

Article original

# Une prévention des passages à l'acte hétéro-agressifs graves en milieu scolaire est-elle possible ? Étude de la littérature sur les tueries scolaires et discussion de deux observations cliniques

## *Is serious aggressive behaviour in school preventable? A literature review concerning school shootings and discussion of two case reports*

E. Seidowsky<sup>a,b</sup>, E. Deniau<sup>a</sup>, J. Brunelle<sup>a</sup>, D. Cohen<sup>a,\*,c</sup>

<sup>a</sup> Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et université Pierre-et-Marie-Curie, AP-HP, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

<sup>b</sup> Service de psychiatrie et d'addictologie, groupe hospitalier Paul-Brousse, AP-HP, 12, avenue P.-Vaillant-Couturier, 94804 Villejuif, France

<sup>c</sup> CNRS UMR 7222, institut des systèmes intelligents et robotiques, université Pierre-et-Marie-Curie, 4, place Jussieu, 75005 Paris, France

---

### Résumé

**Contexte.** – En 1999, deux adolescents ont ouvert le feu sur leurs camarades de classe à Columbine High School (États-Unis) et se sont ensuite suicidés. La littérature anglo-saxonne sur ces passages à l'acte vise à les prévenir en identifiant des critères d'évaluation cliniques communs. En France, la médiatisation importante de faits divers violents semble alimenter une impression de hausse de la violence scolaire générale. Deux cas de menaces de passage à l'acte hétéro-agressif grave en milieu scolaire nous ont posé question.

**Méthode.** – Dans un premier temps, nous avons conduit une analyse de la littérature pour identifier les caractéristiques cliniques et psychopathologiques permettant de cerner le profil des auteurs de tueries scolaires. Nous avons sélectionné les études colligeant plus de cinq cas de tueries scolaires. Dans un second temps, nous avons comparé les critères identifiés avec ceux présentés par les deux situations cliniques récemment rencontrées.

**Résultats.** – Nous avons retrouvé huit études descriptives rétrospectives publiées entre 1999 à 2009, colligeant plus de cinq cas de tueries scolaires. L'analyse de la littérature grise rapporte 17 cas de tueries scolaires fortement médiatisés. Les critères retenus pour cerner le profil des auteurs de tueries scolaires, s'organisent en facteurs cliniques individuels aigus (ex : dépression, schizophrénie) et de style de personnalité (ex : intérêt pour les armes ou la violence), en facteurs relationnels (ex : difficultés de socialisation), en facteurs communautaires (ex : vécu de harcèlement scolaire) et en facteurs sociétaux (ex : législation sur les armes). À partir de l'exposé de deux observations cliniques qui ont posé la question d'un passage à l'acte grave en milieu scolaire, nous montrons la pertinence des critères proposés et leur caractère opérationnel.

**Conclusion.** – En l'absence d'études épidémiologiques du fait de la rareté des tueries scolaires, il est possible de dégager, à partir de la littérature et de l'analyse psychopathologique des situations individuelles, certains critères qui peuvent être utilisés par les professionnels du scolaire et de la santé pour identifier des jeunes à risque de passage à l'acte grave, en attirant entre autre l'attention sur les conséquences du harcèlement scolaire.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Adolescents ; Criminels mineurs ; Meurtre multiple ; Violence en milieu scolaire ; Maladies mentales ; Passage à l'acte (psychologie)

### Abstract

**Background.** – In 1999, two teenagers opened fire on their classmates at Columbine High School (USA) and then committed suicide. Anglo-Saxon literature on school shootings aims at preventing them by determining the common clinical assessment criteria of shooting threats. In France, the extensive media coverage of various violent acts creates the impression that school violence is on the rise. Two case reports of threats of serious school violence made us feel we had to analyze the problem.

**Method.** – Firstly, we conducted a literature review in order to identify common clinical assessment criteria of profile of a school shooter. We searched the Medline database from 1999 to 2009 and selected studies analysing more than five school shootings. We also performed a search of school shootings that received media coverage through Google and Google Scholar networks, and the Federal Bureau for Investigations website. Secondly, we compared the identified criteria with those observed in the two case reports.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : david.cohen@psl.aphp.fr (D. Cohen).

**Results.** – We found eight retrospective descriptive studies published between 1999 and 2009, which collected more than five cases of school shootings. Analysis of the grey literature allowed us to identify 17 cases of school shootings with extensive coverage by the media. The criteria taken into consideration for defining the profile of a school shooter included acute psychiatric individual factors (e.g.: depression, schizophrenia), personality factors (e.g.: interests in arms or violence), relational factors (e.g.: difficulty in socializing), community factors (e.g.: past school bullying experience) and societal factors (e.g.: legislation on arms). On the basis of the two case reports, we debate the relevance of the proposed criteria and their applicability.

**Conclusion.** – The study highlights some criteria that can be used by school and health professionals in determining menacing individuals who are at risk of behaving violently. Particular attention has been paid, among other things, to the consequences of school bullying.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Adolescents; Juvenile criminals; Multiple murder; School violence; Mental illness; Aggressive behaviour

## 1. Introduction

La 49<sup>e</sup> assemblée mondiale de la santé datant de 1996 [1] a déclaré la violence l'un des principaux problèmes de santé publique. En l'an 2000, 199 000 jeunes ont été victimes d'homicides dans le monde [2]. Plusieurs types de violence existent :

- la violence auto-infligée est constituée des automutilations, tentatives de suicide et du suicide ;
- la violence interpersonnelle correspond aux violences physiques (agressions), verbales (insultes), ou psychologiques (harcèlement) ;
- la violence collective peut être physique (lynchage) ou psychologique (harcèlement) [3].

Cette violence chez l'adolescent se manifeste aussi en milieu scolaire [4]. En effet, l'école représente un lieu d'apprentissage intellectuel et de la vie en communauté où l'adolescent passe la moitié de son temps. C'est dans ce contexte scolaire qu'est apparue une autre forme de violence, celle d'un individu contre une collectivité : les tueries scolaires. Ce sont des passages à l'acte graves mais rares. Aux États-Unis, le 20 avril 1999, deux adolescents de 17 et 18 ans, ont ouvert le feu sur leurs camarades de classe à Columbine High School en usant d'armes à feu et se sont ensuite suicidés. L'impact médiatique de cet événement dramatique a été considérable. En France, la médiatisation importante de faits divers violents dont la tentative d'assassinat de ses camarades de classe par un collégien en 2008 à Meyzieu, semble alimenter une impression de hausse de la violence scolaire générale [5]. L'enquête SIGNA [6] ne confirme pas cette impression. Cette enquête administrative française dans les établissements publics du second degré recensant les actes de violence a retrouvé 10,5 incidents graves pour 1000 élèves pour l'année 2008/2009, soit une légère baisse par rapport aux chiffres de l'année scolaire 2007/2008 (11,6 pour 1000 élèves).

Les tueries scolaires constituent un problème national aux États-Unis et la littérature anglo-saxonne les étudie. L'objectif vise à les prévenir en identifiant des critères descriptifs d'un profil commun chez ces auteurs. Quels critères ont été proposés par les études pour cerner le profil des auteurs de tueries scolaires ? Les adolescents présentant une pathologie psychiatrique sont-ils plus souvent responsables de ces passages à l'acte ? Ces critères sont-ils utiles à connaître dans notre contexte

socio-éducatif assez différent ? Ce travail s'est donné pour objectif d'aborder ces différentes questions, en :

- conduisant une recension des principaux travaux publiés sur ces questions dans la littérature ;
- proposant à partir de cette revue de question, des critères cliniques à l'usage des professionnels scolaires et des professionnels de santé afin de repérer les individus vulnérables, c'est-à-dire susceptibles de passages à l'acte hétéro-agressifs graves en milieu scolaire et d'évaluer le risque effectif de passage à l'acte en cas de menace ;
- illustrant l'applicabilité de ces critères à partir de la prise en charge de deux patients récemment hospitalisés pour ces motifs.

## 2. Méthode

Nous avons choisi de procéder à une consultation de la base de données internationale Pubmed. Les principaux mots clés utilisés pour consulter cette ressource ont été : *adolescent, violence, criminality, homicide, mass murder, school shooting, mass homicide, threat assessment, psychiatric disorder*. Nous les avons utilisés seuls ou de manière combinée. Des limites de langues (anglais, français) et de date (1999 à 2009) ont été posées. 1999 a été choisi car correspondant à la date de la tuerie de Columbine High School aux États-Unis. Nous avons également effectué une exploration de la littérature grise (google, google scholar) disponible dans ce domaine sans limite de dates et consulté les ressources spécialisées du Federal Bureau for Investigations (FBI) aux États-Unis.

Au terme de cette première recension, nous avons fait émerger environ 500 documents et/ou publications. Nous avons exclu les études traitant du retentissement psychologique des victimes de tueries scolaires ou de l'aspect médiatique de ces tueries, les études incluant un nombre de cas de tueries scolaires trop faible (cinq de manière arbitraire), les études portant sur les adultes auteurs de tueries de masse, sur des cas de génocide et de terrorisme et les études sur la violence en général. Les études animales ou les études traitant d'un sujet médical (maladie infectieuse, *addiction* ou *drug shooting*), pharmacologique, physiopathologique, criminologique (homicide, parricide) ont aussi été exclues. Au total, nous avons retenu huit études colligeant les critères psychologiques, sociodémographiques et psychiatriques de plus de cinq cas de tueries scolaires. Ces données

ont été systématiquement recherchées et extraites à partir d'une grille prévue à cet effet et les facteurs de risques isolés systématiquement colligés.

Nous avons également retenu 17 tueries scolaires retrouvées dans la littérature grise qui ont été médiatisées et pour lesquelles certaines caractéristiques étaient également disponibles.

Enfin, à partir de l'exposé de deux observations cliniques qui ont posé la question d'un passage à l'acte grave en milieu scolaire, nous discuterons la revue de la question et les critères proposés par la littérature internationale pour le repérage des adolescents à risque.

### 3. Résultats

#### 3.1. Revue de la littérature sur les tueries scolaires

Les huit études retenues [7–14] (Tableau 1) sont toutes descriptives et rétrospectives. Le Tableau 1 en détaille les principales caractéristiques, en particulier les problèmes psychiatriques et les facteurs sociaux et développementaux retrouvés. Elles ont inclus chacune au moins sept tueries. Elles mettent en évidence une majorité de diagnostics de dépression ou de symptômes dépressifs présents chez les auteurs des tueries (respectivement trois et deux études sur huit). Trois études rapportent dans plus de la moitié des cas des menaces suicidaires et des tentatives de suicide. Seule l'étude de Langmann [10] retrouve 50 % de troubles psychotiques. Mais il faut

noter que la moitié des études sur les huit ne présentent que des critères descriptifs et symptomatiques. Mcgee ne retrouve aucun diagnostic de trouble psychiatrique mais des symptômes dépressifs et des difficultés de socialisation [11]. Meloy est le seul à utiliser les critères diagnostiques du DSMIV [12]. Il retrouve 63 % de symptômes dépressifs et 6 % de symptômes psychotiques. Concernant la prise de drogue, les résultats de Meloy et de Randazzo sont contradictoires : Vossekuil ne retrouve pas de prise de drogue [8], Meloy retrouve 63 % d'abus de drogues [12]. Ces huit études retrouvent tous des individus de sexe masculin, présentant pour une majorité, des symptômes pouvant faire évoquer des troubles psychiatriques. Ils ont presque tous des intérêts pour les armes et la violence ainsi que des difficultés de socialisation avec rejet des pairs.

Le Tableau 2 récapitule les 17 tueries scolaires tirées de la littérature grise et donc médiatisées au niveau international. Il permet de donner une idée de l'ampleur du phénomène et de pointer plusieurs aspects. Rares sont les auteurs de tueries scolaires agissant en duo (2/17). L'âge varie de 11 à 25 ans. Le nombre de victimes varie d'un à 32. La tuerie scolaire de W.R. High School au Canada est survenue huit jours après celle de l'école de Columbine aux États-Unis. En 2006/2007, les tueries scolaires se sont multipliées : trois en l'espace de 14 mois. La majorité des tueries ont lieu aux États-Unis et l'arme à feu est le plus souvent utilisée. Près de trois quarts (11/15) des agresseurs évoluent vers le suicide.

Tableau 1

Principales caractéristiques des études rétrospectives incluant au moins cinq tueries scolaires et publiées entre 1999 et 2009.

Auteurs Année	Nombre de tueries scolaires, lieu, année (s), instrument	Problèmes psychiatriques	Facteurs socio-développementaux
Verlinden et al. 2000 [7]	n = 9 États-Unis 1996 à 1999	80 % dépression, 60 % menaces suicidaires	Sexe masculin, accès et intérêts pour les armes, difficultés de socialisation, 90 % rejet des pairs
Vossekuil et al. 2002 [8]	n = 37 États-Unis 1974 à 2000	Dépression, 75 % ATCD de TS	Sexe masculin, intérêt pour la violence, pas de prise de drogue
Leary et al. 2003 [9]	n = 15	Dépression, tendances sadiques, faible contrôle des impulsions	Sexe masculin, rejet des pairs, intérêt : armes
Langmann et al. 2009 [10]	n = 10	50 % psychotiques, 20 % psychopathes	Sexe masculin, ATCD traumatiques
McGee et al. 1999 [11]	n = 18 États-Unis Canada 1993 à 2001	Symptômes dépressifs, pas d'ATCD psychiatrique, fragilité narcissique, pas de maladie mentale	Sexe masculin, difficultés de socialisation, ATCD familiaux de troubles psychiatriques sévères
Meloy et al. 2001 [12]	n = 35 États-Unis 1958 à 1999, DSM IV	63 % symptômes dépressifs, 6 % symptômes psychotiques, 23 % ATCD psychiatriques, 62 % abus de drogues	Sexe masculin, 43 % ATCD de <i>bullying</i> , 42 % ATCD de violences
Cantor et al. 2000 [13]	n = 7 Australie NZ UK De 1987 à 1996	Idées suicidaires	Sexe masculin, fascination pour les armes
O'Toole et al. 2000 [14]	n = 14 États-Unis	Manque d'empathie, faible estime de soi, traits narcissiques	Sexe masculin, intérêt pour la violence

ATCD : antécédents ; TS : tentative de suicide.

Tableau 2  
Principales caractéristiques des tueries scolaires médiatisées de 1966 à nos jours.

Date	Lieu	Âge	Victimes	Arme	Évolution
01/08/1966	États-Unis	25	15 morts ; 31 blessés	À feu	Tué par la police
28/05/1975	Canada	16	2 morts ; 13 blessés	À feu	Suicide
27/10/1975	Canada	18	1 mort ; 5 blessés	À feu	Suicide
06/12/1989	Montréal	25	14 morts	NS	Suicide
24/03/1998	Jonesboro, États-Unis	11 et 13	5 morts ; 10 blessés	NS	NS
21/05/1998	Oregon, États-Unis	16	4 morts ; 25 blessés	À feu	Incarcéré
20/04/1999	Colombine, États-Unis	18 et 18	13 morts ; 23 blessés	À feu	Suicide
28/04/1999	Canada	14	1 mort ; 3 blessés	À feu	NS
26/04/2002	Allemagne	19	16 morts ; 7 blessés	NS	Suicide
26/11/2004	Ruzhou, Chine	NS	8 morts ; 4 blessés	Arme blanche	Condamné à mort et exécuté le 18/01/2005
21/03/2005	États-Unis	17	9 morts ; 12 blessés	À feu	Suicide
13/09/2006	Dawson, Montréal	25	1 mort ; 19 blessés	À feu	Suicide
16/04/2007	Virginia Tech, États-Unis	23	32 morts ; 29 blessés	À feu	Suicide
07/11/2007	Finlande	18	8 morts ; 12 blessés	À feu	Suicide
23/09/2008	Finlande	22	10 morts ; 2 blessés	À feu	Suicide
26/10/2008	Arkansas, États-Unis	NS	2 morts ; 1 blessé	À feu	Arrestation
11/03/2009	Winnenden, Allemagne	17	15 morts	À feu	Suicide

NS : non signalé.

### 3.2. Quels critères ont été proposés par les auteurs de ces revues pour cerner le profil des auteurs de tueries scolaires ?

Tous les auteurs ont essayé d'évaluer le profil des auteurs de tueries scolaires selon les mêmes critères. L'évaluation du risque de passage à l'acte dans la littérature repose sur l'évaluation du patient selon quatre dimensions : la personnalité et la psychopathologie du jeune, ses relations familiales, les dynamiques sociales et scolaires dans lesquelles il évolue. Les principaux critères retenus sont colligés dans le [Tableau 3](#) en fonction du terrain, de l'anamnèse, des données de l'entretien psychopathologique individuel et de l'entretien parental.

La démarche n'est pas toujours équivalente. Randazzo [15] différencie parmi les techniques d'évaluation des menaces ciblées de violence à l'école :

- le profilage [10] qui compare l'auteur de la menace à un profil type de criminels passés à l'acte ;
- l'évaluation par les professionnels de santé mentale qui étudie l'auteur de la menace selon des critères de dangerosité psychiatriques [9–11] ;
- les systèmes automatiques de décisions qui utilisent des logiciels informatiques de comparaison de facteurs de risques ;
- l'évaluation de la menace [7,8,14] qui cherche à apprécier le risque effectif de passage à l'acte face à une menace selon une conjoncture d'éléments (comportement, type de menace, environnement, caractéristiques de l'adolescent).

Plusieurs auteurs ont proposé d'opérationnaliser le risque de passage à l'acte à l'instar de ce qui se fait pour le risque suicidaire [7,8,14]. L'évaluation de la menace se divise en trois niveaux selon son caractère direct (annoncé aux victimes), l'existence d'un scénario construit, sa cohérence, la réalisation d'étapes concrètes. La conduite à tenir tient compte des deux évaluations précédentes et du risque global estimé, lui-même divisé en

trois niveaux de risque (faible, moyen, élevé). Le [Tableau 3](#) en propose la synthèse.

### 3.3. Observations cliniques

Deux adolescents scolarisés en établissements scolaires publics, ont été hospitalisés en unité fermée de psychiatrie de l'adolescent pour menaces de passages à l'acte hétéro-agressif sur leurs camarades de classe, après échec d'une prise en charge ambulatoire. Le premier s'était rendu à son lycée avec un couteau dans son sac pour se venger des moqueries répétées, l'autre programmait soit de fabriquer une bombe, soit de se procurer une arme à feu pour défendre son honneur. Ils présentent tous les deux une histoire de développement évoquant un trouble envahissant du développement. En effet, leur anamnèse met en évidence des difficultés en intensité variable selon chacun des deux cas : désocialisation (isolement, difficultés à se faire des amis en crèche et maternelle, puis victimes de moqueries dès l'école primaire), de communication (incompréhension des implicites) et des centres d'intérêts restreints (histoire de la seconde guerre mondiale). L'un des deux cas est en faveur d'un syndrome d'Asperger devant l'altération qualitative des interactions sociales, sans retard cognitif ni retard significatif du langage (à l'origine d'un diagnostic tardif) mais avec la particularité d'un vocabulaire pédant et précis ; le second cas est en faveur d'un trouble envahissant du développement non spécifié avec principalement une altération de ses interactions sociales (peu de recherche de contacts sociaux avec ses pairs), de ses capacités de communication (discours stéréotypé et pauvre). Dans les deux cas, ces troubles entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire et familial. L'Autism Diagnostic Interview-Revised n'a pas pu être réalisée. Ils avaient tous les deux été victimes d'un harcèlement scolaire avéré et connus de l'institution scolaire. Le harcèlement scolaire se définit selon Olweus [16] par des comportements répétés, délibérément blessants physiquement ou émotionnelle-

Tableau 3

Critères à rechercher pour évaluer le risque de menace et de passage à l'acte hétéro-agressif en milieu scolaire et conduite à tenir.

*Critères à rechercher*

Terrain : adolescent, sexe masculin, antécédents familiaux de troubles psychiatriques

À l'anamnèse : difficultés de socialisation précoces ; antécédents de victimisation et de harcèlement scolaire durant l'enfance, banalisés ou non par l'entourage ; présence de gestes de tentative de suicide grave, de passages à l'acte violent hétéro-agressif ; fléchissement scolaire ; restriction des centres d'intérêts ; intérêts sélectifs pour les armes, l'armée, des figures d'identification violentes, la violence à la TV ou sur internet ; des facteurs déclenchant type blessure narcissique ; abus de drogues ou alcool ; recherche d'une prise en charge psychiatrique tardive ou absente

À l'entretien

Au plan aigu : recherche d'une pathologie psychiatrique psychotique, notamment d'un syndrome délirant à mécanisme interprétatif et imaginatif, à thématique de persécution et de vengeance ; absence totale de critique des idées délirantes et de la menace ; idéations morbides ; des cauchemars récurrents à contenu violent.

Au plan de la personnalité : manque d'empathie ; absence d'accès à la culpabilité ; figures d'idéalisation violentes ; attirance pour les armes ; raisonnement rigide ; fragilité narcissique ; intolérance aux échecs et à la frustration ; comportements autoritaires et exigeants envers les autres ; déshumanisation de l'autre ; immaturité affective

Avec les parents : lois parentales très strictes ; banalisation apparente de la part des parents et un déni de la gravité des passages à l'acte et des risques ultérieurs de passage à l'acte ; intrusion dans la vie privée ou au contraire désinvestissement total ; présence d'armes au domicile ; absence de compréhension de la gravité des troubles et d'alliance thérapeutique possible

*Type de menace*

Risque faible : menaces indirectes avec détails inconsistants et improbables

Risque modéré : menaces concrètes et détaillées, sans planification ou préparation active détectée

Risque élevé : menaces directes et spécifiques avec planifications et étapes réalisées

*Risque global et conduite à tenir*

Faible : prise en charge ambulatoire

Modéré : retrait de l'école ; prise en charge ambulatoire ; si inefficacité, hospitalisation

Élevé : hospitalisation en urgence

ment, contre lequel la victime ne peut pas se défendre. Il a une fréquence variable selon les études de 9 à 54 %. L'anamnèse des deux adolescents est marquée par des tentatives de suicide graves et des passages à l'acte hétéro-agressifs. Nous avons résumé dans le **Tableau 4** les caractéristiques de ces deux observations cliniques selon la grille précédente. Nous avons également colligé les éléments cliniques et psychopathologiques qui pouvaient rapprocher ces deux observations mais aussi ceux qui les différençaient.

On notera que presque la totalité des facteurs de risque colligés précédemment ont été retrouvés dans ces deux observations, justifiant l'hospitalisation vu le risque élevé de passage à l'acte. Même si nous n'avons pas retenu de diagnostic de dépression devant la symptomatologie délirante persécutive d'installation progressive et d'adhésion totale, nous avons néanmoins retrouvé

une note thymique dépressive chez ces deux patients. On ne retrouve pas certains facteurs à rechercher comme l'absence de prise en charge psychiatrique et le désintérêt de la famille pour leur enfant. La prise de drogue n'est retrouvée que chez un des deux cas confirmant la discordance des résultats des études. Les deux adolescents sont à des stades différents de leur scolarité, collège et lycée, ne semblant pas privilégier le risque de passage à l'acte dans l'une des situations.

Un bilan somatique a permis d'éliminer toute organicité. Ils ont reçu un traitement antipsychotique atypique à visée antidélirante. Ils ont bénéficié d'entretiens psychiatriques individuels et familiaux réguliers, d'activités éducatives (école à l'hôpital, ergothérapie, activités sportives) et de permissions progressives accompagnées. Un projet de scolarité avec changement d'établissement public en attendant une place en établissement soins-études a été réalisé pour l'un des deux patients. Le second a continué sa scolarité en milieu hospitalier dans un cadre d'hôpital de jour et a pu passer son bac. Un projet d'établissement soins-études est en attente. Ils bénéficient tous les deux d'un suivi régulier en consultation de pédopsychiatrie et en psychothérapie.

#### 4. Discussion

La revue de la littérature sur les tueries scolaires est limitée par le caractère rétrospectif des études. De plus, il est probable qu'il y a des observations communes entre les études car elles ont été publiées entre 1999 et 2009 et traitent toutes de tueries scolaires assez proches temporellement. Il doit donc y avoir des recoupements d'une étude à l'autre. Ces limites énoncées, la recension de la littérature souligne que les études semblent mettre en évidence des critères descriptifs plutôt que des critères diagnostiques. On constate que ces critères symptomatiques peuvent être regroupés sous trois grandes entités diagnostiques : trouble envahissant du développement, épisode dépressif majeur, troubles psychotiques. Par exemple, la méfiance, le manque d'empathie, la baisse des résultats scolaires et l'intolérance aux autres peuvent faire évoquer un diagnostic de trouble envahissant du développement ou de trouble schizophrénique, même si le premier diagnostic implique un âge de début précoce. L'utilisation préférentielle de critères symptomatiques est prudente par rapport au risque de stigmatiser des populations de malades. Elle renvoie aussi à la difficulté de poser des diagnostics à l'adolescence devant l'atypicité des symptômes et leur caractère évolutif. Elle semble cibler l'intérêt sécuritaire en privilégiant le dépistage au détriment du diagnostic de pathologie.

Notons au passage que les critères relevés par les différents auteurs sont aussi très en conformité avec les principaux modèles écologiques de la violence qui distinguent le plus souvent des facteurs individuels (biologiques, développementaux ou psychopathologiques) mais également des facteurs relationnels, communautaires et sociétaux.

Ainsi, les antécédents de passage à l'acte auto- et hétéro-agressifs sont présents dans la majorité des cas. Certains auteurs [17] ont retrouvé chez les auteurs d'homicide des séries d'*acting out* ou sorte de « avertissements » dirigés envers des figures

Tableau 4

À propos de deux observations d'adolescents hospitalisés pour menace de tuerie scolaire : points communs et différences au plan de la psychopathologie et de l'évaluation du risque.

*Points communs des deux observations*

Motif : menace de passage à l'acte hétéro-agressif avec difficultés d'adaptations scolaires

Terrain : adolescent pubère, sexe masculin, antécédents familiaux de troubles psychiatriques sévères (trouble bipolaire, psychose)

Antécédents : dans la petite enfance : difficultés de socialisation (absence de contacts sociaux et difficultés à se faire des amis, victimes de moqueries), présence de tics faciaux, difficultés de communication avec incompréhension des implicites, vocabulaire pédant et précis ; à partir du collège : victimes de moqueries et de harcèlement scolaire, tentative de suicide grave récente (ingestion de produit caustique, tentative d'éventration), passages à l'acte hétéro-agressifs récents

Anamnèse : scolarité très investie mais fléchissement scolaire récent, projets professionnels (policier, avocat), établissements scolaires publics, généraux et non spécialisés, attirance pour les armes, intérêts communs restreints (l'histoire de la seconde guerre mondiale), raisonnements rigides, intolérance aux échecs et à la frustration

Facteurs déclenchants : moqueries, déception amoureuse, racket, reproches récents de la part des parents

Personnalité : comportements autoritaires et exigeants, pas d'empathie ni de culpabilité, immaturité affective, sentiment de toute puissance, sentiment d'injustice et de déshonneur, mécanismes de défenses par projection et identification à l'agresseur, figure d'idéalisation (personnage du *joker* dans *Batman*), froideur affective

Symptomatologie aiguë : trouble du sommeil majeur avec des insomnies et des cauchemars violents importants, angoisses majeures de séparation, d'anéantissement, syndrome délirant à mécanisme interprétatif et imaginaire, à thématique de persécution et de vengeance, peu systématisé, avec une adhésion totale et une participation affective importante

Menace : directe, motivée par le désir de vengeance, victimes ciblées, étapes déjà réalisées (couteau dans le sac de cours, état des lieux), scénario construit

Diagnostic suspecté : trouble envahissant du développement devant les troubles précoces de communication, de socialisation et les centres d'intérêts restreints ; schizophrénie paranoïde voire héboïdophrénie

Thematic Apperception Test (TAT) (test projectif) : préoccupations fantasmatisques à thématique archaïque chargée de violence des représentations et d'un caractère envahissant

Test de Rorschach : angoisse de mort et angoisse de persécution prédominante

Dynamique familiale : la mère a une place majeure au quotidien par rapport au père, les lois parentales sont très strictes, le père est idéalisé, banalisation apparente des troubles et déni de la gravité, parents bien insérés socio-professionnellement

Évolution : mauvaise tolérance des traitements antipsychotiques prescrits et critique partielle des idées délirantes

*Différences d'avec les critères à rechercher et particularités*

Prise en charge psychiatrique précoce

Absence de désintérêt des parents pour leur enfant

Alliance thérapeutique avec les parents

Tableau 4 (Suite)

Observation I

Adolescent au lycée

Notion d'abus d'alcool et de cannabis

Observation II

Adolescent au collège

Pas de consommation de drogues

d'autorités pour essayer de se faire contenir avant de répondre à leur pulsion homicide. Des auteurs [18] ont suggéré un lien entre le passage à l'acte auto- et hétéro-agressif selon l'orientation de la pulsion de violence. Ainsi, la perspective psychopathologique confirmerait les similarités d'évaluation entre les menaces hétéro-agressives et les menaces suicidaires. On remarque par ailleurs que les antécédents de harcèlement scolaire sont présents chez une majorité des agresseurs. Certains auteurs [9] ont recherché spécifiquement des antécédents de victimisation et de rejet scolaire dans le parcours des auteurs de tueries scolaires. Ils retrouvent finalement que 12 auteurs sur 15 ont été victimes de rejet et/ou de victimisation scolaire dans leur enfance. De nombreuses études [19–23] font un lien entre antécédent de harcèlement scolaire et la survenue de complications psychiatriques à moyen et long terme.

Des facteurs sociétaux semblent aussi intervenir. En effet, la tuerie scolaire de W.R. High School au Canada est survenue seulement huit jours après celle de l'école de Columbine aux États-Unis (Tableau 2). Selon certains auteurs, la médiatisation importante des tueries pourrait entraîner un risque imitatif [24]. Les jeux vidéo violents ont souvent été incriminés par la population générale ; un auteur [25] rappelle que l'on ne peut leur attribuer qu'un effet renforçateur transitoire et immédiat pour la réalisation des conduites agressives chez le garçon, ce qui va à l'encontre de la réalisation de passages à l'acte graves prémédités comme dans nos deux cas cliniques. La majorité des tueries ont lieu aux États-Unis où la constitution américaine donne le droit de port d'arme à tout citoyen et l'accès aux armes y est facilité. On note aussi, qu'aux États-Unis, l'accès aux soins généraux et notamment psychiatriques est souvent limité par les moyens financiers de chaque individu ou famille. Un facteur sociétal lié à une législation nationale sur les armes peu stricte [26] et un mauvais accès aux soins [27] pourraient participer au développement de tueries scolaires.

À partir des critères à rechercher pour cerner le profil des auteurs de tueries scolaires et évaluer le risque de menace (Tableau 3) et des points communs et différences des deux cas cliniques rapportés (Tableau 4), nous proposons l'utilisation de ces critères à l'usage des professionnels scolaires (enseignants, éducateurs, infirmiers scolaires) afin de mettre en évidence dans la population scolaire générale les adolescents vulnérables. Les individus repérés nécessiteraient un entretien familial informant sur les risques et le malaise du jeune et suggérant la nécessité d'une évaluation pédopsychiatrique. Il ne s'agit pas ici de stigmatiser des adolescents mais d'informer les professionnels scolaires et les familles afin de privilégier l'accès aux soins psychiatriques d'individus vulnérables. L'évaluation du réseau amical recherchera un isolement, un harcèlement scolaire, un

rejet social, une méfiance envers les adultes. Les résultats et intérêts scolaires seront appréciés selon leur évolution, la restriction des centres d'intérêts, l'apparition d'un intérêt sélectif pour la guerre et la violence. Des transgressions du règlement scolaire à type de violence envers les camarades et professeurs seront recherchées. La dynamique familiale sera estimée selon l'investissement des parents dans la vie scolaire de l'adolescent.

L'évaluation en milieu spécialisé aura pour but d'établir un risque global de passage à l'acte. Elle s'appuie sur une combinaison d'éléments singuliers dans une démarche d'évaluation diagnostique psychiatrique habituelle. Quel que soit le niveau de risque, une organicité sera éliminée et un trouble psychiatrique sera recherché. La menace est évaluée selon son caractère direct, la scénarisation, la cohérence, les étapes déjà réalisées. L'anamnèse recherchera spécialement des passages à l'acte hétéro-agressifs, un fléchissement scolaire, une restriction des centres d'intérêts pour la violence et les armes, des facteurs déclenchant type blessure narcissique. L'examen des antécédents doit noter l'existence de difficultés de socialisation précoce, d'antécédents de harcèlement scolaire, de tentative de suicide, de menaces suicidaires. L'entretien familial doit étudier la rigueur des lois parentales, s'il existe une banalisation des troubles, s'il y a accès possible à des armes au domicile. L'examen clinique recherche particulièrement un syndrome dépressif, un trouble psychotique, une histoire de trouble envahissant du développement. Le traitement sera pharmacologique et psychothérapeutique (individuel et familial). La nécessité de la poursuite de la scolarité en milieu protégé doit être évaluée. Un suivi spécialisé et rapproché sur le long terme doit être organisé.

Il est important aussi de promouvoir une stratégie de prévention qui vise à lutter contre le harcèlement scolaire, à améliorer le repérage par les professionnels scolaires des individus vulnérables à l'aide des critères proposés, à assurer leur accès aux soins, à prévenir les facteurs sociétaux en limitant la médiation des faits divers violents et en maintenant une législation stricte sur les armes.

L'étude des deux observations cliniques selon la grille proposée pour cerner le profil des auteurs de tueries scolaires montre son caractère opérationnel et met en évidence un risque de passage à l'acte majeur devant la prépondérance des facteurs pointés dans la littérature. Néanmoins, on retrouve des facteurs rassurants qui sont l'absence de désintérêt de la famille pour l'adolescent, justifiant la nécessité d'informer les familles et l'accompagnement par la famille de l'adolescent vers les soins, la prise en charge relativement précoce des symptômes psychiatriques et un apaisement relatif de la tension interne sous antipsychotiques. Ces facteurs semblent donc déterminants dans le risque de passage à l'acte. L'étude au stade de menace à un intérêt prospectif non négligeable. Cependant, il n'y a pas de possibilités d'études prospectives devant la faible fréquence de ces passages à l'acte.

## 5. Conclusion

Les passages à l'acte hétéro-agressifs graves en milieu scolaire sont préoccupants mais rares. Ils n'apparaissent pas ex-nihilo mais sur un terrain particulier. En l'absence d'études

épidémiologiques du fait de la rareté des tueries scolaires, il a été possible de dégager, à partir de la littérature et de l'analyse psychopathologique de deux observations cliniques, certains critères qui peuvent être utilisés par les professionnels du scolaire et de la santé pour identifier des jeunes à risque de passage à l'acte grave. Ces critères d'évaluation portent sur l'étude du réseau social, des résultats et intérêts scolaires, des antécédents de passage à l'acte (auto- et hétéro-agressif), de la dynamique familiale. Le risque de passage à l'acte face à une menace devrait ensuite être évalué en milieu pédopsychiatrique selon les caractéristiques de la menace : son caractère direct, scénarisé, cohérent, préparé.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Bibliothèque de l'OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. Introduction. Available from: URL: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf).
- [2] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Bibliothèque de l'OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. Chapitre 2 : les jeunes et la violence. Available from: URL: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf).
- [3] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Bibliothèque de l'OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. Chapitre 1 : la violence – un défi planétaire. Available from: URL: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf).
- [4] Epelbaum C. Violence et école : antinomie ou synergie ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2002;50:461–5.
- [5] Mucchielli L. *Violences et insécurité*. Paris: La découverte; 2000–2001, 161 p. [Disponible sur : <http://media.education.gouv.fr/file/2008/73/0/NI083440730.pdf>].
- [6] Laib N. Les actes de violence recensés par SIVIS dans les établissements publics du second degré en 2007–2008. Available from: URL: [http://media.education.gouv.fr/file/2008/73/0/NI0834\\_40730.pdf](http://media.education.gouv.fr/file/2008/73/0/NI0834_40730.pdf).
- [7] Verlinden S, Hersen M, Thomas J. Risk factors in school shootings. *Clin Psychol Rev* 2000;20(1):3–56.
- [8] Vossekuil B, Fein R, Reddy M, Borum R, Modzeleski W. The final report and findings of the safe school initiative: implication for the prevention of school attacks in the United States. Available from: URL: [http://www.secretservice.gov/ntac/ssi\\_final\\_report.pdf](http://www.secretservice.gov/ntac/ssi_final_report.pdf).
- [9] Leary M. Teasing, rejection, and violence: case study of the school shooting. *Aggress Behav* 2003;29:202–14.
- [10] Langman P. Rampage school shooters: a typology. *Aggress Violent Behav* 2009;14:79–86.
- [11] McGee JP. The classroom avenger. *The Forensic Examiner* 1999;8(5,6): 1–16.
- [12] Meloy JR, Hempel AG, Gray BT, Mohandie K, Shiva A, Richards TC. A comparative analysis of North American adolescent and adult mass murderers. *Behav Sci Law* 2004;22(3):291–309.
- [13] Cantor CH, Mullen PE, Alpers PA. Mass homicide: the civil massacre. *J Am Acad Psychiatry Law* 2000;28(1):55–63.
- [14] O'toole M. The school shooter: a threat assessment perspective. Available from: URL: <http://www.fbi.gov/publications/school/school2.pdf>.
- [15] Randazzo MR, Borum R, Fein R, Vossekuil B, Modzeleski W, Pollack W. Threat assesment in schools: empirical support and comparison with other approaches. Available from: URL: [http://www.threatresources.com/downloads/LE140c10\\_p147-156.pdf](http://www.threatresources.com/downloads/LE140c10_p147-156.pdf).

- [16] Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35(7):1171–90.
- [17] Marty P. *Mouvements individuels de vie et de mort*. Paris: Payot; 1976.
- [18] Bromberg W. A psychological study of murder. *Int J Psychoanal* 1951;32:117–27.
- [19] Smith A. Survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educ Res* 1993;35:3–35.
- [20] Hugh-jones S, Smith PK. Self report of short and long-term effects of bullying on children who stammer. *Br J Educ Psychol* 1999;69:141–58.
- [21] Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Almqvist F, Kresanov K, Linna SL, et al. Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse Negl* 1998;22(7):705–17.
- [22] Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Hubbard A, Boyce WT. School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1035–41.
- [23] Campbell ML, Morrison AP. The relationship between bullying, psychotic-like experiences and appraisals in 14–16-year-olds. *Behav Res Ther* 2007;45(7):1579–91.
- [24] Kostinsky S, Bixler EO, Kettl PA. Threats of school violence in Pennsylvania after media coverage of the colombine high school massacre. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155(9):994–1001.
- [25] Guilé JM. Quand pour un enfant la violence se fait jeu. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2010;58:50–4.
- [26] Chapman S, Alpers P, Agho K, Jones M. Australia's 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Inj Prev* 2006;12(6):365–72.
- [27] Tanay E. Virginia Tech mass murder: a forensic psychiatrist's perspective. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007;35:152–3.