoir une hypersensibilité sensorielle (Mukaddes et Topcu, 2006 et Schwartz-Watts, 2005), de la colère intense (Lazaratou *et al.*, 2016 ; Murphy, 2010), d'avoir des antécédents d'abus ou de négligence (Lazaratou *et al.*, 2016 ; Wahlund et Kristiansson, 2006) et d'avoir de l'intérêt envers la violence ou les armes (Murrie *et al.*, 2002; Schwartz-Watts, 2005). Les facteurs se retrouvant dans une seule étude sont la difficulté à accepter la perspective d'autrui, avoir été victime d'intimidation, faire de la déresponsabilisation (Murphy, 2010), avoir une faible empathie, des traits de personnalité narcissique ou paranoïde, avoir tendance à manifester des distorsions cognitives, avoir un sentiment de solitude (Murrie *et al.*, 2002), avoir été victime de violence familiale (Lazaratou *et al.*, 2016), avoir un trouble de la conduite (Heeramun *et al.*, 2017), un trouble de comportement (Mukaddes et Topcu, 2006) et l'apparition de comportements bizarres ou inhabituels (Ravven et Kapoor, 2014).

Les facteurs criminologiques

La quatrième catégorie se réfère aux facteurs criminologiques, c'est-à-dire aux antécédents de la personne en lien avec la justice (CRAIP, 2015). Très peu de ces facteurs sont relevés dans les différentes études. En effet, avoir des antécédents judiciaires (Cockram, 2005) et avoir commis un premier geste de violence à un jeune âge (Wahlund et Kristiansson, 2006) ne sont cités que dans une seule étude chacun.

Les facteurs aggravants

La cinquième catégorie correspond aux facteurs aggravants. Selon le CRAIP (2015), ce sont des facteurs qui « augmentent, d'une manière non négligeable, le risque d'homicide, et ce, davantage que les facteurs de risque ». Dans sept études (Lazaratou *et al.*, 2016 ; Mukaddes et Topcu, 2006 ; Murphy, 2010 ; Murrie *et al.*, 2002 ; Ravven et Kapoor, 2014 ; Schwartz-Watts, 2005 ; Wahlund et Kristiansson, 2006), cinq différents facteurs sont relevés. Dans quatre études, l'augmentation de la fréquence et de l'intensité de l'agressivité (Lazaratou *et al.*, 2016 ;

Mukaddes et Topcu, 2006 ; Murrie et al., 2002 ; Ravven et Kapoor, 2014) et avoir accès à une arme à feu ou à une autre arme (Lazaratou et al., 2016 ; Murphy, 2010 ; Murrie et al., 2002 ; Schwartz-Watts, 2005) sont mentionnés. La consommation de drogue ou d'alcool est soulevée dans les études de Schwartz-Watts (2005) et de Wahlund et Kristiansson (2006). Finalement, la persistance des problèmes de comportement ainsi que l'insuffisance ou l'absence de cadre parental sont nommées seulement dans l'étude de Mukaddes et Topcu (2006).

Les facteurs de protection

La sixième et dernière catégorie se caractérise par les facteurs de protection, c'est-à-dire les facteurs qui font en sorte de diminuer le facteur de risque d'homicide (CRAIP, 2015). Dans les écrits scientifiques sélectionnés, peu d'articles font mention de ces facteurs. En effet, occuper un emploi (Murrie *et al.*, 2002), avoir une personne de confiance dans son entourage exerçant une influence positive, accepter l'aide, avoir une reconnaissance de ses difficultés et un souci pour les règles (Murphy, 2010) ne sont des facteurs évoqués qu'une seule fois chacun.

Tableau 2

Réurrence des différents facteurs de risque et de protection concernant le risque d'homicide en DI-TSA identifiés dans la littérature selon la nomenclature de la grille du CRAIP (2015)

Catégorie de facteurs	Caractéristiques	Présent dans $N =$ nombre de participants
Éléments faisant partie du scénario d'homicide	Identification d'un moyen ⁶	$n = 2$
	Moyen accessible ⁶	$n = 2$
Facteurs contextuels	Changements / stressseurs / imprévu ^{3, 8, 9}	$n = 15$
	Tension / dispute dans le milieu familial ou social rapproché ^{3, 4, 8}	$n = 4$
	Arrêt ou ajustements récents de la médication ^{3, 4, 7}	$n = 3$
	Pression de performer imposée par les parents ^{3, 5}	$n = 2$
	Imposition d'une exigence ³	$n = 1$
	Avoir vu des films montrant des fusillades/scènes violentes où la victime ne meurt pas ⁸	$n = 1$
	Difficultés à comprendre les situations sociales ^{3, 5, 6, 8}	$n = 5$
	Facteurs psychologiques et sociaux	Impulsivité ^{2, 4, 5, 8}
	Irritabilité ^{3, 4, 7}	$n = 3$
	Faible empathie ⁶	$n = 1$
	Rigidité cognitive ^{5, 6}	$n = 4$
	Difficultés à accepter la perspective d'autrui / la critique ⁵	$n = 1$
	Antécédents d'abus ou de négligence ^{3, 9}	$n = 4$
	Victime de violence familiale ³	$n = 1$
	Victime d'intimidation par ses pairs ⁵	$n = 1$

Catégorie de facteurs	Caractéristiques	Présent dans $N =$ nombre de participants
	Santé mentale ^{2, 3, 5, 6, 7, 9}	$n = 76$
	Signes de dépression ^{3, 6, 7}	$n = 6$
	Traits de personnalité narcissique/paranoïde ⁶	$n = 1$
	Tendance à avoir des distorsions cognitives ⁶	$n = 1$
	Colère intense ^{3, 5}	$n = 2$
	Peu de remords en lien avec des événements de violence passés ^{3, 5, 6}	$n = 3$
	Croyance que des gestes de violence passés étaient légitimés ^{5, 6}	$n = 2$
	Désir de vengeance ^{4, 6}	$n = 3$
	Déresponsabilisation ⁵	$n = 1$
	Trouble de la conduite ²	$n = 70$
	Trouble de comportement ⁴	$n = 1$
	Sentiment de rejet ^{4, 6}	$n = 2$
	Sentiment de solitude ⁶	$n = 1$
	Apparition de comportements bizarres/inhabituels ⁷	$n = 1$
	Hypersensibilité sensorielle ^{4, 8}	$n = 3$
	Intérêts envers la violence ou les armes ^{6, 8}	$n = 2$
Facteurs criminologiques	Antécédents judiciaires ¹	$n = 304$
	Premier comportement criminel à un jeune âge ⁹	$n = 2$

Catégorie de facteurs	Caractéristiques	Présent dans $N =$ nombre de participants
Facteurs aggravants	Augmentation de la fréquence et de l'intensité de l'agressivité ^{3, 4, 6, 7}	$n = 4$
	Consommation ^{8, 9}	$n = 6$
	Avoir accès à une arme à feu ou à une autre arme ^{3, 5, 6, 8}	$n = 5$
	Persistance des problèmes de comportements ⁴	$n = 1$
	Encadrement parental insuffisant ou absent ⁴	$n = 1$
Facteurs de protection	Personne de confiance dans l'entourage exerçant une influence positive ⁵	$n = 1$
	Accepter l'aide, l'intervention ⁵	$n = 1$
	Reconnaissances de certaines de ses difficultés ⁵	$n = 1$
	Avoir un emploi ⁶	$n = 1$
	Avoir un souci de respecter les règles ⁵	$n = 1$

¹. Cockram (2005) ². Heeramun *et al.* (2017) ³. Lazaratou *et al.* (2016) ⁴. Mukaddes et Topcu (2006) ⁵. Murphy (2010) ⁶. Murrie *et al.* (2002) ⁷. Ravven et Kapoor (2014) ⁸. Schwartz-Watts (2005) ⁹. Wahlund et Kristiansson (2006)

Discussion

Ce travail avait pour objectif de rapporter les différents facteurs de risque et de protection du risque d'homicide ou de comportements violents chez la personne ayant une DI ou un TSA, et ce, en s'appuyant sur une recension de la littérature, afin de permettre l'adaptation de la grille d'estimation du risque d'homicide du CRAIP (2015) pour la clientèle ayant une DI ou un TSA. Cette adaptation sera effectuée par une équipe d'intervenants du CISSS-CA travaillant auprès de cette clientèle depuis plusieurs années. Les facteurs de risque ont principalement été soulevés au cours de la recension, mais très peu de facteurs de protection ont été relevés.

La présente recherche permet de constater que la majorité des facteurs de risque rapportés se retrouve dans les catégories des facteurs psychologiques et sociaux et des facteurs contextuels. En effet, plus de 30 éléments y sont énumérés. Ces catégories incluent des événements que peut vivre une personne dans les sphères sociale, familiale ou professionnelle, comme une séparation, une perte d'emploi ou un conflit. Elles comprennent également différents facteurs psychologiques et sociaux de la personne, c'est-à-dire ses caractéristiques personnelles, comme son tempérament et ses intérêts, ainsi que ses antécédents vécus durant son enfance par exemple, comme avoir vécu de la négligence ou de la violence par ses parents (CRAIP, 2015). Dans les autres catégories de facteurs de risque, soit le scénario d'homicide, les facteurs criminologiques et les facteurs aggravants, très peu d'éléments ont été rapportés. En effet, seulement neuf facteurs sont mentionnés en total dans les différentes études pour ces trois catégories. Le scénario d'homicide se décrit par le plan élaboré par la personne et les moyens qui lui sont admissibles ou non. Par exemple, le fait d'avoir accès à une arme à feu chez soi. Les facteurs criminologiques, quant à eux, correspondent aux antécédents judiciaires de la personne, tels qu'avoir eu un premier comportement criminel à l'adolescence. Finalement, les facteurs aggravants se définissent par les facteurs qui augmentent d'une manière considérable le niveau de risque de passage à l'acte, comme ce serait le cas si la personne était en état de consommation (CRAIP, 2015).

Les facteurs de risque ayant été les plus rapportés parmi les neuf différentes études recensées sont de présenter des antécédents ou une comorbidité d'un trouble de santé mentale

(Heeramun *et al.*, 2017; Lazaratou *et al.*, 2016; Murphy, 2010; Murrie *et al.*, 2002; Ravven et Kapoor, 2014; Wahlund et Kristiansson, 2006), de l'impulsivité (Heeramun *et al.*, 2017; Mukaddes et Topcu, 2006; Murphy, 2010; Schwartz-Watts, 2005), de la difficulté à comprendre les situations sociales, d'avoir accès à une arme à feu ou à une autre arme (Lazaratou *et al.*, 2016; Murphy, 2010; Murrie *et al.*, 2002; Schwartz-Watts, 2005) et d'une augmentation de la fréquence et de l'intensité de l'agressivité (Lazaratou *et al.*, 2016; Mukaddes et Topcu, 2006; Murrie *et al.*, 2002; Ravven et Kapoor, 2014). D'autres facteurs peuvent être rapportés comme étant plus importants bien qu'ils n'aient été mentionnés que dans trois études. Notamment, la présence de changements négatifs dans la vie de la personne comme une perte d'emploi (Lazaratou *et al.*, 2016; Schwartz-Watts, 2005; Wahlund et Kristiansson, 2006), la présence de disputes dans le milieu familial (Lazaratou *et al.*, 2016; Mukaddes et Topcu, 2006; Schwartz-Watts, 2005), le fait d'être irritable, d'avoir récemment cessé ou ajusté sa médication (Lazaratou *et al.*, 2016; Mukaddes et Topcu, 2006; Ravven et Kapoor, 2014), de présenter des signes de dépression tels que la négligence de l'apparence par exemple (Lazaratou *et al.*, 2016; Murrie *et al.*, 2002; Ravven et Kapoor, 2014) ainsi que de présenter peu de remords en lien avec des événements de violence passés (Lazaratou *et al.*, 2016; Murphy, 2010; Murrie *et al.*, 2002) sont des facteurs de risques pouvant être considérés davantage dans le contexte d'estimation du risque d'homicide ou de comportements violents chez une personne ayant une DI ou un TSA. À la lumière de ces éléments, il semble primordial de s'attarder aux caractéristiques propres à la personne, à son histoire de vie ainsi qu'à ce qui l'entoure lors de l'estimation du risque de passage à l'acte. Il faut également prendre en compte des éléments de son contexte social (sa famille, ses amis, son travail, etc.) afin de bien évaluer le risque de passage à l'acte.

En ce qui concerne les facteurs de protection, ils ont très peu été mentionnés lors de la recension. En effet, seulement cinq éléments sont ressortis des écrits, soient d'occuper un emploi (Murrie *et al.*, 2002), d'avoir une personne de confiance dans son entourage exerçant une influence positive, d'accepter l'aide, d'avoir une reconnaissance de ses difficultés ainsi que d'avoir un souci pour les règles (Murphy, 2010).

Pour ce qui est de l'adaptation de la grille du CRAIP (2015) à la clientèle ayant une DI ou un TSA, les différentes sections pourront rester semblables. Cependant, il sera important que les divers facteurs soulevés lors de cette recension soient ajoutés dans les différentes catégories de facteurs. Dans celles-ci, les différents facteurs pourraient être sous forme de listes à cocher plutôt que d'être des cases laissées vides. Ainsi, il serait plus facile pour l'intervenant de bien analyser la situation et il y aurait moins de risque que certains éléments importants soient laissés de côté ou oubliés.

Un lien intéressant peut être fait avec la démarche d'évaluation psychoéducative qui débute également par une collecte de données afin de bien définir le contexte entourant la personne, puis, qui se poursuit par l'analyse des ressources qu'à la personne pour bien s'adapter (facteurs de protection), et finalement, qui se complète par le jugement clinique de l'évaluateur, ce qui peut se comparer à l'estimation finale du risque d'homicide selon les différents éléments présents (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2014). Enfin, il est important de comprendre que le cumul des facteurs de risque représente un niveau de risque plus élevé que si la personne en présente peu. De plus, si plusieurs facteurs de protection sont présents, il faut comprendre que le risque en est diminué. Cependant, à partir des études recensées, il n'est pas possible de déterminer le poids des différents facteurs dans la prédiction du risque, c'est-à-dire si un facteur est prédit plus le risque qu'un autre. Le jugement clinique de l'évaluateur restera donc indispensable (CRAIP, 2015) lorsque la grille sera adaptée. En procédant ainsi, l'évaluateur risque moins de négliger certains éléments qui pourraient être importants afin d'obtenir le portrait le plus complet de la situation pour bien l'évaluer. Il est important de rappeler qu'il y a beaucoup d'éléments et de facteurs à prendre en compte qui ont été relevés lors de la recension.

Les limites de l'essai

Cet essai comporte deux limites principales. Une première limite réside dans le fait que très peu de recherche semble avoir été faite sur le sujet. En effet, plusieurs études ont été exclues puisque l'acte violent avait plutôt été perpétré sur une personne ayant une DI ou un TSA plutôt que par celle-ci. Au total, seulement neuf écrits ont été retenus et aucun n'a été réalisé au Canada. Une deuxième limite est liée à la méthode utilisée dans certaines études, notamment la petite taille des échantillons et les méthodes de collecte de données. Effectivement, la majorité des échantillons dans les articles sont des études de cas (six écrits comprenant 10 études de cas), alors, il arrive fréquemment que le facteur de risque ou de protection soit ressorti dans seulement un ou deux cas. Ainsi, les résultats des différentes études sont difficilement généralisables, puisque la majorité des échantillons étaient de petites tailles. À ceci s'ajoute que, dans la majorité des écrits retenus, les informations sont recueillies dans des bases de données et par l'analyse de dossiers médicaux et psychosociaux, ce qui a pu biaiser certaines informations, puisque les différentes études de cas n'ont pas été analysées par la même personne. D'autant plus qu'il n'y avait pas de groupe de comparaison. En d'autres mots, l'interprétation de certains événements ou caractéristiques de la personne a pu différer d'une recherche à l'autre et n'a pas pu être comparé à un groupe semblable (ce qui aurait renforcé la validité). De plus, les familles n'ont pas toujours été sollicitées, il n'y a donc pas de manière sûre de vérifier si l'information retrouvée dans le dossier de la personne était bien rapportée et véridique. Enfin, toutes les mêmes informations ne sont pas nécessairement compilées dans l'ensemble des dossiers consultés. Pour l'objectif de ce travail, vu le manque d'écrits, l'ensemble des facteurs de risque et de protection mentionnés ont été retenus. Par conséquent, il faut être vigilant quant à l'interprétation et à la validité des résultats puisque d'une étude à l'autre les facteurs peuvent difficilement être comparés.

Les retombées de l'essai

Les résultats de l'essai guideront l'amorçage de l'adaptation de la grille d'estimation du risque d'homicide du CRAIP (2015) à la clientèle ayant une DI ou un TSA par le comité d'intervenants faisant partie du CISSS-CA. Ils permettront également le développement d'une formation provinciale sur l'estimation du risque d'homicide ou de comportements violents chez

la personne ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme par ce même comité avec la collaboration d'une autre psychoéducatrice du programme. L'adaptation de la grille permettra de faciliter l'estimation du risque d'homicide et de comportements violents auprès de ces clientèles par les différents intervenants œuvrant dans les divers milieux d'interventions. Par le fait même, il est possible de supposer qu'une sensibilisation sera effectuée auprès des différents intervenants et qu'il sera éventuellement possible de diminuer le risque de passage à l'acte en détectant la situation plus tôt, ce qui favoriserait la mise en place plus rapide d'un filet de sécurité et d'interventions appropriées selon le contexte et le niveau de risque.

Conclusion

Cet essai a permis de recenser différents facteurs de risque et quelques facteurs de protection quant au risque d'homicide ou de gestes violents chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Les principaux facteurs de risques soulevés se retrouvaient dans la catégorie des facteurs psychologiques et sociaux. Cela dit, très peu de recherches ont été faites à ce sujet, ce qui rend difficiles l'interprétation et la validité des résultats. Il faut néanmoins rappeler que bien que ces gestes aient de graves conséquences, ils demeurent rares. Bien qu'aucune donnée récente et claire de la prévalence du taux d'homicide ou de gestes violents commis par une personne ayant une DI ou un TSA n'ait été trouvée lors des recherches effectuées, il est tout de même possible de penser que ce n'est pas un pourcentage élevé puisque la prévalence du TGC chez les individus ayant une DI se situe entre 5 % et 15 % selon les études (INESSS, 2021). De ce fait, il serait pertinent que davantage de recherches soient effectuées sur ce sujet et que la méthode de collecte de données comprenne des échantillons de plus grandes tailles en s'appuyant, par exemple, sur un plus grand nombre d'études de dossiers. De plus, il serait pertinent d'accorder plus d'importance à l'étude des facteurs de protection. Finalement, il serait également important que des entrevues structurées soient réalisées afin que les données recueillies soient exhaustives de chacun des facteurs impliqués. Ainsi, les données seraient encore plus valides et pourraient se comparer plus facilement.

Références

- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5® : critères diagnostiques (5^e éd.)* (Arlington, VA, 2013). Traduction française par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi, P. Boyer, C. Pull et M.-C. Pull-Erpelding. Elsevier Masson.
- Binta Diallo, F., Rochette, L., Lesage, A. et (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2310_surveillance_trouble_spectre_autisme.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Data and statistics on autism spectrum disorder*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) (2015). *Guide d'estimation et de gestion du risque d'homicide : Manuel du participant*. CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.
https://fcp.rtss.qc.ca/pluginfile.php/4769385/mod_resource/content/1/Lecture%20pr%C3%A9alable%20-%20Module%201%20-%20PARTICIPANT.pdf
- Cockram, J. (2005). Careers of offenders with an intellectual disability: The probabilities of rearrest. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(7), 525-536.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00707.x>
- Côté-Paulette, C. (2021, 21 décembre). Le jeune autiste de 17 ans coupable du meurtre de sa mère jugé comme un adulte. *Ici Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1849862/maxime-allaire-limoilou-rue-concorde-fevrier-2019-meurtre-poignard>
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D. et American Psychiatric Association. (2015). *Dsm-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e édition)*. Elsevier Masson.
<https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>
- Fédération québécoise de l'autisme (2021). *L'autisme en chiffre*.
<https://www.autisme.qc.ca/comprendre/lautisme-en-chiffres.html>
- Fédération québécoise de l'autisme (2023). *Dépistage et diagnostic*.
<https://www.autisme.qc.ca/comprendre/depistage-diagnostic.html>
- Gouvernement du Québec (2023). *Formes de violences*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/violences/violences>

- Heeramun, R., Magnusson, C., Gumpert, C. H., Granath, S., Lundberg, M., Dalman, C. et Rai, D. (2017). Autism and convictions for violent crimes: Population-based cohort study in Sweden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 491-497. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.011>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2021). *Troubles graves du comportement : meilleures pratiques en prévention, en évaluation et en intervention auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble du spectre de l'autisme*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_TG_C_EC.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Homicides intrafamiliaux*. https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-de-la-violence-interpersonnelle/dossiers/homicides-intrafamiliaux#note_1
- Lazaratou, H., Giannopoulou, I., Anomitri, C. et Douzenis, A. (2016). Case report: Matricide by a 17-year old boy with Asperger's syndrome. *Aggression & Violent Behavior*, 31, 61-65. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.07.007>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, présidé par Gilles Tremblay*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-02.pdf>
- Mukaddes, N. M. et Topcu, Z. (2006). Case report: Homicide by a 10-year-old girl with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(4), 471-474. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0087-0>
- Murphy, D. (2010). Extreme violence in a man with an autistic spectrum disorder: Assessment and treatment within high-security psychiatric care. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(3), 462-477. <https://doi.org/10.1080/14789940903426885>
- Murrie, D. C., Warren, J. I., Kristiansson, M. et Dietz, P. E. (2002, 2002). Asperger's syndrome in forensic settings. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 59-70. <https://doi.org/10.1080/14999013.2002.10471161>
- Ofner, M., Coles, A., Decou, M., T Do, M., Bienek, A., Snider, J. Ugnat, A-M. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents au Canada : un rapport du système national de surveillance du trouble du spectre de l'autisme*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder-children-youth-canada-2018/trouble-spectre-autisme-enfants-adolescents-canada-2018.pdf>


- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2014). L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. https://ordrepseq.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Evaluation_psychoeducative_2014.pdf
- Perron, L.-S. (2022, 14 octobre 2022). 12 ans de prison pour avoir fauché une piétonne et un cycliste. *La presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2022-10-14/12-ans-de-prison-pour-avoir-fauche-une-pietonne-et-un-cycliste.php>
- Ravven, S. et Kapoor, R. (2014). Heat-of-passion manslaughter and the mentally III defendant. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(1), 115-117. <https://jaapl.org/content/42/1/115/tab-article-info>
- Roeleveld, N., Zielhuis, G. A. et Gabreëls, F. (1997). The prevalence of mental retardation: A critical review of recent literature. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39(2), 125–32. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1997.tb07395.x>
- Rutter, M. (2008). *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5^e éd.). Blackwell Pub. <https://doi.org/10.1002/9781444300895>
- Schwartz-Watts, D. M. (2005). Asperger's disorder and murder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33(3), 390-393. <https://jaapl.org/content/jaapl/33/3/390.full.pdf>
- Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (2017). *Protocole d'identification des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et manifestant un trouble grave du comportement*. http://sqtgc.org/wpcontent/uploads/2017/03/protocole_identification_tgc_fevrier_2017.pdf
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N. et Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(1), 62–69. <https://psycnet-apa-org.biblioproxy.uqtr.ca/fulltext/2009-25142-007.pdf>
- Wahlund, K. et Kristiansson, M. (2006). Offender characteristics in lethal violence with special reference to antisocial and autistic personality traits. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(8), 1081-1091. <https://doi.org/10.1177/0886260506290289>
- Webster, C., Douglas, K., Eaves, D. et Hart, S. (1997). *The HCR 20 Assessing risk for violence, version two*. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University

Appendice A

Grille d'estimation et de gestion du risque d'homicide

Effacer
Imprimer
Enregistrer

Santé et Services sociaux Québec



DT9317

RAPPORT D'ESTIMATION ET DE GESTION DU RISQUE D'HOMICIDE
(La formation provinciale sur l'estimation et la gestion du risque d'homicide doit obligatoirement avoir été suivie pour l'utilisation de ce formulaire)

Secteur de l'intervenant :

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	
Expiration		Mois	
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Sexe		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse (n°, rue, app.)			
Ville		Code postal	
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Cellulaire

TYPE D'HOMICIDE	
Intrafamilial <input type="checkbox"/> Conjugal <input type="checkbox"/> Familicide <input type="checkbox"/> Filicide <input type="checkbox"/> Parricide	Extrafamilial <input type="checkbox"/> Querelleur et vindicatif
Brève description de la situation :	
ESTIMATION DU RISQUE D'HOMICIDE	
SCÉNARIO HOMICIDE (précision et facilité de réalisation) <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R	
Explications (à compléter à l'aide de l'outil Repères pour l'estimation globale du risque d'homicide)	
Teneur des idées homicides :	Planification :
Victime(s) ciblée(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lien : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Victime(s) accessible(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre(s) victime(s) potentielle(s) : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Moyen choisi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Moyen accessible : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lieu déterminé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Moment : <input type="checkbox"/> Non déterminé <input type="checkbox"/> Plus de 48 heures <input type="checkbox"/> Moins de 48 heures	
FACTEURS DE RISQUE	
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R	
Facteurs contextuels :	Facteurs psychologiques et sociaux :
Facteurs criminologiques :	Facteurs liés à la demande d'aide :

Nom de l'usager		N° de dossier	
Facteurs aggravants			
<input type="checkbox"/> Accès à une arme à feu (même si pas moyen choisi) <input type="checkbox"/> Intoxication ou problème de consommation (alcool/drogue)		<input type="checkbox"/> Situation qui perdure dans le temps avec augmentation des émotions négatives : tension, colère, etc. <input type="checkbox"/> Augmentation de la fréquence ou de la gravité des menaces ou comportements violents	
Explications :			
Facteurs de protection			
<input type="checkbox"/> Adhésion et collaboration à la démarche d'aide/alliance avec l'intervenant <input type="checkbox"/> Actions posées pour se protéger et protéger les autres (collaboration à la stratégie de sécurité) <input type="checkbox"/> Capacité à envisager le deuil (de la perte d'emploi, de la relation, etc.)		<input type="checkbox"/> Reconnaissance du problème/volonté de changement <input type="checkbox"/> Respect des conditions et des lois <input type="checkbox"/> Soutien social <input type="checkbox"/> Empathie envers l'autre/reconnaît la valeur de l'autre	
Explications :			
ESTIMATION GLOBALE – Risque		<input checked="" type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Élevé <input type="checkbox"/> Imminent	
GESTION DU RISQUE – Stratégies mises en place :			
PIH :		Victime(s) :	
CONCLUSION DE L'ENTRETIEN ET DÉMARCHES REQUISES (Opinion professionnelle et recommandations)			
Prochain rendez-vous prévu : _____			
Ressources impliquées : _____ <small>(orienter/réfléter/accompagner)</small>		Suivi requis : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Suivi étroit	
Autorisation à divulguer l'information : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Court terme <input type="checkbox"/> Relance requise	
INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
Date	Contenu/explication/démarches/résultats		
Intervenant		Programme	Date de rédaction
Nom et prénom (lettres moullées)	Signature		Année Mois Jour

Appendice B

Prévalence des comorbidités

Tableau 3 Prévalence des maladies concomitantes chez les personnes avec ou sans TSA dans la première année et au cours de la vie, 1 à 17 ans, Québec, 2014-2015

Maladies concomitantes (codes CIM-9)	Première année de vie				Au cours de la vie			
	Avec un TSA (n = 16 940)		Sans TSA (n = 1 447 660)		Avec un TSA (n = 16 940)		Sans TSA (n = 1 447 660)	
	%	IC à 99 %	(%)	IC à 99 %	(%)	IC à 99 %	(%)	IC à 99 %
Maladies infectieuses (000-139)	26,9	25,8-27,9	21,4	21,3-21,5	68,0	66,4-69,7	54,2	54,0-54,4
Tumeurs (140-239)	3,3	2,9-3,7	3,1	3,0-3,1	11,3	10,7-12,0	8,7	8,6-8,7
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques et les troubles de l'immunité (240-279)	7,1	6,6-7,7	3,7	3,7-3,7	24,9	23,9-25,9	12,4	12,3-12,4
Diabète (250)	0,2	0,1-0,3	0,1	0,1-0,1	1,2	0,9-1,4	0,5	0,5-0,5
Troubles mentaux (290- 319)	8,8	8,2-9,4	3,5	3,5-3,5	85,2	83,4-87,0	25,3	25,2-25,4
Conditions organiques psychotiques (290-294)	0,1	0,1-0,2	0,0	0,0-0,0	1,7	1,4-1,9	0,3	0,3-0,3
Troubles liés à la consommation de substance (291-292 et 303-305)	0,1	0,0-0,2	0,1	0,0-0,1	2,1	1,8-2,4	0,7	0,6-0,7
Troubles anxiodépressifs (296 300, 311, 313)	0,9	0,7-1,1	0,5	0,4-0,5	34,2	33,1-35,4	7,7	7,6-7,7

Binta Diallo *et al.*, (2017), p. 15

Tableau 3 Prévalence des maladies concomitantes chez les personnes avec ou sans TSA dans la première année et au cours de la vie, 1 à 17 ans, Québec, 2014-2015 (suite)

Maladies concomitantes (codes CIM-9)	Première année de vie				Au cours de la vie			
	Avec un TSA (n = 16 940)		Sans TSA (n = 1 447 660)		Avec un TSA (n = 16 940)		Sans TSA (n = 1 447 660)	
	%	IC à 99 %	(%)	IC à 99 %	(%)	IC à 99 %	(%)	IC à 99 %
Désordres anxieux (300, 313)	0,8	0,6-1,0	0,4	0,4-0,4	32,6	31,5-33,8	7,1	7,1-7,2
Troubles réactifs (308, 309)	0,2	0,1-0,3	0,1	0,1-0,1	16,9	16,1-17,7	3,3	3,2-3,3
Schizophrénie (295)	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	1,1	0,9-1,3	0,1	0,1-0,1
Troubles du comportement (301, 302, 312)	0,6	0,4-0,7	0,2	0,2-0,3	13,2	12,5-13,9	2,2	2,1-2,2
Troubles de la personnalité (301)	0,1	0,0-0,1	0,0	0,0-0,0	3,9	3,5-4,3	0,5	0,5-0,5
Troubles du déficit de l'attention/hyperactivité (314)	0,6	0,4-0,8	0,2	0,2-0,2	42,0	40,7-43,3	9,3	9,2-9,3
Retard du développement (315 and 317-319)	5,3	4,8-5,8	1,4	1,4-1,4	57,1	55,6-58,6	8,4	8,3-8,4
Retard mental (317-319)	0,2	0,1-0,3	0,0	0,0-0,0	6,0	5,5-6,5	0,2	0,2-0,2
Maladies inflammatoires du SNC (320-327)	0,5	0,4-0,7	0,3	0,3-0,3	1,4	1,2-1,7	0,7	0,7-0,7
Affection héréditaire et dégénérative du SNC (330-337)	0,8	0,6-1,0	0,2	0,2-0,2	2,5	2,2-2,8	0,6	0,5-0,6
Autres maladies et syndromes du SNC (340-349)	2,4	2,1-2,7	0,6	0,6-0,6	14,8	14,1-15,6	4,5	4,5-4,5
Épilepsie (345)	1,3	1,1-1,5	0,3	0,3-0,3	8,4	7,9-9,0	1,3	1,3-1,3
Maladies du système nerveux périphérique (350-359)	1,0	0,8-1,3	0,2	0,2-0,3	4,5	4,1-4,9	0,9	0,9-1,0

Binta Diallo *et al.*, (2017), p. 16

Tableau 3 Prévalence des maladies concomitantes chez les personnes avec ou sans TSA dans la première année et au cours de la vie, 1 à 17 ans, Québec, 2014-2015 (suite)

Maladies concomitantes (codes CIM-9)	Première année de vie				Au cours de la vie			
	Avec un TSA (n = 16 940)		Sans TSA (n = 1 447 660)		Avec un TSA (n = 16 940)		Sans TSA (n = 1 447 660)	
	%	IC à 99 %	(%)	IC à 99 %	(%)	IC à 99 %	(%)	IC à 99 %
Maladies de l'œil et de ses annexes (360-379)	15,1	14,4-15,9	9,9	9,9-10,0	42,9	41,6-44,2	27,9	27,8-28,0
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïdienne (380-389)	30,0	28,9-31,1	27,8	27,7-27,9	83,1	81,3-84,9	69,6	69,4-69,8
Maladies de l'appareil circulatoire (390-459)	4,9	4,4-5,3	2,6	2,6-2,7	14,3	13,5-15,0	7,7	7,6-7,7
Maladies de l'appareil respiratoire (460-519)	56,9	55,4-58,4	51,3	51,2-51,5	92,7	90,8-94,6	84,0	83,8-84,2
Maladies de l'appareil digestif (520-579)	28,3	27,2-29,3	20,2	20,1-20,3	63,3	61,7-64,9	45,5	45,3-45,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire (580-629)	11,3	10,7-12,0	6,8	6,8-6,9	38,4	37,2-39,6	28,1	28,0-28,2
Anomalies congénitales (740-759)	20,7	19,8-21,6	13,6	13,5-13,7	34,1	32,9-35,3	20,1	20,0-20,2
Autres anomalies congénitales du système nerveux (742)	1,8	1,5-2,1	0,5	0,5-0,5	3,7	3,4-4,1	0,7	0,7-0,7
Syndrome de Down (758.0)	0,8	0,7-1,0	0,5	0,5-0,5	2,7	2,3-3,0	0,7	0,7-0,7
Affections périnatales (764-779)	50,1	48,7-51,5	44,2	44,1-44,4	51,5	50,1-52,9	44,9	44,8-45,1
Traumatismes (800-999)	15,2	14,4-16,0	11,7	11,6-11,8	69,0	67,4-70,7	55,5	55,3-55,6

Binta Diallo *et al.*, (2017), p. 17