Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 29 novembre 2016 à Poitiers
par Madame Marion PASTOR

Homicide sériel et schizophrénie :
Etude du profil psycho-criminologique et de la prise en charge de 14 cas

Composition du Jury

Président :
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Membres :
Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Monsieur le Docteur Michel SAPANET
Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Directeur de thèse :
Monsieur le Dr Guillaume DAVIGNON

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 29 novembre 2016 à Poitiers
par Madame Marion PASTOR

Homicide sériel et schizophrénie :
Etude du profil psycho-criminologique et de la prise en charge de 14 cas

Composition du Jury

Président :
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Membres :
Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Monsieur le Docteur Michel SAPANET
Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Directeur de thèse :
Monsieur le Dr Guillaume DAVIGNON

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie **(jusqu'au 31/10/2015)**
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-Louis SENON

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Cela a été un plaisir de pouvoir bénéficier de votre enseignement et de vos connaissances, plus particulièrement concernant la psychiatrie médicolégale pour laquelle vous m'avez conforté dans mon choix. Veuillez trouver ci-joint le témoignage de mon profond respect et de ma sincère admiration.

Au Professeur Nematollah JAAFARI

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre engagement auprès des internes et de nous sensibiliser à la recherche en psychiatrie. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au Docteur Michel SAPANET

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie également de m'avoir permis de réaliser un stage un stage dans votre service, qui m'a permis de découvrir cette spécialité. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au Docteur Patrick LE BIHAN

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. J'ai beaucoup apprécié vos interventions lors du D.I.U. de psychiatrie criminelle et médico-légale. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au Docteur Guillaume DAVIGNON

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour ton soutien, tes conseils et ta rigueur. Je te remercie également de tout ce que j'ai appris grâce à toi lors de mon stage au secteur 2. Avec mon plus grand respect et mon admiration.

Aux équipes avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler et qui m'ont formée.

A ma famille, à Simon, à mes amis.

« Rien n'est plus facile que de dénoncer un être abjecte,
rien n'est plus difficile que de le comprendre. »

F.M. Dostoïevski

SOMMAIRE

INTRODUCTION **13**

PARTIE I : REVUE DE LA LITTERATURE **16**

I. UN PEU D'HISTOIRE 17
1. Des empoisonneuses, vampires et loups garous… *17*
2. …Aux monstres contemporains *18*
3. Le meurtre sexuel en série *18*
4. La nouvelle vague *19*
5. Origine du terme *19*
II. EPIDEMIOLOGIE 20
III. DEFINITION 20
1. Distinction des différents meurtres de masse *20*
2. Définition du tueur en série dans les années 1990 ..... *22*
3. Définition des années 2000 ..... *23*
4. Définition légale (FBI) *25*
5. Nombre minimum d'homicides *26*
6. Intentionnalité *28*
7. Motivation *28*
IV. TYPOLOGIES 30
1. Typologies les plus usitées *30*
2. Classifications du FBI *33*
a. Tueur organisé versus désorganisé 33
b. Typologie de l'homicide 34
3. Populations spécifiques *36*
V. DIFFERENCES AU NIVEAU PENAL USA/FRANCE 38
1. Aptitude à subir son procès *39*
2. Défense NGRI *40*
3. Le tueur en série et la défense NGRI *41*
VI. PSYCHOPATHOLOGIE 41
1. Caractéristiques des tueurs en série – généralités *41*
2. Sadisme sexuel et activité fantasmatique *43*
3. Histoire de vie *47*
a- Particularités dans l'enfance 47
b. Adolescence, vie de jeune adulte 48
c. La triade de Macdonald 49
4. Troubles de la personnalité *49*
5. Entre psychopathie, perversion et psychose : une approche psychodynamique française de la répétition *50*
6. Théories psychodynamiques anglo-saxonnes *53*
7. Théorie cognitive *54*
8. Théories neuro-psychologiques *54*
a. Théories neurobiologiques 54
b. Imagerie cérébrale 55
9. Théories socio-culturelles *55*
10. Homicide en série et trouble envahissant du développement *56*
11. Homicide en série et traumatisme crânienne *57*
VII. SCHIZOPHRENIE ET HOMICIDE SERIEL 58
1. La schizophrénie dans le DSM *58*
a. Critères diagnostiques du DSM 4 TR 59
b. DSM III 60
c. DSM II 60
d. DSM I 60
2. Homicide et schizophrénie *62*
3. La récidive de l'homicide chez le patient schizophrène *66*
4. Sadisme sexuel et psychose *67*
5. Schizophrénie et homicide sériel *67*

PARTIE II : ETUDE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE SUR LES AUTEURS D'HOMICIDE SERIEL SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE **70**

I. PRESENTATION DE L'ETUDE 71

1. Objectifs ... *72*
a. Objectifs généraux ... 72
b. Objectifs secondaires ... 72
2. Matériel et méthode ... *72*
a. Inclusion des patients ... 72
i. Critères d'inclusion : ... 72
ii. Critères d'exclusion : ... 73
3. Présentation de la grille de lecture : ... *73*
4. Recueil des données ... *75*
5. Les cas cliniques ... *75*
a. Cas 1 : ... 75
b. Cas n°2 : ... 77
c. Cas n° 3 : ... 78
d. Cas n° 4 : ... 79
e. Cas n°5 : ... 80
f. Cas n°6 : ... 81
g. Cas n°7 : ... 83
h. Cas n°8 : ... 85
i. Cas n°9 : ... 86
j. Cas n° 10 : ... 87
k. Cas n°11 : ... 88
l. Cas n°12 : ... 89
m. Cas n° 13 : ... 90
n. Cas n°14 : ... 91
II. RESULTATS ... 92
1. Données sociodémographiques ... *92*
a. Age ... 92
b. Groupe ethnique ... 92
c. Situation maritale au moment des faits et parentalité ... 93
d. Évènements de vie ... 93
e. Situation socio-professionnelle ... 94
f. Niveau d'intelligence ... 95
2. Antécédents familiaux et personnels ... *95*
a. Antécédents familiaux ... 95
b. Antécédents familiaux judiciaires ... 95
c. Triade de McDonald ... 95
d. Suivi psychiatrique ... 96
e. Antécédents d'épilepsie ... 96
f. Antécédents de traumatisme crânien ... 97
g. Alcoolisme et consommation de drogues ... 97
h. Antécédents de tentatives de suicide ... 97
i. Paraphilie et fantasmatique sadique et/ou meurtrière ... 97
j. Troubles de la personnalité ... 98
k. violences perpétrées par l'auteur avant les faits ... 98
l. Sous-type de schizophrénie ... 99
3. Antécédents judiciaires ... *99*
a. Âge de début de l'activité criminelle (judiciarise ou non) ... 99
b. Antécédents d'arrestation ... 99
4. Phase criminelle ... *100*
a. Nombre de meurtres ... 100
b. Age lors du premier meurtre ... 101
c. Temps entre l'âge du premier meurtre et l'âge d'arrestation ... 101
d. Localité et moment de la journée ... 102
e. Consommation de toxiques au moment des passages à l'acte ... 102
f. Motivation et préméditation ... 103
g. Présence d'un complice ... 103
h. Arme utilisée ... 103
i. Faits de viol et torture ... 104
j. Symptomatologie psychiatrique au moment des faits ... 104
k. La victime ... 104
5. Phase post-criminelle ... *108*
a. Atteintes du cadavre ... 108
b. Comportement après le passage à l'acte ... 108
c. État émotionnel après l'acte ... 108
d. Jeu avec la police ... 109
e. COP ... 109

f. Prise en charge ... 109

PARTIE III : DISCUSSION ... 110

I. DISCUSSION ... 111
1. Des auteurs isoles, célibataires et sans emploi ... 111
2. Antécédents personnels ... 112
3. Des auteurs bien connus de la psychiatrie et de la justice ... 114
4. Paraphilie, troubles sexuels et fantasmatique ... 115
5. Phase criminelle : des modus operandi divers et variés ... 119
6. victimes : une variabilité inter et intra-auteurs ... 123
7. Phase post-criminelle ... 123
8. Une prise en charge inégale ... 125
9. Biais et limites ... 126
a. Biais de selection ... 127
b. Biais d'information ... 127
c. Biais méthodologiques ... 127
d. Limites de l'étude ... 128
II. SYNTHESE DE LA DISCUSSION ... 128
III. PERSPECTIVES ... 129

CONCLUSION ... 132

ANNEXE ... 135

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES ... 142

BIBLIOGRAPHIE ... 144

I. BIBLIOGRAPHIE GENERALE ... 145
II. BIBLIOGRAPHIE DES CAS CLINIQUES ... 155
1. livres ... 155
2. Pages web : ... 155

RESUME ET MOTS CLES ... 160

SERMENT ... 162

INTRODUCTION

Malgré ce que l'on pourrait penser, le phénomène des tueurs en série est en fait très ancien. En effet les premiers écrits les concernant remontent à la Rome antique. Cependant, cette singularité semble avoir bénéficié dans les années 70 d'un intérêt tout nouveau grâce à l'amélioration de nos systèmes de communications.

De nos jours, le tueur en série est une entité qui fascine et horrifie en même temps. Les croyances populaires concernant ces individus sont d'ailleurs souvent erronées du fait de la manière dont s'en servent les medias et des nombreux films et séries télévisées qui, bien que se basant régulièrement sur des faits réels, présentent rarement une image proche de la réalité.

De même, on peut penser que seul un individu souffrant d'une pathologie mentale grave est capable de telles atrocités. En fait, nous allons constater que seul un très faible nombre de ces auteurs souffre d'une maladie mentale.

Pourquoi alors, prendre le temps d'étudier cette population, qui est déjà peu fréquente dans son ensemble ? Justement parce que celle-ci est très peu étudiée, et que, de par le fait de s'intéresser aux auteurs de meurtres en série souffrant de schizophrénie, peut-être pourront nous avoir quelques réponses concernant les motivations de ces auteurs, leur psychopathologie. Sont-ils différents des tueurs en série « non malades » ? Qu-est-ce qui les fait rentrer dans la sérialité ? Peut-on retrouver certains éléments qui nous permettraient de reconnaitre plus facilement des patients à risque important d'homicide ou de récidive homicide ? Et surtout, comment en sont-ils arrivés là, et est-ce que certains passages à l'acte auraient pu être évités ? Car ce sont avant tout des personnes souffrant d'un trouble mental grave, qui nécessitent une prise en charge à vie.

Rappelons que le phénomène du meurtre en série est rare (FBI, 2011). Les études sur le sujet sont donc peu nombreuses. De plus, comme nous le verrons par la suite, cette population est extrêmement hétérogène, d'où les difficultés de produire des études reproductibles en s'intéressant à l'intégralité de cette population. En effet la plupart des articles scientifiques et études sont en général sur les meurtriers sexuels en série (James et Proulx., 2014), qui sont le sous-groupe le plus important en termes d'effectifs, et qui présentent souvent des caractéristiques communes. Il nous paraissait

donc important d'étudier un autre sous-groupe, celui des meurtriers en série souffrant de schizophrénie, afin d'essayer de dégager les éventuelles similarités et différences entre ces deux groupes.

Dans ce travail, nous parcourrons dans un premier temps la littérature scientifique à ce sujet, avec un petit détour par son histoire, afin de nous rendre de compte des difficultés inhérentes à l'étude de cette population. Puis dans un second temps, nous présenterons notre étude descriptive rétrospective, nous permettant d'analyser les caractéristiques de 14 auteurs concernant les phases pré-criminelle, criminelle et post-criminelle.

Dans une troisième partie, nous discuterons les résultats de cette étude, en essayant de proposer d'éventuelles stratégies de prévention de la récidive et de la sérialité de ces auteurs.

PARTIE I : REVUE DE LA LITTERATURE

I. UN PEU D'HISTOIRE

1. Des empoisonneuses, vampires et loups garous…

Le premier tueur en série référencé serait en fait une tueuse ; Locusta, empoisonneuse au service des empereurs ayant sévi pendant la Rome Antique, (Newton, 2000). Les premiers exemples décrits d'homicide sériel remontent donc à l'antiquité avec par exemple l'empereur romain Caligula, qui est décrit dans certains ouvrages comme ayant commis de nombreux meurtres, actes de torture et viols (Schlesinger 2000). Quatre cent ans plus tard, le riche Zu Shenahir, au Yémen, attirait chez lui de jeunes garçons en leur promettant argent et nourriture, puis les violait avant de les jeter par la fenêtre, les précipitant vers une mort certaine. D'après les écrits de l'époque, il fut tué par une de ses victimes, qui réussit à s'échapper (Newton, 2000).

L'histoire française n'est pas en reste avec le célèbre Gilles de Rais, compagnon d'arme de Jeanne d'Arc, qui, en 1440, fut exécuté pour des faits de torture et de meurtre sur de nombreux enfants. En Angleterre, Margaret Davey, une cuisinière, fut ébouillantée jusqu'à ce que mort s'en suive en 1542 pour avoir empoisonné plusieurs de ses employeurs, sans motif apparent. On retrouve ensuite moins d'auteurs identifiés à partir du XVIème siècle, car les attaques étaient alors attribuées aux loups garous et aux vampires, seuls êtres assez maléfiques pour oser perpétrer de telles atrocités. En France et en Allemagne, au moins cinq tueurs cannibales furent exécutés en tant que « *loups-garous* ». Bien que le mystère n'ait jamais été élucidé, de nombreuses théories soutiennent le fait que la Bête du Gévaudan n'était autre qu'un ou plusieurs tueurs en série. La mythologie de la lycanthropie remonterait à la Grèce Antique, avec Lycaon, Roi d'Arcadie, un homme cruel et méprisant les Dieux. Il aurait, selon une de ses légendes, égorgé et tué son plus jeune fils, et aurait servi à Zeus de la viande humaine lors d'un banquet. Ayant déclenché la colère divine, ses vêtements se changèrent alors en poils, le loup-garou était né (Newton, 2000). Concernant les vampires, citons la comtesse Hongroise Erzebeth Bathory, qui, en 1611, fut accusée de torture et de meurtre sur de nombreuses jeunes femmes. On dit d'elle qu'elle se baignait dans le sang de ses victimes pour entretenir sa jeunesse éternelle, d'où sa légende vampirique. Quelques temps avant elle, au XVème siècle, sévissait quant à lui son compatriote des Carpates Vlad l'empaleur, personnage historique ayant inspiré Dracula. (Schlesinger 2000). Du

cote européen, n'oublions pas le très médiatique Jack l'éventreur qui sévit dans les rues de Londres à la fin des années 1800, qui ne fut quant à lui jamais arrêté et dont l'histoire alimente encore aujourd'hui de nombreux ouvrages.

2. …Aux monstres contemporains

De l'autre côté de l'Atlantique, pendant l'époque du Far West, des légendes de l'époque se révèlent être des tueurs en série, comme par exemple Henry McCarthy, plus connu sous le nom de « *Billy the Kid* », qui était un tueur brutal et sans remords. John Johnston quant à lui a tué et mange les foies d'un nombre incalculable de natifs américains, sous un prétexte de vengeance. Les frères Harpe, dans les années 1970, semèrent la panique sur les routes, tuant et étripant leurs nombreuses victimes, puis jetant les corps lestés dans des rivières afin de ne pas être découverts. Cette période faste pour les tueurs en tout genre a été fortement idéalisée et édulcorée dans la plupart des nombreux films et romans réalisés à ce sujet. La fin du XIXème siècle nous apporte un tueur en série qui a lui aussi inspiré de nombreux auteurs : Herman Mudget, alias Docteur H.H. Holmes, qui construisit un hôtel avec murs creux, portes cachées et labyrinthes, ou il y tortura et assassina des femmes durant l'exposition Universelle à Chicago en 1893 (Newton, 2000).

3. Le meurtre sexuel en série

Von Krafft Ebing, dans son livre "*Psychopathia Sexualis*", paru en 1886, cherchait déjà à expliquer à cette époque les meurtres sexuels (incluant les meurtres en série), au travers de nombreuses vignettes cliniques, dans lesquelles on retrouve fréquemment le lien entre excitation sexuelle et acte de tuer. Il décrit d'ailleurs à l'époque de nombreuses caractéristiques des tueurs en série modernes. Par ailleurs, Bram Stoker s'est inspiré de son texte pour l'écriture de son roman « *Dracula* », dont le personnage est généralement décrit comme l'archétype du pervers narcissique (St André et al. 2009).

4. La nouvelle vague

Avant les années 1970, seule une dizaine de tueurs en série étaient identifiés comme tels aux Etats-Unis par le Federal Bureau of Investigation (FBI). Ce chiffre monte à trente-cinq dans les années 80, puis serait estimé entre 200 et 500 actuellement, sachant que l'organisation géographique et légale de ce pays peut faciliter l'homicide sériel, et que les Etats-Unis pourraient donc compter la majorité des tueurs en série mondiaux (L. Miller, 2014). Depuis les années 90, le meurtre en série a d'ailleurs reçu une attention grandissante de la part des forces de l'ordre et des medias (Heide et Keeney 94).

5. Origine du terme

L'origine exacte du terme « *serial killer* » n'est pas connue précisément. A l'origine, les cas de tueurs en série étaient inclus dans la catégorie indifférenciée des meurtres de masse.

L'identification de l'élément de sérialité chez certains auteurs d'homicides est cependant mise en évidence assez tôt dans la littérature. Ce serait vraisemblablement H. Russell Wakefield, auteur de romans, en 1946, qui aurait été le premier à amener le terme de tueur en série *(« serial murderer* ») à propos du français Landru. On peut aussi citer le chapitre « *The serial murderer* » du roman "*The Complete Detective: Being the Life and Strange and Exciting Cases of Raymond Schindler, Master Detective*" de Rupert Hughes, datant de 1950. Philip Lindsay, auteur de romans historiques, parle d'une "*série de meurtres*" concernant les homicides de Joseph Vacher en 1958. Enfin, dans son livre de 1967, le psychiatre James Brophy distingue le meurtre de masse du meurtre en série, par rapport à l'élément de répétition dans le temps.

Cormier et al. (1972) ont été quant à eux les premiers à essayer de définir le meurtre en série. Ils utilisent le terme de multicide pour un nombre de meurtres commis par une seule personne répartis sur une période de temps significative. Ils déclarent que la motivation première est principalement pathologique. Ils maintiennent que le tueur choisit systématiquement un certain type de victime et continuerait les meurtres tant qu'il ne serait pas arrêté. (Heide et Keeney 95).

Le terme a finalement été popularisé par Robert Kessler, un des premiers « *profilers* » au sein du FBI, lors de la période des meurtres du tueur en série auto-proclamé « *Son of Sam* » à New York dans les années 70 (Ressler et Sachtman, 1992). Il s'attribue d'ailleurs l'invention du terme dans son livre de 1997 : « *I have lived in the monster* ». Il est intéressant de noter que la plupart des auteurs renommés sur le sujet datent l'apparition du terme de meurtre en série aux années 1970.

II. EPIDEMIOLOGIE

L'absence de définition unifiée, bien qu'elles tendent à se rapprocher, rend évidemment difficile les études d'incidence et de prévalence (Ferguson et al. 2003). De même, l'estimation du nombre de victimes est difficile, du fait de plusieurs facteurs : un tueur arrêté qui clame avoir tué plus qu'en réalité, des personnes disparues dont on ne connaît pas le devenir, d'autres victimes non signalées comme disparues, mais bien décédées des mains d'un tueur en série, les meurtres de minorités en état de précarité (prostituées, sans-domicile-fixe…). Tout cela fait que le nombre de victimes annuelles dues aux tueurs en série est estimé entre 182 et 1832 personnes aux États-Unis (Quinet 2007) !

Dans son étude sur les homicides de 1994, Jenkins quant à lui estimait le taux de meurtres en série concernant 2 % des homicides américains. Fox et Levine (2005), en étudiant les chiffres des années 80, dénombrent 150 tueurs en série sur cette période avec une moyenne de 120 à 180 meurtres par an. Le FBI estime quant à lui en 2011 que le meurtre en série représente 1 % des homicides (FBI, 2011), soit environ 150 meurtres par an. Ils estiment par conséquent le nombre de tueurs en série à un temps t entre 25 et 50.

III. DEFINITION

1. Distinction des différents meurtres de masse

Avant 1980, le meurtre en série était inclus dans la catégorie plus générale des meurtres de masse. Depuis, cette catégorie a été divisée en trois classes avec les meurtriers de masse, les tueurs à la chaine (spree killlers) et les tueurs en série (Gebreth 1986), (Heide et Keeny 95), (Skrapec 2001).

Il est important de bien différencier le meurtrier en série par rapport au meurtrier de masse et au tueur à la chaine. Le meurtre de masse est défini par le meurtre de 4 victimes ou plus durant le même évènement, c'est à dire au même endroit et pendant une courte période (Hickey 91). Le meurtre de 3 victimes ou plus dans des locations différentes mais durant un même évènement (ce terme n'est actuellement pas défini précisément dans la littérature scientifique), s'étendant de quelques heures à quelques semaines est défini par le *« spree killing* » ; il n'y a pas de « *cooling off period*» (COP) (Gebreth 1986). La COP a été définie par Ressler, Burgess, d'Agostino et Douglas (1984). Elle représente le temps séparant le meurtre de deux victimes. Ils le définissent par un minimum de deux jours, allant jusqu'à plusieurs semaines ou mois. Autant est-il important de différencier le « *spree killer* » du tueur en série, concernant la dynamique des meurtres, autant la COP peut poser question. En effet, prenons par exemple le tueur en série Ted Bundy, qui tua deux femmes le même jour en 1974. Si ce terme a pour intention d'impliquer une sorte de période réfractaire psychologique par laquelle le tueur doit passer avant de tuer à nouveau, il parait délicat de stipuler une période de temps, puisque cela peut varier chez un même individu par rapport à des facteurs internes ou des circonstances extérieures (Skrapec 2001). Très peu d'auteurs ont d'ailleurs essayé d'étudier les COP sous un aspect mathématique (Simkin et Roychowdhury, 2014). La différence entre un spree killer et un tueur en série peut être délicate si l'on se cantonne exclusivement à la notion Temps. Il faut pouvoir étudier comment se déroulent les différents passages à l'acte pour évaluer s'ils se déroulent dans un même enchainement, et même de cette manière, la distinction peut être floue. Le problème concernant la définition difficile de cette COP fait qu'il a été admis en 2008 lors d'un collège d'experts du FBI que le spree killer faisait partie des tueurs en série (FBI, 2008).

Le meurtre espacé dans le temps de plusieurs victimes est un des éléments clés de la définition du meurtre en série (Hickey 1991), (Douglas et al. 1992), (Egger, 1990). Les meurtres se déroulent sur une période de quelques jours à quelques semaines jusqu'à plusieurs mois ou années (Fox et Levine 85).

2. Définition du tueur en série dans les années 1990

Heide et Keeny, dans leur revue de littérature de 1995 concernant les dix définitions du meurtre en série les plus utilisées à cette époque, constatent que celles-ci ne représentaient pas la totalité des auteurs en série. En effet la plupart des auteurs avant 1990 n'incluaient pas les femmes, ou le fait par exemple de connaitre la victime. Dans leur revue, Heide et Keeney ont donc pris les six dimensions du meurtre en série généralement utilisées à cette époque : le motif, le type de victime, la relation avec la victime, le sexe, la période de temps séparant les passages à l'acte et l'état psychologique du tueur. Elles remarquent que les auteurs se limitent en général à quelques dimensions pour leur définition, et limitent étroitement la gamme de variables dans les dimensions qu'ils traitent.

Par exemple pour Egger (1990), le meurtre en série est un acte motivé, pour lequel l'auteur va passer beaucoup de temps à fantasmer, réfléchir et préparer. Pour Douglas, Berger et Ressler (1992), dans la première édition de leur Crime Classification Manual (CCM), l'homicide sériel est défini comme *« trois évènements ou plus, séparés, dans trois lieux différents ou plus, avec une « cooling-off period » émotionnelle entre les homicides* », avec un mobile sexuel comme raison principale. Heide et Keeney (95) définissent quant à elles le meurtre en série comme « *le meurtre prémédité de trois victimes ou plus, commis au fil du temps, durant des incidents séparés, dans un contexte civil, avec l'activité meurtrière étant choisie par l'agresseur*». Hickey (1997), quant à lui, plaide pour une définition plus large, définissant le tueur en série comme « *tout agresseur qui, par préméditation, tue trois victimes ou plus sur une période allant de quelques jours à des semaines, mois ou années.* »(p. 12). Egger (1998) par la suite propose une définition englobant plusieurs critères litigieux, incluant le nombre de meurtres, le sexe de l'auteur, l'absence de relation précédente avec la victime, les meurtres survenant dans des locations géographiques différentes, et le motif étant purement le fait d'avoir du pouvoir ou de dominer la victime.

La majorité de ces critères ne sont plus d'actualité dans la littérature actuelle. Par exemple, il a été prouvé l'existence de femmes tueurs en série (Farrell et al. 2011 ; Ostrosky-Solís et al; 2008; Pollock, et al, 2006), tandis que l'affirmation selon laquelle les tueurs en série n'ont pas de relation avec leur victime a été réfutée (Yorker et al.

2006). Hickey (1997) sur une population de 388 tueurs en série trouvait que seul 61 % ne tuaient que des étrangers. Les autres visaient leurs parents, mari, enfants. De même les professionnels de santé auteurs de meurtres en série ont une relation avec leurs victimes (Yorker et al. 2006).

3. Définition des années 2000

En opposition à ces premières définitions trop réductrices, des auteurs proposent des définitions plus générales. Selon Holmes and Holmes (2010), un tueur en série est quelqu'un qui a tué trois personnes ou plus. De manière similaire, Haggerty (2009) lui aussi définit le tueur en série comme quelqu'un qui a tué trois personnes ou plus, qui étaient auparavant inconnues de lui. Restreindre le meurtre en série uniquement à l'acte de tuer séquentiellement, sans critère additionnel aidant à distinguer le meurtre en série des autres types d'homicide crée une situation où tous les auteurs sont susceptibles d'être considérés comme des tueurs en série.

Adjorlolo et Chan (2014), ont réalisé une revue de littérature concernant les définitions les plus récentes du meurtre en série, et proposent une définition basée sur celle de Skrapeck (2001). Ils expliquent qu'une lecture superficielle de la littérature actuelle fait penser qu'une certaine uniformité a été atteinte concernant la définition (Allely et al, 2014, Culhane et al. 2011; Ioana, 2013; Lester & White, 2012; Simkin et Roychowdhury, 2014; White et al., 2011).

Adjorlolo et Chan (2014) repèrent trois catégories d'articles : ceux qui ne proposent pas de définition (Culhane et al. 2011), (Lester et White 2012), (Myers et al 2008), (Silvio et al. 2006), (Yorker et al. 2006), (Whitman et Akutagawa, 2004). Ce qui peut être compréhensible au vu de la multiplicité de profils des tueurs en série. Les autres reprennent une définition existante ou s'appuient sur un cas clinique (Allely et al. 2014), (Campobasso et al. 2009), (Gibson et al. 2006), (Hickey et Harris, 2013), (Ioana 2013), (Miller 2014), (Simkin et Roychowdhury, 2014). La troisième catégorie d'auteurs adapte ou complète la définition en fonction de leur domaine et de leurs intérêts de recherche (Haggerty 2009), (Harbort et Mokros, 2001), (Kraemer 2004), (Morton et Mcnamara, 2005).

Adjorlolo et Chan (2014) concluent quant à eux avec la définition suivante : « (1) Deux meurtres ou plus liés de manière légale, avec ou non une intention révélée de commettre des meurtres supplémentaires, (2) les meurtres sont commis comme des évènements distincts, par la ou les mêmes personnes, sur une période de temps, et (3) le motif principal est la gratification personnelle. »

Les définitions plus récentes sont un peu plus en réserve concernant certaines caractéristiques des anciennes définitions. Par exemple, l'importance jusqu'alors des critères comme la localisation géographique différente pour chaque meurtre, le motif, la relation avec la victime, sont tempérées dans les définitions contemporaines (Adjorlolo et Chan 2014). Malgré cela, quelques auteurs continuent de souligner certains critères comme la COP (Homant & Kennedy, 2014; Morton & McNamara, 2005), le motif sexuel (Kraemer et al., 2004), et l'absence de relation entre l'auteur et la victime (Haggerty, 2009) comme étant au centre du concept et nécessaire à la compréhension du phénomène. Cependant, les difficultés pour définir, par exemple, la COP (Homant et Kennedy, 2014; Osborne et Salfati, 2014) ont conduit à son abandon dans les définitions les plus récentes (Osborne et Salfati, 2014). Reconnaissant les difficultés posées par les COP, certains chercheurs expliquent que le point principal est que le premier meurtre a temporairement satisfait l'auteur, et les homicides ultérieurs font partie d'une séquence comportementale distincte (Homant & Kennedy, 2014). De même, l'inclusion de la motivation sexuelle comme un critère important apparait problématique, étant donné la variabilité des motivations menant au meurtre en série (Hickey, 2012). Insister sur les fantasmes sexuels dans le meurtre en série a influencé certains auteurs à étiqueter le meurtrier en série comme étant un tueur sadique sexuel (Hinch & Hepburn, 1998). D'ailleurs, pendant de nombreuses années, le meurtre en série a été discuté en parallèle avec le meurtre sexuel dans la littérature scientifique (Chan, et al., 2014 ; Chan &Frei, 2013 ; Chan & Heide, 2009; Chan et al., 2010 ; Schlesinger, 2007). Il existe maintenant des preuves empiriques convaincantes (Beauregard & Proulx, 2002) démystifiant la prédominance du motif sexuel dans les meurtres en série. La détermination de différents motifs (pouvoir, contrôle sur la victime, colère envers la victime, idéologies, sexuel, psychopathologique), (Myers, et al., 2006 ; FBI, 2008) sous-tendant le meurtre en série offre aux chercheurs l'opportunité d'explorer de nouvelles catégories d'auteurs de meurtres en série, comme les femmes tuant de manière répétée leurs nouveau-nés, les professionnels de santé tuant leur patients et les incendiaires en série qui sont

prêts à tuer pour des intérêts financiers (Hickey, 2012). De plus, alors que certains auteurs requièrent du meurtrier en série qu'il prémédite, planifie et exécute de manière intentionnelle ou délibérée les meurtres (Harbort & Mokros, 2001; Kraemer et al., 2004; Morton & McNamara, 2005), d'autres (Farrell et al., 2011; Haggerty, 2009; Holmes & Holmes, 2010; Homant & Kennedy, 2014) préfèrent garder le silence concernant cet aspect. Néanmoins, le meurtre en série est généralement admis comme un acte prémédité et planifié (Leistedt et Linkowski, 2010 ; Miller, 2014 ; Morton & McNamara, 2005).

4. Définition légale (FBI)

Concernant l'homicide, le « *Uniform Crime Reporting Program* » du FBI définit le meurtre comme l'acte délibéré (non négligent) de tuer un autre être humain.

La « *Behavioral Science Unit* » (BSU), (actuellement renommée la Behavioral Analysis Unit), qui gère entre autre les activités de profilage du FBI, fait partie du National Center for the Analysis of Violent Crime (NCAVC), dont la mission est d'enquêter sur les crimes violents inhabituels ou répétitifs.

La première définition proposée par la BSU concernant le meurtre en série était une série d'homicides, commis par la même personne, lors d'au moins dix incidents séparés (Morton & McNamara, 2005). En 1998, le Congrès Américain a adopté une loi qui définit le meurtre en série comme une série de trois meurtres ou plus, ayant des caractéristiques en commun suggérant que ces crimes ont été commis par la ou les mêmes personnes (Hickey, 2012 ; Morton &McNamara, 2005).

Le FBI affinera la définition en incluant le fait que les meurtres sont prémédités, planifiés, impliquent une composante fantasmée, et sont séparés dans le temps par une COP : période entre les homicides qui peut durer de plusieurs jours à plusieurs mois (Miller, 2014; Morton & McNamara, 2005). La COP a été introduite comme une caractéristique déterminante pouvant aider à séparer les tueurs en série des autres types d'homicides multiples (Morton & McNamara, 2005). Malheureusement le challenge concernant la définition précise des COP et de la composante fantasmée limite l'utilisation de ces concepts. De plus, comme l'intervalle de temps entre deux

meurtres peut être d'une durée inférieure à un jour, le recours à une définition impliquant un minimum de plusieurs jours limite la définition du FBI.

A la lumière de ces limitations pratiques, le BSU a organisé en 2005 un symposium à San Antonio, Texas, réunissant des experts dans les domaines de la psychiatrie, la psychologie médico-légale, le droit, l'enquête criminelle, et l'analyse comportementale, afin de proposer une nouvelle définition. Ces experts ont convenu que le meurtre en série devrait être défini comme « *the unlawful killing of two or more victims by the same offenders in separate events* » (FBI, 2008, p. 12). Cette définition identifie un nombre minimum de meurtres et permet l'inclusion de nombreux auteurs d'homicides multiples (Hickey, 2012). Elle permettait d'établir des critères permettant au FBI de définir dans quelles circonstances ils pouvaient assister la police locale dans l'enquête d'une série de meurtres, et n'avait pas pour but d'être la définition générale concernant la recherche scientifique sur le sujet (Hickey, 2012). De plus, cette définition reste silencieuse concernant les mécanismes au travers desquels les meurtres pourraient être associés aux agresseurs.

5. Nombre minimum d'homicides

Dans l'article d'Adjorlolo et Chan (2014), il apparait une sorte de consensus concernant le nombre minimum de meurtres, avec la majorité des auteurs s'accordant sur le chiffre 3 (Farrell et al., 2011 ; Homant & Kennedy, 2014 ; Morton & McNamara, 2005 ; Skrapec,2001). Néanmoins, d'autres auteurs, et le FBI, fixent un minimum de 2 meurtres (FBI, 2008 ; Hickey, 2012 ; Adjorlolo et Chan 2014). D'autres (Kraemer et al.2004) préfèrent rester silencieux sur le sujet.

Ce qui est malheureusement généralement manquant dans la discussion est la raison expliquant le choix du nombre minimum. Bien que ceci puisse aider à distinguer le meurtre en série du tueur a la chaine et du tueur de masse (Culhane et al., 2011), les chercheurs devraient rester circonspects concernant cette condition. En effet, bien qu'un nombre minimum de 3 meurtres peut apparaitre convaincant, il ne faut pas perdre de vue qu'un tueur en série continue de tuer tant qu'il n'est pas appréhendé (Homant & Kennedy, 2014), mort, ou tout simplement parce qu'il décide d'arrêter de tuer (Chan & Heide, 2009). Toute pause entre deux meurtres peut être le résultat du fait que l'auteur n'a pas encore agi sur son impulsion, n'a pas eu l'opportunité de

passer à l'acte ou s'est tout simplement fait arrêté (possiblement pour un autre crime ou une autre infraction) (Homant & Kennedy, 2014). Similairement, on retrouve souvent de fortes suspicions que certains tueurs ont commis plus d'offenses que celles pour lesquelles ils ont été reconnus coupables (Writer et al., 1992). Il apparait concevable qu'une personne reconnue coupable d'un seul crime puisse être un tueur en série (Kocsis et Irwin, 1998). Quelqu'un qui tue une fois (Egger, 1998) ou deux peut être un tueur série, d'un point de vue psychopathologique (Homant et Kennedy, 2014; Kocsis et Irwin, 1998) et légal (FBI, 2008). C'est pour ces raisons qu'Adjorlolo et Chan (2014) admettent le nombre de deux meurtres minimums. Bien que discuté, ils n'adoptent pas le compte d'un seul meurtre pour être certain que l'auteur a les capacités psychologiques et physiques pour mener bien les agressions ultérieures. Ils justifient également ce chiffre pour correspondre aux définitions légales du FBI, afin d'essayer de pouvoir étudier le phénomène des deux côtés (scientifique et judiciaire), avec une compréhension commune. Le nombre de deux nous parait également important, pour les raisons suscitées, de plus, concernant notre étude, les auteurs psychotiques, du fait leur désorganisation psychique, ont tendance à être moins organisés et se faire appréhender par les forces de l'ordre plus rapidement.

Attribuer le bon nombre de meurtres à un suspect peut aussi poser problème, dû au fait que les tueurs en série arrêtés sont susceptibles de surestimer le nombre de meurtres qu'ils ont commis (Fox & Levin, 2014 ; Haggerty, 2009; Quinet, 2007) pour plusieurs raisons, comme par exemple, d'attirer l'attention du public (Schechter, 2003). Il est aussi pratique courante que les confessions d'un tueur en série soient validées sans avoir vérifié leur véracité (Costanzo et Gerrity, 2009 ; Leo, 2008). Par conséquent, cela pourrait en partie expliquer la surestimation (Quinet, 2007) ou sous-estimation (Writer et al., 1992) des meurtres. Concernant cette issue, Skrapec (2001) propose le recours à l'analyse médico-légale, comme l'utilisation de preuves telles que l'ADN ou les empreintes digitales, comme moyen fiable pour lier un suspect à une scène de crime et attribuer des meurtres à des agresseurs connus des services de polices dont ceux-ci ont par exemple les empreintes (Terrance et al., 2006 ; Wells et Quinlivan, 2009).

6. Intentionnalité

Un autre élément discuté dans la définition est la question de l'intentionnalité de l'auteur, qui est reprise dans plusieurs études (Harbort & Mokros, 2001). Pour Adjorlolo et Chan (2014), c'est une caractéristique clé des comportements agressifs, et du meurtre en série. Le meurtre en série est un acte conscient et l'auteur agit à partir de son intention, en choisissant la victime, le moment de la journée, et la disposition de la scène de crime pour que celle-ci ne paraisse pas être suspecte. Cependant, la plupart des définitions proposées ne prennent pas en compte l'intentionnalité mais plutôt le meurtre en lui-même. L'intention, selon les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié, correspond à des schémas comportementaux nécessaires à l'exécution de buts comportementaux (Ajzen, 1996). Une intention est un processus conscient qui requiert du temps, de la réflexion, et penser aux conséquences de l'acte (Loewenstein et al., 2001). Bien que toute intention n'est pas nécessairement agie, une action est précédée d'une intention, ce qui prédit la variabilité importante des comportements de tout un chacun (Armitage & Conner, 2001; Sheeran, 2002). En dépit du fait que l'intentionnalité dans le meurtre en série ait été reconnue, (Harbort & Mokros, 2001; Kraemer et al., 2004), cela se limite dans les faits à quand le meurtre est réalisé.

7. Motivation

Comme nous l'avons décrit plus haut, des auteurs préfèrent définir le tueur en série par le nombre de meurtres, sans prendre en considération les motifs ayant poussé à l'acte. Comme Leyton l'écrivait en 1999 : « *la plupart des auteurs préfèrent simplement limiter la définition a un nombre minimum de victimes, en général trois ou quatre, parfois cinq, sans référence à la motivation* » (p280). De même, Skrapec (2001) considère que le problème avec cette approche est l'inclusion des militaires, mercenaires, terroristes, et tueurs du crime organisé, et pose le problème que cette inclusion risque de trop biaiser les données d'une recherche si l'on englobe des motivations différentes. Certains auteurs utilisent quant à eux des définitions larges, puis définissent des critères d'exclusion pour certaines catégories. Par exemple Heide et Keeney (1995) excluent les meurtres commis par des militaires, et les meurtres politiques par des organisations terroristes. Il ne semble pas y avoir de bonne ou mauvaise réponse concernant quelle catégorie inclure ou non, cependant une définition trop large peut devenir effectivement difficilement comparable.

Concernant la motivation, Skrapec (2001) propose d'établir des sous-catégories pour palier à ce problème, en terme de motif. Elle propose des sous-classes intéressantes comme le terme « *serial felony murder* » dans le cas où les meurtres sont commis au service d'un autre crime, par exemple une femme qui tue ses maris successifs en vue du gain financier. Le meurtre est secondaire à l'objectif premier qui est de tirer profit financièrement de la situation. Cette catégorie pourrait être aussi utilisée dans les meurtres commis dans le cadre d'un vol. Ce qui se rapproche de l'idée de Fox et Levine (1999) de classer les meurtres en fonction de leur opportunisme.

Ressler et al. (1988) à l'époque suggéraient quant à eux que la quasi-totalité des meurtres en série sont de nature sexuelle. Pour Skrapec, il existe quelque chose d'indéniablement différent concernant quelqu'un qui tue par opportunité et quelqu'un pour qui l'acte de tuer en lui-même est le but premier. De même, certains individus tuant dans le cadre de leurs fonctions militaires ou criminelles (hitmen), prennent ce prétexte pour tuer. On retrouve souvent dans la littérature le terme de « *lust-murder* ». La racine anglaise du terme *« lust* » signifie un souhait ou un désire. Le terme a été restreint au fil du temps à un désir sexuel ou un besoin de sang (Skrapek, 2001). Krafft-Ebing (1978) cite à l'époque le meurtre par volupté, qu'il définit comme le besoin de tuer et/ou torturer pour arriver à l'excitation sexuelle. Il classe le meurtre par volupté dans la catégorie des perversions sexuelles. Cet aspect a été réduit au fil du temps aux meurtres sexuels. Hazelwood et Douglas (1980) caractérisent le terme de « *lust murder* » par « *une attaque mutilant la poitrine, le rectum ou les parties génitales »* (p.18). Geberth (1986) le définit quant à lui par « *un meurtre motivé sexuellement, impliquant de la torture, des traumatismes sexuels violents ou des mutilations sexuelles* » (p493). Ces exemples sont plutôt de la catégorie du meurtre sexuel, et non des « *lust murder* » dans le sens originel du terme (désir de tuer). Les meurtres commis pour satisfaire un besoin sexuel pourraient être différenciés du *« lust murder* » et classifiés comme meurtre sexuel (Skrapec 2001). Skrapec mentionne la gratification personnelle comme élément essentiel de la définition.

Comme nous pouvons le voir, la définition du meurtre en série pose bien des problèmes. Il est important d'en être conscient, pour se rendre compte des difficultés dans l'étude de ce phénomène, et comprendre qu'il n'existe peut-être pas une mais des définitions, notamment en ce qui concerne la motivation de l'homicide, pour essayer de dégager des populations d'études cohérentes.

IV. TYPOLOGIES

Apres avoir constaté la difficulté à définir la population des tueurs en série, nous allons étudier les différentes typologies, qui ont donc essayé de proposer des sous-populations homogènes.

1. Typologies les plus usitées

Holmes et DeBurger (1985), travaillant dans le domaine de la justice, proposent les typologies suivantes :

- Le tueur visionnaire : individu tuant à cause de visions ou voix qui lui commandent de tuer, souffrant de psychose généralement, pour lequel il n'y a en général pas de mise en scène du crime.

- Le tueur en série missionnaire : qui ressent le besoin de ne s'en prendre qu'à un certain groupe de personnes (prostituées, jeunes hommes, groupes religieux…) dont il a décrété qu'ils étaient mauvais ou indésirables. Ces tueurs sont en général assez bien intégrés socialement, et ne souffrent pas de pathologie mentale.

- Le tueur en série hédonistique : qui éprouve une excitation sexuelle dans le fait de torturer, violer, et tuer ses victimes. Une sous-catégorie est celle du "C*omfort-Oriented serial killer*", qui tue pour bénéficier d'un gain matériel (notamment de l'argent).

- « T*he Power/Control serial killer*" : qui éprouve une excitation sexuelle dans l'acte de domination totale de sa victime et le pouvoir de vie et de mort sur elle.

Holmes sépare aussi les tueurs en série selon leur mobilité géographique (grande mobilité ou au contraire stabilité géographique).

La méthodologie n'est pas détaillée dans l'article princeps et le nombre d'agresseurs ayant pu être interrogé est faible, sur la base du volontariat. De plus,

certaines caractéristiques peuvent être communes à deux catégories : par exemple pour le meurtrier sexuel et le "*Power/control*", certains aspects de la scène de crime peuvent être communs (actes de torture, victime non connue de l'agresseur…). De même, il s'est inspire de la dichotomie du FBI organise/désorganisé, qu'il applique comme un continuum au travers des différentes classes (Holmes et al.1988).

Canter et al. (2004) ont appliqué de manière systématique la typologie de Holmes aux scènes de crime de 100 tueurs en série américains. Il en résulte qu'il est difficile de faire corréler la scène de crime à une typologie particulière. De plus, les caractéristiques les plus fréquentes et typiques sur les scènes de crimes semblent correspondre au profil "*Power/Control*".

Dietz (1986), psychiatre médicolégal connu aux USA pour ses expertises psychiatriques dans des procès de tueurs en série, propose un peu plus tard cinq catégories pour les tueurs en série :

- Le « *psychopathe sadique sexuel* », qui correspondrait à la majorité des tueurs en série (Ted Bundy, John Wayne Gacy…).
- Le "S*pree killer*" qui n'est pas considéré comme un tueur en série (Bonnie et Clyde).
- Les tueurs professionnels.
- Les "C*ustodials killers*", tueurs en série visant des personnes vulnérables dont ils ont la charge (exemple : l'infirmière qui tue ses patients).
- Et enfin, les tueurs souffrant de psychose.

Une dernière typologie est celle de Rappaport, qui s'inspire fortement des deux précédentes (1988) :

- Les "*spree killers*", même catégorie décrite par Dietz précédemment.
- Les "f*onctionnaires du crime organisé*", l'équivalent du tueur professionnel de Dietz et du "*comfort-oriented killer*" de Holmes.
- Les « *custodials killers* »
- Le tueur souffrant de psychose.
- Le tueur sadique sexuel.

Sewall et al. (2013) souligne le fait que les tueurs en série sexuels ont souvent un passé criminel. Il propose pour sa part trois catégories de tueur en série :

- « *The competitively disadvantaged* » : délinquants précoces, pour des faits allant de petits vols au meurtre. Ils ont fréquemment des troubles développementaux et cognitifs, et ont grandi dans un environnement défavorisé, ils sont marginalisés. On peut les rapprocher de la personnalité antisociale du DSM IV TR. Le passage à l'acte meurtrier est souvent impulsif, en réponse à un rejet.

- L'agresseur psychopathe : qui ne présente pas de troubles cognitifs, et est plus inséré socialement. Il n'y a en général pas de passage à l'acte meurtrier.

- L'agresseur sadique : souffrant de cette paraphilie, qui le pousse au meurtre. En général bien intégré socialement, en couple stable, et n'ayant pas de casier judiciaire. Ce sont en général des auteurs assez organisés pour ne pas être appréhendés, qui vont fantasmer et préparer leurs actes.

Sewall et al. (2013) ont teste leur typologie sur 82 cas. Ils constatent finalement que seul l'auteur souffrant de sadisme présente une catégorie bien à part et identifiable. Les deux autres catégories sont un peu plus hétérogènes.

Finalement, il apparaît tout de même un certain consensus pour les catégories suivantes : le meurtrier sadique sexuel qui tue pour le plaisir lié à la domination, à la torture et au meurtre ; les tueurs qui doivent débarrasser le monde des individus indésirables, soit de manière psychotique ou idéologique ; les « *custodial killers* » qui sont souvent des personnels de santé et tuent des personnes sans défense ou dépendantes à leur charge, et enfin les tueurs utilitaires dont les motivations incluent un aspect financier ou matériel, pouvant inclure des éléments de vengeance.

Mais dans quelle catégorie se situe le tueur en série souffrant de schizophrénie ? D'après les différentes typologies suscitées, les auteurs auraient tendance à le mettre dans le sous-groupe des tueurs en série visionnaires. Cependant, comme nous le verrons plus loin, certains auteurs peuvent aussi rentrer dans la catégorie du meurtrier sadique sexuel.

2. Classifications du FBI

Apres les typologies proposées par les psychiatres, psychologues, et personnes travaillant dans le domaine du droit ; intéressons-nous a la classification la plus connue, celle des force de l'ordre fédérales américaines. En effet qui n'a jamais entendu parle de profilage, dont nous inonde le cinéma et la télévision dans de nombreuses séries plus ou moins pertinentes sur le sujet, et s'inspirant d'ailleurs régulièrement de faits réels pour alimenter leurs scénarios.

a. Tueur organisé versus désorganisé

La célèbre dichotomie du tueur organisé versus désorganisé, a été développée et popularisée par les « *profilers* » du FBI dans les années 80 (Ressler, Burgess, & Douglas, 1988 ; Ressler et al., 1986). Ils distinguent deux types de tueurs en série, différenciés par rapport à leurs scènes de crimes. Ils ont interrogé 36 tueurs en série incarcérés et étudié leurs scènes de crime, en vue de pouvoir créer un schéma de profilage pour les crimes ultérieurs à résoudre. Le tueur organisé est d'une intelligence supérieure à la normale, et se sent d'ailleurs au-dessus des autres. Il est méticuleux dans la plupart des aspects de sa vie et porte un soin particulier à son apparence. Son crime est préparé à l'avance, et les fantasmes et rituels (par exemple de torture) sont très présents ; les preuves sur place sont rares. Il récupère souvent un souvenir ou trophée de sa victime. La victime est souvent une personne inconnue. Il prend un malin plaisir à compliquer la tâche des enquêteurs. Il apparaît comme quelqu'un de "normal" auprès des gens qu'il côtoie habituellement. Il est en général inséré socialement, et vit souvent en couple.

Le tueur désorganisé possède lui une intelligence normale ou en dessous de la moyenne. Il est solitaire et vit de manière recluse. Il possède une faible estime de soi, il est impulsif et se sent en difficulté dans les relations interpersonnelles. La scène de crime est chaotique et semble avoir peu été plutôt soudaine. L'homicide est brutal et rapide, et le corps souvent abusé ou mutilé après la mort de la victime. L'arme est souvent présente sur les lieux du crime.

Tableau 1 : Différence entre les scènes de crime organisées et désorganisées	
Organisée	*désorganisée*
préparation de l'homicide	homicide spontané
cible un inconnu	victime ou location connue
personnalise la victime	dépersonnalise la victime
conversation contrôlée	conversation minimale
la scène de crime reflète le contrôle de la situation	scène de crime négligée
exige la soumission de la victime	violence soudaine envers la victime
utilisation de moyens de contention	usage minimum de moyens de contention
actes agressifs avant la mort	actes sexuels après la mort
corps caché	corps laissé en évidence
pas de preuve ou d'arme sur la scène	preuves/arme sur les lieux
transport de la victime ou du corps	corps laissé sur le lieu de l'homicide

Bien que se basant sur l'expérience des enquêteurs du FBI, sans véritable méthodologie ni hypothèse posée, elle reste la plus utilisée à ce jour. Canter, et al. (2004) ont testé cette typologie sur 100 scènes de crimes de tueurs en série différents et la considèrent plus comme un des aspects pouvant intégrer une typologie plutôt qu'une typologie propre. De même, les auteurs de cette typologie ont plus tard inclus un troisième groupe : mixte, intégrant des caractéristiques des deux groupes.

Le tueur en série souffrant de schizophrénie est généralement plus sur un versant désorganisé, du fait du délire s'il est présent et surtout de la dissociation des idées et du comportement.

b. Typologie de l'homicide

Le FBI répartit les homicides en quatre grands groupes définis par la motivation de l'auteur, nous nous attarderons sur ceux qui peuvent impliquer une sérialité.

<u>L'homicide par entreprise criminelle</u> :

- Le tueur professionnel, dont les victimes lui sont inconnues.
- Le meurtre dans le cadre d'une activité de gang ou liée au trafic de drogues
- L'homicide visant à récupérer l'argent d'une assurance-vie ou un héritage, l'auteur est alors connu de sa victime.
- « *The felony murder* » : l'homicide intervient dans le cadre d'un crime (cambriolage, viol, vol).

L'homicide pour motif personnel :

- L'homicide domestique, sur un membre de la famille
- Le meurtre d'autorité, l'auteur tue une victime qui a un lien d'autorité sur lui (réelle ou symbolique) par laquelle l'auteur s'estime avoir été lésé.
- La vengeance : équivalent du « *Mission-Oriented killer* », le tueur cherche à se venger d'actes commis envers lui, qu'ils soient réels ou non.
- « *The Nonspecific motive murder* » : l'homicide est sans mobile apparent, les victimes n'ont pas de caractéristiques communes, la scène de crime est désorganisée. L'auteur souffre en général d'une pathologie mentale - -
- Le meurtre pour des raisons religieuses
- L'homicide extrémiste : individu qui ne tue que des personnes d'un certain groupe, politique, social, ethnique, religieux.
- L'homicide miséricordieux ou héroïque : le premier est réalisé par un individu qui tue des personnes malades ou handicapées, dans le but de stopper leurs souffrances (exemple : les infirmiers « anges de la mort »). L'homicide héroïque quant à lui est le fait de mettre une personne en danger de mort, et de tente de la sauver, sans succès.

L'homicide sexuel (l'homicide sériel le plus fréquent) : homicide qui inclut un élément sexuel (excitation sexuelle, acte sexuel), pré ou post-mortem.

- Nous avons déjà parlé plus haut de la dichotomie tueur organisé/désorganisé.
- L'homicide mixte : qui présente des signes organisés et désorganisés, cela peut survenir pour différentes raisons :
    - La présence de deux auteurs.
    - L'acte est initialement planifié mais des événements non prévus interférent.
    - Le crime initial était le viol, mais la victime résiste et se fait tuer.
    - L'auteur est sous l'influence de drogues.
    - Des facteurs de stress externes peuvent intervenir.
- Le meurtrier sadique : le tueur sadique sexuel est un individu qui éprouve de l'excitation sexuelle par la torture mentale, physique, et /ou le viol, aboutissant au décès de la victime. Ce n'est pas l'acte en lui-même qui procure la satisfaction mais la souffrance de la victime. Les actes ont perpétrés avant le décès. Les auteurs sont souvent des hommes caucasiens, leurs victimes des femmes caucasiennes inconnues.

- L'homicide sexuel des femmes de plus de 60 ans.

L'homicide de groupe : à partir de deux personnes, dans un but commun.

La typologie des homicides du FBI (dont nous n'avons pas retranscrit la totalité), est en fait la liste de toutes les motivations possibles concernant un meurtre. Le FBI considère en général l'auteur souffrant d'une pathologie mentale rentrant dans la catégorie sans mobile apparent. Pourtant, celui-ci peut avoir d'autres motivations que celles de son délire, comme nous le verrons dans les cas cliniques.

3. Populations spécifiques

L'étendue de l'hétérogénéité de cette population ne s'arrête pas là, puisque nous pouvons encore dégager quelques populations spécifiques, ayant leurs propres caractéristiques, qui peuvent se rajouter aux typologies précédemment décrites.

Le sado-masochiste : pour certains tueurs en série, le sadisme va de paire avec le masochisme, ces agresseurs se livrent donc à des actes d'automutilation, ou d'asphyxie auto-érotique (Myers et al 2008).

Les théories concernant ce sous-groupe sont les suivantes : l'identification à une figure parentale ayant été agresseur et victime, ou avoir été victime d'abus pendant son enfance (Stein, 2004) ; être élevé par une mère sexuellement provocante et violente (Fox & Levin, 1994), (Meloy, 2000) ; devenir une victime de substitution pour se rendre compte de la douleur effective de manière à accroître le plaisir de l'auteur d'infliger encore plus de douleur (Knoll et Hazelwood, 2009) et enfin la théorie du sadisme grandiose, dans laquelle l'agresseur assume l'identité même de la victime en portant ses vêtements, en réalisant un jeu de rôle en imitant sa voix, allant même dans certains cas à utiliser le scalp de la victime comme une perruque ou même en se vêtant de sa peau, afin d'étendre son contrôle sur sa victime après sa mort. Cela permet à l'auteur un contrôle grandiose de sa victime, qui se rapproche de l'omnipotence d'un Dieu, par un mécanisme de défense archaïque d'introjection, par lequel l'individu internalise les qualités de l'objet, faisant ainsi disparaître la distinction entre le sujet et l'objet ; mécanisme permettant de placer symboliquement l'objet sous leur contrôle (Knoll et Hazelwood, 2009).

La femme serial-killer : environ 15 % des tueurs en série répertoriés depuis les deux derniers siècles sont des femmes (Hickey 2012). Les caractéristiques de la femme tueur en série diffèrent de celles des hommes, leur motivations sont assez variées (pécuniaires, vengeance, besoin d'attention…). Elles tuent en général des personnes de leur entourage par empoisonnement ou étouffement, (Hickey 2012). On ne retrouve pas actuellement de femme serial-killer agissant seule sur un plan sadique sexuel, hormis peut-être Aileen Wuornos, bien que cela reste discutable et semble plutôt du domaine de la vengeance, chez une femme ayant un diagnostic posé d'état-limite à expression psychopathique et ayant subi des violences sexuelles dans sa vie. Les femmes impliquées dans des meurtres sadiques sexuels en série agissent donc plutôt en couple (Silvio et al. 2006). Elles arrivent à mieux manipuler l'opinion publique, du fait des croyances populaires envers les femmes et de leurs capacités à contrôler leur image (Perri et Lichtenwald, 2010).

Le couple tueur en série : Jenkins (1990) décrit quatre types de tueurs en série en couple/groupe :

- Le duo dominant-dominé : un membre, l'homme en général, est le partenaire dominant. L'autre participe aux meurtres surtout pour satisfaire son partenaire et joue souvent le rôle d'appât pour piéger la victime. Elle peut participer activement ou observer le passage à l'acte.

- Couple de dominants : les deux protagonistes prennent du plaisir au meurtre, la femme participe à la capture et à l'immobilisation de la victime, mais plus rarement à l'acte de torturer et de tuer. Elle peut prendre du plaisir à regarder la scène. Le couple utilise parfois des souvenirs du meurtre (photos, trophées…) pour améliorer leur vie sexuelle.

- Famille ou groupe : des familles biologiques ou des familles *« de cultes* », le groupe se compose de personnes qui se réunissent dans l'homicide, avec divers buts comme le vol, le plaisir sexuel, ou d'obscures idées idéologiques ou philosophiques, plus ou moins combinés entre eux.

- Groupes religieux ou politiques : pratiquent plutôt le meurtre de masse

Le Serial killer homosexuel : s'applique à l'homicide d'un homme par un autre homme qui n'est pas nécessairement homosexuel. Beauregard et Proulx (2007), sur une étude de 10 tueurs en série homosexuels, propose une différenciation en trois classes :

- Le vengeur : individus ayant une vie marquée par les consommations de toxiques. Ils ont souvent un casier judiciaire pour violences. Ils ont subi des violences physiques/psychologiques/sexuelles lors de l'enfance. La victime est souvent un homme d'un certain âge (pouvant renvoyer à une figure parentale), quand cette personne est en demande d'une activité sexuelle, elle déclenche un souvenir traumatique entraînant l'acte violent. L'individu agresseur se venge alors de ce qu'il a pu subir dans son enfance. La scène de meurtre est souvent marquée par des signes de rage intense, et la mort est donnée par strangulation ou grâce à une arme d'opportunité.

- « *Le prédateur sexuel* » : individu commettant un meurtre sexuel, avec des éléments de sadisme sexuel, éprouvant donc du plaisir sexuel en réponse à la souffrance d'autrui (torture, meurtre). C'est souvent un tueur de type organisé.

- « *Le prédateur non sexuel* » : l'homicide est souvent impulsif ou accidentel. Le tueur rencontre sa victime dans le cadre d'un vol, souvent au domicile de la victime où il se fait emmener contre la promesse de relations sexuelles. Pris en flagrant délit, il se sent dans le besoin de maîtriser et dominer sa victime plutôt que de fuir, et la tue. L'agresseur a souvent des antécédents judiciaires de vols et cambriolages.

Enfin le tueur professionnel (hitman) qui exécute par contrat, ce qui lui permet de justifier son désir de tuer.

V. DIFFERENCES AU NIVEAU PENAL USA/FRANCE

Dans le chapitre suivant nous expliquerons brièvement l'équivalence de l'irresponsabilité pénale aux Etats-Unis (USA), et un autre type d'expertise que nous n'effectuons pas en France : le test d'aptitude à subir son procès. Il est à noter que le

procès pénal américain se déroule sous un modèle accusatoire (contrairement à la France qui elle a un modèle inquisitoire), c'est à dire que chaque partie (défense et accusation) amène chacune ses éléments de preuves et ses témoins et experts. Le procureur instruit à charge et les avocats de la défense à décharge. Le juge est la plus dans un rôle arbitraire que d'instruction. En France, le juge d'instruction est indépendant et doit instruire à charge et à décharge. La défense n'a pas de pouvoir d'enquête. (Ahumada, 2011).

1. Aptitude à subir son procès

Une différence entre les systèmes français et américain est l'évaluation de la capacité à subir son procès, apparue suite à une décision de la cour suprême des Etats-Unis en 1960 (Dusky v. US). Le défendant doit être apte à comprendre les charges contre lui, les procédures judiciaires de manière assez générale, comment se déroule un procès, les sanctions possibles qui peuvent lui être appliquées, et être apte à communiquer de manière pertinente avec son avocat dans le cadre de sa défense (Miller 2013). A l'issue de cette évaluation, le défendant peut être reconnu :

- Compétent, la procédure judiciaire continue alors son cours.

- Incompétent, avec recommandations de mesures pour restaurer la compétence à subir son procès, en général une hospitalisation avec traitement pharmacologique.

- Incompétent de manière définitive : en général pour les défendants souffrant de retard mental ou de pathologie dégénérative (type Alzheimer). Le défendant peut alors être transféré dans une institution. Mais en général, dans le cas d'un crime violent, ils sont hospitalisés sous contrainte, jusqu'à ce qu'ils ne soient plus considérés comme un danger pour la société. Dans la plupart des cas, la durée d'hospitalisation excéde de loin celle de la peine de prison qu'aurait servie le défendant s'il avait été condamné (Miller 2013).

2. Défense NGRI

La défense Not Guilty by Reason of Insanity (NRGI) est utilisée dans environ un procès criminel sur 100. Dans la moitié des cas, la pathologie mentale de l'accusé est si évidente que l'accusation et la défense sont d'accord. Dans un quart des cas, les deux partis arrivent à un compromis au cours du procès. Le dernier quart est ce qu'on appelle les batailles d'experts, et ce sont celles qui sont les plus médiatisées. (Miller, 2013 ; Slobogin, 2010).

Dans le système pénal américain, pour être condamné pour un crime, il faut avoir commis l'acte en question (*actus reus*) et avoir la capacité mentale d'avoir commis l'acte consciemment, délibérément et en connaissance de cause (*mens rea*). Les deux éléments qui guident les évaluations d'irresponsabilité aux Etats-Unis sont le test M'Naghten et le test de l'American Law Institute (ALI), (Model Penal Code, 1985) suivant les Etats (Miller 2014).

Selon le test M'Naghten, pour pouvoir prétendre à un NGRI, il doit être clairement prouvé qu'au moment de l'acte, l'accusé souffrait d'un tel manque de raison, d'une maladie de l'esprit, qu'il ne pouvait apprécier la nature et la qualité de son acte, ou, s'il le savait, il ne savait que cela était mal : *"It must be clearly proved that, at the time of committing an act, the party accused was laboring under such a defect of reason, from disease of the mind, as to not know the nature and quality of the act he was doing, or if he did know it, that he did not know he was doing wrong*." En 1962, l'ALI a rédigé dans le code pénal : "une personne n'est pas responsable pour un comportement criminel si au moment de l'acte, en résultat d'une maladie ou d'une déficience mentale, il n'a pas la capacité substantielle soit d'apprécier la criminalité (illicéité) de son comportement ou de faire correspondre son comportement aux exigences de la loi » (Miller 2013).

Les principales différences entre les deux sont que le M'Naghten est purement cognitif, par le fait que le défendant, soit ne sait pas ce qu'il faisait, soit il ne pouvait pas distinguer le bien du mal. ALI ajoute la notion de volition, c'est à dire que même si le défendant savait ce qu'il faisait, il ne pouvait pas se contrôler. Quand bien même, les deux tests restent très difficiles à obtenir, et en général seul les psychoses sévères et certaines lésions cérébrales entrainent un NGRI.

3. Le tueur en série et la défense NGRI

Une pathologie mentale, si sévère soit elle, n'est pas synonyme d'irresponsabilité pénale. Elle doit directement entrainer une détérioration des capacités de l'auteur à comprendre ce qu'il est en train de faire lors de son passage à l'acte. On a donc du mal à imaginer dans ce cas-là qu'un tueur en série qui prépare et exécute froidement ses meurtres puisse être irresponsable de ses actes. De plus, les actes sadiques sont considérés comme facteurs aggravants. Les tueurs en série souffrant de schizophrénie ont quand même plus de chance d'obtenir un verdict de NGRI que les tueurs en série classiques. En effet pour ces derniers, la seule théorie qui pourrait être utilisée est celle d'un déficit prononce en empathie, cette tache aveugle neuro-émotionnelle, due à un système limbique défectueux, souvent décrite dans la psychopathie. On pourrait alors arguer que celui-ci est incapable d'apprécier illicéité de son geste du fait d'un manque de « *conscience morale* ». Cependant, il est virtuellement impossible pour un auteur diagnostique psychopathe ou antisocial d'invoquer cette défense (Miller 2013).

VI. PSYCHOPATHOLOGIE

1. Caractéristiques des tueurs en série – généralités

Bien que la classe soit très hétérogène, le tueur en série typique est un homme blanc, entre vingt et quarante ans. Il est classiquement solitaire, mais l'on retrouve des tueurs en série mariés ou dans une relation stable. Il donne l'impression générale de quelqu'un d'intelligent et charmeur. Il préfère les armes de poings (Miller 2014), (Holmes 1985). Par exemple Derrick Todd Lee, 34 ans, qui a violé et tué des femmes dans la ville de Bâton Rouge, était parfaitement intégré dans la société. Les personnes le connaissant le décrivant comme « amical » et « charmant ». John Wayne Gacy, qui tua et enterra trente-trois jeunes hommes sous sa maison était connu comme un voisin parfait, qui faisait même le clown pour les anniversaires des enfants du quartier.

On se rend alors compte des mécanismes de clivage à l'œuvre, entre une partie de soi *« comme tout le monde* » qui aime sa famille et ne lui ferait pas de mal, et d'un autre côté le meurtrier qui prend plaisir à tuer ses victimes. Ce clivage permet à l'auteur de neutraliser un éventuel sentiment de culpabilité. Ainsi la femme de Kenneth Bianchi,

l'étrangleur de Hillside, expliqua aux enquêteurs que le Kenneth qu'elle connaissait n'aurait jamais blessé ou tué personne. Il n'était pas ce genre d'individu.

Un autre mécanisme à l'œuvre est la déshumanisation à travers le mode de sélection de la victime : les prostituées ne sont que de *« simples objets sexuels* », les patients dépendants des *« légumes* », et les SDF rien d'autre que des *« poubelles* ». En traitant leurs victimes comme des sous-humains, le tueur se leurre lui-même, en croyant que son acte amène quelque chose de positif, plutôt que négatif.

Il est communément admis que le tueur en série sadique sexuel manque d'empathie, puisqu'il est en général psychopathe. Cet état de fait est remis en question par certains auteurs (Fox et Levine, 1998). En effet, le tueur en série sexuel sadique nécessite une certaine empathie cognitive pour capturer sa victime. Il faut pouvoir comprendre sa victime pour la flouer efficacement. Par exemple Theodore Bundy qui demandait souvent de l'aide à ses victimes, touchant ainsi à la nature serviable de ces jeunes filles. Deuxièmement, on peut se demander si le tueur n'a pas également des capacités empathiques émotionnelles, pour pouvoir apprécier la souffrance de ses victimes.

Une étude intéressante est celle de Heilbrun (1982), qui a mené des entretiens avec 168 prisonniers hommes. Il a retrouvé deux genres de sociopathes : ceux qui ont une impulsivité, un QI bas et peu d'empathie et ceux qui sont moins impulsifs, ont un QI élevé et des objectifs sadiques ainsi qu'une empathie accrue bien que probablement altérée ; ceux-ci étaient les plus violents. Selon Heilbrun, les actes violents, infligeant de la douleur et de la souffrance sont plus intentionnels qu'impulsifs. De plus, les capacités empathiques favorisent l'excitation et la satisfaction d'objectifs sadiques en améliorant la prise de conscience du criminel de la douleur expérimentée par la victime. Les prisonniers ayant été interrogés quelques mois avant leur audience de libération conditionnelle, cela a peut-être influencé les criminels les plus intelligents à feindre des réponses empathiques. Malgré ces possibles biais méthodologiques, cette étude a été ignorée pendant de nombreuses années dans la littérature, jusqu'à récemment (Fox et Levine 1998).

Les victimes quant à elles sont principalement des femmes jeunes. Certains serial-killers ne ciblent même que les enfants. A noter que dans l'homicide sexuel en série, la victime est plus susceptible d'être inconnue du tueur, contrairement aux autres types d'homicides (Miller 2014), (Schlesinger 2007). Le serial-killer laisse aussi parfois sa « *signature* », qui permet de relier des meurtres entre eux après examen de la scène de crime, signatures qui peuvent évoluer au cours du temps pour un même tueur (Schlesinger et al. 2010).

2. Sadisme sexuel et activité fantasmatique

Une grande partie des tueurs en série sont des sadiques sexuels (Ressler 1988). La plupart des auteurs sont d'accord sur le fait que le meurtrier sexuel en série exprime une relation fantasmatique intense avec sa victime, ce qui permet, à l'opposé, que la victime en réalité soit essentiellement un objet anonyme auquel il peut infliger supplices et mort pour atteindre la satisfaction sexuelle au vu de sa souffrance, (Miller 2014), (Johnson et Becker 1997), (Schlesinger et al. 2010), (Meloy, 2000).

L'excitation sexuelle provient du fait d'infliger de la souffrance, de voir la victime souffrir. Ce n'est pas le fait d'infliger des actes de torture mais la souffrance vécue par la victime qui stimule l'excitation sexuelle. Partant de ce constat, des actes cruels infligés à une personne inconsciente ou morte ne peuvent pas être automatiquement attribués à des actes de nature sadique sexuelle.

L'activité fantasmatique est souvent retrouvée dans les écrits et les enregistrements des auteurs, qui ne les verbaliseront par contre pas aisément en interrogatoire mais parleront plus facilement de leurs actes. Le tueur en série sadique sexuel possède souvent des preuves incriminantes à son domicile (trophées de la victime, éléments de préparation du crime, enregistrements vidéo…) (Dietz et al. 1990).

L'étude de Burgess et al. (1986) sur 36 auteurs d'homicide sexuel sériel reportent que 80% d'entre eux signalent des fantasmes de masturbation en rapport avec un comportement sexuellement violent, ce qui est conforté par Prentky et al. (1989).

Ces fantasmes sont supposés constituer une répétition cognitive du meurtre sexuel, la répétition provoque théoriquement une habituation, diminuant le pouvoir excitant du fantasme au fil du temps. L'individu cherche donc des opportunités pour agir son fantasme, afin de retrouver un niveau suffisant d'excitation (Stein, 2004).

Une caractéristique habituelle du tueur en série est donc la présence de paraphilies, avec le sadisme sexuel en tête, qui peut varier de 36 % dans l'étude de Hill et al. (2007), à 75% dans l'étude de Firestone et al. (1998). L'association de plusieurs paraphilies est aussi chose fréquente, notamment le fétichisme, le transvestisme, l'exhibitionnisme et le voyeurisme, sans oublier la nécrophilie (Kerr et al. 2013), (Firestone et al. 1998).

Le sadisme sexuel est donc une paraphilie, par rapport à laquelle l'individu a des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements survenant de façon répétée et intense, et impliquant la souffrance ou l'humiliation de personnes non consentantes. Chez certaines personnes, des fantaisies imaginatives ou des stimuli paraphiliques sont obligatoires pour déclencher une excitation érotique et font toujours partie de l'acte sexuel. Dans d'autres cas, les préférences paraphiliques n'apparaissent qu'épisodiquement (au cours de périodes de stress) alors qu'à d'autres moments, la personne est capable d'avoir un fonctionnement sexuel sans fantaisies imaginatives ou stimulus paraphiliques (DSM IV-TR)

Le diagnostic de sadisme sexuel dans le DSM IV-TR est posé si la personne a mis en actes ces impulsions avec une personne non consentante ou si les impulsions, les fantaisies imaginatives sexuelles ou les comportements sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles. Si les fantasmes sont mis en acte avec un partenaire non consentant, cela est bien sûr préjudiciable.

On doit distinguer une paraphilie de l'emploi non pathologique de fantaisies imaginatives sexuelles, de comportements ou d'objets en tant que stimulus de l'excitation sexuelle chez des individus qui n'ont pas de paraphilie. En effet les hommes peuvent avoir des fantasmes sadiques, sans pour autant passer à l'acte (Crepault et Couture 1980).

La focalisation paraphilique du sadisme sexuel implique des actes (réels, non simulés) dans lesquels le sujet retire une excitation sexuelle de la souffrance psychologique ou physique de la victime (y compris son humiliation). Certains individus présentant cette paraphilie sont importunés par leurs fantaisies imaginatives sadiques qui peuvent être évoquées au cours d'un acte sexuel, mais qui ne sont pas mises en acte d'une autre manière. D'autres mettent en acte leurs impulsions sexuelles sadiques avec un partenaire consentant qui endure volontiers douleur et humiliation. D'autres encore mettent en acte leurs impulsions sexuelles sadiques sur des victimes non consentantes. Dans tous les cas, c'est la souffrance de la victime qui est sexuellement excitante. Les fantaisies imaginatives ou les actes sadiques peuvent impliquer des activités qui indiquent une domination de la personne sur la victime (par exemple : forcer la personne à marcher à quatre pattes). Ils peuvent impliquer également une entrave, le bandage des yeux, des actes de tortures, de mutilation, et de meurtre (DSM IV-TR, 2000).

L'âge de début des activités sadiques est variable, mais correspond couramment à l'âge adulte jeune. Le sadisme sexuel est habituellement chronique. Quand il est pratiqué sur des partenaires non consentants, il est probable que l'activité se répétera jusqu'à ce que l'auteur soit appréhendé.

Certains individus présentant un sadisme sexuel peuvent se livrer à des actes sadiques pendant plusieurs années sans avoir besoin d'accroître le potentiel de dangerosité et d'infliger des blessures physiques sévères. Habituellement, cependant, la sévérité des actes sadiques s'accroît avec le temps. Quand le sadisme sexuel est sévère, et en particulier quand il est associé à une personnalité antisociale, les individus présentant un sadisme sexuel peuvent blesser sérieusement ou même tuer leurs victimes (DSM IV TR).

Une fois le passage à l’acte accompli, dans la réalisation du fantasme, l’auteur se sent de plus en plus puissant. Les meurtres nourrissent des fantasmes d’invincibilité, ce qui entraînera de nouveaux passages à l’acte (Simon, 2009).

Il est cependant difficile d’évaluer les fantasmes, ceux-ci étant du domaine privé ; d’autant plus si ces fantasmes sont déviants. Gee et al. (2004) ont étudié les

fantasmes de 24 agresseurs sexuels récidivants, à travers des entretiens semi-structurés permettant d'évaluer et de collecter les scénarios, les thèmes et les buts des fantasmes, ainsi que leur fréquence. Seuls deux individus ne décrivaient pas ou peu de fantasmes sexuels. 75 % des individus rapportant des fantasmes sexuels, expérimentaient des fantasmes déviants (qui seraient condamnables par la loi s'ils étaient réalisés) non spécifiques (« *j'ai des fantasmes avec des jeunes filles, mais personne en particulier* »). Les fantasmes déviants spécifiques (« *je pense à cette personne en particulier, je vais lui faire ça précisément* ») étaient présents chez tous les individus ayant rapporté des fantasmes sexuels. Le premier passage à l'acte aurait abouti à la cessation des fantasmes sexuels généraux et des fantasmes déviants non spécifiques, au profit de la troisième catégorie citée.

La recherche à l'interrogatoire d'un patient, de fantasmes sadiques sexuels et leur particularité semble intéressante, dans un but préventif. Comme en témoigne l'étude d'un groupe d'adolescents lors d'une évaluation médico-légale par Johnson and Becker (1997) qui exposent les cas cliniques de neuf adolescents de 14 à 18 ans. Ces adolescents ont exprimé un désir de tuer avec des fantasmes répétés de torture, viol, et meurtre depuis l'enfance, avec plus ou moins provoquant une excitation sexuelle. Ces fantasmes étaient similaires à ceux verbalisés par l'interrogatoire de serial killers reconnus. Les auteurs discute les aspects préventifs à se renseigner lors de l'interrogatoire de certains adolescents présentant des facteurs de risques sur d'éventuels fantasme sadiques, de tuer des gens, et s'il y a ou non une excitation sexuelle qui en découle. Il aurait été très intéressant de suivre cette cohorte dans le temps, afin d'évaluer le parcours de ces adolescents. James et Proulx (2014) retrouvent quant à eux dans leur méta-analyse sur les meurtriers sexuels en série :

- 58,3% de fétichisme
- 53,2 % de voyeurisme
- 70,2 % de bondage
- 75,5 % masturbation compulsive

- 61 % de fantasmes de viol

- 86 % de fantasmes de meurtre

- 68,2% de sadisme sexuel

- 27,3 % de pédophilie :

3. Histoire de vie

a- Particularités dans l'enfance

Nombre de serial killers viennent de familles déstructurées, divorcées. On retrouve également souvent des antécédents familiaux psychiatriques, judiciaires et d'abus de substances (Folino, 2000), (Dietz et al. 1990). Un certain nombre ont subi des violences physiques et sexuelles. Sur une étude non contrôlée de 30 tueurs en série, Dietz et al. (1990) retrouvent 40% de victimes de violences dans l'enfance (20% d'abus sexuels et 20 % de maltraitance physique). Nombreux sont ceux qui avaient une relation ambivalente et fusionnelle avec une mère autoritaire qui devenait source d'attirance sexuelle. Cependant on retrouve également un certain nombre de tueurs en série ayant eu une enfance et une éducation sans histoires. Les faits de torture sur les animaux reviennent souvent dans l'enfance. (Miller 2014), (Zagury 1996). Dans leur méta-analyse sur 167 auteurs de meurtres sexuels en série, James et Proulx (2014) retrouvent comme chiffres concernant les comportements violents : 42% de vandalisme, 56 % d'incendiaires, et 36 % étant cruels envers les animaux. 68 % des auteurs avaient une histoire d'énurésie nocturne. 74 % ont été victime de négligence et de violences psychologiques 52, 8 % ont été victimes de violence physique et 31,4 % de violences sexuelles. Concernant l'environnement familial, ils retrouvent 69 % d'alcoolisme et 30 % d'abus de substances ; des antécédents psychiatriques familiaux dans 53,3 % et judiciaires dans 50 % des cas. 44 % des auteurs rapportaient une image maternelle négative.

b. Adolescence, vie de jeune adulte

Isolé depuis son enfance, évoluant généralement dans un environnement familial violent, le futur tueur en série va s'introvertir et développer une vie fantasmée de pensées agressives mêlant le sexe et la mort, souvent alimentée par de la pornographie violente. Les premiers fantasmes consistent soit en des expériences vécues, ou plutôt vécu à travers divers supports (films, jeux vidéos, pornographie, internet…). Au bout d'un moment, l'individu inclut des personnes qu'il connaît dans ses fantasmes et commence à se répéter des scénarios plus réalistes de harcèlement, de torture, voire de meurtre. La victime est dans ces cas-là dépersonnalisée, réduit à un simple objet servant à la réalisation des désirs de l'auteur. (Miller 2014), (Leidstedt et al. 2008).

Harbort et Mokros (2001) étudient les cas de 61 tueurs en série condamnés en Allemagne de 1945 à 1995 (54 hommes et 7 femmes). La majorité a un QI plus élevé que la moyenne, cependant l'échec scolaire est important : 64 % ont un mauvais dossier scolaire et 40% n'ont pas fini le parcours scolaire normal. 80 % ont eu des relations perturbées avec leurs parents, 47 % ont subi des violences physiques, 37 % ont grandi en foyer ou en famille d'accueil. Concernant la vie adulte, 85 % été peu insérés dans la société. 65% ont vécu dans une famille à faible revenus. James et Proulx (2014) retrouvent que 86 % des auteurs avaient au moins un antécédent d'agression physique envers autrui. Ils sont isolés socialement dans 73 % des cas. 44 % ont des dysfonctions érectiles, 56 % n'ont jamais eu de relation sexuelle consensuelle avec une femme adulte. 41,7 % sont célibataires au moment des faits, 11 % sont au chômage.

Plus de la moitié des meurtriers en série et des tueurs multiples ont des antécédents judiciaires (Miller 2014), (Harbort et Mokros 2001). L'homicide sériel est souvent associé à un autre acte médico-légal : le cambriolage. Acte qui implique la violation de l'intimité d'une personne, qui est alors déshumanisée (Miller 2014).

La carrière criminelle des tueurs en série commence à l'adolescence, en général par des agressions simples, puis s'aggrave au fur et à mesure. DeLisi et Scherer (2006), dans une étude contrôlée sur 160 auteurs d'homicides multiples, retrouve en général une histoire criminelle antérieure. Notons qu'ils retrouvent quand

même 38 % de leurs auteurs multiples sans antécédents judiciaires. Pour les autres, on retrouve en moyenne plusieurs arrestations et une peine de prison. Les auteurs multiples ayant des antécédents de condamnation pour viol, ou ayant réalisé leur premier homicide dans le cadre d'un cambriolage ou associé à un viol sont significativement plus à risque de récidiver dans le meurtre. James et Proulx (2014) retrouvent 38 % des auteurs ayant un antécédent d'agression sexuelle, des antécédents de cambriolage dans 8,7 % des cas, et des crimes violents dans 22,8 % des cas.

c. La triade de Macdonald

Le psychiatre John Mc Donald a été le premier à suggérer la possibilité de prédire le comportement violent par l'association de trois facteurs. Il a spéculé à l'époque que les auteurs d'homicides avaient en commun trois caractéristiques dans leur enfance : l'énurésie nocturne, le déclenchement de feux et la cruauté envers les animaux. Le dernier item semble évident, les deux autres sont issus d'une théorie psychanalytique qui les associe au sadisme par la destruction. Cette triade n'est pas pathognomonique et d'ailleurs les études qui ont été réalisées ne semble pas le confirmer (Hellman et Blackman 1966 ; Wax et Haddox 1974). Prentky et Carter (1984), ne retrouvent pas de preuves significatives dans leur étude, ils retrouvent cependant que ces items en eux-mêmes étaient individuellement associes aux individus ayant grandi dans des environnements familiaux très violents.

4. Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité sont variables selon les études. Firestone et al. (1998) retrouvent 50 % (25 agresseurs) présentant un trouble de la personnalité, dont 35% une personnalité antisociale selon la classification DSM-IV-TR. Ils ne retrouvent par contre que 15% de patients psychotiques. Hill et al. (2007), sur une étude sur 166 meurtriers sexuels en Allemagne, dont 36 auteurs de multiples homicides, retrouvent une fréquence de 78% de troubles de la personnalité dont : 27 % d'antisocial, 15% de borderline et 16% de schizoïdes.

Des évaluations psychiatriques et/ou psychologiques étaient disponibles dans l'étude de Harbort et Mokros (2001) pour 52 détenus, 88, 5% d'entre eux présentaient

un trouble de la personnalité, dont 30% de personnalités dyssociales, 17 % de troubles mixtes de la personnalité, 13,5 % de personnalités émotionnellement labile et 9,6 % de personnalité schizoïde. Les traits cliniques les plus fréquemment retrouvés étaient la labilité émotionnelle, le manque d'affects, un égocentrisme, un manque de responsabilité, une intolérance à la frustration avec une impulsivité et une faible estime de soi.

James et Proulx (2014) retrouvent quant à eux seulement 13,2 % de personnalités antisociales dans la population des meurtriers sexuels en série, mais reconnaissent un nombre de données manquantes concernant cet item.

5. Entre psychopathie, perversion et psychose : une approche psychodynamique française de la répétition

Le tueur en série souffre en général de psychopathie (Hill et al., 2007), (Firestone et al 1998) Il est donc important de préciser que le psychopathe américain diffère du psychopathe français. En effet, les psychopathies américaines ressemblent plus, d'un point de vue français, à des personnalités perverses aménagées, qui représenteraient la majorité des tueurs en série américains. Les psychopathes français se rapprochant plus d'un trouble de la personnalité de type état-limite.

Pour expliquer ces différences, il faut comprendre la méthode de travail des psychiatres américains qui sont très pragmatiques : ils listent la somme de leurs observations concrètes pour établir des modèles « *types* », sans forcément proposer un modèle théorique à partir de leurs observations. La psychiatrie française a au contraire besoin de théoriser et proposer un modèle explicatif psychodynamique. Par exemple, un *« trait* » clinique, d'un point de vue français, aura de nombreuses équivalences descriptives américaines, ceux-ci se basant beaucoup sur le recueil de comportements et de symptômes (Lamothe, 2001).

Concernant la psychopathie, les américains semblent évincer la problématique abandonnique, alors que celle-ci est essentielle à la définition française. Concernant l'hétéro-agressivité, les américains parleront entre autre d'agressivité « *prédatrice* », faisant plutôt écho en France à la perversion narcissique (Lamothe 2001).

Une différence importante entre les théorisations françaises et américaines, et dans ce cas-là plus propres aux tueurs en série : le « *psychopathe* » américain a accès à une activité fantasmatique importante, avec des éléments de sadisme et de perversion, alors que le psychopathe français, déficitaire dans ses capacités de mentalisation, va passer à l'acte dans un processus auto-calmant. Le psychopathe américain se rapproche du sadique sexuel, du pervers. « *Chez les pervers le pare-excitation a été non seulement défaillant, mais la « confirmation narcissique » trop précoce les a convaincus de la légitimité de leur désir quel qu'il soit. Le scénario soigneusement répété et exécuté a aussi pour fonction de maîtriser cette excitation, mais dans une voie qui se réfère davantage au registre mental, même si il reste « imaginaire », c'est-a-dire centre sur soi et non ouvert vers l'autre.* » (Lamothe, 2001).

Zagury, psychiatre français ayant expertisé plusieurs tueurs en série, propose pour comprendre le fonctionnement psychique du tueur en série ce qu'il appelle un « *tripôle à pondération variable* » : composé d'un versant psychopathique, de perversion narcissique, et de psychose (angoisse psychotique de néantisation), chacun exprimé de manière quantitativement variable suivant l'individu. Ce tripôle est associé à un efficace mécanisme de clivage, comme cité plus haut, qui permet d'assurer la cohésion du moi et d'éviter le morcellement psychotique. Le tueur en série recourt à la défense perverse et à la fuite en avant psychopathique contre l'envahissement délirant et la perte de contact avec la réalité (Zagury 1996 ; 2010).

Pour Racamier (1990), la perversion narcissique est une défense spécifique contre le deuil et le conflit interne. Ce processus est dénié et expulsé chez autrui. C'est une déroute de l'autre au profit d'une survalorisation narcissique. Pour lui, la perversion est tout entière dans l'acte et très peu dans le fantasme. De même pour Zagury, le tueur en série possède une fantasmatique sexuelle très pauvre, contrairement à ce qui est avancé dans les publications américaines (Zagury 2010).

Balier (2002) parle également de perversité sexuelle, c'est à dire le recours à l'acte sexuel violent et au clivage, destiné à éviter l'effondrement psychotique : *« Ce qui est central ce n'est pas le plaisir, encore moins le plaisir sexuel, mais la recherche d'une toute-puissance qui sauve de la menace d'anéantissement* »

Pour tenter d'éclairer le passage à l'acte, il faut donc mettre en relation les actes criminels actuels et les souffrances identitaires d'autrefois. Cette transformation de la détresse d'hier en triomphe d'aujourd'hui, c'est le mouvement défensif conféré par la perversion narcissique (Zagury, 1996).

Le concept de la perversion narcissique a été théorisé par Racamier, en 1986. Il définit le pervers narcissique comme quelqu'un pour qui dominent « *le besoin, la capacité, et le plaisir de se mettre à l'abri des conflits internes et en particulier du deuil en se faisant valoir au détriment d'un objet manipule comme un ustensile et un faire-valoir* » (Racamier, 1993). L'attraction objectale est vécue comme menaçante et le pervers fait de l'objet un « *objet-non-objet* » chosifié. La perversion narcissique est donc à la fois anti-conflictuelle, contre-dépressive et anobjectale, elle se présente comme une condition de lutte contre la perte de l'unité du self, et comme une ultime défense contre la dépersonnalisation et la psychose. (Angelergues J. et Kamel F, 2003). Peut-on faire un lien entre sadisme, perversion sexuelle et narcissique ? J. Chasseguet-Smirgel soutient l'idée que le sadisme est la matrice de toutes les perversions sexuelles, G. Bayle quant à lui suggère de considérer les perversions sexuelles comme expression, focalisée ou a minima d'une perversion narcissique (Angelergues J. et Kamel F, 2003).

Le pervers narcissique va transférer sur l'autre ses conflits primitifs et lui dénier toute existence : « La victime est un objet anonyme qui permet au tueur toutes sortes de projections archaïques. Elle permet de lutter contre le risque d'effondrement. » Notamment par le matricide déplacé, qui représente l'écart entre l'idéalisation maternelle et la haine inconsciente qu'il éprouve pour elle (Zagury, 2010).

Pour D. Zagury (2010), « la répétition criminelle est envisagée sous l'angle économico-dynamique : l'accent est mis sur la première expérience meurtrière plus ou moins improvisée, qui par l'élation narcissique qu'elle génère, prend valeur d'une matrice qui ouvre la voie de la récidive. ». L'auteur cherchera à réitérer l'acte, pour retrouver ce vécu d'omnipotence accompagné d'excitation sexuelle ressentie lors du premier meurtre. La haine consciente quant à elle est exclue, car reconnaître la haine ferait resurgir le spectre d'un lien à l'objet. Il faut donc dénier l'altérité de l'objet. L'indifférence est une nécessité absolue et concerne uniquement l'objet.

6. Théories psychodynamiques anglo-saxonnes

Pour Simon (1996), le tueur en série ne souffre pas exclusivement d'un trouble de la personnalité antisocial et narcissique, mais est plutôt dans un sentiment permanent de dégoût de soi, duquel le tueur arrive à se dégager en passant à l'acte. Il sort ainsi de sa torpeur émotionnelle, temporairement apaisé. Beaucoup de tueurs en série rapportent en effet un sentiment de soulagement, arguant que le passage à l'acte est le seul moyen de se sentir « *normal* », du moins temporairement. Pour Simon, les éléments centraux du tueur en série sont une psychopathie, associée au sadisme ou à la nécrophilie, et des fantasmes morbides intenses.

Similairement, Malmquist (1996) souligne la dépression et le désespoir juste avant le passage à l'acte, dont le mécanisme pervers aurait un effet « *antidépresseur* ». Ce serait en réponse à la colère et la haine que l'auteur passerait à l'acte, avec l'idée qu'il se sentira mieux s'il passait à l'acte concernant ses pensées violentes envers des victimes sans défense. L'auteur survit au détriment d'une personne qui est vue comme sans valeur. Dans ce sens, l'amour propre du perpétrateur est temporairement restauré, sans avoir eu à éprouver de sentiments personnels.

Schlesinger (2000) quant à lui maintient qu'il faut trois éléments essentiels au meurtre en série : le sadisme sexuel, une activité fantasmatique intense, et la compulsion de réaliser véritablement ces fantasmes. L'un de ces aspects pouvant jouer un rôle plus prédominant par rapport aux deux autres. Pendant un temps, les fantasmes se substituent aux actes, puis, arrive le moment ou ceux-ci ne sont plus suffisants et entrainent une tension interne intolérable, ouvrant la voie de la préparation du passage à l'acte. Les tueurs en série présentent souvent des fantasmes morbides intenses dès l'enfance ou l'adolescence, dont les thèmes habituels sont la domination, le contrôle, la vengeance et l'agression sexuelle. L'auteur se pose la question suivante : qu'est-ce qui fait que parmi les individus présentant des fantasmes morbides et violents, certains passent à l'acte et d'autres non. Il conclut que ces derniers ont une compulsion qui les oblige à tuer. En effet beaucoup de ces agresseurs décrivent un état de tension insupportable créé par le fantasme, et qui ne peut être soulagé que par le passage à l'acte, après lequel ils éprouvent un sentiment de soulagement. Cette compulsion, bien que forte, est différente d'une impulsion irrésistible.

7. Théorie cognitive

Beech et Mitchell (2005) ont effectué une étude des modèles cognitifs de deux groupes d'agresseurs : les auteurs de viol et les meurtriers sexuels : les deux groupes avaient des fonctionnements cognitifs similaires, des « *théories implicites* », que l'on pouvait distinguer en sous-types :

- « *le monde est dangereux* », spécialement à cause des femmes, qui sont toujours en tort et sur qui l'on ne peut pas décemment compter. C'est le schéma le plus répandu.

- « l'Homme a des pulsions qu'il doit assouvir. »

- L'irrespect des femmes : « *ce sont des objets sexuels* ».

- Le droit inaliénable : les envies de l'agresseur sont souveraines, celles des autres ne sont pas prises en compte. « *C'était ma femme, j'étais dans mon droit*". »

8. Théories neuro-psychologiques

a. Théories neurobiologiques

La sérotonine est le neurotransmetteur le plus clairement impliqué dans le contrôle inhibiteur de l'agressivité, avec le système limbique. La potentialisation de l'activité GABAergique inhibe également les comportements agressifs. Au contraire, la dopamine aurait tendance à favoriser l'agressivité. De même, un taux élevé de testostérone est associé à une augmentation de l'agressivité, surtout quand il est couplé à un faible taux sérotoninergique. (Volavka 1999), (Miller 2014).

Au niveau neuroendocrinien, les hormones de l'axe hypothalamo-hypophysaires (cortisol) semblent également avoir un effet régulateur des comportements agressifs. (Barzman et al. 2010).

Eysenck quant à lui proposait en 1967 une théorie essayant d'expliquer le lien entre psychopathie et comportement criminel, tout en reconnaissant que psychopathie et criminalité ne sont pas synonymes. Il propose trois attributs pour essayer d'expliquer le comportement criminel. Premièrement, un modèle structurel de la personnalité qui expliquerait les changements de « *tempérament* » par rapport à 3 variables : Névrotisisme, psychotisisme et extraversion. Deuxièmement, il définit ces trois variables comme ayant un substrat biologique : le nevrotisisme reflète une plus grande réactivité des systèmes limbique et autonome, qui donne de plus fortes réponses à des situations de stress ; l'extraversion est sous-tendue par le degré d'excitabilité corticale. Les extravertis ont besoins de stimulations plus intenses pour maintenir un état de plaisir, et ont des réponses conditionnées moins facilement. Troisièmement, la socialisation entraine une répression de l'hédonisme naturel par des mécanismes de conditionnement. Les extravertis répondant moins facilement au conditionnement et nécessitant des degrés plus élevés d'excitations, ils sont plus à risque de comportement criminel.

b. Imagerie cérébrale

Les lobes frontaux sont impliqués dans la conscience et le contrôle de soi, tandis que les lobes temporaux (qui contiennent des structures du système limbique), régulent les émotions et la motivation (sexualité, agression), (Volavka 1999). Mills et Raine (1994), dans une étude sur 20 TEP-scan d'agresseurs : il en ressort qu'une dysfonction du lobe frontal peut être associée à des comportements très violents (homicide) non sexuels, quand une dysfonction des lobes temporaux est en rapport avec un comportement sexuellement agressif.

9. Théories socio-culturelles

Certains auteurs délaissent l'aspect psychopathologique pour se tourner vers les facteurs extérieurs, qui conduisent une personne à devenir un tueur en série (Haggerty 2009).

Hickey (1997) a développé le *« trauma control model* », qui considère que les facteurs biologiques, développementaux, démographiques, et familiaux, incluant les traumatismes dans l'enfance, contribuent à la criminalité, et donc dans l'homicide

sériel. Toutefois, le risque qu'une compulsion sadique sexuelle devienne une série de meurtres peut-être influencé par des facilitateurs socio-culturels. De nombreuses théories socioculturelles se passent des facteurs psychologiques et biologiques et se concentrent sur le rôle du social et de l'environnement.

La « *Routine activity theory*" » de Cohen et Felson (1979) se concentre sur les composantes structurelles, démographiques et sociales qui influencent l'opportunité de commettre des crimes, y compris le meurtre en série. Parmi ces facteurs on retrouve entre autre : la disponibilité de victimes appropriées (un collège, un lycée), un environnement favorable pour se dissimuler (région rurale, forêt, usine abandonnée), la densité de population (plus de victimes, moins de cachettes), les caractéristiques de la population (plus facile et anonyme dans les grandes villes que dans des petits villages), la démographie : femmes seules à la maison (divorcées, femmes au foyer).

De manière plus générale, et non dans le domaine de l'homicide en série, Hodgkins a réalisé de nombreuses études sur les facteurs de risques sociaux et environnementaux (mais aussi génétiques) concernant les risques de comportement violents chez les patients souffrant de schizophrénie et le développement d'une psychopathie ou d'un trouble de la personnalité antisociale, notamment en ce qui concerne la maltraitance dans l'enfance (Hogkins 2008 ; Kolla et al. 2013).

10. Homicide en série et trouble envahissant du développement

Certaines études suggèrent la présence d'une association entre les troubles envahissants du développement et le meurtre en série (Silva et al. 2004), (Fitzgerald 2001). Cependant, plusieurs études rétrospectives suggèrent que les personnes souffrant de troubles envahissants du développement ne sont pas plus à risque de commettre des actes délictueux que la population générale. Mouridsen et al. en 2008, sur une étude contrôlée sur 313 adultes ayant été diagnostiqués dans l'enfance avec un trouble envahissant du développement, retrouve en effet que cette population est moins à risque que la population générale en terme d'acte délictueux, cette différence n'est pas significative par contre pour les crimes violents. De même, l'étude des registres pénaux du groupe original des 177 patients de Hans Asperger, on ne retrouve

pas non plus de différence avec la population générale (Hippler et al. 2010). Malgré cela, certaines études, et cas rapportés par les médias de crimes violents par des personnes souffrant de troubles envahissants du développement spéculent d'un lien entre comportement violent et trouble envahissant du développement. En effet, certaines théories proposent pourquoi un individu souffrant du syndrome d'Asperger serait plus enclin au comportement délictueux : ils peuvent être mal compris, sont souvent impulsifs, présentent un manque d'empathie et de compréhension sociale, tendent à être obsessionnels dans la poursuite de leurs intérêts propres, ne savent pas interpréter les comportements d'autrui, et peuvent alors se faire utiliser (Allen et al. 2008). Cependant il y a trop peu d'études, et ce sont surtout des cas cliniques, entre violence extrême et trouble envahissant du développement pour mettre en évidence un lien de cause à effet. Allely et al. (2014), ont donc proposé une revue de littérature pour mettre en relation meurtre en série et trouble envahissant du développement et traumatisme crânien. Sur 239 tueurs multiples, 106 ont un trouble envahissant du développement et/ou un antécédent de traumatisme crânien (58 meurtriers de masse et 48 tueurs en série. 28 % de ces 239 individus ont eu un diagnostic posé (N = 6, dont 3 tueurs en série) ou hautement probable (posé rétrospectivement après revue de la littérature) ou probable. Allely et al. estiment donc qu'environ 10% des tueurs en série souffrent de troubles envahissants du développement.

11. Homicide en série et traumatisme crânienne

Dans leur étude, Allely et al. Ont également étudié l'incidence des antécédents de traumatisme crâniens chez les tueurs en série, 14 % avaient un antécédent avéré ou supposé de traumatisme crânien. Freedman et Hemenway (2000), sur une étude de 16 condamnés à mort, retrouve 12 individus ayant des antécédents de traumatisme crânien, dont 7 multiples avec perte de connaissance.

VII. SCHIZOPHRENIE ET HOMICIDE SERIEL

La schizophrénie est une pathologie mentale grave qui touche environ 1 % de la population (Regier et al. 1993). Le patient schizophrène est quant à lui perçu par 48% des personnes comme violent (Quintin et al. 2001). De même, les tueurs en série sont souvent considérés comme *« fous* » pour pouvoir être capable de commettre de tels crimes. Ce sentiment est souvent encouragé par les médias, qui n'hésitent plus de nos jours à fournir les lecteurs en détails concernant des crimes particulièrement violents.

Pourtant, le meurtre par un patient schizophrène est un évènement assez rare, avec 3,6 à 10 % des auteurs de meurtre (Richard-Devantoy et al. 2009). Au niveau international, les études démontrent que par rapport à une population normale, le risque d'homicide est 16 fois supérieur chez les hommes souffrant de schizophrénie. (Richard-Devantoy et al. 2009).

Comme nous allons le voir, la littérature scientifique spécifique sur les tueurs en série souffrant de schizophrénie est presque inexistante. En effet nous ne retrouvons que trois articles, traitant chacun d'un cas clinique, dont deux articles concernant le même cas, à une dizaine d'année d'intervalle. Pour essayer de mettre en lien la schizophrénie et l'homicide sériel, nous décrivons ci-dessous quelques notions concernant l'homicide et sa récidive chez les patients schizophrènes. Mais tout d'abord, un bref rappel des critères diagnostiques dans les différents DSM, le temps d'inclusion de notre étude couvrant toutes les éditions.

1. La schizophrénie dans le DSM

Notre étude s'étendant de la fin de la deuxième guerre mondiale à nos jours, toutes les versions du DSM ont été utilisées pour le diagnostic des auteurs. Les faits ayant lieu aux USA, nous nous attarderons donc sur le DSM. Les différents sous-types en fonction du DSM sont résumés dans le tableau n°1.

a. Critères diagnostiques du DSM 4-TR

La schizophrénie est décrite par un ensemble de symptômes, positifs et négatifs, symptômes impliquant des altérations cognitives, émotionnelles, et des distorsions de la pensée et des perceptions. Les caractéristiques nécessaires pour pouvoir poser un diagnostic de schizophrénie sont donc :

A : deux symptômes caractéristiques (ou plus), pendant une période d'au moins un mois (possiblement moins si réponse au traitement) parmi : les idées délirantes, les hallucinations, le discours désorganisé, un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, et enfin des symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie…). Il est précisé qu'un seul symptôme peut être suffisant si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B : Un dysfonctionnement social et/ou des activités, dans des domaines comme le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels, pendant une période de temps significative.

C : La durée de la perturbation doit être de 6 mois au moins, avec une durée minimum de un mois concernant les symptômes de la catégorie A.

D : exclusion d'un trouble schizo-affectif ou d'un trouble de l'humeur

E : Exclusion d'une affection somatique ou d'une prise de substance qui pourrait être à l'origine de l'épisode.

F : S'il existe un trouble envahissant du développement préexistant, le diagnostic de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement le diagnostic additionnel de schizophrénie).

b. DSM III

La définition est la même dans le DSM III, sorti en 1980, avec de légères variations comme : la durée : 6 mois comme dans le DSM IV, mais pas de durée minimum pour la phase active, un début avant l'âge de 45 ans

c. DSM II

Le DSM 2, sorti en 1968, est quant à lui un peu plus succinct, il définit la schizophrénie comme un trouble n'étant d'origine ni organique, ni secondaire à l'utilisation d'une substance, caractérisé par des perturbations de la pensée, qui peuvent conduire à une mauvaise interprétation de la réalité et parfois à des délires et des hallucinations, des changements d'humeur, caractérisés par des réponses émotionnelles ambivalentes, réduites et inappropriées, et un manque d'empathie envers autrui.

d. DSM I

Le DSM 1 : publié en 1952, parle de réactions schizophréniques, avec les mêmes caractéristiques que le DSM 2.

DSM I	**Paranoïde**	**hébéphrénique**	**catatonique**	**résiduelle**	**simple**	**Chronique indifférenciée**	→	→
DSM II	Idem	idem	idem	idem	X	idem	Schizophrénie non spécifiée	Schizophrénie latente
DSM III	Idem	Désorganisée	Idem	Idem	X	idem	X	Trouble de la personnalité schizotypique
DSM IV	Idem	Idem	Idem	Idem	X	Idem	X	idem

Tableau n°2 : Différence des sous-types de schizophrénie entre les différents DSM

2. Homicide et schizophrénie

Il existe des facteurs de risque connus pouvant entrainer de la violence hétéro-agressive chez les patients souffrant de schizophrénie. Les antécédents de violence et de « troubles des conduites » dans l'enfance et l'adolescence, les comorbidités psychiatriques, comme les troubles d'abus de substance, les troubles de la personnalité psychopathique et les troubles de l'humeur (HAS, 2011).

L'abus de substance augmente le risque de passage à l'acte criminel chez le patient schizophrène (HAS 2011 ; Joyal et al. 2004 ; Richard-Devantoy et al. 2009). De plus, 37 à 59% des auteurs d'homicide souffrant de schizophrénie auraient une dépendance à l'alcool (Richard-Devantoy et al. 2009).

Certains facteurs lies aux soins ont également une influence. Le manque d'insight et le déni des troubles augmentent le risque de passage à l'acte violent, de même que les difficultés à demander de l'aide (HAS, 2011). Le patient en rupture de soins est également plus à risque. Des facteurs déstabilisants et l'absence de soutien social favorisent également le passage à l'acte violent. Entre 28 et 40% des patients schizophrènes auteurs d'homicide étaient inconnus des services de psychiatrie avant le passage à l'acte (Joyal et al. 2004 ; Meehan et al. 2006).

Concernant la symptomatologie de la schizophrénie : les idées de persécution (notamment s'il existe un persécuteur désigné), de contrôle et de grandeur, des hallucinations auditives impératives sont un risque de passage à l'acte homicidaire (HAS, 2011). Dans les études les chiffres sont assez variables avec 21 à 73 % des auteurs qui présentent des hallucinations acoustico-verbales au moment des faits et un délire dans 33 à 95 % des cas (Richard-Devantoy et al. 2009). Les thématiques criminogènes retrouvées sont : la persécution, la mégalomanie, le mysticisme et le syndrome d'influence. Le meurtre se passe en grande partie au domicile de l'auteur (Joyal et al. 2004).

Dans l'homicide simple, la victime de l'auteur schizophrène est presque exclusivement toujours connue. La victime est un membre de la famille dans 50 à 60 % des cas et un inconnu seulement dans 12 à 18 % des cas (Richard-Devantoy et al. 2009). Les facteurs de risque d'homicide d'un inconnu sont : un patient homme, vivant

en dehors du cercle familial (Meehan et al. 2006), ayant une histoire d'abus de substance et des traits de personnalité psychopathiques (Joyal et al. 2004). Une étude préliminaire descriptive sur dossier concernant 1740 résidents d'un hôpital haute sécurité, réalisée par Taylor et al (1998) suggérait que 81 % des auteurs souffrant de psychose (dont la schizophrénie) mais ne présentant pas de troubles de la personnalité passaient à l'acte à cause de leur délire et/ou hallucinations, par rapport à 44 % dans le groupe ayant les deux diagnostics.

Dans une étude sur 210 auteurs d'homicides dont 14 auteurs souffrant de schizophrénie, Richard- Devantoy et al (2009) ont comparé les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, et criminologiques des auteurs souffrant de schizophrénie versus les autres. Concernant le profil sociodémographiques, ils ne trouvent pas de différence significative entre les deux groupes hormis que l'auteur schizophrène est un homme célibataire, sans enfants et sans emploi, et qu'il présente des antécédents psychiatriques et de violence envers autrui plus fréquents. Ils retrouvent une symptomatologie délirante à l'origine des faits dans 86 % des cas, avec les quatre thématiques citées plus haut.

Concernant l`homicide chez le schizophrène, il existe des différences concernant les différentes phases criminelles, quand la schizophrénie est associée à un trouble de la personnalité antisociale. En effet, dans sa thèse de médecine, Davignon (2004) comparait les caractéristiques des phases pré-criminelles, criminelles et post-criminelles, chez des auteurs d`homicide unique souffrant de schizophrénie seule versus schizophrénie associée à un trouble de la personnalité antisociale. Bien que le nombre de patients inclus soit peu élevé (comme souvent dans les études sur homicide et schizophrénie), il retrouve des différences presque significatives concernant les antécédents de maltraitance dans l'enfance : ceux-ci étaient absents pour les auteurs d`homicide souffrant d'une schizophrénie seule et de 60% chez les auteurs ayant une schizophrénie associée à un trouble de la personnalité antisociale (p=0.06). Ces derniers avaient également des antécédents d'alcoolisme chez un des parents dans 100% des cas (p=0.06). Concernant les antécédents personnels, ils étaient plus souvent incarcérés, et surtout des fait de violence non judiciarisés étaient retrouvés pour 100% des individus (p=0.01). Concernant le passage à le l'acte criminel, le motif était querelleur vindicatif, et souvent précipité par la consommation d'alcool ; contre familial passionnel pour les individus souffrant de

schizophrénie seule. Un autre point intéressant était la majorité de victimes masculines pour les auteurs souffrant de schizophrénie associée à un trouble de la personnalité antisociale.

Tableau n°3 : Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles schizophréniques graves (HAS)

Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Facteurs sociodémographiques	Diagnostic actuel
- Age jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat	- Forme paranoïde - Abus ou dépendance aux substances psychoactives - Personnalité antisociale
Antécédents	Symptômes
- Personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - D'abus ou de dépendance à l'alcool - De « trouble des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence - De victimisation - Retard mental	- Symptomatologie psychotique positive - Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence - Rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratique perverse - Idées, fantasmes et propos de violence - Menaces écrites ou verbales évoquant un scenario de PAA en cours de constitution - Fascination pour les armes - Méfiance et réticence - Participation émotionnelle intense - Retrait social, émoussement affectif, désorganisation - Idées suicidaires - Symptomatologie dépressive - Dysfonctionnement frontal
Facteurs contextuels	Facteurs liés aux soins
- Etre victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année	- Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Déni des troubles et faiblesse de l'insight - Longue durée de psychose non traitée - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture de suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

3. La récidive de l'homicide chez le patient schizophrène

La récidive de l'homicide chez les patients souffrant de troubles mentaux est peu connue. En effet la récidive homicide en elle-même est un évènement rare. Cusson al.(1999) ont étudié 5400 homicides au Québec entre 1956 et 1995. Ils retrouvent un taux de 4,6 % de réitération homicide, et 22 % qui réitèrent plus d'une fois.

Tiihonen et Hakola, en Finlande (1994), en étudiant une population ayant commis un homicide entre 1988 et 1991 et étant incarcérée ou en hôpital de haute sécurité, retrouvent 5.12% de récidivistes. 15 % (soit 2 cas) souffraient de schizophrénie. Ils retrouvent une prévalence de la schizophrénie 25 fois plus importante qu'en population générale. Les études sur la récidive d'homicide retrouvent un très faible taux de patients schizophrènes, et leurs particularités ne sont pas étudiées en détail (Tiihonen et Hakola, 1994 ; Eronen et al. 1996). Dans une étude descriptive réalisée à l'UMD de Cadillac, Le Bihan et Benezech (2005) ont étudié 12 patients ayant commis une ou plusieurs récidives d'homicide pathologique. Il en ressort que six patients (50 %) souffrent de schizophrénie (toutes de type paranoïde). Un patient présente un diagnostic associé d'alcoolisme, un de personnalité dyssociale, et un troisième individu présente les deux comorbidités associées. Il est à noter que les auteurs ne retrouvaient des hallucinations auditives impératives que dans 14 % des cas.

Dans une étude rétrospective comparant les patients schizophrènes ayant récidivé par rapport aux auteurs uniques (Golenkov et al. 2013), sur une période de 30 ans en Russie, d'auteurs irresponsabilités. On retrouve que pour 149 auteurs, 10,7% ont récidivé. Les récidivistes venaient tous de milieu rural, ce qui laisse supposer pour les auteurs un manque de suivi et d'accès aux structures psychiatriques dans ces régions. La relation avec la victime et le mode d'homicide ne différaient pas entre les deux groupes. Les armes blanches étaient préférentiellement utilisées. Au moment du second homicide, 38% ont rapporté une rechute concernant les symptômes positifs, et 56% être fortement alcoolisés. La présence de traits de personnalité antisociale étaient significativement associé au risque de récidive.

4. Sadisme sexuel et psychose

Dans un cas clinique, Benezech et al (2009) présentent le cas d'un meurtrier schizophrène sadique, qui a torturé pendant des heures et tué un homme homosexuel de 63 ans, dans le cadre d'un meurtre sexuel. Benezech diffère le psychopathe du psychotique pervers sexuel, (Benayoun et Benezech, 1999). Le premier se caractérise en général par des éléments correspondant au tueur sexuel organisé du FBI : préméditation, scénario organisé et tentative d'échapper à la justice, cohérence, richesse des fantasmes déviants… Le second au contraire présuppose un conflit déclenchant, une violence et une cruauté gratuite, une impuissance sexuelle, des symptômes psychotiques. Le patient du cas clinique a été identifié dans la deuxième catégorie. Il est à noter que la mise sous traitement a permis l'amélioration significative de la symptomatologie psychotique ; mais l'activité fantasmatique sadique est restée toujours présente et envahissante (visionnement de films d'horreur et de lecture de romans policiers aux détails macabres).

Une étude rétrospective médico-légale suédoise sur une période de 30 ans (Rajs et al. 1998), concernant les homicides avec mutilation du corps, retrouvait, sur 22 victimes, deux victimes d'auteurs souffrant de schizophrénie et étant passe à l'acte suite à un besoin de mettre en acte des fantasmes, de nécrophilie pour l'un, et de sadisme sexuel pour l'autre. Le premier, a noyé sa victime et a commis les actes suivant sur le cadavre : cannibalisme, nécrophilie, éviscération, décapitation, ablation du scalp et des dents, écorchement du corps et ablation de masse musculaire. L'auteur a admis par la suite être incapable d'avoir une relation sexuelle normale, et souffrait de transvestisme fétichiste. Le deuxième, anesthésiant sa victime avec de l'éther, la viole et commence à la mutiler alors que celle-ci est toujours vivante. Les actions sur le cadavre sont : scalp, énucléation, ablation de la mâchoire, et des organes génitaux. L'auteur avait des antécédents de viols, et avait des relations sexuelles tarifées avec deux jeunes garçons.

5. Schizophrénie et homicide sériel

Concernant l'homicide sériel et la schizophrénie, la littérature est comme nous l'avons dit pratiquement inexistante. En effet les seules études réalisées sur le meurtre en série prennent en compte toute la population sans différencier dans un sous-groupe

les auteurs souffrant de schizophrénie. Ces patients sont simplement nommés dans la typologie du tueur en série visionnaire et désorganisé. Les tueurs en série schizophrènes de notoriété publique font en général l'objet de ce que l'on appelle aux USA les « *True crime books* », livres écrits en général par des journalistes spécialisés dans ce domaine, retraçant l'histoire plus ou moins romancée de ces tueurs en série (Schechter, 1998). De même, certains acteurs de la procédure judiciaire écrivent et publient leur histoire, comme le juge du procès d'Ed Gein (Gollmar, 1984), et le psychiatre expert qui examina Herbert Mullin (Lunde, 1980). Ces livres amènent quantité d'informations intéressantes, bien que la validité puisse en être discutée.

Concernant les articles scientifiques que nous ayons pu trouver, nous retrouvons trois articles sous forme de cas cliniques. Le premier, correspond à notre cas clinique n°6, avec une interprétation psychodynamique dans la discussion (Arieti et Schreiber, 1981). Ils concluent que le sadisme en lui-même dont souffrait ce patient n'était pas un élément suffisant pour conditionner le passage à l'acte, et que ce qui le lui permettait était son délire, qui justifiait ses actions. En effet, dans le livre, de Schreiber, qui a interviewé le patient pendant de nombreuses heures, celui-ci décrit bien qu'il semble manquer de « *courage* » pour passer à l'acte, tant qu'il n'est pas soutenu par ses hallucinations.

Le deuxième cas clinique est présenté sous la forme de deux articles (Kalian et al. 1996 ; 2004). Il étudie un tueur en série israélien, qui fut diagnostiqué schizophrène après son procès, alors qu'il devient ouvertement psychotique quelques temps après le début de son incarcération. Le premier article décrit le cas clinique et l'histoire de vie de l'auteur, un homme célibataire, la trentaine, arrêté alors qu'il vient de tuer sa mère. Il va alors confesser des homicides qui étaient jusqu'à ce jour non résolu, incluant la disparition de son père. Cet individu a été élevé dans la violence. Son père, alcoolique, battait sa femme et ses enfants. Les parents se sont séparés plusieurs fois. Jacob avait un casier judiciaire dès son adolescence, dont il a passé la majorité dans des institutions judiciaires. Il décrit avoir été sexuellement abusé par son oncle quand il était enfant. Il mène une vie de vagabond. Il est évalué psychiatriquement pour la première fois à l'âge de 20 ans, sur l'initiative d'un assistant social. Au cours des divers contacts qu'il aura avec la psychiatrie avant les faits, il n'est pas retrouvé de symptômes psychotiques, mais plutôt une psychopathie. Lors de la première évaluation, le psychiatre note une masturbation excessive et « *d'autres problèmes*

sexuels ». Il quitte Israël pour voyager en Europe pendant trois ans, après quoi il est déporté de Londres jusqu'en Israël. Les auteurs n'ont pas d'information sur cette période. A 25 ans, il est préoccupé par les « *besoins sexuels* » de sa mère. Il commet son premier meurtre quelques mois plus tard sur un homme âgé homosexuel, avec qui il avait des relations sexuelles occasionnelles. Il cible toujours des personnes âgées et isolées, qu'il tue avec une arme contondante. Il est condamné pour 5 meurtres. Le diagnostic retenu par les experts lors du procès est celui de trouble de la personnalité schizo-typique avec traits antisociaux. Le premier épisode psychotique survient quelques mois seulement après son incarcération. Il est traité par antipsychotiques et devient de plus en plus déficitaire après chaque décompensation. Le traitement est arrêté en 2000 et le diagnostic de schizophrénie résiduelle est posé.

Le deuxième article, écrit huit ans plus tard, a été motivé suite à une interview du patient par un journal célèbre Israélien, dans lequel le patient explique avec détails qu'à l'époque des meurtres, il remplissait une mission que lui avait confiée Dieu. Il dit se repentir tous les jours et qu'il ne tuera plus jamais. Un paragraphe intéressant de l'article se porte sur la question de traitabilité des tueurs en série. Concernant Jacob, ils se posent la question de savoir si un traitement antipsychotique aurait pu prévenir les passages à l'acte. Ils rapportent le cas de l'anglais G.Young, qui a été hospitalisé à 14 ans pour avoir empoisonner plusieurs membres de sa famille. Il est considéré en *« full recovery »* et libéré au bout de 9 ans, mais récidivera. Edmund Kemper, tueur en série américain, était hospitalisé à 15 ans pour le meurtre de ses grands-parents, puis déclaré guéri a 21 ans. Il recommence à tuer deux ans après sa sortie. Il est à noter que ces deux auteurs ne sont pas psychotiques. En effet, Kalian et al. se sont plus penchés sur la question de la fantasmatique meurtrière et sadique, pour laquelle ils ne retrouvent pas de traitement efficace dans la littérature.

PARTIE II : ETUDE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE SUR LES AUTEURS D'HOMICIDE SERIEL SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE

I. PRESENTATION DE L'ETUDE

Les tueurs en série souffrant de schizophrénie sont une population extrêmement rare, et de ce fait très peu étudiée.

Notre étude descriptive et analytique porte sur 14 auteurs d'homicide sériel souffrant de schizophrénie, dans le but d'étudier les caractéristiques spécifiques de ces auteurs concernant les phases pré-criminelle (données sociodémographiques, antécédents médicaux et judiciaires), criminelle et post-criminelle, afin de rechercher s'il existe des spécificités dans cette population. L'inclusion a été réalisée à partir du site internet murderpedia, déjà référencé dans des publications scientifiques. Les sujets inclus étaient tous les tueurs en série souffrant de schizophrénie, dont l'arrestation intervenait entre 1945 et nos jours, à partir de ce site. La zone géographique choisie concernait les U.S.A, pour limiter les biais de sélection. Les auteurs femmes n'ont pas été inclus, du fait des différences importantes concernant les critères étudiés par rapport aux hommes, que l'on peut retrouver dans la littérature. En effet, la population des tueurs en série masculins est déjà d'une grande variabilité en elle-même.

La définition du tueur en série adoptée pour cette étude est la suivante : au moins deux homicides au cours de deux évènements séparés dans le temps, par le ou les mêmes auteurs, sur une durée d'au moins deux jours, et dont le motif principal est la gratification personnelle et/ou un motif délirant. Au moins deux meurtres (ou un meurtre et une tentative de meurtre) ont des caractéristiques similaires (modus operandi, victime, motivation). En effet, comme décrit dans la revue de la littérature, le premier homicide peut être différent du fait de son caractère improvisé dans bien des cas, ouvrant la voie vers la sérialité.

1. Objectifs

a. Objectifs généraux

Etudier les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et criminologiques des auteurs d'homicide sériel souffrant de schizophrénie, lors des phases pré-criminelle, criminelle et post-criminelle.

b. Objectifs secondaires

- Discuter la dynamique de la sérialité des passages à l'acte.
- Suggérer de possibles stratégies de prévention et de prise en charge post-sentencielle.

2. Matériel et méthode

a. Inclusion des patients

i. Critères d'inclusion :

- Homme
- Age d'arrestation supérieur à 18 ans
- Condamné ou irresponsabilisé (NGRI)
- Correspondant à la définition du tueur en série définie dans le chapitre « présentation de l'étude »
- Le diagnostic de schizophrénie est posé par l'expert du procès (expert de l'accusation ou commis par la Cour, ou l'expert de la défense si le diagnostic est accepté par la Cour), si possible confirmé en post sentence et/ou un diagnostic précédent l'arrestation, à plusieurs reprises, avec des hospitalisations répétées.
- Selon les critères du DSM 1 a IV-TR, suivant l'année d'arrestation

ii. Critères d'exclusion :

- Femme
- Age inférieur à 18 ans lors de l'arrestation
- Diagnostic posé seulement par l'expert de la défense, non confirmé par l'accusation ou la Cour, et/ou des psychiatres lors des phases pré ou post sentencielles.

3. Présentation de la grille de lecture :

Une grille de lecture des données a été élaborée afin de sélectionner les données nécessaires à la réalisation de l'étude. Elle a été réalisée à partir des données de la revue de littérature.

Elle comporte 75 items et s'articule autour de 4 axes :

- Les informations sociodémographiques :

Il est important d'avoir des éléments sociodémographiques pour comprendre certains éléments ayant pu favoriser le passage à l'acte et l'entrée dans la sérialité. Nous avons donc renseigné la situation maritale, la présence ou non d'enfants, les évènements de vie traumatiques, le niveau d'étude et d'intelligence, la présence d'un emploi stable, d'une précarité, et/ou d'un isolement social au moment des faits. Le groupe ethnique de l'auteur est également enregistré. Le type de schizophrénie était renseigné dans cette partie, sachant qu'il pouvait être diagnostiqué par les experts lors du procès.

- Les antécédents médicaux et psychiatriques :

Les antécédents familiaux sont recherchés. On s'intéresse également à la triade : énurésie nocturne, cruauté envers les animaux, déclenchement de feux. Il est important de s'enquérir du suivi antérieur, afin d'évaluer si celui-ci peut avoir une incidence sur la prévention du geste, ou si, à posteriori, des éléments prédicteurs

auraient pu être identifiés. On recherche également les antécédents d'épilepsie et de traumatisme crânien, les consommations de substances (alcool, toxiques), et les antécédents connus de tentative de suicide.

La recherche de paraphilie et d'une fantasmatique sadique ou meurtrière est également recherchée, ces dernières étant souvent décrites dans la littérature anglo-saxonne.

On renseigne également les troubles de la personnalité, et les antécédents de violence de la part de l'auteur (psychologique, physique et sexuel) dans le cadre familial ou en dehors de celui-ci.

- Les antécédents judiciaires

L'âge de début de l'activité criminelle est recueilli s'il est connu. De même, le nombre d'arrestations et d'incarcérations, et si un éventuel suivi psychiatrique a été effectué. Le motif d'arrestation est également important pour distinguer si certains actes sont plus spécifiques des auteurs d'homicide sériel. On peut également évaluer s'il y a eu escalade dans la violence ou non. Nous recherchons également si le patient a été évalué non apte à subir son procès ou irresponsabilité lors de précédentes charges.

- La phase criminelle

On recueille l'âge du premier homicide et l'âge d'arrestation, pour évaluer la durée pendant laquelle l'auteur arrive à échapper aux autorités. L'usage de toxiques au moment du passage à l'acte est recherché. Les caractéristiques de la scène de crime sont décrites : lieu, moment de la journée. Est-ce que l'auteur a agi avec un complice ? On renseigne également la/les armes utilisées, s'il y a acte de viol ou de torture et la symptomatologie psychiatrique si l'information est disponible. Le mode opératoire et le type de scène de crime selon la typologie organise versus désorganisée sont évalués. Les actes proférés sur le cadavre sont également étudiés.

Concernant la victime, nous documentons l'âge, le sexe, le lien avec l'auteur et si les victimes ont des caractéristiques communes, pour évaluer si les patients schizophrènes, qui sont supposés être plus désorganisés du fait de leur pathologie, ne s'attaquent pas au même genre de victimes.

- La phase post-criminelle

La phase post-criminelle inclut les éléments concernant la période juste après un meurtre. Le comportement immédiat après l'acte comme la mise en scène ou le maquillage de la scène de crime, le jeu avec la police durant les investigations (contacts par lettre, téléphone, contact direct). L'état émotionnel à distance concernant les crimes s'il est connu. Nous avons également évalué la durée des COP. Le verdict, puis les évènements notables durant l'incarcération/hospitalisation étaient recueillis dans la limite des données disponibles.

4. Recueil des données

Une revue systématique de toutes les entrées du site murderpedia a donc été réalisée selon les critères d'inclusion. Les documents analysés comprenaient les informations disponibles sur le site murderpedia, les comptes rendus judiciaires (jugement, appel) souvent disponibles sur des sites internet judiciaires, les articles de presse, et les livres journalistiques spécialisés sur le sujet.

La saisie des données a été réalisée avec le logiciel Excel. Au vu du peu de cas et du nombre non négligeable de données manquantes, il avait été décidé de réaliser une étude descriptive rétrospective.

5. Les cas cliniques

a. Cas 1 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 29 ans
Age lors de l'arrestation : 29 ans
Nombre de victimes connues : 4 (+ 5 blessés)

A- Phase pré - criminelle

Nous n'avons que peu d'informations sur ce patient. Né en 1964, il a vécu chez ses parents, jusqu'à ce qu'il déménage chez sa sœur. Il commence à montrer des signes de pathologie mentale lors de son adolescence. Il n'a jamais eu de contact avec la psychiatrie, refusant les soins conseillés par ses parents. Célibataire, sans enfant, il travaille irrégulièrement en intérim comme agent de sécurité. Il se fait d'ailleurs renvoyé à cause de son comportement bizarre. Début 1993, un peu avant les premiers meurtres, il se dispute avec sa sœur et quitte le domicile. Il vit alors de façon précaire entre le New Jersey, New-York et Philadelphie. Il n'a pas eu de contact préalable connu avec les forces de l'Ordre.

B - Phase criminelle

A 29 ans, souffrant d'hallucinations acoustico-verbales impératives, le patient entend plusieurs voix, dont celle de « *l'esprit maléfique* » de Malcom X, qui lui ordonnent de le venger en tuant les gens responsables de son assassinat ou il sera tué s'il n'exécute pas les ordres. Il se rend alors à Washington pour réaliser sa mission : il se déplace alors la nuit en voiture, et, lorsqu'il repère un piéton, s'arrête à son niveau et ouvre le feu par la fenêtre. On pourrait penser que les crimes sont à motivation raciale, mais la quasi-totalité de ses victimes étaient afro-américaines. Il effectue 14 attaques, tue 4 personnes et en blesse 5 autres. Les homicides s'étendent sur une période de trois mois.

C – Phase post-criminelle

La victime est laissée sur place, l'auteur fuit en voiture. Il n'y a pas de jeu avec la police. Il est finalement arrêté pour avoir brulé un feu rouge, et le policier remarque alors l'arme sur le siège passager. Il est diagnostiqué schizophrène paranoïde par les experts au procès, et irresponsabilisé pénalement. Les psychiatres le prenant en charge par la suite rajoutent le diagnostic de trouble de la personnalité narcissique. Depuis son hospitalisation, il n'a pas eu d'épisode violent depuis 2003, et sa pathologie est contrôlée par traitement antipsychotique. Il est évalué à bas risque de violence.

b. Cas n°2 :

Diagnostic : schizophrénie chronique de type indifférencié
Age du premier meurtre : 48 ans
Age lors de l'arrestation : 51 ans
Nombre de victimes connues : 2

A – Phase pré-criminelle

Le patient est né en 1906. Il vit son enfance et son adolescence de manière assez isolée, vivant avec ses parents et son frère dans une ferme à l' écart du village. Son père, alcoolique chronique, est maltraitant physiquement. Sa mère, très croyante, et avec qui il a une relation fusionnelle et ambivalente, lui interdit d'avoir des amis et de fréquenter les jeunes filles. Il finit le cursus scolaire jusqu'au collège, puis vit de petits travaux qu'il réalise pour les habitants du village. Il continue de vivre dans la maison familiale. Son père décède de maladie en 1940, puis quelques années après son frère d'un accident (rétrospectivement, il serait possible qu'il ait été tué par le patient, suite à des remarques désobligeantes sur leur mère), et enfin sa mère d'une crise cardiaque, alors qu'il a 39 ans. Il continue alors à vivre seul dans la maison familiale. Il commence à aller déterrer des cadavres de femmes récemment décédées au cimetière, et récupère les corps pour s'adonner à une sorte de fétichisme, en travaillant certaines parties du corps pour pouvoir les conserver (notamment les organes génitaux).

B – Phase criminelle

Il réalise son premier homicide à l'âge de 48 ans, puis le second trois ans plus tard. Les deux meurtres semblent prémédités et sont réalisés par arme à feu, sur le lieu de travail de la victime quand celle-ci est seule. Il n'y a pas d'actes de viol ou de torture. La scène de crime est désorganisée. Il expliquera aux psychiatres par la suite qu'il pensait pouvoir faire revivre les morts, notamment sa mère, dont il avait condamné la chambre dans une sorte de sanctuaire après que celle-ci soir décédée. Il dira également avoir été obligé par une force surnaturelle, qu'il avait été choisi comme instrument de Dieu, et que ses victimes méritaient de mourir car elles étaient peu respectables.

B- Phase post-criminelle

L'auteur ramène dans les deux cas le cadavre chez lui, pour récupérer des trophées (masques faciaux, torse…) afin de pouvoir se travestir ultérieurement. Il dénie avoir eu des relations sexuelles avec les cadavres, mais apparait tout de même sexuellement excité par leurs attributs. Concernant ses actes, le patient les banalise et présente une absence d'affect, il n'a pas notion de l'horreur de ce qu'il commet, du fait de sa pathologie. Il est d'ailleurs irresponsabilisé pénalement, après avoir été rapidement arrêté, ayant laissé un reçu avec son nom sur le comptoir de la boutique où a eu lieu le deuxième meurtre. Il sera par la suite traité par antipsychotique. Il est décrit comme un patient modèle, et n'a jamais eu d'épisode violent. Il décède de causes naturelles à l'âge de 77 ans.

c. Cas n° 3 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 21 ans
Age lors de l'arrestation : 21 ans
Nombre de victimes connues : 2

A – Phase pré-criminelle

Ce patient a eu une histoire de vie mouvementée. Son père nécessite de nombreuses hospitalisations dans le cadre d'un trouble bipolaire, et sa mère souffre d'un retard mental. Le patient a présenté très tôt des troubles du comportement violents. Il est placé en foyer a 13 ans et n'aura pas de foyer fixe plus de quelques mois du fait de ses crises de violence. Il est hospitalisé à plusieurs reprises à partir de 14 ans. Il est en rupture de suivi entre chaque hospitalisation. Le diagnostic est incertain avant son arrestation. Il présente également des antécédents de tentative de suicide. Concernant les éléments judiciaires, il est arrêté à 19 ans pour avoir poignardé un autre jeune dans une bagarre, mais les charges sont levées. La même année, il est condamné à un an de probation pour avoir agressé un voisin, probation qu'il va transgresser suite à une nouvelle agression, cette fois-ci à main armée, pour laquelle il fera vingt jours de prison.

B – Phase criminelle

Nous avons peu de détails sur la phase criminelle de cet auteur, Il expliquera que Satan lui avait ordonné de tuer les deux jeunes garçons : une connaissance et un inconnu. La deuxième victime a subi des violences sexuelles. Le premier meurtre est réalisé à l'aide d'une arme d'opportunité contondante, le second à l'aide d'un couteau.

C – Phase post-criminelle

Il n'y a pas de maquillage ou de mise en scène. Les corps sont dissimulés dans des fourrés. L'auteur essaiera de mener la police sur une fausse piste en envoyant un courrier anonyme censé incriminer un autre homme, ce qui mènera finalement les forces de l'Ordre vers lui. Il est hospitalisé durant l'attente de son procès, et le psychiatre s'occupant de lui le diagnostique comme simulateur, il ne sera alors pas traité pendant plusieurs mois, durant lesquels il présente des symptômes psychotiques et fait plusieurs tentatives de suicide. Les experts au procès posent le diagnostic de schizophrénie paranoïde et il est irresponsabilisé pénalement. Il est par la suite traité par antipsychotiques et sa maladie se stabilise.

d. Cas n° 4 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 31
Age lors de l'arrestation : 36
Nombre de victimes connues : 4

A – Phase pré-criminelle

Nous n'avons que peu d'éléments. Le patient a vécu avec ses parents, a priori sans évènement notable. Il quitte l'université pour s'engager dans l'armée. Il revient habiter chez ses parents après avoir été renvoyé de l'armée suite à son comportement. Il souffre d'une dépendance aux amphétamines.

B – Phase criminelle

Souffrant de schizophrénie paranoïde, il tue ses parents en les rouant de coups, suite à une dispute, étant persuadé que son père a essayé de le frapper car il ne voulait

pas aller à l'église. Puis il tue son oncle et sa tante quelques années plus tard, par arme blanche, persuadé que ceux-ci empoisonnent sa nourriture. Il agresse physiquement sa femme ; rencontrée à l'hôpital psychiatrique, entre-temps. Elle doit être hospitalisée au vu de ses blessures.

C – Phase post-criminelle

Suite aux premiers meurtres, il est arrêté neuf jours plus tard. Il est irresponsabilisé pénalement et hospitalisé. Il sort au bout de trois ans, n'étant plus considéré comme une menace pour autrui. Il va alors vivre chez son oncle et sa tante. Suite aux seconds homicides, il se rend à la police. La confession, filmée, semble montrer qu'il est clairement délirant et dissocié. Il n'est pas affecté par ces différents décès. Il est condamné à deux peines de prison à vie. Il sera initialement agressif en prison, puis, au fil de l'évolution de la maladie, finira solitaire, parlant souvent de manière incompréhensible. Il décède d'un cancer à 62 ans.

e. Cas n°5 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 42 ans
Age lors de l'arrestation : 43 ans
Nombre de victimes connues : 2

A – Phase pré-criminelle

Ses parents se séparent lorsqu'il est enfant. Il vit avec sa mère et son beau-père pendant plusieurs années, puis avec son père et sa belle-mère. Il a souffert de maltraitance psychologique et physique. Sa mère se suicide lorsqu'il a 27 ans. Il quitte le collège pour l'armée, ou il reste deux ans. Puis il passe le diplôme d'infirmier et exerce pendant quelques années. Doté d'un QI de 130, il vit par la suite très bien grâce à des placements d'argent, réalisés sous le nom d'un culte qu'il a créé. Il est régulièrement hospitalisé en psychiatrie et est diagnostiqué schizophrène ; il fait plusieurs tentatives de suicide. Il est arrêté une première fois à 33 ans pour agression à main armée, puis deux ans plus tard suite à la séquestration et au viol de la sœur handicapée mentale de sa compagne de l'époque. Le jugement est annulé après qu'il ait passé plusieurs années entre la prison et les institutions psychiatriques. Enfin, il est

accusé de viol et violences sur sa femme, mais celle-ci ne maintiendra finalement pas plainte, et le quittera. IL est a noter que la plupart de ses compagnes sont limitées mentalement.

B – Phase criminelle

La phase criminelle de ce patient est quelque peu particulière. En effet, en novembre 1986, à l'âge de 42 ans, estimant que la société ne lui a pas donné ce qui lui est dû (une descendance), il décide de se créer un harem, pour fonder une famille et avoir des enfants. Il kidnappe donc au fur et à mesure six femmes, qu'il va séquestrer dans sa cave. La plupart sont des prostituées mais aussi des connaissances, dont une qu'il a connu par l'intermédiaire de son église. Elles sont violées et torturées physiquement et psychologiquement quotidiennement. Les deux victimes meurent dans un contexte de punition et besoin de contrôle. Une sera suspendue par les bras et décèdera d'exténuation au bout de quelques jours. La seconde est électrocutée.

C – Phase post-criminelle

L'auteur présente une absence d'affect après les faits. Il démembre les corps pour pouvoir s'en débarrasser dans des endroits peu fréquentés. Il est finalement arrêté après que la première femme qu'il a kidnappée, ayant gagné sa confiance, parvienne à s'échapper en faisant croire qu'elle va ramener une nouvelle victime. Il est diagnostiqué schizophrène paranoïde au procès, mais cependant jugé responsable de ses actes. Il est condamné à mort, puis exécuté en 1999.

f. Cas n°6 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 37 ans
Age lors de l'arrestation : 38 ans
Nombre de victimes connues : 3

A – Phase pré-criminelle

Placé en foyer à l'âge de 2 ans, il est adopté à trois ans. Ses parents adoptifs lui font endurer violences psychologiques et physiques. Un évènement marquant pour l'auteur, qui va influencer le reste de sa vie : suite à une opération banale de hernie inguinale à l'âge de cinq ans, ses parents adoptifs lui expliquent que le chirurgien a retiré le démon qui vivait dans son « *petit oiseau* » (sic), et que celui-ci ne pourra plus jamais grandir. Puis par la suite, il se fait abuser sexuellement par des garçons du voisinage quand il a 9 ans, sous la menace d'un couteau. L'auteur n'arrivera par la suite à avoir des rapports sexuels qu'au prix de fantasmes violents pendant les rapports. Il fait plusieurs tentatives de suicide et est également hospitalisé à plusieurs reprises en service psychiatrique (pour des symptômes anxieux avec dissociation) et diagnostiqué schizophrène au cours d'une expertise suite à des accusations de maltraitance sur ses enfants. Concernant la scolarité et le travail, il est scolarisé jusqu'à la fin du collège, puis travaille comme cordonnier. Il se marie deux fois, et a 7 enfants. Il sera d'ailleurs condamné à quatre ans de probation assorti d'une obligation de soins psychiatriques suite à des faits de maltraitance, dénoncé par ses propres enfants (c'est à ce moment qu'il est diagnostiqué schizophrène). Il ne recevra pourtant qu'une unique consultation, le psychiatre estimant que le patient ne présentait pas de symptômes psychiatriques.

B – Phase criminelle

Cet auteur se particularise par le fait d'avoir eu comme complice un de ses fils. Il tue un jeune garçon et son propre fils, poussé par des hallucinations acoustico-verbales qu'il interprète comme étant la voix de Dieu. Puis il se lance dans une série de cambriolages, et de viols. Sa dernière victime, une jeune femme, est tuée lors d'un cambriolage. Il expliquera aux psychiatres qu'il recevait des ordres de Dieu, qui lui avait confié la mission de tuer toute personne sur Terre, et de sectionner le pénis des hommes. Apres le meurtre de son fils, il sera souvent persécuté par une tête flottante, Charlie. Il décrit de nombreuses hallucinations visuelles, dont également son double, qui, lorsqu'il est présent, semble lui donner la force de passer à l'acte. N'étant pas très précautionneux pendant les cambriolages, il se fait appréhender après le dernier meurtre.

C – Phase post-criminelle

Les deux premiers corps sont cachés, le premier est mutilé sexuellement. Le troisième est laissé sur place ; l'auteur prenant la fuite. Celui-ci est condamné à la prison à vie. Il aura des accès de violence auto et hétéro-agressives qui font qu'il passera une grande partie de sa peine dans des hôpitaux psychiatriques. Il meurt à 59 ans d'une crise d'épilepsie.

g. - Cas n°7 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 24 ans
Age lors de l'arrestation : 25 ans
Nombre de victimes connues : 13

A- Phase pré - criminelle

Le patient, né en 1947, a vécu une enfance et une adolescence sans particularités, mise à part la présence oppressante de la religion catholique a la maison. On ne retrouve pas d'antécédents familiaux psychiatriques ou judiciaires. La pathologie psychiatrique commence à apparaitre à l'âge de 18 ans, lors du décès de son meilleur ami dans un accident de voiture. A partir de ce moment, il commence à présenter des comportements bizarres, et à s'intéresser à la réincarnation après à la mort. Il commence à s'isoler, et à ne plus aller à l'université. Il débute la consommation du cannabis et du LSD. Il n'a jamais eu d'emploi stable. Il est hospitalisé en soins libres pour la première fois à 22 ans, sous la pression de sa famille. Il est alors traité par antipsychotiques et son état psychique s'améliore. Il est diagnostiqué à cette époque schizophrène, de type indifférencié. Il sera hospitalisé à plusieurs reprises, puis suivi en ambulatoire. L'année précédant les passages à l'acte homicidaires, il est en rupture de soins. L'auteur a eu quelques contacts avec la police, le premier à 21 ans pour possession de cannabis. Puis plus tard pour abus de substance (drogues, alcool) et troubles à l'ordre public. Il n'a jamais été incarcéré.

B- Phase criminelle

Le premier homicide survient à l'âge de 24 ans, alors que l'auteur est revenu vivre chez ses parents. Il ne souhaite toujours pas reprendre un suivi psychiatrique. Le patient expliquera plus tard sa justification des homicides : il doit tuer pour préserver le monde des catastrophes naturelles et notamment des tremblements de terre. Il décrit des hallucinations acoustico-verbales et un syndrome d'influence, en général la voix de son père, ancien militaire, qui communique avec lui par télépathie et lui ordonne de tuer. L'auteur présente un délire dans lequel il doit tuer des gens pour prévenir des tremblements de terre et autres catastrophes naturelles. Il blâmera d'ailleurs son père au procès pour ce qui lui arrive. Il décrit également des tendances homosexuelles, qui semblent avoir été fortement en conflit avec son éducation religieuse et alimenter également son délire. Les victimes n'ont pas de lien objectif entre elles ; ce sont des hommes, des femmes, des enfants… Certaines sont inconnues, et d'autres connues du tueur. Une de ses victimes était d'ailleurs un persécuteur désigné que l'auteur blâmait pour l'avoir entrainé dans la drogue, ce qui aurait déclenché les symptômes psychiatriques dont il soufre. Certains meurtres étaient prémédités, d'autres non. Les trois premières victimes sont tuées avec une arme contondante ou blanche. Puis l'auteur achète une arme à feu par la suite. Il n'y a pas d'actes de viol ni de torture.

C – phase post-criminelle

On retrouve un certain degré d'acharnement sur certains cadavres, par arme blanche. Il éventre le cadavre de sa seconde victime, pour étudier le corps humain, dira-t-il. Il semble décrire des éléments dissociatifs après les meurtres. Il laisse le corps sur place et prend la fuite après les homicides. Il effectue quelques tentatives pour essayer de nettoyer l'arme du crime, ou récupérer les douilles sur place, mais ses agissements sont dans l'ensemble plutôt désorganisés. Il présente également une absence d'affect et banalise ses crimes. Il est arrêté à l'âge de 25 ans, la période des meurtres s'étendant sur cinq mois. Le diagnostic de schizophrénie paranoïde est posé par l'expert de la défense et n'est pas contesté par l'accusation. Il n'est pas retrouvé a priori de trouble de la personnalité ou de paraphilie. L'auteur est condamné à la prison à vie, sans possibilité de parole avant 2025. Il est toujours incarcéré et présente encore actuellement des éléments de persécution.

h. Cas n°8 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 43 ans
Age lors de l'arrestation : 53 ans
Nombre de victimes connues : 3

A - Phase pré-criminelle :

Ayant eu une enfance plutôt sans histoires, à part des éléments de violence psychologique de la part de ses parents, ce patient est voué à un avenir brillant, grâce à un QI de 167. Il obtient un doctorat de mathématiques et un poste de professeur dans une grande université. Cependant, son inaptitude sociale et son incapacité dans les relations interpersonnelles le poussent à quitter son emploi. Il décide par la suite de vivre de manière isolée dans une cabane sans électricité ni eau courante. Constatant la destruction par des entreprises de certains lieux naturels qu'il affectionne particulièrement, il prend pour habitude de vandaliser ces dernières. Il écrira un manifeste pour expliquer ses actes, expliquant que la révolution industrielle et ses conséquences ont été désastreuses pour l'espèce humaine. Il n'a pas de contact avec les institutions psychiatriques, hormis quelques consultations pour troubles du sommeil, dépression, et ses difficultés à établir une relation avec une femme. A une occasion, suite à des fantasmes intenses de lui-même en tant que femme, il souhaite subir une intervention pour changer de sexe. Il changera d'avis juste avant la consultation psychiatrique préopératoire.

B – Phase criminelle

Il passe à la vitesse supérieure, avec la fabrication de bombes artisanales qu'il envoie ou dépose dans des compagnies aériennes et des universités, sur une période de 17 ans. Il fait 23 blessés et 3 morts, au cours de seize attaques. La plus longue période entre deux attaques est de six ans. Les victimes sont des hommes, travaillant dans le domaine de l'industrie et de la technologie.

C – Phase post-criminelle

Il n'y a pas d'intervention sur les cadavres, l'auteur n'étant pas sur le lieu des faits au moment de l'explosion. Il laisse de faux indices dans ses bombes et il communique avec la presse et menace de continuer ses attaques tant que son manifeste n'est pas publié. C'est ce qui le fera finalement tomber, son frère reconnaissant son style d'écriture dans le manifeste publié par la presse. Il est diagnostiqué schizophrène paranoïde par les experts de la Cour, et condamné à 4 sentences de prison à vie. Il fait une tentative de suicide par pendaison, puis s'adapte progressivement à son nouvel environnement qu'est la prison, sans violence auto ou hétéro-agressive. Il passe beaucoup de temps à écrire sur ses théories.

i. Cas n°9 :

Diagnostic : schizophrénie, sous-type non spécifié
Age du premier meurtre : 25
Age lors de l'arrestation : 25
Nombre de victimes connues : 3

A – Phase pré-criminelle

Nous n'avons presque aucun élément, mise à part le fait que l'auteur était connu des forces de l'ordre pour agression sexuelle sur deux garçons, cambriolage et vol de voiture dans un autre Etat. Envoyé à l'hôpital psychiatrique après les faits d'agression sexuelle, il est diagnostiqué schizophrène. Il dira aux psychiatres aimer voir des jeunes garçons attachés et hurlant. Il s'engage dans l'armée après sa sortie mais sera renvoyé du fait de ses troubles psychiatriques.

B – Phase criminelle

L'auteur kidnappe sur la voie publique, de jeunes garçons. Le mode opératoire est difficile à évaluer, les cadavres ayant été retrouvé à distance des évènements, les autopsies n'étaient pas très contributives. On peut noter au moins un épisode de viol et la similarité des victimes.

C – Phase post-criminelle

Il n'y a à priori pas d'actions sur le cadavre, mis à part le fait que ceux-ci ont été bien dissimulés. Un mandat d'arrêt international est émis par le FBI. L'auteur est arrêté alors qu'il est en compagnie d'un autre petit garçon qu'il a kidnappé depuis trois jours, celui-ci ne rapportera pas de faits de violences, expliquant que l'auteur aurait été très gentil avec lui. L'auteur est condamné à la prison à vie pour les derniers faits de kidnapping. Nous n'avons pas d'informations sur l'incarcération.

j. Cas n° 10 :

Diagnostic : schizophrénie, sous type non spécifié
Age du premier meurtre : 23 ans
Age lors de l'arrestation : 23 ans
Nombre de victimes connues : 4

A – Phase pré-criminelle

L'auteur a vécu une enfance et une adolescence sous le sceau de la précarité. Elevé par sa mère, seule, il n'a pas connu son père. Sa mère souffre d'une pathologie psychiatrique dont le diagnostic n'est pas clair (bipolarité ou schizophrénie). L'auteur est connu de la police par rapport à une consommation importante de PCP. Il n'a jamais eu de contact avec la psychiatrie.

B – Phase criminelle

Le patient présente une phase criminelle en deux temps, avec un complice lors du premier meurtre, où il était normalement convenu de « juste » effrayer quelqu'un, mais où l'auteur va finalement ouvrir le feu. Cet homicide n'apparait pas à priori dans un contexte de délire psychotique. Puis intervient une deuxième phase qui dure quatre jours, cette fois-ci dans un contexte apparent de pathologie psychotique. Les victimes sont des connaissances. Le meurtre est effectué par arme à feu ou arme blanche. Il décrit des hallucinations acoustico-verbales qui lui ordonnent de boire du sang et de manger de la chair humaine sous peine de mourir. Il pensait agir pour la gloire du cannibalisme.

C – Phase post-criminelle

L'auteur s'adonne à des actes de vampirisme et de cannibalisme sur les corps, puis ils les dissimulent ou s'en débarrasse. Il est clairement désorganisé, se faisant confondre par sa mère qui observe des trainées de sang conduisant au sous-sol de leur maison. Il est condamné à plusieurs sentences à vie. Il échappe à la peine de mort du fait de sa pathologie mentale.

k. Cas n°11 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 23 ans
Age lors de l'arrestation : 50 ans
Nombre de victimes connues : 7

A – Phase pré-criminelle

Le patient a eu une longue carrière criminelle entrecoupée de séjours à l'hôpital psychiatrique durant ses incarcérations. Il commence à l'âge de 22 ans avec une peine de 5 à 10 ans d'emprisonnement pour vol à main armée. Durant son incarcération, il tue un de ses codétenus. Il cumule un total de 8 condamnations, alternant entre la prison et les hôpitaux psychiatriques lors qu'il est irresponsabilisé. Les charges sont vol, agression physique et outrage à la pudeur.

B – Phase criminelle

Mis à part son premier homicide, toutes les victimes sont des femmes, qu'il agresse dans un parc public ou dans la rue. Il tue par arme blanche ou à mains nues. Il commet des actes de torture et de viol.

C – Phase post-criminelle

Les victimes sont laissées sur le lieu du crime. On note un unique épisode de cannibalisme. L'auteur est arrêté grâce à un témoin. Il est irresponsabilisé pénalement. Même s'il est diminué physiquement à ce jour, il est estimé toujours dangereux et montre souvent des comportements et des propos sexuels inappropriés envers les infirmières.

l. Cas n°12 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 29 ans
Age lors de l'arrestation : 30 ans
Nombre de victimes connues : 8

A – Phase pré-criminelle

Son père, alcoolique, décède quand le sujet a 13 ans. Il vit ensuite avec sa mère et le compagnon de celle-ci, qui se révèle être violent. Sa mère l'abandonne finalement ; il est élevé par ses sœurs dans des conditions précaires. Il est hospitalisé régulièrement et le diagnostic de schizophrénie paranoïde est posé. Il a déjà été incarcéré à plusieurs reprises et irresponsabilisé par deux fois, pour des faits de vols, de violence physique et d'agression sexuelle.

B – Phase criminelle

Le premier meurtre est particulier, il a lieu dans le cadre d'une histoire de drogue. L'auteur pénètre dans une maison avec des complices dans le cadre d'un cambriolage. Un de ses complices se retrouve le visage à découvert et ils tuent les six personnes présentes dans la maison. Une des victimes est seulement blessée et pourra donner sa version à la police. L'auteur agit seul par la suite, il décide de braquer des couples dans des voitures, sa première tentative est un échec, car le couple, blessé, parvient à s'enfuir en voiture. La deuxième fois, il tue le jeune homme par arme à feu, puis viole et tue la jeune femme. Il en profite pour voler des biens personnels.

C – Phase post-criminelle

Il n'y a pas de maquillage de la scène de crime, les corps sont laissés sur place, il n'y a pas d'atteinte du cadavre. Il est arrêté trois mois après les faits, dans une tentative de fuir l'Etat. Il est condamné à mort en 1983, puis, après avoir épuisé tous ses recours, exécuté en 2013.

m. Cas n° 13 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 27 ans
Age lors de l'arrestation : 27 ans
Nombre de victimes connues : 6

A – Phase pré-criminelle

Le patient a grandi dans une famille stricte, il était souvent battu par son père, qui était alcoolique. Il sombre lui-même dans l'alcoolisme à l'adolescence, et développe un penchant pour la torture d'animaux et les départs de feu. Il finit le lycée et s'installe seul. Il n'arrive pas à maintenir de relation avec une femme, car entre autres, il n'arrive pas à être excité lors de relations sexuelles classiques. Il retourne ensuite habiter avec sa mère, qu'il soupçonne de l'empoisonner. Son père lui fait alors quitter le domicile et l'installe dans un appartement. A 25 ans, il est hospitalisé sous contrainte après s'être injecté du sang de lapin dans les veines. Il croit en effet que s'il ne boit pas ou ne s'injecte pas du sang, son cœur va se ratatiner et finalement disparaître, entrainant sa mort. A sa sortie, sa mère décide que le traitement antipsychotique n'est pas indispensable. Il aura quelques contacts avec la police du fait de sa consommation de drogues.

B – Phase criminelle et post criminelle

Le premier meurtre est une sorte d' « *échauffement* », il tire sur un voisin alors qu'il passe dans la rue en voiture, puis fuit. Il décide ensuite de s'introduire chez les gens : si la porte est fermée à clé, c'est qu'il n'est pas le bienvenu expliquera-t-il, et il ne cherche pas à rentrer par effraction. Lors du deuxième meurtre, il rentre dans une maison, tue la jeune femme qui s'y trouve par arme à feu, puis s'adonne à des actes de vampirisme, nécrophilie, s'acharne sur le cadavre et le mutile sexuellement. Le troisième évènement s'apparente à un meurtre de masse, où il tue par arme à feu une jeune femme et ses deux enfants de 6 ans et 22 mois, ainsi qu'un ami qui se trouve à la maison. Le corps de la jeune femme subit le même sort que la deuxième victime. Il est à noter que les corps du garçon de 6 ans et de l'homme ne sont pas touchés. Il s'enfuit avec le corps du nourrisson, sur lequel il commettra des actes de vampirisme et de cannibalisme. Il est condamné à mort en 1979, et se suicide par ingestion médicamenteuse volontaire (IMV) en 1980 dans sa cellule.

n. Cas n°14 :

Diagnostic : schizophrénie paranoïde
Age du premier meurtre : 25 ans
Age lors de l'arrestation : 25 ans
Nombre de victimes connues : 4

A – Phase pré-criminelle

Nous n'avons pas d'information sur l'enfance de cet auteur. Une fois à l'université, il sera renvoyé pour comportement anormal. Il retourne alors vivre chez ses parents, puis est hospitalisé en psychiatrie et mis sous traitement antipsychotique, qui le stabilise. Il souffre également d'un retard mental et d'un trouble de la personnalité antisocial. L'année précèdent les meurtres, il est accusé de vol sur un autre patient et obtient une peine de probation.

B – Phases criminelle et post-criminelle

L'auteur attaque par surprise des hommes dans des toilettes publiques, à coups de marteau. Il est systématiquement aperçu par des témoins. Il reste en général quelques minutes après les faits pour observer la découverte des victimes par les témoins. Il présente une absence d'affect après les faits. Il est arrêté très rapidement, ne faisant rien pour se cacher des témoins ou dissimuler les corps. Condamné à mort, il attend son exécution, et présente souvent des décompensations, pour lesquelles il est hospitalisé et traité en aigu puis retourne à la prison.

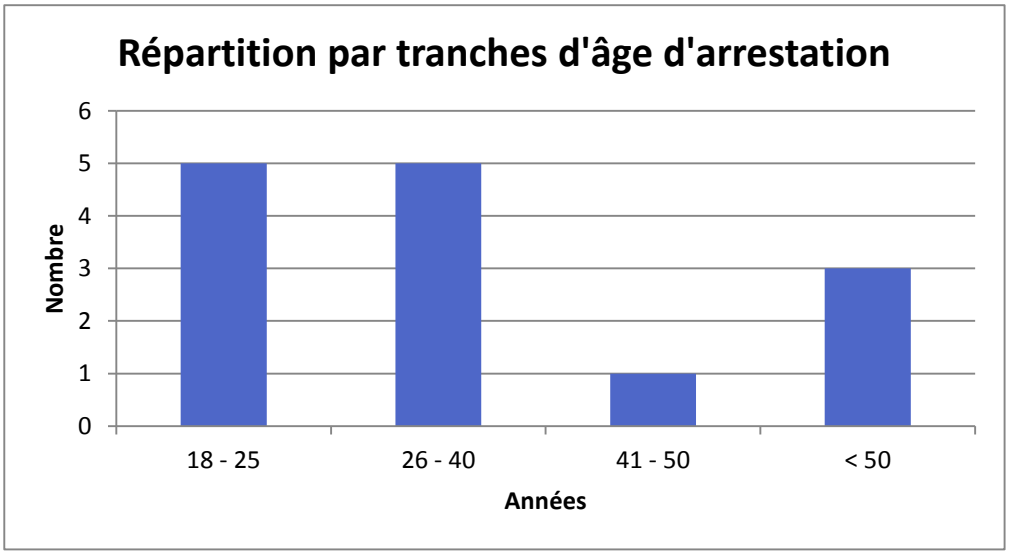
II. RESULTATS

Sur la période de 1945 à 2015, concernant l'ensemble du territoire des Etats-Unis d'Amérique (les cinquante-et-un Etats et le district de Columbia), nous avons pu inclure 14 patients. Ce faible effectif s'explique facilement du fait que la population de base des tueurs en série est déjà en elle-même une population rare. De plus, le site internet ayant permis l'inclusion n'est certainement pas exhaustif. N'ayant pas retrouvé d'études concernant les tueurs en série souffrant de schizophrénie, nous pouvons considérer cette étude descriptive comme une étude préalable, le but à terme serait de pouvoir inclure à partir de moyens plus fiables et pouvant fournir plus d'informations, tels que les registres hospitaliers et judiciaires. Du fait de nos sources, qui étaient publiques, beaucoup de données étaient malheureusement manquantes, celle-ci sont signalées systématiquement.

1. Données sociodémographiques

a. Age

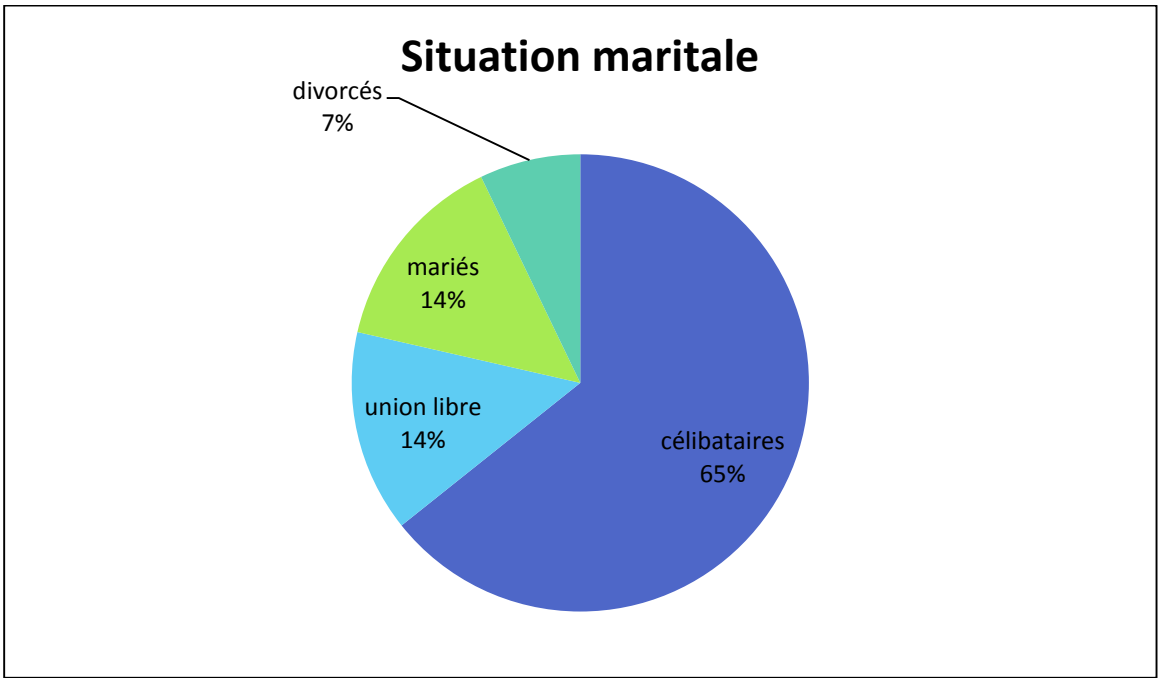
L'âge moyen lors de l'arrestation était de 34,3 ans. On remarque que 71,4 % des auteurs avaient moins de 40 ans lors de leur arrestation.



b. Groupe ethnique

On retrouvait dans notre population 64.3 % d'auteurs d'origine caucasienne et 35,7% d`auteurs d'origine afro-américaine. Les autres groupes ethniques n'étaient pas représentés dans cette population.

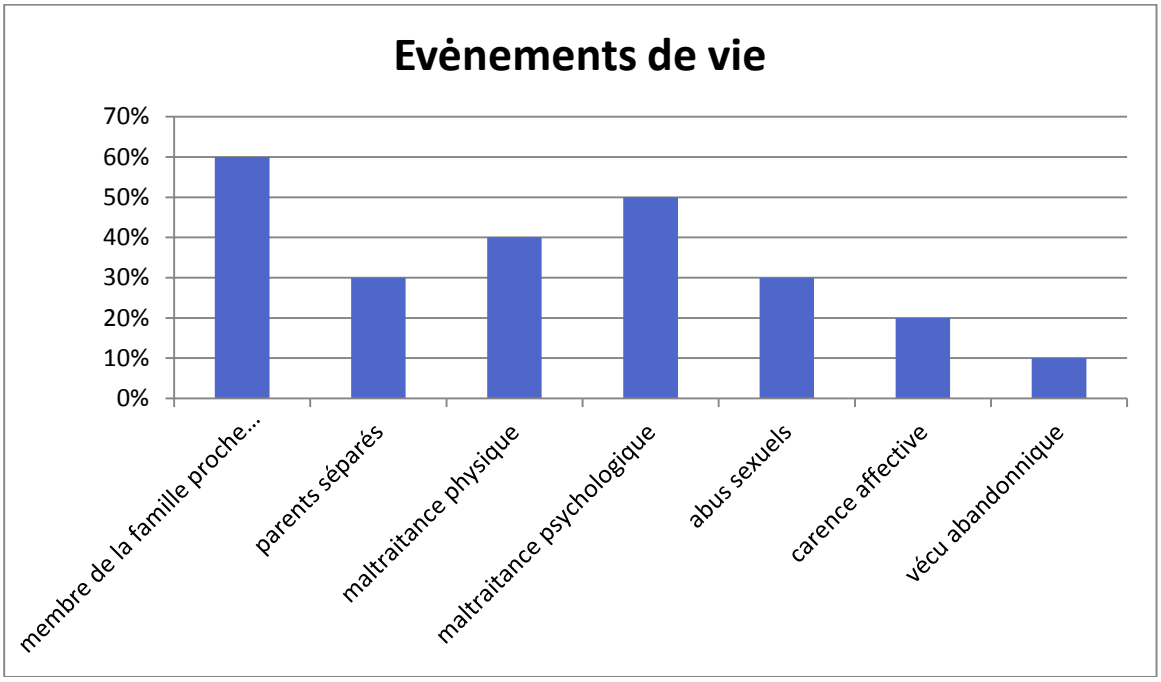
c. Situation maritale au moment des faits et parentalité



Deux auteurs seulement (14,3 %) avaient des enfants : le premier, âgé de 38 ans, avait 7 enfants. Le deuxième auteur, âge de 43 ans, avait eu une fille et un garçon qu'il n'a pas connu.

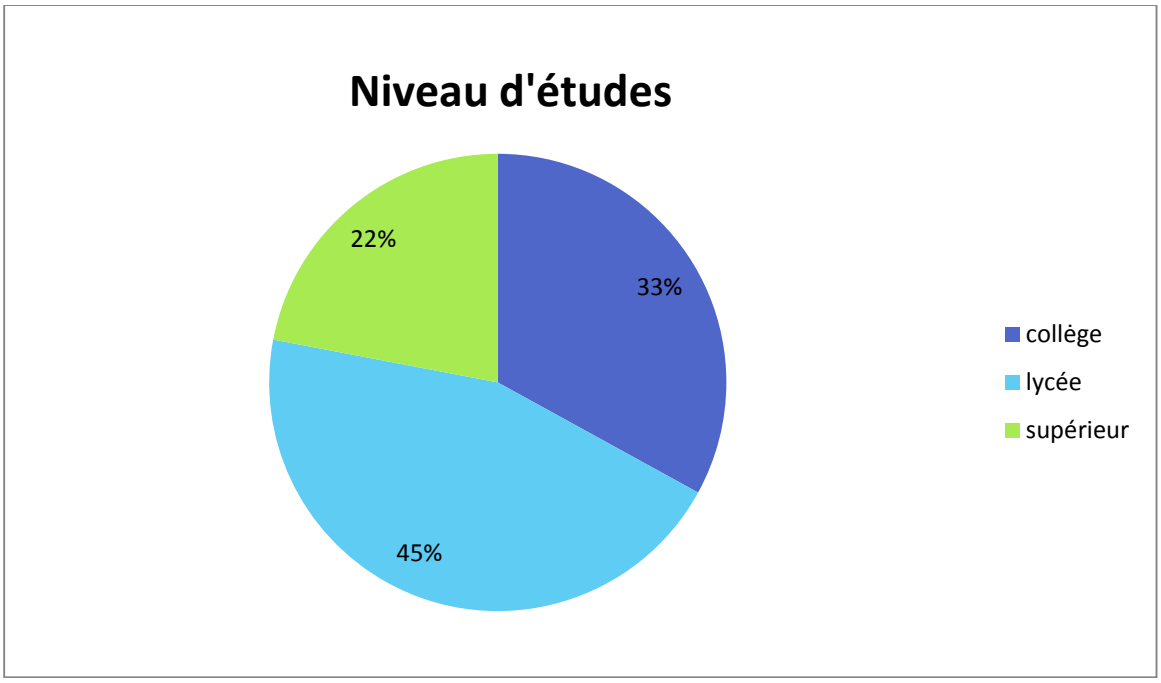
d. Évènements de vie

Concernant les évènements de vie marquants, les données étaient manquantes pour 4 cas. Parmi les 10 autres, cinq patients (50%), cumulaient entre trois et six évènements.



e. Situation socio-professionnelle

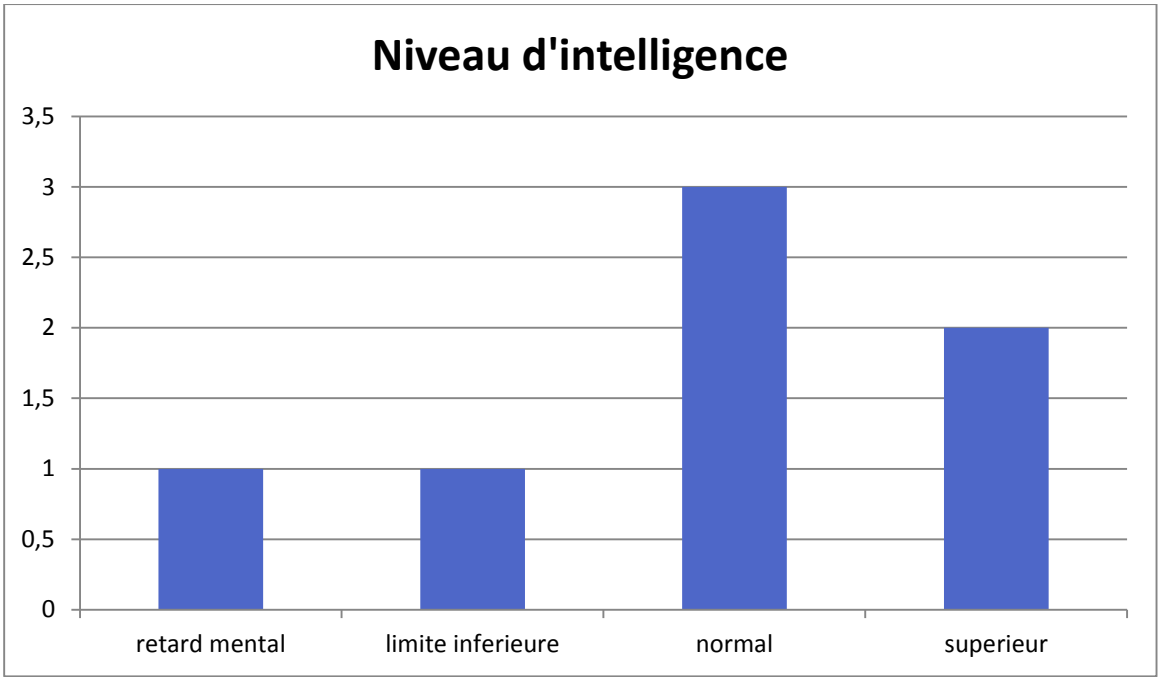
Le niveau d'étude était inconnu pour cinq cas.



Seul 21,4 % (3 cas) des auteurs avaient un emploi stable au moment des faits.71,4 % des auteurs vivaient dans des conditions de précarité. Sur 13 patients dont nous avions l'information, 69% étaient isolés socialement.

f. Niveau d'intelligence

Le niveau d'intelligence était inconnu pour sept patients. Les résultats pour les sept autres sont représentés ci-dessous.



2. Antécédents familiaux et personnels

a. Antécédents familiaux

Les données étaient manquantes pour cinq cas. Pour les 9 autres, on retrouvait 44,4 % d'alcoolisme parental, 33,3 % de troubles de l`humeur, et respectivement 11,1% (n=1) de schizophrénie, de retard mental parental et d'antécédents de tentatives de suicide. Trois cas (33.3 %) n'avaient pas d'antécédents familiaux notables.

b. Antécédents familiaux judiciaires

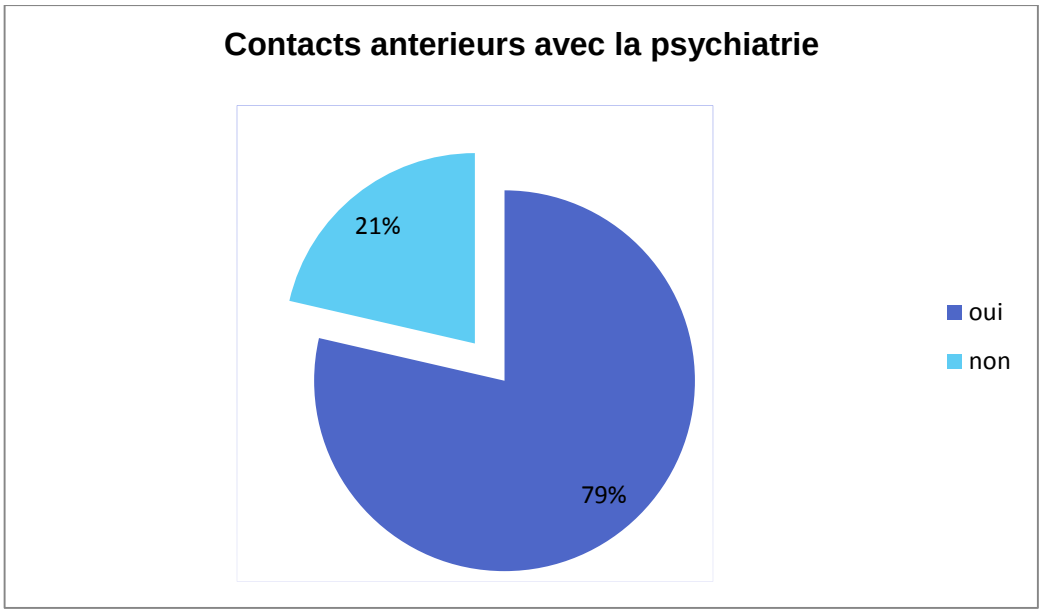
Les données étaient non disponibles pour huit cas. Pour les cinq autres, on ne retrouvait pas d'antécédents judiciaires chez les parents.

c. Triade de McDonald

Concernant la triade de McDonald, les données étaient manquantes pour sept cas. 33,3% (n=3) des patients présentaient des actes de cruauté envers les

animaux. Sur 8 patients, 3 (37,5 %) avaient souffert d'énurésie nocturne pendant leur enfance. Enfin sur 7 patients, 3 (43%) avaient des antécédents incendiaires. Un seul patient possédait deux items de la triade, et aucun les trois.

d. Suivi psychiatrique



Parmi les auteurs ayant consulté en psychiatrie, 91% avaient été hospitalisés (10 cas sur 11). Le seul auteur n'étant pas été hospitalisé avait juste consulté quelques fois.

Parmi les 10 patients ayant été hospitalisés en psychiatrie, la notion de rupture de soins était inconnue pour 4 patients. Pour les autres, 83% (n=6) étaient en rupture de soins. Sur les 10 patients, 70% (n=7) avaient bénéficié de soins dans le cadre de la justice (expertise d'irresponsabilité, aptitude à subir son procès, hospitalisation…) Sur les 11 patients ayant été en contact avec la psychiatrie, les 10 patients ayant été hospitalisés avaient un diagnostic de schizophrénie posé avant les faits.

e. Antécédents d'épilepsie

Les antécédents d'épilepsie étaient connus pour seulement 5 patients, et aucun d'eux n'en possédait.

f. Antécédents de traumatisme crânien

L'information était connue pour seulement la moitié des cas. 57% (n=4) avaient un antécédent de traumatisme crânien.

g. Alcoolisme et consommation de drogues

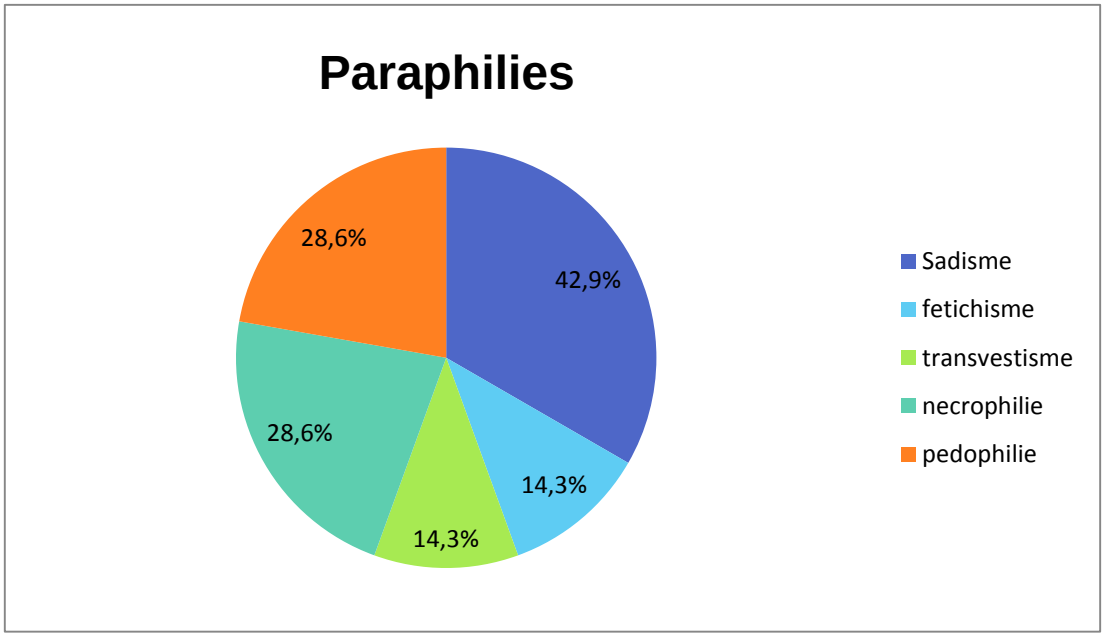
Les données étaient inconnues pour 5 patients. Pour les 9 autres, seul un patient (11%) était connu pour un problème d'alcoolisme, et 4 (44,4%) pour un abus de substance. Un patient présentait les deux.

h. Antécédents de tentatives de suicide

Ils étaient inconnus pour 6 cas. Pour les huit autres : 3 patients (37.5%) présentaient un antécédent de tentative de suicide : un par ingestion médicamenteuse volontaire, un par immolation et asphyxie, et un patient possédait de multiples antécédents par IMV, pendaison, accident de la voie publique, ingestion de verre…

i. Paraphilie et fantasmatique sadique et/ou meurtrière

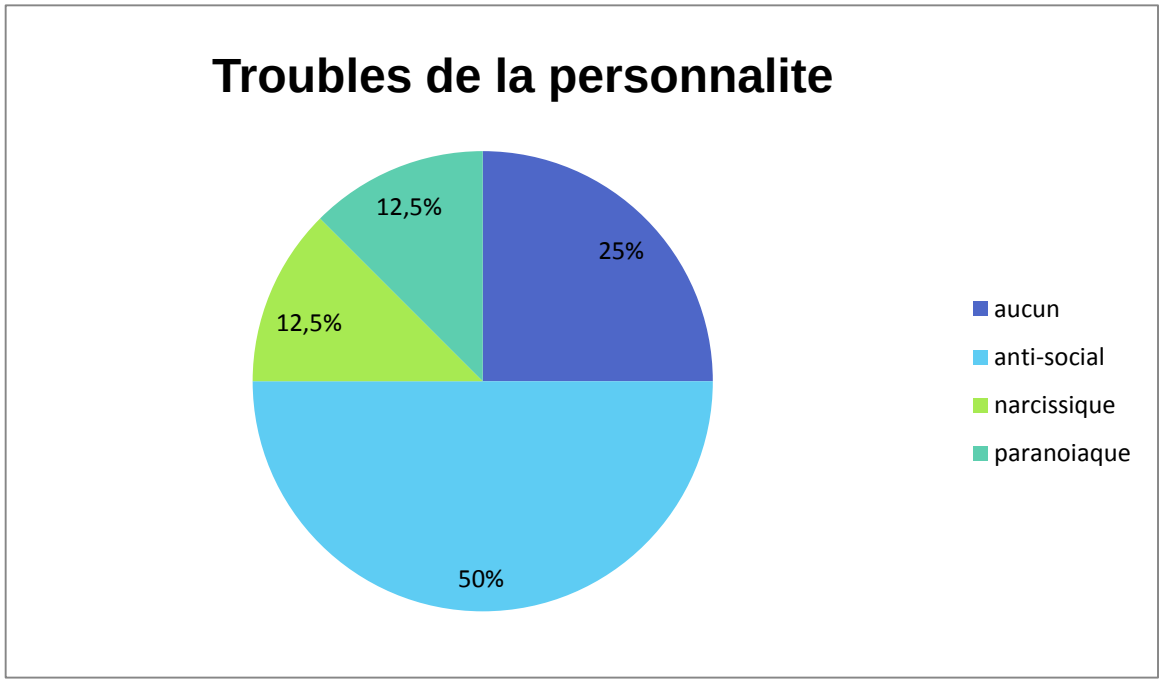
Concernant les paraphilies, les données étaient manquantes pour six cas. Concernant les huit autres, 87,5% (n=7) des auteurs présentaient une paraphilie, réparties comme telles :



Deux patients avaient des paraphilies multiples : un auteur souffrait de sadisme et pédophilie, et un de fétichisme, transvestisme et nécrophilie. Concernant la fantasmatique sadique et/ou meurtrière, elle était inconnue dans 7 cas. Pour les sept autres : 4 auteurs (57%) avaient verbalises de tels fantasmes.

j. Troubles de la personnalité

Cette donnée était inconnue pour 5 cas. Un auteur semblait présenter un trouble de la personnalité mais celui-ci n'est pas nommé. Pour les huit autres, ces troubles étaient repartis de la manière suivante :



Le diagnostic de psychopathie est évoqué dans un seul dossier.

k. violences perpétrées par l'auteur avant les faits

Ceci concernait les faits de violence commis par l'auteur, qu'ils aient été judiciarisés ou non. Les données étaient non connues sur les trois items pour quatre auteurs. Les antécédents de violences sexuelles étaient inconnus pour 5 auteurs, et

les violences psychologiques pour 8 auteurs. 70% avaient des antécédents de violence physique, 22,2 % (2 cas sur 9) avaient des antécédents de violence sexuelle et 60% (3 cas sur 5) avaient des antécédents de violence psychologique. Sur les auteurs pour lesquels nous avions toutes les données : 50% ne présentaient aucun type de violence (3 cas sur 6), 33% des violences physiques et psychologiques, et 17 % les trois formes de violence.

l. Sous-type de schizophrénie

Le sous-type de schizophrénie était inconnu pour deux patients. Pour les autres, 91,7% (n=11) avaient un diagnostic de schizophrénie paranoïde, et 8,3% (n=1) de schizophrénie chronique indifférenciée.

3. Antécédents judiciaires

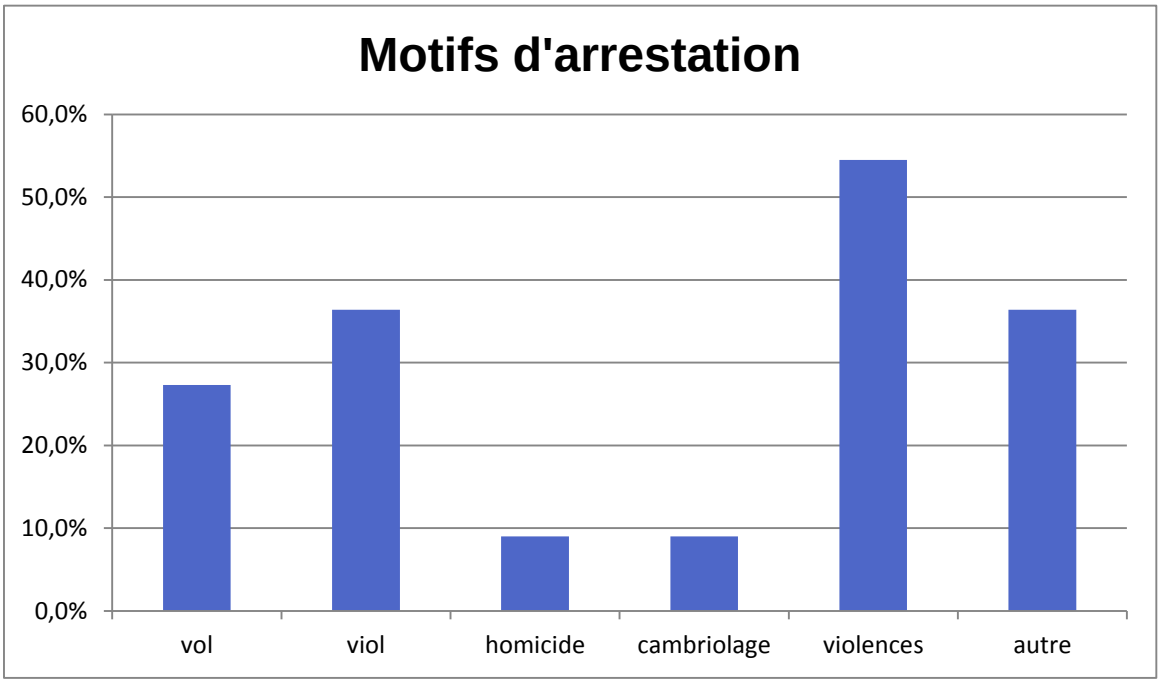
a. Âge de début de l'activité criminelle (judiciarise ou non)

Il était inconnu pour 3 cas. L'âge moyen était de 24,4 ans.

b. Antécédents d'arrestation

Ils étaient inconnus pour un cas. Pour le reste, 84,6% des cas avaient au moins un antécédent d'arrestation et 53,8% au moins un antécédent d'incarcération. Sur les 7 patients incarcérés, 85,7%(n=6) ont eu un contact avec la psychiatrie, dont 33.3% ont été jugés au moins une fois inapte à subir leur procès, et 66,7% ont été irresponsabilisé pénalement au moins une fois.

Concernant les motifs d'arrestation et d'incarcération, on retrouvait, sur 11 cas :



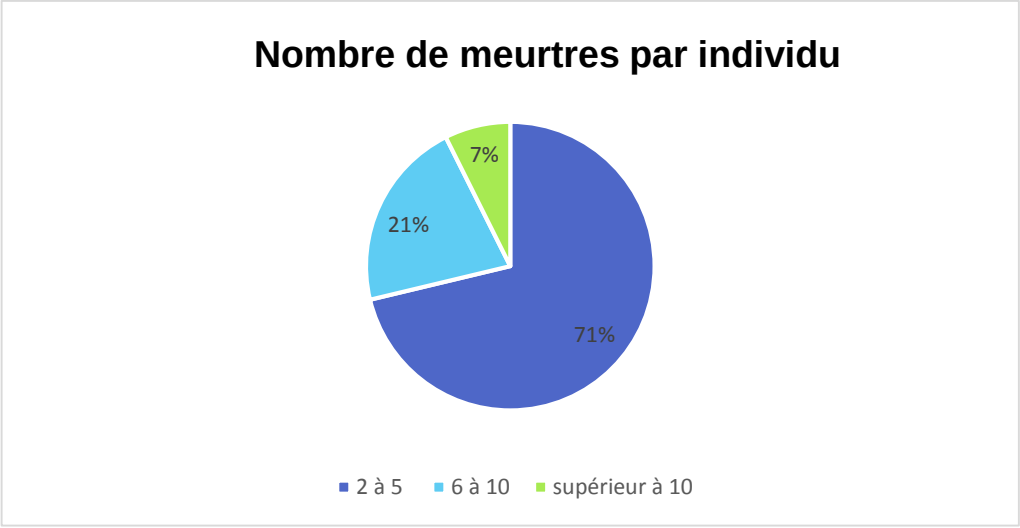
Notons que 63,6% combinaient plusieurs motifs d'arrestation et 81,8% avaient au moins deux antécédents de contacts avec la police.

4. Phase criminelle

a. Nombre de meurtres

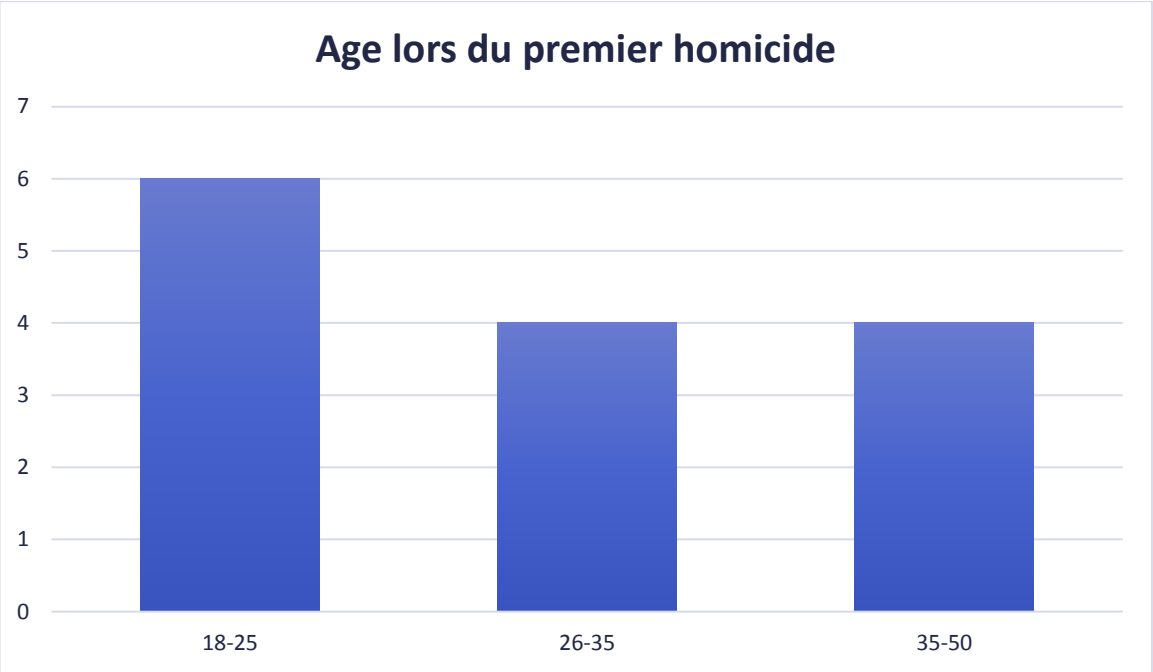
Le nombre total était de 64 meurtres pour 14 auteurs. La moyenne de meurtres par individus était de 4, 6 meurtres.

La répartition était la suivante :



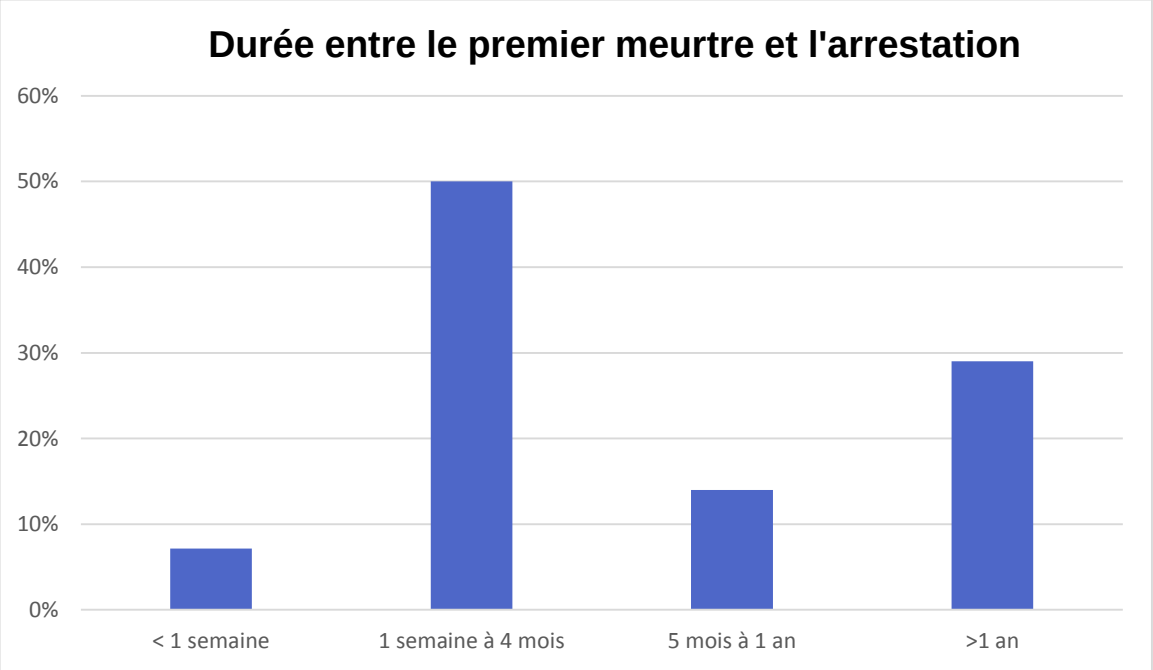
b. Âge lors du premier meurtre

L'âge moyen lors du premier meurtre était de 30,6 ans. Nous les avons repartis par tranche d'âge, le premier meurtre étant en général décrit dans la littérature vers la fin de la vingtaine.



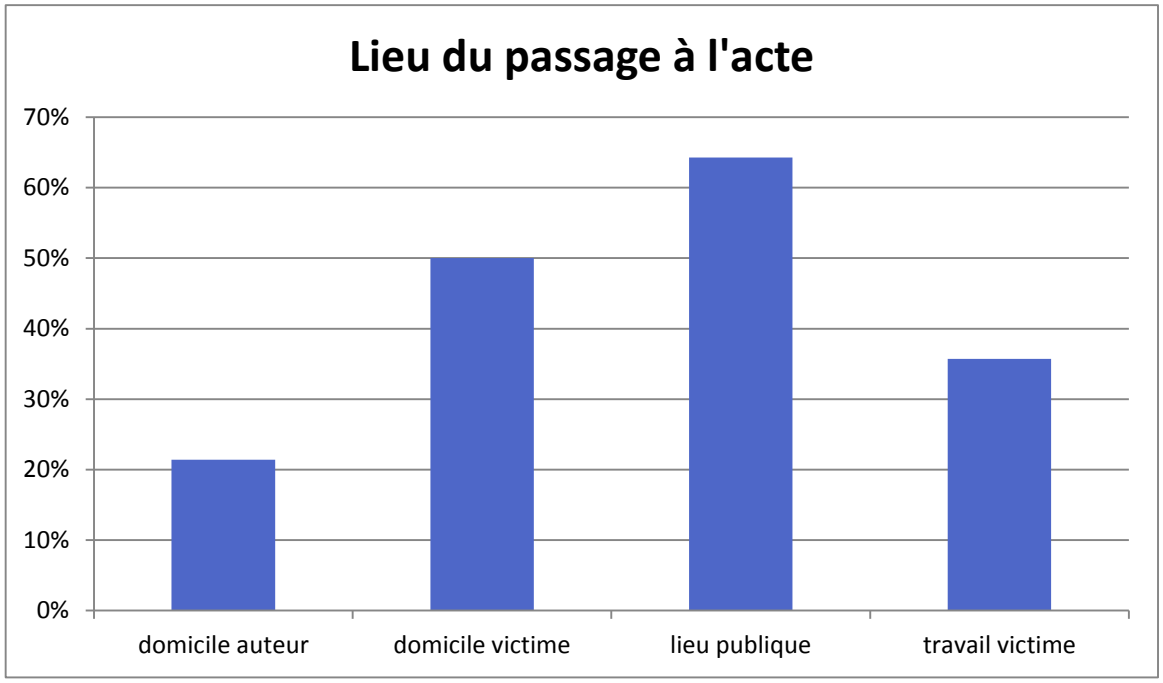
c. Temps entre l'âge du premier meurtre et l'âge d'arrestation

La moyenne de temps entre le premier meurtre et l'arrestation était de 3,45 ans.



d. Localité et moment de la journée

71, 4% (n=10) des cas avaient commis leurs passages à l'acte dans un seul Etat. 21,4% (n=3) dans 2 Etats et 7,4% dans trois. Concernant le lieu de l'homicide, sur les 14 auteurs, on retrouvait la répartition suivante :



Sept auteurs (50%) étaient passés à l'acte dans au moins deux types de lieu différents.

Le moment était inconnu pour un auteur. 84,6 % des auteurs sont passés à l'acte en journée, 43,1% le soir et 23,1% la nuit. 53,8% ont eu des passages à l'acte a divers moment de la journée.

e. Consommation de toxiques au moment des passages à l'acte

Concernant l'alcool, les données étaient manquantes dans la moitié des cas. Pour les 7 autres, on ne retrouve qu'un auteur (14,3 %) étant alcoolise au moment des faits. Pour la consommation de drogue, cet item était indisponible pour 8 patients. 1 seul (16,7 %) avait une consommation de drogue au moment des faits.

f. Motivation et préméditation

La motivation était inconnue pour deux cas. Pour les autres, 83,3 % étaient des motivations faisant suite à un délire, et 16,7 % pour un motif sexuel. Les thèmes les plus représentés dans les délires étaient le mysticisme et la persécution (41.7% chacun).

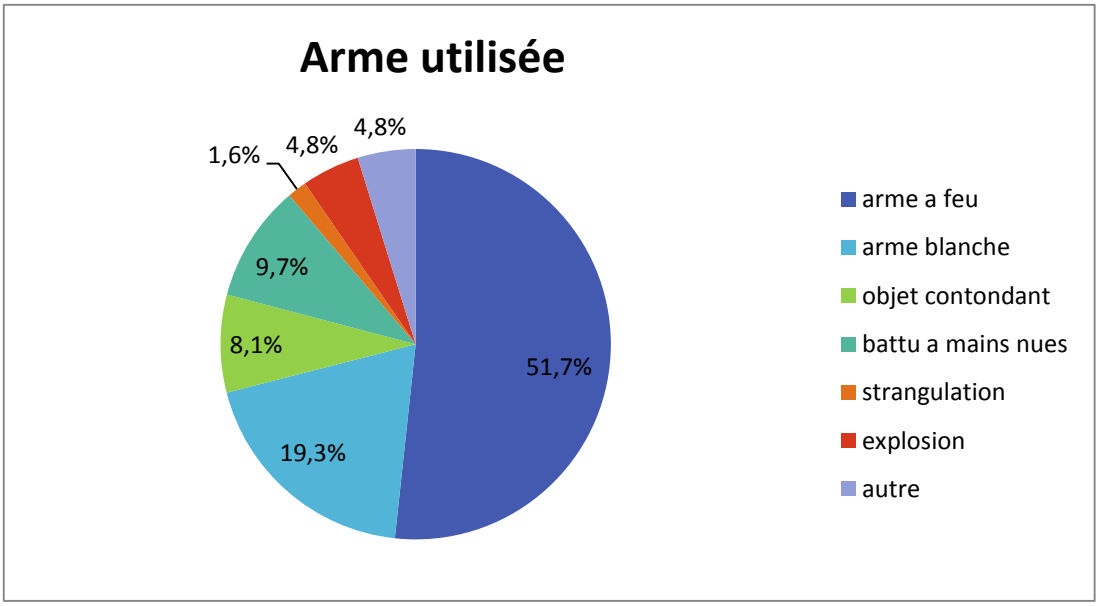
g. Présence d'un complice

78,6% des auteurs ont agi sans complice, 7,1% (n=1) avec son fils comme complice, et 14,2% (n=2) avaient un complice lors du premier meurtre.

h. Arme utilisée

42,9% (n=6) des auteurs n'ont utilisé qu'un type d'arme : 4 utilisaient une arme à feu, un auteur utilisait un objet contondant (marteau) et un fabriquait des bombes artisanales. Les autres auteurs ont utilisés divers moyens.

L'arme du crime était inconnue pour deux homicides. Pour les 62 autres, on retrouvait la répartition suivante :



La catégorie « autre » comprenait trois homicides par noyade, électrocution et exténuation. On ne retrouve l'utilisation d'une arme d'opportunité que pour un homicide.

i. Faits de viol et torture

Des faits de viols étaient commis par 42,8 % des auteurs. Les faits de torture étaient inconnus pour un auteur. Pour les 13 autres, seulement 3 (23%) avaient commis des actes de torture.

j. Symptomatologie psychiatrique au moment des faits

Les données étaient inconnues pour 4 cas. Pour les autres, 100% présentaient une symptomatologie délirante au moment des faits, 60 % des hallucinations, 50 % des idées de persécution et 40 % des éléments dissociatifs. Il est a noté que l'évaluation de l'état psychique du patient au moment du passage à l'acte est une donnée assez difficile à évaluer. 4 patients ont évoqué à posteriori des hallucinations auditives impératives.

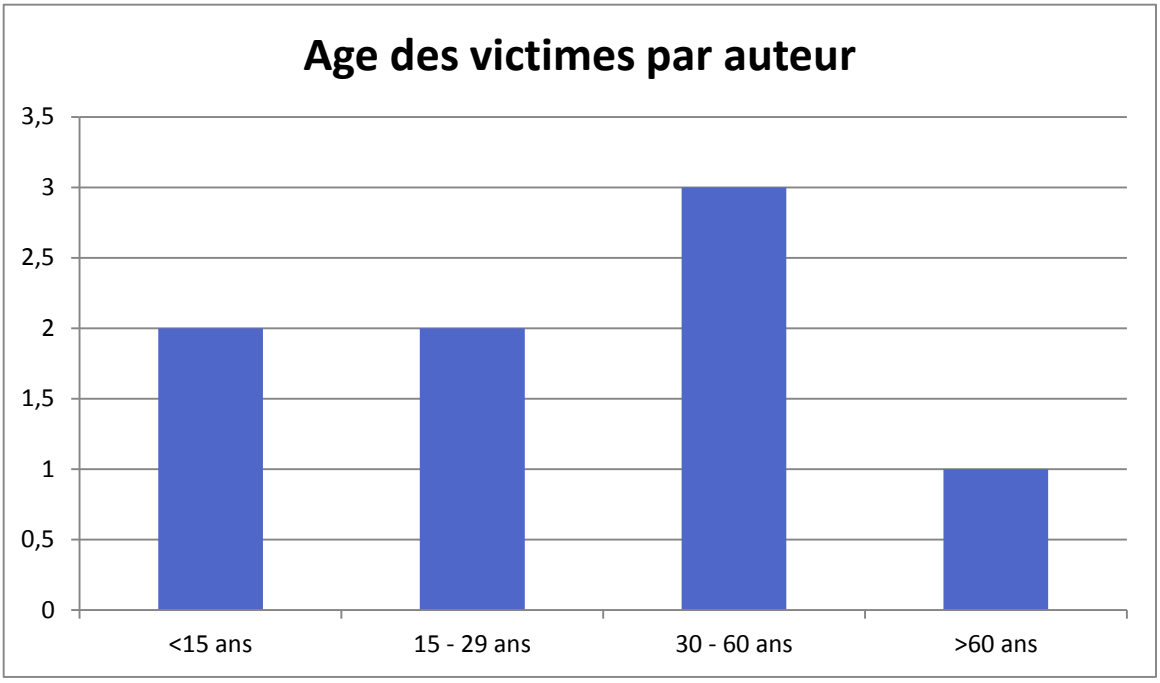
k. La victime

On compte 64 victimes pour 14 auteurs, dont 67,2 % d'hommes (n=43) et 32,8% de femmes. Sept auteurs n'ont tué que des personnes du même sexe, 2 des femmes et 5 des hommes. On peut noter qu'un auteur a tué un homme lors de son premier meurtre, puis uniquement des femmes par la suite.

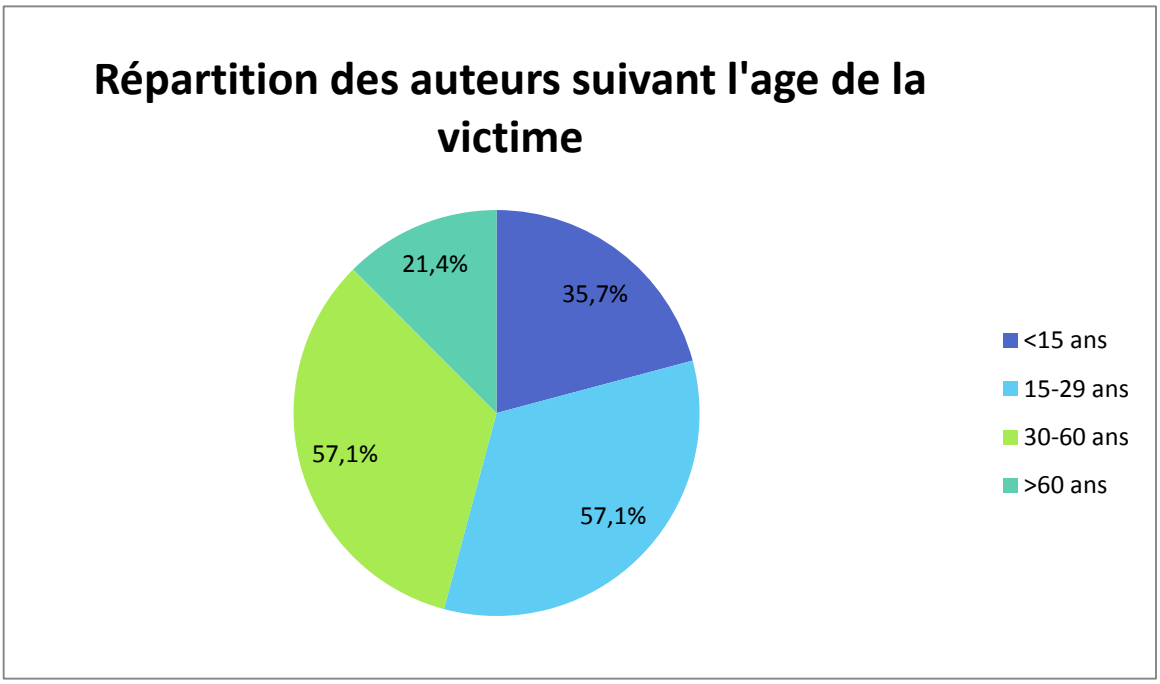
Concernant l'âge, il nous manquait l'âge d'une seule victime. La moyenne était de 31,6 ans, avec des extrêmes de 22 mois à 80 ans.

Les tranches d'âge étaient divisées en 4 catégories : enfant de moins de 15 ans, jeunes adultes entre 15 et 29, âge moyen entre 30 et 60, et supérieur à 60 ans.

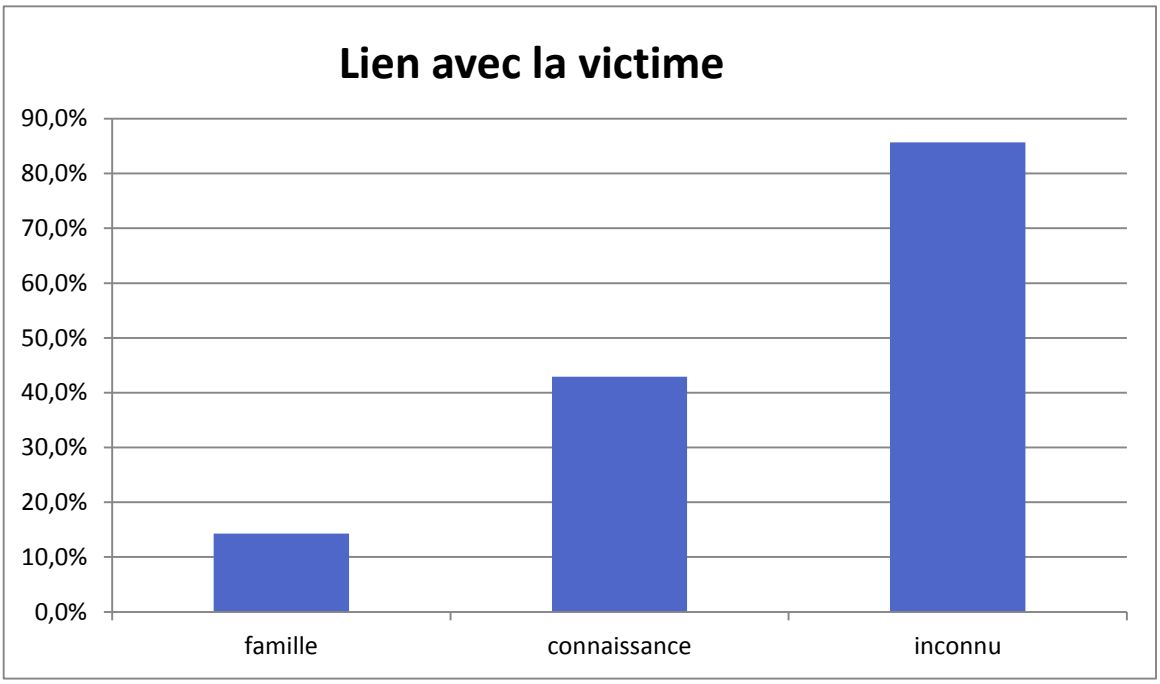
Les auteurs se limitant à des victimes d'une seule tranche d'âge étaient de 57,1% (n=8). La répartition dans ce sous-groupe est la suivante :



Concernant les auteurs étant passé à l'acte sur des victimes d'âge variable, la répartition était la suivante :

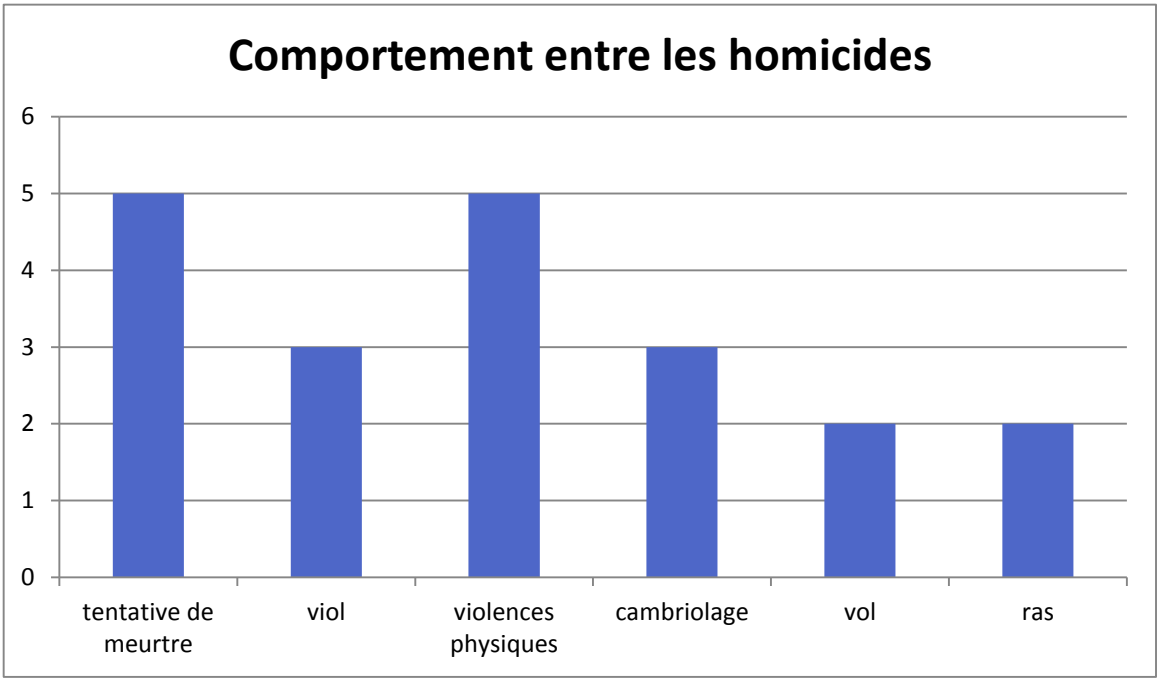


Le lien avec les victimes étaient le suivant (sur les 14 auteurs) :



Le lien avec la victime pouvait d'un meurtre à l'autre pour 42.9% (n=6). Parmi ceux-ci, 5 auteurs avaient des victimes jeunes et d'âge moyen, et un auteur un membre de la famille (son fils) et des inconnus.

Le type de victime était défini par l'âge, le sexe, et le lien. 57,1 % (n=8) des auteurs s'attaquaient à un même type de victime. Un aux femmes d'âge moyen, deux a des garçons de moins de 15 ans, un a des femmes jeunes, deux a des hommes d'âge moyen et un a des hommes jeunes.



Les étiologies des comportements violents étaient multiples pour 4 auteurs.

Scène de crime et modus operandi.

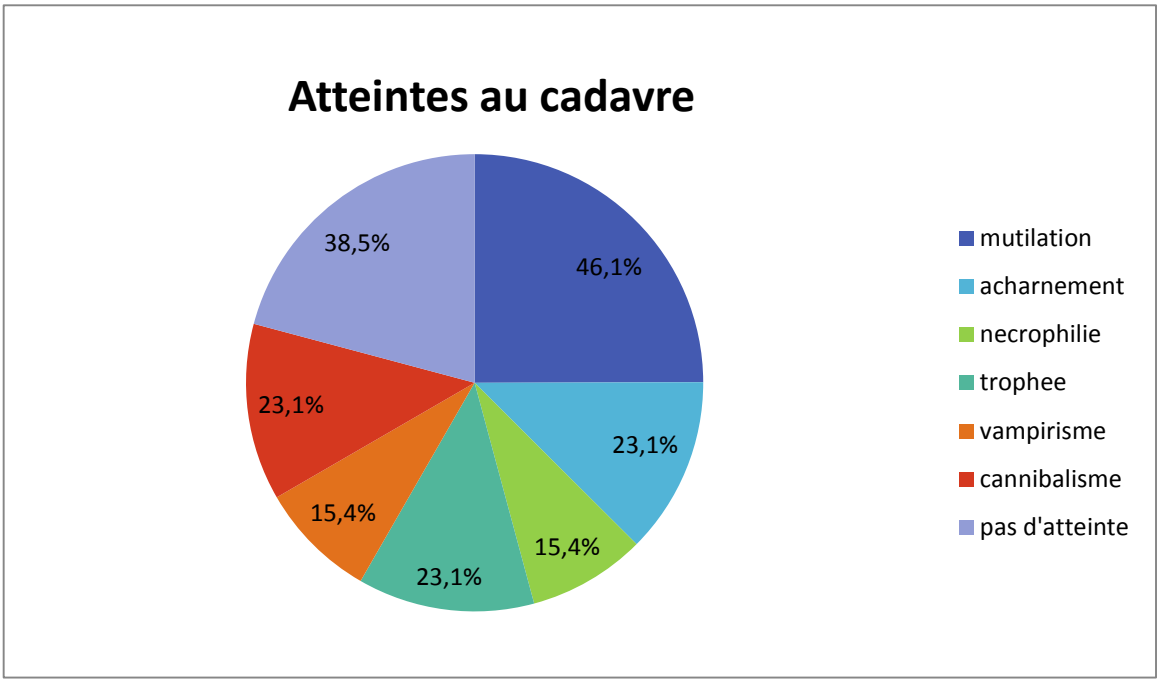
La scène de crime et le modus operandi étaient définis en fonction de la classification du FBI. Cet item était difficile a évaluer. La donnée est absente pour un cas.

69,2% (n=9) des scènes de crime étaient à prédominance désorganisée, 23% étaient à prédominance organisée et 7,7 %(n=1) étaient mixte. Seul 23 % (n=3) des cas gardaient le même modus operandi.

5. Phase post-criminelle

a. *Atteintes du cadavre*

Ces données étaient disponibles pour 13 auteurs.



b. *Comportement après le passage à l'acte*

78,6% des auteurs fuyaient en laissant le cadavre sur place, 7,1%(n=1) a maquillé un homicide, et 50 % ont dissimulé/déplacé le corps. Un auteur s'est rendu à la police.

c. *État émotionnel après l'acte*

Evaluer ce critère est difficile, car il repose sur l'interrogatoire du patient, et ce que celui-ci veuille bien en dire. Les données étaient d'ailleurs manquantes pour sept cas. Pour les autres, on retrouve une majorité d'absence d'affects (85,7% ; n=6). La banalisation et la dissociation sont retrouvées respectivement pour deux cas chacune. Un patient présente un déni des passages à l'acte et un parle de soulagement après le passage à l'acte.

d. Jeu avec la police

Seuls 2 auteurs (14,3%) ont interagis avec la police : un par de faux indices et un en envoyant des lettres aux médias et en laissant de faux indices sur les scènes de crime.

e. COP

57,1% (n=8) des cas avaient des COP de l'ordre de la semaine, et 35,7% respectivement pour les jours, mois et années. La moitié des cas avaient des COP variables selon ces modalités.

f. Prise en charge

Seuls 28,6 % (n=4) des cas ont été irresponsabilisés pénalement. 42,9 % ont été condamnés à la prison à vie et 28,6% ont été condamnés à mort (deux en Californie, 1 en Floride et 1 en Pennsylvanie).

Sur 7 patients dont nous avons les données, 5 ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide lors de leur incarcération/hospitalisation. Sur 9 patients, des comportements hétéro-agressifs sont rapportés pour un cas. Sur 8 patients pour qui nous avons les données, 100% ont bénéficié d'un traitement médicamenteux. Sur 8 patients, 5 ont été stabilisés au niveau de leur schizophrénie.

Le devenir actuel est inconnu pour deux patients. Parmi les patients condamnes a vie: quatre sont toujours incarcérés, un a été transféré en hôpital pour irresponsabilisés pénaux et un est décédé de mort naturelle. Parmi les condamnés à mort, deux ont été exécutés, un s'est suicidé par IMV et un se trouve toujours dans le couloir de la mort. Concernant les patients irresponsabilisés, deux sont toujours hospitalisés, un est décédé de mort naturelle et le statut est inconnu pour un autre.

PARTIE III : DISCUSSION

I. DISCUSSION

Du fait de la rareté de la population des tueurs en série souffrant de schizophrénie, notre étude est de faible effectif. De plus, nous avons un certain nombre de données manquantes, ce qui ne nous a pas permis de réaliser une étude comparative qui aurait pu avoir des résultats significatifs. Cependant, elle nous permet tout de même de dégager des données intéressantes, et ouvre à certaines pistes de réflexion.

1. Des auteurs isoles, célibataires et sans emploi

L'âge d'arrestation était plutôt jeune (34,3 ans). Nous n'avons pas retrouvé de données sur cette question dans la littérature scientifique. Nous pouvons tout de même remarquer qu'en général, la plupart des auteurs souffrant de schizophrénie, du fait de leur dissociation de la pensée et du comportement, laissaient souvent des preuves sur les scènes de crimes, voire ne faisaient pas d'effort pour se cacher ou ne pas se faire appréhender. On peut également se poser la question de l'association à une psychopathie dans ce dernier cas, du fait de la structure grandiose du Soi (Meloy, 2002) et de se sentir parfois au-dessus des lois. De même, du fait de l'histoire naturelle de la maladie, les passages à l'acte peuvent commencer plus tôt dans l'histoire de vie. Cependant nous n'avons pas de données comparatives, qui sont peut-être semblables pour les auteurs en population « générale ».

Concernant le groupe ethnique, il est plutôt représentatif de la population étasunienne, qui lors du dernier recensement (2010) retrouvait 72,4 % de caucasiens et 12,6% d'afro-américains.

Le profil type dans cette étude est celui d'un homme célibataire (65%) isolé socialement (69%) et en situation de précarité (71,4%), sans emploi stable (78,6%) et sans enfants (85,7%), et qui n'a pas fait d'études supérieures (78%). Ceci est différent du profil des meurtriers en série sexuels : ceux-ci sont en effet en général en couple (61,8%), ont un emploi (89%) et plus souvent des enfants (50%). Cependant ceux-ci sont aussi isolés socialement (73%) et peu ont fait des études supérieures (seuls 36,7 % finissent le lycée), (James et Proulx, 2014). Le fait que ces derniers soient plus insérés socialement que notre population schizophrène était plutôt attendu, même si

nous pouvons noter qu'ils sont tous victimes d'un isolement social. Concernant la population des meurtriers en série toute motivation confondue (Harbort et Mokros, 2001), certaines données étaient plus en accord avec notre population : notamment le fait d'être célibataire (74%), et un peu plus de non employés (39,3%). L'isolement social était sensiblement le même (85,1%) et seuls 13,8% avaient fini le lycée.

Les évènements de vie déstabilisants sont présents pour presque tous les patients dont nous avions l'information (9 cas sur 10), avec 50 % des patients cumulant plus de trois évènements de vie marquants. Les plus retrouvés étaient le décès d'un membre proche ou de la famille (50%) et la maltraitance psychologique (50%) et physique (40%). Nos pourcentages sont un peu plus faibles que ceux retrouvés sur les études générales de tueurs en série, ceci peut être du fait de notre faible effectif et du biais d'information. James et Proulx (2014) dans leur méta-analyse sur 167 auteurs d'homicide sexuel en série retrouvaient 74 % de négligence et violences psychologiques, et 52,8% de violences physiques. Dans son étude sur 30 tueurs en série, Dietz et al (1990) retrouvaient 40% de victimes de violences (toutes violences confondues), et Harbort et Mokros (2001) retrouvaient 47,3% de maltraitance physique.

Sur notre petit échantillon de 9 cas, on retrouvait 44,4% d'alcoolisme parental et 55,5% d'antécédents familiaux psychiatriques. James et Proulx (2014) retrouvaient eux 69% d'alcoolisme parental et 53,3% d'antécédents familiaux psychiatriques. A noter que nous ne retrouvions pas d'antécédents judiciaires familiaux, alors qu'Harbort et Mokros (2001) en retrouvaient 50 %. Est-ce que cette différence est due au biais d'information ou est-ce significatif par rapport à la population générale des tueurs en série ?

2. Antécédents personnels

Concernant la triade de McDonald, un seul patient présentait la triade, et deux les items de la cruauté envers les animaux et le déclenchement de feux (l'énurésie nocturne était inconnue pour un des deux patients). Deux patients ne présentaient aucun des items. Il parait difficile dans ce cas de dégager une valeur prédictive de violence concernant cette triade, même si notre effectif est faible. James et Proulx (2014) retrouvaient eux-aussi des pourcentages assez faibles : 28% de départ de feu,

36% de cruauté envers les animaux et 15% d'énurésie. Ils n'ont pas décrit si ces items étaient associés entre eux. On peut tout de même se dire que si l'on retrouve peu de cruauté envers les animaux, ceci est peut-être en relation avec la moindre fréquence du sadisme que chez les meurtriers en série en général.

Sur le peu de données disponibles nous ne retrouvions pas d'antécédents d'épilepsie. Le pourcentage de traumatismes crâniens (57%) est plus élevé que dans la littérature (14% dans l'étude d'Allely et al. 2014) pour la population générale des tueurs en série, mais l'association traumatisme crânien et schizophrénie est retrouvée dans la littérature (Molloy et al. 2011).

Concernant la consommation de toxiques : nous avions également un faible effectif (n=9), et nous retrouvions seulement 11% d'alcoolisme et 44,4% d'abus de drogue. L'information sur l'alcoolisme pour James et Proulx (2014) n'était pas connue, Mais le pourcentage d'usage régulier de drogue est similaire au notre (50%). Par contre, nos chiffres sont moins élevés que ceux des auteurs d'homicide unique souffrant de schizophrénie (43% d'alcoolisme pour Richard-Devantoy et al. [2009] sur 14 patients). En effet, bien que correspondant aux données de la littérature concernant la population générale de tueurs en série, nos chiffres peuvent paraître peu élevés pour des patients schizophrènes, chez lesquels il a été prouvé qu'ils étaient plus à risque que la population générale (Kessler et al. 1997). Nous avons trop de données manquantes pour essayer de mettre en rapport consommation de toxiques et troubles de la personnalité. De même, le fait d'avoir inclus ces informations à partir de sources publiques et non de dossiers médicaux a probablement entrainé une sous-inclusion. Cependant, pour les auteurs dont nous avions l'information (n=6), sur 4 auteurs ne consommant ni alcool ni toxiques, 3 présentaient une paraphilie et le dernier avait eu des fantasmes intenses de changement de sexe. Sachant que l'alcool est surtout consommé par ses patients dans un but anxiolytique, on peut se demander si ces auteurs ne trouvent pas un moyen d'évacuer l'anxiété au travers de la paraphilie. En effet les trois auteurs paraphiles mettaient en actes cette dernière. De même, il semble intéressant de noter que deux d'entre eux mettaient un point d'honneur à ne pas abuser d'alcool ou consommer de toxiques. Les deux présentaient un sadisme. On peut se demander si ce n'est pas dans une optique de ne pas perdre le contrôle, et de rester dans la maîtrise avec leur victime, ce contrôle pouvant déjà être altéré par les symptômes positifs de la schizophrénie.

Sur huit patients pour qui cela était connu dans notre étude, on retrouvait 37,5% (n=3) qui avaient fait une ou plusieurs tentatives de suicide, dont deux par des moyens assez originaux et violents. James et Proulx (2014) retrouvaient un pourcentage plus faible en population générale avec 13,3%. Cependant l'on sait que les patients schizophrènes ont plus de risques de faire une tentative de suicide (Roy et al. 1984).

3. Des auteurs bien connus de la psychiatrie et de la justice

Il est important de constater que 79% des auteurs avaient eu un contact avec la psychiatrie et que 10 cas avaient été hospitalisés et diagnostiqués schizophrènes avant les faits. De même sur ces 10 patients, 7 avaient eu des soins ou une expertise en rapport avec la justice. De plus, sur 6 patients dont nous avions l'information, 83% étaient en rupture de soins. Par exemple le cas n°11 était très connu des services de psychiatrie et des forces de l'ordre, et avait notamment tué un de ses codétenus. Il avait déjà plusieurs condamnations et irresponsabilisations pénales à son actif. Pendant sa période criminelle, il est arrêté pour agression sur une femme, il prend la fuite avant d'en avoir fini, une voisine appelant la police. Malgré son casier judiciaire et ses antécédents violents, le juge fixe un montant peu élevé pour la caution, ce qui permet à l'auteur d'être libre jusqu'au procès, temps pendant lequel il tue sa dernière victime. De même, le cas n°14 est intéressant de par le fait que son hospitalisation a été levée, du fait du système mental américain ou le droit du patient est tellement présent qu'il peut en devenir extrême Il a été libéré suite à l'audition des 72h après hospitalisation sans consentement. Cette audition est réalisée par une personne indépendante de l'hôpital, qui évalue si la personne est à risque pour elle ou pour les autres. De même, le cas n°3 expose les difficultés de diagnostic et donc de traiter de manière adaptée certains patients. En effet, de ce que nous avons lu sur lui, il présente des comportements antisociaux depuis l'âge de 12 ans, âge de son premier contact avec la psychiatrie. Nous n'avons pas la notion de psychopathie ou de trouble de la personnalité pour ce jeune homme mais toujours est-il qu'il ne sera souvent pas traité médicalement car lorsqu'il est incarcéré, de façon régulière, le psychiatre du centre pénitencier le diagnostiquant à chaque fois comme un simulateur pour éviter la prison. Lorsqu'il est pris en charge dans un hôpital psychiatrique ou en consultation externe, il est cependant traité pour schizophrénie.

En général les patients présentaient un parcours alternant avec les hospitalisations, en libre ou sous contrainte, associées à un traitement antipsychotique (de première génération, en général de la classe des phénothiazines, ce qui semble cohérent pour l'époque). L'état mental s'améliore, et le patient est déclaré sortant. Quelques cas malgré l'amélioration clinique et sociale conservent tout de même une activité délirant ; et des périodes en soins externes, avec de fréquentes ruptures de soins.

L'activité criminelle (qu'elle ait été judiciarisée ou non) commençait assez tôt avec une moyenne de 24,4 ans. Ces auteurs avaient presque tous un casier judiciaire, 84,6% avaient au moins un antécédent d'arrestation et 53,8% un antécédent d'incarcération. Sur les 7 patients incarcérés, 85,7% (n=6) avaient eu un contact avec la psychiatrie, et 66,7% ont été irresponsabilisés au moins une fois. On peut se poser la question de la manière dont est évalué le risque dans ces cas, et si celui-ci est pris en compte par la justice, et si non, pour quelles raisons? Avec un nombre assez élevé d'irresponsabilisations et de suivi psychiatrique, chez des patients en général connus pour des faits de violences, qu'en est-il du suivi à la libération de ces patients ? Les motifs d'arrestation les plus fréquents étaient des atteintes violentes à la personne : agression dans 54,5% des cas et viol dans 36,4% des cas. Par rapport à la littérature, James et Proulx (2014) retrouvaient le même pourcentage de viols (38%), mais moins de crimes violents non sexuels (22,8%).Serait-ce par rapport à la possible désorganisation de nos auteurs, qui seraient plus souvent interpellés ?

4. Paraphilie, troubles sexuels et fantasmatique

Nous avions un nombre important de données manquantes à ce sujet, cependant il semble ressortir que la paraphilie est fréquente (87,5% ; n=7 sur 8 cas), avec le sadisme en tête, suivi à égalité par la nécrophilie et la pédophilie. Le patient qui n'avait pas de paraphilie décrivait des difficultés relationnelles importantes et une incapacité à établir une relation avec une femme, et avoir développé des fantasmes très intenses de changement de sexe.

Il semble donc y avoir une relation entre troubles sexuels (qu'ils soient déviants ou quantitatifs) et le passage à l'acte chez les tueurs en série souffrant de schizophrénie. La question est : est-ce que ce trouble aurait été suffisant en lui-même

ou est-ce l'association à la psychose (plus ou moins un trouble de la personnalité) qui permet le passage à l'acte homicide ? De plus, pourrait-on penser que certaines idées délirantes pourraient être une *« justification* » inconsciente de l'homicide ? Cette idée est assez bien illustrée avec le cas n 6. En effet, l'auteur a été interviewé pendant plus d'une centaine d'heure par une Pr de criminologie, qui a écrit un livre à ce sujet (Schreiber, 1983). Le livre a été écrit en collaboration avec des psychiatres qui ont eux aussi examiné le patient a de nombreuses reprises et est très intéressant d'un point de vue psychopathologique. L'interprétation psychodynamique qu'ils en font est la suivante : le patient, de par ses expériences dans l'enfance, a développé une association entre sexualité et violence. Il est incapable d'être excité sexuellement sans avoir des fantasmes sadiques ou de meurtre. Il commet des actes sadiques sur ses propres enfants. Il explique cependant que le passage à l'acte homicide est difficile pour lui, qu'il l'appréhende, ce qui nécessite qu'il ait des hallucinations visuelles et auditives pour pouvoir passer à l'acte (notamment de son *« double* », une sorte d'ombre, qu'il visualise souvent en train de commettre des actes violents). Son délire messianique, faisant de lui l'envoyé de Dieu ayant pour mission de détruire l'humanité, lui permet de passer du statut de criminel à celui de presque Dieu, et lui permet inconsciemment de justifier ses actes sadiques et meurtriers. De même, on peut se poser la question du meurtre de son fils, ordonné par Dieu, par rapport à un sentiment de vengeance, à cause des faits de maltraitance physiques dénoncés par celui-ci, et que ce fils avait également toujours refusé l'autorité (et le contrôle) de son père.

Concernant la fantasmatique sadique et meurtrière, sur 7 cas, nous retrouvions 57% (n=4) de fantasmatiques morbides verbalisées. Ce dernier mot nous semble important, en effet, pour les individus dont nous n'avons pas cette observation, il est possible que cette donnée soit inconnue car il est tout de même assez difficile de partager ses fantasmes, de plus si ceux-ci sont morbides, sadiques et meurtriers. Les chiffres de la littérature sont bien plus élevés, avec James et Proulx, (mais pour rappel, l'étude portait sur les meurtriers sexuels en série), et rapportait respectivement 61%, 80% et 86% de fantasmes de viol, violents et viol et/ou de viol + homicide. N'oublions pas que notre population n'est pas celle des meurtriers sexuels en série. Zagury (2010) explique que le psychopathe français n'aurait pas d'activité fantasmatique importante, du fait de ses capacités de mentalisation limitées et du processus de clivage du moi, et passerait donc à l'acte dans un processus auto calmant, dans un but de défense contre l'envahissement psychotique. Cependant, pourrait-on se dire que, la population

de notre étude étant composée de patients schizophrènes, les défenses comme le clivage du moi ont déjà été dépassées, et les patients, pourraient donc avoir accès à une certaine fantasmatique, même si celle-ci est éventuellement archaïque. De plus, Meloy (2002), qui décrit un continuum entre psychopathie grave et psychose, ce qu'on peut rapprocher du tripôle de Zagury (1996, 2010), parle quant à lui d'une confusion entre souvenirs fantasmes et réels chez le patient psychopathique grave. Pourrais-t-on se dire que le tueur en série schizophrène confond lui ses fantasmes avec certains éléments délirants et hallucinatoires ? Ceci était d'ailleurs bien décrit dans le cas n°6, qui de par son histoire de vie abandonnique et son diagnostic de psychopathie, qui est similaire à nos psychopathes français; décrit très bien son activité fantasmatique sadique et meurtrière. Zagury explique également que la répétition des passages à l'acte criminels chez le tueur en série ont pour but de consolider le clivage et de prémunir contre la menace désorganisante du retour du clivé. Quid des patients schizophrènes déjà désorganisés et délirants ? Cela pourrait-il expliquer dans certains cas cette fuite en avant avec des COP réduites chez les auteurs très délirants ?

Pour ce qui est des troubles de la personnalité, nous avions le diagnostic pour neuf auteurs. 75% avaient un trouble de la personnalité, dont 50% d'antisocial, et 12,5% de narcissique et 12,5% de paranoïaque. 25 % n'avaient pas de troubles de la personnalité diagnostiqué. Le fait que le trouble de la personnalité n'ait pas été diagnostiqué ne veut pas dire que le patient ne présentait pas certains traits, souvent dans le registre antisocial. Le diagnostic de psychopathie n'était évoqué que dans un seul dossier. Ce manque de données est bizarrement consistant avec la littérature ; en effet dans la méta analyse de James et Proulx (2014), sur 176 meurtriers en série sexuels, ceux-ci n'avaient aucune information concernant une éventuelle psychopathie, alors que l'information était disponible pour la population des meurtriers sexuels uniques ! De même, leurs données concernant le trouble de la personnalité sont très faibles: ils retrouvent seulement 13,2% de troubles de la personnalité antisocial et 2,6% de trouble de la personnalité schizoïde, alors qu'Harbort et Mokros (2001) retrouvent par exemple 89% de troubles de la personnalité dont 28,8% de trouble de la personnalité antisocial. Il est à noter que la population de l'étude d'Harbort et Mokros est une population générale de tueurs en série, et est une étude européenne, alors que l'étude de James et Proulx recensent une majorité d'études américaines et canadiennes. Nos résultats sont donc plus proches de ceux de l'étude d'Harbort et Mokros. Il est intéressant de noter que le seul cas pour lequel nous avions

une notion de psychopathie (cas n°6), celui-ci nous parait plus relever de la psychopathie française qu'américaine décrite par Lamothe (2001). Nous avons donc une différence assez importante concernant les troubles de la personnalité dans cette population entre l'Europe et les USA. On peut alors se poser la question des critères diagnostics. En effet, Lamothe explique que les psychopathes américains ressemblent plus à nos personnalités perverses et avec des aménagements narcissiques. Mais alors pourquoi ne sont-ils pas diagnostiqués comme tels ? Là encore Lamothe explique que l'organisation de personnalité perverse est en fait diluée aux USA dans un catalogue de perversions, si bien que ce ne serait alors pas un trouble de la personnalité qui serait alors diagnostique mais une perversion.

Concernant les faits de violence antérieurs, on retrouvait 70% de violences physiques, 60% de violences psychologiques et 22,2% de violences sexuelles, tout ceci sur de petits effectifs. Sur les 6 auteurs dont nous avions toutes les données, 3 n'avaient pas d'antécédents de violences. James et Proulx retrouvaient 86% de violences physiques, ce qui est consistant avec nos chiffres, et 38% d'agressions sexuelles, ce qui est plus élevé, mais cohérent en regard de la population de l'étude. Il est intéressant de relever que les 3 auteurs n'ayant pas d'antécédents violents avant les faits homicides, n'avaient pas de diagnostic de psychopathie; deux n'avaient pas de troubles de la personnalité et le troisième un trouble de la personnalité paranoïaque. Concernant les sept auteurs ayant des antécédents de violences physiques, l'information sur un trouble de la personnalité était inconnue pour 4 patients, les trois autres avaient tous un trouble de la personnalité antisociale. Ceci rejoint plus les résultats de l'étude de Davignon (100% d'antécédents de violences chez les auteurs d'homicide schizophrènes souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale).

Le sous-type de schizophrénie le plus représenté était la schizophrénie paranoïde avec 91,7%. Ceci peut s'expliquer du fait du délire de persécution, pouvant pousser l'auteur à passer à l'acte pour se protéger. Nos résultats étaient plus élevés que les données de la littérature concernant l'homicide simple et la schizophrénie (64,4% dans l'étude de Richard-Devantoy et al.). Dans leur étude, sur la récidive dans l'homicide pathologique, Le Bihan et Benezech (2005) avaient 6 patients souffrant de schizophrénie, tous ayant un sous-type paranoïde. Le pourcentage élevé de forme paranoïde chez les auteurs d'homicide sériel pourrait s'expliquer par le fait que, pour un patient souffrant d'une forme désorganisée par exemple, le délire et moins fréquent,

et pour les formes catatoniques, un passage à l'acte quel qu'il soit parait limité dans sa réalisation.

5. Phase criminelle : des modus operandi divers et variés

La moyenne de meurtres par individus était de 4,6 homicides. Cela peut paraitre faible pour un tueur en série, mais l'auteur schizophrène est en général interpellé assez tôt du fait de sa désorganisation psychique et comportementale, qui fait qu'il laisse des indices sur la scène de crime, ou ne cherche pas à se cacher des témoins, ou le fait de manière inadaptée. Ceci était assez flagrant pour les cas n°2, 6, 10, 13 et 14. L'âge moyen du premier meurtre était de 30,6 ans. Avec 6 patients ayant moins de 25 ans, les cas de notre étude commençaient plus tôt la période homicide; en effet la littérature rapporte le premier meurtre chez les tueurs en série en général vers la fin de la vingtaine et le début de la trentaine. Ceci peut être dû à la désinhibition lors d'un épisode délirant, ou le fait de devoir agir à cause d'hallucinations auditives impératives. La majorité de nos cas a été arrêtée en moins de 4 mois après le premier meurtre (57%). On peut relier clairement cette donnée à la désorganisation et aux éléments délirants.

La moitié des auteurs passaient à l'acte dans au moins deux types d'endroit différents, dans un lieu public (64%) ou au domicile de la victime (50%). Le modus operandi était donc variable pour un même auteur. La majorité des auteurs passait à l'acte en journée (84,6%). 53,8% passaient à l'acte à différents moments de la journée. Ceci diffère des données de la littérature su l'homicide simple chez le schizophrène, où le passage à l'acte a lieu surtout le soir ou la nuit, chez l'auteur, sur un membre de la famille (Devantoy). Alors que chez l'heboidophrène, l'acte est souvent sur un inconnu ou une connaissance dans le cadre d'une consommation de toxiques le soir ou la nuit (Davignon, 2011). Nos auteurs ont eux agi majoritairement en journée. Comme nous le verrons plus tard, peu avaient une consommation de toxiques au moment des faits, et l'intention de tuer était présente avant de rencontrer la victime, ce qui diffère avec les auteurs d'homicide simple. On peut se dire que le tueur en série schizophrène sort de chez lui en se disant qu'il va commettre un crime, et agira alors sur un inconnu qu'il va croiser durant ses pérégrinations. On peut donc se dire qu'il est plus logique qu'ils agissent en journée, ayant une plus grande probabilité de rencontrer une victime. L'homicide a souvent lieu sur la voie publique, ce qui nous parait

congruent avec les faits de déambulation de l'auteur dans le but de trouver une victime. De même, le passage à l'acte apparaissant prémédité, il nous parait logique qu'il y ait une consommation moins importante de toxiques, celui-ci ayant plutôt un effet précipitant chez les auteurs d'homicide simple.

Les données concernant la consommation de substance au moment des faits sont sur un petit effectif. Et on ne retrouvait que deux patients dans ce cas (un ayant consommé des toxiques et un de l'alcool). Ces données sont basées sur les dires de l'auteur, elles sont donc plus ou moins fiables. Elles sont moins fréquentes que dans la littérature (28% pour Harbort et Mokros), et 41,7% pour James et Proulx (2016). On trouve d'ailleurs aussi une différence par rapport à l'auteur schizophrène d'un homicide unique (38,5% de consommation d'alcool). Dans leur étude sur 12 cas de récidive homicide dans l'homicide pathologique, Le Bihan et Benezech retrouvaient, sur 35 meurtres, la consommation d'alcool dans 26% des cas et aucune consommation de substance illicite, ce qui se rapproche plus de nos résultats. Pour expliquer les chiffres plus élevés concernant les meurtriers sexuels en série, on peut se dire que ceux-ci cherchent un effet deshinibiteur grâce à l'alcool, alors que le meurtrier en série souffrant de schizophrénie est aidé par son délire dans le passage à l'acte. Par rapport aux auteurs uniques schizophrènes, il est souvent décrit que le passage à l'acte a été favorisé par l'effet désinhibiteur du toxique, et dans un contexte de colère. On peut donc se dire que l'homicide n'aurait peut-être pas été perpétré si l'auteur avait été sobre au moment des faits.

La motivation était délirante pour 83,3% des auteurs, et sexuelle pour 16,7% des cas. Les thèmes les plus représentés étaient le mysticisme et la persécution (41,7% chacun). On retrouvait souvent des idées de grandeur, et les délires mystiques étaient presque tous messianiques. Le délire semble donc jouer un rôle dans le passage à l'acte, en association avec la paraphilie. En effet tous les schizophrènes souffrant de persécution ne passent pas à l'acte, le délire semble donc insuffisant pour expliquer la répétition de l'homicide. Concernant les hallucinations auditives impératives, celles-ci restaient peu fréquentes (40% des auteurs).

La préméditation de l'homicide était présente quasiment à chaque fois, cependant la victime était généralement choisie au hasard. En effet, il semble peu envisageable pour un tueur en série de ne pas préméditer ses meurtres. Nous

retrouvions quelques auteurs pour lesquels le premier homicide n'était pas prémédité. 80,7% des homicides étaient prémédités dans notre étude, ce qui est en rapport avec la littérature (78,5% pour James et Proulx, 2016). Par prémédité nous entendons que l'auteur avait l'intention de tuer (il s'armait donc en conséquence), mais il choisissait sa victime presque toujours au hasard. La personne était au mauvais endroit au mauvais moment. Le délire semblait favoriser la crise homicidaire dans la plupart des cas.

La majorité des auteurs a agi sans complice, mis à part le cas n°6 qui a agi avec son fils. Deux auteurs avaient un complice lors du premier homicide, puis non par la suite. Ceci peut s'expliquer par le fait que le premier homicide, qui dans les deux cas était crapuleux, n'était apparemment pas prémédité. Ceci confirme les théories psychodynamiques selon lesquelles le premier homicide, différent des suivants, et plus ou moins improvisé, provoque l'ouverture vers la sérialité de par l'élation narcissique qu'il provoque chez l'auteur.

Un peu plus de la moitié des auteurs ont utilisé des armes différentes pour leurs homicides (57,1%). Pour ceux qui n'utilisaient qu'un seul type d'arme, l'arme à feu était préférée, de même, pour ceux qui en utilisaient plusieurs, sur 62 homicides, nous retrouvons 51,7% d'homicide par arme à feu, ce qui indique un certain degré de préméditation. Il est intéressant de voir la différence avec la littérature, en effet, le meurtrier sexuel en série utilise plus généralement un objet contondant (60% dans James et Proulx contre 8,1% dans notre étude). Il est d'ailleurs intéressant de noter que les trois auteurs souffrant de sadisme n'ont pas utilisé d'arme à feu pour leur crime. L'utilisation de l'arme à feu suggère le besoin d'un homicide rapide et efficace. De plus, on ne retrouve l'utilisation d'une arme d'opportunité que pour un meurtre initial, ce qui encore, témoigne de la préméditation dont font preuve les auteurs, même souffrant de schizophrénie.

D'ailleurs peu d'auteurs ont commis des actes de torture (23% ; n=3). On retrouvait des faits de viol pour 42,8% des auteurs, Les trois auteurs souffrant de sadisme ont commis un ou des viols et torturer leurs victimes et n'ont pas utilisé d'arme à feu. Ce profil se rapproche donc des tueurs en série sexuels et sadiques. Mis à part un cas, les 5 autres ayant commis des viols n'ont pas tué par arme à feu. Sur l'ensemble de notre population, les faits de torture étaient bien moins élevés que sur

la population générale des tueurs en série (77,7% dans la méta-analyse de James et Proulx, 2016), mais les études sont toutes sur les meurtriers sexuels en série, d'où cette différence. On voit ici l'importance que peut avoir la motivation de l'homicide dans cette population.

On retrouvait une symptomatologie délirante pour tous les cas dont nous avions l'information. Cependant, cette donnée est difficile à évaluer, et peut être subjective car en général venant de l'interrogatoire du patient. A noter que pour les deux auteurs qui avaient des motifs sexuels, nous n'avions pas l'information. La construction délirante semble permettre et justifier le passage à l'acte homicidaire. Il est intéressant de souligner que les données sont un peu moins élevées dans la littérature pour les auteurs d'homicide simple schizophrènes (86% pour Richard-Devantoy et al. 2009), mais cela varie entre 33 et 95% selon les études (8, 19, 26). Concernant la symptomatologie délirante chez les récidivistes, les études sont sur l'homicide pathologique en général et ne distinguent pas la schizophrénie des autres psychoses. Notons que nous n'avions pas l'information pour 4 sujets, dont certains semblaient avoir une motivation sexuelle, ce qui aurait pu nuancer notre résultat.

Seul deux patients (14,3%) n'ont pas présenté de comportements violents ou criminels entre les homicides. Les autres ont été plutôt actifs, avec 4 auteurs qui ont multiplié les offenses. Parmi les plus représentées étaient les tentatives de meurtre et les violences physiques. Ces mouvements violents semblent être motivés eux aussi par les éléments délirants.

Comme l'on pouvait se douter, la scène de crime était majoritairement désorganisée par rapport à la classification du FBI : (69,2%) : le corps était souvent laissé sur place, des indices étaient trouvés sur la scène de crime, qui était en présentait en général une impression d'aléatoire et négligée. Et seuls 23% ont conservé un modus operandi semblable tout au long des homicides. Parmi les 3 auteurs présentant une scène organisée, deux avaient un QI supérieur à la normale. Comme l'on pouvait s'y attendre, ceci ne correspond pas aux données de la littérature concernant les tueurs en série en général, en effet, James et Proulx (2016) retrouvent une organisation dans 67,3 % des cas. Concernant le modus operandi, les données sont plus difficiles à comparer ; 79,3 % des auteurs dans leur études ont un modus operandi qui évolue, ceci est diffèrent de nos auteurs qui ont plutôt un modus operandi

variable en fonction du crime, et qui se situe moins dans un sens d'évolution par adaptation aux contraintes et expérience des précédents meurtres.

6. victimes : une variabilité inter et intra-auteurs

Sur les 64 victimes, la majorité était des hommes (67,2%). Ceci diffère des données de la littérature pour la population générale des tueurs en série, avec 66% de femmes dans l'étude d'Harbort et Mokros (2001) et 79,5% pour James et Proulx (2016). Ceci semble plutôt logique du fait que la motivation principale chez nos auteurs est le délire et non pas une motivation sexuelle, bien que de nombreux cas présentent une paraphilie. Ces données étaient en accord avec Davignon (2011), pour les récidivistes schizophrènes (64%). La moitié des auteurs ne tuait que les personnes d'un même sexe, et dans la même tranche d'âge. Pour les autres, cela était beaucoup plus variable. L'âge des victimes sur notre étude était très variable, allant de 22 mois a 80 ans, ce qui peut s'expliquer par la motivation délirante, différente pour chaque patient, qui était en général plus centrée sur le fait de devoir passer à l'acte dans le cadre d'un homicide, et non pas forcément sur un type de victime particulier, comme cela est souvent le cas chez les meurtriers sexuels en série par exemple.

La victime était en général un inconnu (85,7%), ce qui correspond aux données de la littérature (81,3 % pour James et Proulx, 2016).

7. Phase post-criminelle

61,5% des auteurs portaient atteinte aux cadavres de leurs victimes. L'atteinte la plus fréquente était la mutilation (46,1%), suivie à égalité par le cannibalisme, l'acharnement et la prise d'un trophée (23,1%). Les chiffres étaient les mêmes que dans la littérature pour la mutilation (46,2%), et l'acharnement (25,3%). On ne retrouve pas de données quantifiées pour le cannibalisme. La prise d'un trophée est un peu plus fréquente dans la littérature (37,8%). Il est par contre surprenant de noter un pourcentage de nécrophilie plus important dans la population des meurtriers sexuels en série (47,2 % dans la méta-analyse de James et Proulx (2016) contre 15,4% dans notre étude). Bien qu'il y ait peu de littérature scientifique à ce sujet, l'association entre

nécrophilie et meurtre sexuel est reconnue. Dans ces cas-là, le motif du meurtre était soit la gratification sexuelle, soit l'homicide avait été déclenché par une éruption de conflits sexuels suivie par l'engagement impulsif dans l'acte nécrophile (Stein et al., 2010). Ce qui pourrait donc expliquer le fait que l'on retrouve moins de cas de nécrophilies dans notre étude, les motifs étant rarement sexuels. De plus, dans nombre de ces cas il était rapporté une dysfonction érectile de l'auteur et des préoccupations importantes quant au fait de cette incapacité sexuelle. Concernant les deux auteurs de notre étude souffrant de nécrophilie, un avait une dysfonction érectile (cas n°13) et le deuxième n'a jamais eu de relation sexuelle, du fait en partie de l'endoctrinement religieux réalisé par sa mère à ce sujet (cas n°2).

On ne retrouvait pas de mise en scène après l'homicide, et nous n'avons pas retrouvé de données chiffrées dans la littérature. Concernant l'état émotionnel après l'acte, l'information était manquante pour la moitié des cas. On retrouvait une majorité d'absence d'affect (85,7%), on ne retrouve la notion de soulagement que pour un cas ; cependant, ces informations dépendent de ce que veut bien partager l'auteur de l'homicide à ce sujet. On peut mettre l'absence d'affect sur le compte de l'abrasement affectif de la schizophrénie mais elle peut aussi se retrouver dans l'insensibilité du psychopathe. La méta-analyse de James et Proulx ne possédait pas d'informations sur cet item. Le Bihan et Benezech (2005) retrouvaient 94% de froideur affective chez leurs auteurs de récidive d'homicide pathologique (toutes pathologies confondues).

Le jeu avec la police n'était présent que pour deux auteurs (14,3%), dont un de manière assez peu élaborée, ce qui a entrainé son arrestation. Le deuxième possédait un QI élevé et a réussi à échapper au FBI, qui avait à l'époque déployé des moyens financiers sans précédent pour l'arrêter, pendant 18 ans.

Les COP étaient très variables d'un auteur à l'autre et pour le même auteur. Il est intéressant de noter qu'elles pouvaient être très réduites pour des auteurs dont le délire et la dissociation semblaient importants (cas n°1, 10, 13,14). Certaines COP très courtes (cas n°14) pouvaient faire poser la question d'un tueur de bordée plutôt qu'un tueur en série, cependant des meurtres de bordée impliquent normalement une fin prévue par l'auteur, ce qui ne semblait pas être le cas ici pour ce patient, qui aurait probablement continué à passer à l'acte tant qu'il n'aurait pas été arrêté, mais qui semblait tellement désorganisé qu'il a été appréhendé très rapidement. Concernant

les auteurs ayant des COP de l'ordre de l'année seulement (cas n°2, 4 et 8), il n'est pas rapporté d'hallucinations lors du passage à l'acte. De plus, le premier souffrait de schizophrénie chronique indifférenciée et avait une activité délirante très faible. Le deuxième a été arrêté après son premier passage à l'acte, irresponsabilisé, placé en hôpital psychiatrique et traité. Il en est ressorti quelques années plus tard et a récidivé peu après sa sortie d'hôpital. Le troisième présentait un QI élevé, ce qui a pu lui permettre d'échapper au FBI plus de 10 ans. A partir de ces trois cas, on pourrait se dire que l'activité hallucinatoire et l'intensité du délire semblent participer à la fréquence des passages à l'acte. En effet, on peut imaginer l'ensemble de ces symptômes positifs paranoïdes comme extrêmement anxiogènes, poussant le patient à passer à l'acte.

8. Une prise en charge inégale

Seuls 28,6% des patients ont été irresponsabilisés pénalement. Ce qui peut s'entendre par le fait de la répétition dans le temps, qui peut laisser supposer a un certain moment que l'auteur se rendait compte de ses actes. En effet, même chez les auteurs ou le délire était très présent, ceux-ci prenaient quand même quelques précautions pour éviter d'être appréhender, même si celles-ci pouvaient sembler futiles. Si l'on considère comme Meloy (2002) qu'il existe un continuum entre psychopathie grave et psychose, la notion d'irresponsabilité peut être extrêmement difficile à définir dans certains cas. Meloy propose que, chez le psychopathe, il faut chercher s'il y a eu une perte de l'épreuve de réalité, signe de psychose, au moment des faits. Ceci est à différencier de l'altération du sens de la réalité, que l'on retrouve dans les épisodes de dépersonnalisation et déréalisation. En effet, même si des symptômes psychotiques sont présents, à quel moment l'auteur perd-il la capacité de distinction du réel par rapport à ses symptômes ? Cette question est d'ailleurs assez récurrente chez les experts pour les auteurs souffrant de psychopathie.

Ces procès étant extrêmement chargés émotionnellement pour le jury populaire, cela laissait peu de chance à l'auteur d'être irresponsabilisé pénalement. La maladie mentale, qui est normalement un facteur atténuant concernant la peine de mort, n'a pas aidé 4 cas qui ont été condamnés à la peine capitale, certains malgré la présence assez évidente d'une pathologie mentale au moment des faits, semblant

avoir gravement altéré leur perception de la réalité, et qui se sont d'ailleurs déroulés sur une période de temps relativement réduite (quelques semaines ou mois) pour les cas n°13 et n°14. Le cas n°14 est d'ailleurs toujours dans le couloir de la mort, étant actuellement jugé trop malade mentalement pour être exécuté. On peut remarquer que 3 des condamnations à mort ont eu lieu dans des Etats dont il est de notoriété publique qu'ils sont en faveur de la peine de mort (Californie et Floride).

Les informations concernant la période post-verdict sont assez éparses. Sur 8 patients pour qui nous avions les données, ceux-ci ont tous été traités à un moment par antipsychotiques, et 5 ont été stabilisés au niveau de leur pathologie. Les tentatives de suicide sont nombreuses, avec 5 patients sur 7, sans distinction entre l'hospitalisation et l'incarcération. Un patient condamné à mort s'est suicide par IMV pendant son incarcération (cas n°13). Un des patients condamné à la perpétuité a été transféré à terme dans un hôpital pour irresponsables pénaux (cas n°6), en effet celui-ci n'étant pas traité médicalement avant son transfert, avait agressé un autre détenu dans le cadre d'un délire paranoïde et avait fait plusieurs tentatives de suicide. Les patients irresponsabilisés placés en hôpital psychiatrique médico-légal étaient stabilisés, mis à part le cas n°11 qui présentait toujours de fortes pulsions sexuelles. Aucun de ses patients n'a pu bénéficier de sortie hors hôpital. Le cas n°1 a pu être transféré dans une unité de sécurité moyenne au bout de 7 ans. Il a le droit de se déplacer dans l'hôpital, mais toujours supervisé par des soignants. Concernant les traitements antipsychotiques, nous n'avons que peu d'informations, mais les patients sont en général traités avec des antipsychotiques de première génération. La prise en charge des auteurs responsabilisés n'est malheureusement pas la même, voir semble être presque inexistante dans certains cas. Ils semblent plutôt être traités et hospitalisés temporairement lors des décompensations aigues. L'évolution semble d'ailleurs plutôt défavorable avec l'installation de symptômes dissociatifs et négatifs importants.

9. Biais et limites

Cette étude préalable présente malheureusement quelques biais et limites. En effet, afin de pouvoir inclure sur une grande population, et de par le manque de moyens pour la réaliser, elle n'a été effectuée qu'à partir de données publiques. Sur l'étude de plus de 1300 entrées, nous n'avons trouvé que 14 cas rentrant dans nos critères. Ce

qui s'explique facilement par la rareté du phénomène, bien que nous nous attendions initialement à pouvoir inclure un nombre un peu plus élevé, de l'ordre d'une vingtaine de patients.

a. Biais de selection

L'inclusion ayant été réalisée sur un site internet, nous avions un biais de sélection : certains cas ont pu ne pas être inclus du fait d'un manque d'information sur la présence d'une schizophrénie ou non. En effet, les cas par exemple qui n'avaient pas d'antécédents psychiatriques et qui ont été diagnostiqués schizophrènes par l'expert de la défense au procès n'ont pas été inclus, cependant il est possible que de tels auteurs aient pu souffrir de schizophrénie. De même, tous les auteurs ne sont probablement pas référencés sur ce site.

b. Biais d'information

Comme expliqué précédemment, la grille d'items était remplie en fonction de données issues du site murderpedia, de comptes rendus judiciaires, d'articles de presse et de livres biographiques. Nous nous sommes également appuyer sur la base de données sur les tueurs en série de l'Université de psychologie de Radford, aux Etats-Unis, qui est une base de données nationale, avec les mêmes sources d'informations que notre étude. De ce fait, les résultats de cette étude sont à prendre avec précaution, du fait de possibles erreurs ou fausses informations.

c. Biais méthodologiques

Concernant les informations du diagnostic de la maladie ou des troubles de la personnalité ou des paraphilies, ceci n'a pas été évalué grâce à des échelles ou des outils diagnostics, mais par rapport à la conclusion d'experts ou de psychiatres ayant rencontré le patient, sans plus de détails pour la plupart des cas. Cependant, les psychiatres américains se basant sur les critères du DSM pour poser leur diagnostic, celui-ci, et étant particulièrement systématiques dans leur pratique, nous pouvons considérer qu'ils ont une bonne validité. Du fait du petit effectif, il a été discuté avec le DIM de Niort et il en est ressorti qu'au vu du faible effectif et du nombre important de données manquantes, une étude cas-témoins n'était pas pertinente.

d. Limites de l'étude

Cette étude était de très faible effectif (n=14), et de nombreuses données étaient manquantes, ce qui entrainait une puissance d'étude réduite. De plus, c'est une étude rétrospective non comparée à une population témoin.

II. SYNTHESE DE LA DISCUSSION

Cette étude est la première à s'intéresser spécifiquement aux tueurs en série souffrant de schizophrénie. Bien que sur un faible effectif, elle semble permettre de dégager certaines spécificités par rapport à la population générale des tueurs en série, tout en trouvant des similarités avec celle-ci, notamment par exemple les données sociodémographiques de nos auteurs, qui sont en majorité issus de familles déstructurées, violentes et pathologiques, avec de nombreux évènements de vie traumatisant pour l'auteur.

Les auteurs sont connus de la psychiatrie, avec souvent de multiples hospitalisations et un diagnostic de schizophrénie posé, et ont un casier judiciaire, avec de multiples arrestations et incarcérations. Leur dangerosité est en général connue, mais cela ne les empêche pas d'échapper au système de soins.

Le profil type présente une paraphilie ou un trouble sexuel, plus ou moins associé à des fantasmes morbides. Le passage à l'acte est motivé par les convictions délirantes. L'auteur schizophrène se caractérise par une disparité dans le choix des victimes et le modus operandi, de par le fait de la désorganisation psychique et comportementale, par rapport à la population générale des tueurs en série. Il préfère l'arme à feu, et n'a pas de complice. Les faits de torture et de viol sont moins fréquents. Un élément intéressant est la concordance des données avec la population générale des tueurs en série concernant les atteintes aux cadavres. En effet, de par le délire et la dissociation, nous pensions que ces atteintes auraient été plus fréquentes dans notre population.

Le tueur en série schizophrène est rarement irresponsabilisé pénalement aux Etats-Unis, et peut être condamné à mort bien que sa pathologie ne l'en exempte

normalement. Qu'il soit incarcéré ou en hôpital psychiatrique médicolégal, il est généralement traité et suivi par une équipe de psychiatrie.

III. PERSPECTIVES

Cette étude préliminaire nous a permis d'avoir un premier regard sur les caractéristiques du tueur en série souffrant de schizophrénie. Il serait intéressant par la suite de pouvoir mener une étude rétrospective cas-témoins, avec cette fois-ci une inclusion à partir de dossiers médicaux et judiciaires, afin de pouvoir recueillir le plus de données possibles et de confirmer nos chiffres.

Ce qui frappe dans cette étude est le fait que la quasi-totalité des auteurs étaient connus de la psychiatrie et de la justice, et connus pour leur comportement violent. A notre niveau de pratique quotidienne, sans aller jusqu'aux tueurs en série, qui sont un phénomène rare, il nous parait intéressant de relever quelques points qui peuvent faire soupçonner un risque de passage à l'acte violent voire homicidaire pour les patients souffrant de schizophrénie ; comme par exemple explorer la présence d'une paraphilie, notamment le sadisme, mais aussi des troubles éventuels sexuels, comme une hypersexualité ou une difficulté tout simplement à établir une relation avec quelqu'un. Se renseigner sur les fantasmes peut être aussi intéressant, mais nécessite une certaine relation de confiance entre le psychiatre et le patient, pour que celui-ci puisse les dévoiler. Connaitre les termes du délire s'il est présent est également important, mais ceci est en général recherche de manière systématique par les psychiatres.

Il est bien dommage de n'avoir que peu d'informations concernant les troubles de la personnalité associés et un éventuel diagnostic de psychopathie. En effet, il est prouvé dans la littérature que la présence d'un trouble de la personnalité de type antisocial et la psychopathie, associés à la schizophrénie, entraînent un risque plus élevé de passage à l'acte violent. Il serait donc intéressant de voir dans notre population si l'on retrouve une association entre les paraphilies, la psychose et la psychopathie, pouvant mieux expliquer la dynamique du passage à l'acte homicide.

En étudiant les 14 cas de notre étude, on s'aperçoit que certains homicides auraient probablement pu être évités, par une prise en charge psychiatrique plus

présente. Bien que cette étude porte sur les Etats-Unis, qui n'ont pas le même système de santé mentale et judiciaire que la France, nous pouvons tout de même en tirer des remarques qui nous seraient utiles. Le système de santé américain est en manque de moyens, probablement plus que la France, de par notamment l'absence de sécurité sociale. Des patients se retrouvent souvent à la rue, et sans le traitement adapté, faute de moyens financiers, alors qu'ils devraient être hospitalisés. La majorité des cas de cette étude étaient en rupture de soins au moment du premier homicide. Les familles de victimes reconnaissaient souvent le fait que le patient aurait dû bénéficier de soins avant les faits et que ceux-ci auraient peut-être au final pu être évités. Malheureusement le manque de moyens financiers et donc de personnels ne permet plus un suivi comme on le souhaiterait, avec visites à domiciles pour évaluer le patient dans son environnement, et aussi des possibilités pratiques de pouvoir rechercher et ramener vers le soin les patients en rupture?

De plus, on peut supposer un certain manque de communication entre le judiciaire et la psychiatrie, qui fait que le psychiatre traitant ou expert peut ne pas avoir accès à des informations importantes concernant le risque et les antécédents. Prenons l'exemple de la France, ou la loi ne prévoyait pas l'inscription au casier judiciaire des infractions pour lesquelles l'article 64 ou 122-1 du Code pénal est appliqué. Comment évaluer un potentiel risque et en faire découler une prise en charge adaptée si des données aussi importantes sont inconnues ? Ceci a maintenant changé avec a loi du 25 février 2008 sur la rétention de sureté (article D47-31 du Code Pénal). De plus, étant donné que nous retrouvions des éléments délirants dans la totalité de nos cas pour lesquels nous avions l'information, on peut penser que si le patient est stabilisé en ce qui concerne la symptomatologie délirante, il sera probablement moins à risque de passer à l'acte, n'ayant plus le délire pour le désinhiber. Il faudrait également faire attention à ce moment aux consommations éventuelles de toxiques, qui pourraient être recherches pour leur effet désinhibiteur à la place de celui des idées délirantes.

Concernant la curabilité et l'éventuelle libération d'un tueur en série schizophrène, cette question semble plutôt s'orienter vers l'institutionnalisation de tels individus. En effet, est-ce qu'un ou mêmes plusieurs psychiatres prendraient la responsabilité de laisser sortir un tel patient ? Prenons le cas n°4, qui tua ses parents, puis, irresponsabilisé et hospitalisé, il ressort quelques années plus tard, puis tue son oncle et sa tante dans le même cadre d'un délire de persécution, quelques mois après

sa sortie, et peu de temps après avoir battu sa femme, si sévèrement qu'elle ait dû se faire hospitaliser. Nous ne savons malheureusement pas si ce patient était en rupture de soins au moment des faits, mais sa sortie récente et l'agression de sa femme auraient pu être des signaux d'un risque de passage à l'acte plus grave. Nous ne pouvons pas nous permettre de « perdre de vue » de tels patients. Malheureusement, la politique de plus en plus sécuritaire, la pression de l'opinion publique, associée aux coupes budgétaires qui diminuent de plus en plus le personnel soignant dans les hôpitaux psychiatriques, ne favorisent pas de prendre le temps de la prévention avant le passage à l'acte, et prévoit l'enfermement ad vitam eternam après les passages à l'acte. Mais pourrait-on éventuellement essayer de limiter le passage vers la sérialité ? Prenons nos patients schizophrènes auteurs d'homicide simple et de récidive homicide. Nous savons que le risque de récidive est plus important chez un auteur ayant déjà commis un homicide que dans la population générale (Benezech et al 2002) et que les hommes souffrant de troubles mentaux graves ont plus de chance de récidiver en matière de crime violent que leurs homologues indemnes de pathologie psychiatrique (Teplin et al. 1994). Il nous parait donc important d'apporter un soin et une surveillance toute particulière à ces patients. Comme par exemple avec des unités de psychiatrie médico-légale dédiées, qui accueilleraient des patients irresponsabilisés pénalement, avec un personnel soignant spécifiquement formé et sensibilisé aux facteurs de risques comme cela est déjà le cas aux Etats-Unis et au Canada.

CONCLUSION

La population des meurtriers en série, de par son faible effectif et son hétérogénéité, est très peu étudiée. Cependant, il semble important de s'intéresser à cette population de par ses spécificités, pour essayer de proposer des outils de prévention, améliorer le profilage… Les tueurs en série souffrant de schizophrénie sont encore plus particuliers de par le fait de leur maladie, qui nous laisse supposer qu'ils doivent présenter des différences avec les auteurs non schizophrènes, concernant l'histoire de vie et la dynamique du passage à l'acte. De plus, la question de la prévention et de la prise en charge pour ces patients est quelque chose sur laquelle il est certainement plus facile d'agir, que sur le tueur en série classique, souffrant d'un trouble de la personnalité. Pourtant, nous n'avons retrouvé aucune étude se rapportant à cette population, seuls quelques cas cliniques ont été publiés.

Notre étude rétrospective descriptive portait donc sur une population de 14 auteurs d'homicide sériel souffrant de schizophrénie. Bien que d'effectif faible, nous avons pu dégager certaines données, qui ne correspondaient pas nécessairement aux données de la littérature, qui concernent en général les meurtries sexuels en série.

Les auteurs de notre étude étaient en général plus isolés et marginalisés. Tous avaient présenté des évènements de vie déstabilisants. Les consommations de toxiques étaient plus faibles que chez la population schizophrène habituelle. On retrouvait également fréquemment la présence d'une paraphilie. Presque tous les auteurs souffraient d'une schizophrénie de sous-type paranoïde.

Il est important de souligner que presque tous les auteurs étaient bien connus de la psychiatrie et de la justice, et souvent en rupture de soins avant le premier homicide, ce qui peut faire poser la question de comment améliorer le repérage de ses patients et leur prise en charge pour essayer d'éviter l'entrée dans la sérialité.

Concernant les passages à l'acte, il semble y avoir une intrication entre la symptomatologie délirante (toujours présente), la présence d'une paraphilie ou d'un trouble sexuel, et probablement le trouble de la personnalité. Le délire semble donner une justification inconsciente au passage à l'acte homicidaire. En effet la majorité des auteurs tuaient dans le cadre de leur délire (souvent mystique). Le modus operandus variait d'ailleurs pour un même auteur. Concernant les victimes, les résultats étaient

variables avec des auteurs qui se limitaient à un certain type de victime et d'autres non. L'homicide était en général rapide et on retrouvait peu d'actes de tortures, sauf pour les auteurs souffrant de sadisme. On peut s'étonner d'un certain degré de préméditation pour tous les auteurs, même quand ceux-ci sont dans une phase active de la maladie. Les atteintes du cadavre étaient assez souvent retrouvées, avec la mutilation en tête.

Le délai entre deux meurtres (COP) semblait être en rapport avec l'intensité du délire et les hallucinations, plus le délire était présent, plus les COP étaient courtes.

Le devenir de ces patient est assez inégal, certains ont même étaient condamnés à la peine capitale, alors que certains paraissaient clairement psychotiques au moment des faits. Les auteurs semblant avoir eu la prise en charge la plus adaptée sont ceux qui ont été irresponsabilisés pénalement, bien qu'ils n'aient jamais été autorisés à sortir de l'hôpital.

Cette étude a permis de mettre en évidence certaines particularités de ces auteurs, notamment le rôle du délire dans les passages à l'acte. Il semble important de garder en tête les facteurs de risques chez les patients schizophrènes de passage à l'acte homicidaire, afin d'améliorer la prise en charge de ses patients, pour tenter de prévenir le passage à l'acte. SI celui-ci n'a pu être évité, on peut se poser la question de l'intérêt d'une prise en charge dans des établissements spécialement dédiés, comme l'on retrouve au canada ou aux USA.

La poursuite de ce travail à plus grande échelle, avec inclusions dans les hôpitaux et à partir des dossiers judiciaires et non à partir de sources publiques, pourraient nous permettre d'éclaircir certains points comme l'implication du trouble de la personnalité, des fantasmes et des paraphilies chez ses patients ; et surtout l'étude du parcours thérapeutique pour essayer de dégager des éléments de prévention de la rupture de soins.

ANNEXE

GRILLE DE LECTURE UTILISEE

INFORMATIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1- Ethnie : caucasien ☐ afro-américain ☐ hispanique ☐ asiatique ☐

2- Age au moment de l'arrestation :

3- Situation maritale :

Célibataire ☐ marié ☐ en couple ☐ divorcé ☐ veuf ☐ NC ☐

4- Enfants ? oui ☐ non ☐ NC ☐

5- Événements de vie :

Parents/proches décèdes ☐ parents séparés ☐

Maltraitance physique ☐ psychologique ☐ abus sexuel ☐

Carence affective ☐ vécu abandonnique ☐ ras☐ NC ☐

6- Niveau d'étude :

Maternelle ☐ primaire ☐ collège ☐ lycée ☐ supérieur ☐ NC☐

7- Emploi : oui ☐ non ☐ NC ☐

8- Précarisé : oui ☐ non ☐ NC ☐

9- Isolement social : oui ☐ non ☐ NC ☐

10- Qi/niveau d'intelligence :

Retard mental ☐ limite ☐ normal ☐ supérieur ☐ NC ☐

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PSYCHIATRIQUES

1-Antecedents familiaux :

Alcoolisme ☐ drogue ☐ troubles de l'humeur ☐ schizophrénie ☐

Autres psychoses☐ Tentative de suicide ☐ retard mental ☐ ras ☐ NC ☐

2- Antécédents familiaux judiciaires : oui ☐ non ☐ NC ☐

3- Cruauté envers les animaux : oui ☐ non ☐ NC ☐

4- Enurésie nocturne : oui ☐ non ☐ NC ☐

5- Départs de feux : oui ☐ non ☐ NC ☐

6- Connu de la psychiatrie avant arrestation : oui ☐ non ☐ NC ☐

Si oui : Antécédents d'hospitalisation : oui ☐ non ☐ NC ☐

Rupture de soins : oui ☐ non ☐ NC ☐

Soins pénalement ordonnes : oui ☐ non ☐ NC ☐

Schizophrénie diagnostiquée : oui ☐ non ☐ NC ☐

7- ATCD épilepsie : oui ☐ non ☐ NC ☐

8- ATCD traumatisme crânien : oui ☐ non ☐ NC ☐

9- Alcoolisme : oui ☐ non ☐ NC ☐

10- Consommation de drogues : oui ☐ non ☐ NC ☐

11- ATCD TS : oui ☐ non ☐ NC ☐

Si oui : IMV ☐ phlébotomie ☐ pendaison ☐ arme à feu ☐ autre ☐ NC☐

12- Paraphilie : oui ☐ non ☐ NC ☐

Si oui :

Sadisme ☐ voyeurisme ☐ exhibitionnisme ☐ fétichisme ☐ masochisme ☐

transvestisme ☐ pédophilie ☐ nécrophilie ☐

13- Fantasmatique sadique ? oui ☐ non ☐ NC ☐

14- Troubles personnalité : oui ☐ non ☐ NC ☐

Si oui : antisociale ☐ borderline ☐ schizoïde ☐ narcissique ☐ paranoïaque☐

15- diagnostic de psychopathie : oui ☐ non ☐ NC ☐

16- Auteur de violences, judiciarisées ou non :

Physiques : oui ☐ non ☐ NC ☐

Psychologiques : oui ☐ non ☐ NC ☐

Sexuelles : oui ☐ non ☐ NC ☐

17 – type de schizophrénie : paranoïde ☐ chronique indifférencié ☐ catatonique ☐

hébéphrénique ☐ résiduelle ☐ NC ☐

ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

1- Age de début de l'activité criminelle ?

2**- ATCD d'arrestations ?** oui ☐ non ☐ NC ☐

3**- ATCD d'incarcération ?** oui ☐ non ☐ NC ☐

Pour 2 et 3, si oui, motif :

Agression sexuelle ☐ vol ☐ violences physiques ☐ cambriolage ☐

homicide ☐ Tentative d'homicide ☐ incendie volontaire ☐

Irresponsabilisation : oui ☐ non ☐ NC ☐

Inapte à subir son procès : oui ☐ non ☐ NC ☐

PHASE CRIMINELLE

1- Nombre de meurtres :

2- Age lors du premier crime :

3- Alcoolise au moment des faits : oui ☐ non ☐ NC ☐

4- consommation de drogue au moment des faits : oui ☐ non ☐ NC ☐

5- Lieu :

Domicile auteur ☐ domicile victime ☐ travail victime ☐ lieu publique ☐ NC☐

6- Nombre d'Etats :

7- Moment de la journée : jour ☐ soir ☐ nuit ☐ NC☐

8- Complice ? oui ☐ non ☐ NC ☐

9- Arme : blanche ☐ à feu ☐ strangulation ☐ opportunité ☐ contondant ☐

mains nues ☐ autre ☐ NC☐

10- Symptomatologie psy :

Délire ☐ hallucinations ☐ dissociation ☐ persécution ☐ dépression ☐

aucune ☐ NC☐

11- Viol : oui ☐ non ☐ NC ☐

12- Torture : oui ☐ non ☐ NC ☐

13- Préméditation : de la victime ☐ du meurtre ☐ non☐ NC ☐

14 – Actes de violences entre les homicides :

Tentative de meurtre ☐ agression sexuelle ☐ vol ☐ cambriolage ☐

Agression physique ☐ autre ☐ NC ☐ ras ☐

15- Modus operandi : caractéristiques communes ☐ variable ☐ NC ☐

16- Scène de crime : Organisée ☐ désorganisée ☐ mixte ☐

17 – Victime :

Sexe : femme ☐ homme ☐ les deux ☐

Age : <15 ans ☐ 15-29 ans ☐ 30-60 ans ☐ >60 ans ☐ NC ☐

Lien : familial ☐ connaissance ☐ inconnu ☐ NC ☐

Même type de victime : oui ☐ non ☐

PHASE POST-CRIMINELLE

1- Atteintes du cadavre :

Mutilation ☐ activité sexuelle ☐ trophée ☐ acharnement ☐ vampirisme ☐

cannibalisme ☐ NC☐

2- Comportement immédiat après l'acte :

mise en scène ☐ maquillage de la scène ☐ fuite ☐ dissimule le corps ☐ se rend☐

NC☐

3- État émotionnel après l'acte :

Banalisation ☐ absence d'affects ☐ déni des faits ☐ dissociation ☐

réaction délirante ☐ affects dépressifs ☐ soulagement ☐

Sentiment de toute-puissance ☐ NC☐

4- Jeu avec la police (indices, fausse piste..) : oui ☐ non ☐ NC ☐

5- Duree des COP: jours ☐ semaines ☐ mois ☐ années ☐ NC☐

6- verdict : incarcération a vie ☐ peine de mort ☐ irresponsabilité pénale☐

7- post verdict :

TS : oui ☐ non ☐ NC ☐

Comportement violent : oui ☐ non ☐ NC ☐

Traitement pharmacologique : oui ☐ non ☐ NC ☐

Stabilisation de la pathologie : oui ☐ non ☐ NC ☐

8- Devenir : toujours en prison ☐ toujours hospitalise ☐ exécuté ☐ suicide☐

décès naturel ☐ NC☐

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 : différence entre les scènes de crime organisées et désorganisées……33
Tableau 2 : différence des sous-types de schizophrénie entre les différents DSM...61
Tableau 3 : Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles schizophréniques graves (HAS)……..65

FIGURES

Figure 1 : Répartition par tranche d'âge d'arrestation…….93
Figure 2 : Situation maritale…….94
Figure 3 : Evènements de vie……..95
Figure 4 : Niveau d'études…….....95
Figure 5 : niveau d'intelligence……96
Figure 6 : Contacts antérieurs avec la psychiatrie…… ..……97
Figure 7 : Paraphilies……98
Figure 8 : Troubles de la personnalité……99
Figure 9 : Motifs d'arrestation……100
Figure 10 : Nombre de meurtres par individu……101
Figure 11 : Age lors du premier homicide……101
Figure 12 : Durée entre le premier homicide et l'arrestation……102
Figure 13 : Lieu du passage à l'acte ……...103
Figure 14 : Arme utilisée……104
Figure 15 : Age des victimes par auteur…….....105
Figure 16 : Répartition des auteurs suivant l'âge des victimes……106
Figure 17 : Lien avec la victime……106
Figure 18 : Comportement entre les homicides……..107
Figure 19 : Atteintes au cadavre……...108

BIBLIOGRAPHIE

I. Bibliographie générale

Adjorlolo S, Chan HCO. The controversy of defining serial murder: Revisited. Aggression and Violent Behavior. sept 2014;19(5):486-91.

Ahumada P. Quelles sont les différences entre la justice française et la justice américaine ? [Internet].2011.[cité 7 nov 2016]. Disponible sur : http://www.politique.net/2011060602-differences-justice-francaise-justice-americaine.htm

ALI. Model Penal Code, Article 4.01(1) (1985)

Ajzen I. The Social Psychology of Decision Making. . In E. T. Higgins, & A. W. Kruglanski, Social psychology: Handbook of basic principles. New York: Guilford Press. 1996 (pp. 297–328).

Allely CS, Minnis H, Thompson L, Wilson P, Gillberg C. Neurodevelopmental and psychosocial risk factors in serial killers and mass murderers. Aggression and Violent Behavior. mai 2014;19(3):288-301.

Allen D, Evans C, Hider A, Hawkins S, Peckett H, Morgan H. Offending behaviour in adults with Asperger syndrome. J Autism Dev Disord. avr 2008;38(4):748-58.

Angelergues J, Kamel F. Argument, Revue française de psychanalyse 3/2003 (Vol. 67), p. 797-802.

APA. DSM : Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders. Washington, DC. American Psychiatric Association; 1952.

APA. DSM II : Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Washington DC. American Psychiatric Association. 1968.

APA. DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC.: The American Psychiatric Association; 1985.

APA. DSM IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision. 4 édition. Washington, DC: American Psychiatric Assoc Pub; 2000.

Arieti S, Schreiber FR. Multiple murders of a schizophrenic patient: a psychodynamic interpretation. J Am Acad Psychoanal. oct 1981;9(4):501-24.

Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. Br J Soc Psychol. déc 2001;40(Pt 4):471-99.

Balier C. Psychanalyse des comportements violents. Paris: PUF; 2002.

Barzman DH, Patel A, Sonnier L, Strawn JR. Neuroendocrine aspects of pediatric aggression: Can hormone measures be clinically useful? Neuropsychiatr Dis Treat. 2010;6:691-7.

Beauregard E, Proulx J. Profiles in the offending process of nonserial sexual murderers. Int J Offender Ther Comp Criminol. août 2002;46(4):386-99.

Beauregard E, Proulx J. A classification of sexual homicide against men. Int J Offender Ther Comp Criminol. août 2007;51(4):420-32.

Beech AR, Mitchell IJ. A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems. Clinical Psychology Review. févr 2005;25(2):153-82.

Benayoun MD, Bénézech M. Le psychotique pervers et la sanction pénale. Analyse clinique et psychodynamique. Ann Méd Psychol 1999 ; 157 : 657-7221.

Bénézech M, Benayoun MD, Hachouf S. Homicide sadique d'un homosexuel par un schizophrène. Considérations médicolégales sur les fantasmes pervers chez les psychotiques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. juin 2001;159(5):363-8.

Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. Encycl. Med. Chir. (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15 p.

Brophy J. The meaning of murder. New York: Thomas Y. Crowell Company; 1967.

Burgess AW, Hartman CR, Ressler RK, Douglas JE, McCormack A. Sexual Homicide A Motivational Model. J Interpers Violence. 9 janv 1986;1(3):251-72.

Campobasso CP, Colonna MF, Carabellese F, Grattagliano I, Candelli C, Morton RJ, et al. A serial killer of elderly women: Analysis of a multi-victim homicide investigation. Forensic Science International. 10 mars 2009;185(1–3):e7-11.

Canter DV, Alison LJ, Alison E, Wentink N. The Organized/Disorganized Typology of Serial Murder: Myth or Model? Psychology, Public Policy, and Law. 2004;10(3):293-320.

Chan HCO, Beauregard E, Myers WC. Single-victim and serial sexual homicide offenders: differences in crime, paraphilias and personality traits. Crim Behav Ment Health. févr 2015;25(1):66-78.

Chan HCO, Frei A. Female Sexual Homicide Offenders An Examination of an Underresearched Offender Population. Homicide Studies. 1 févr 2013;17(1):96-118.

Chan HCO, Heide KM, Beauregard E. What propels sexual murderers: a proposed integrated theory of social learning and routine activities theories. Int J Offender Ther Comp Criminol. avr 2011;55(2):228-50.

Chan HCO, Heide KM. Sexual homicide: a synthesis of the literature. Trauma Violence Abuse. janv 2009;10(1):31-54.

Chasseguet-Smirgel J. Ethique et esthétique de la perversion. Seyssel: Editions Champ Vallon; 2006.

Cohen LE, Felson M. Social Change and Crime Rate Trends: A Routine Activity Approach. American Sociological Review. 1 août 1979;44(4):588-608.

Cormier BM, Angliker CCJ, Boyer R, Mersereau G. The Psychodynamics of Homicide Committed in a Semi-Specific Relationship. Canadian J Criminology & Corrections. 1972;14:335.

Costanzo, M.A., & Gerrity, E. The effects and effectiveness of using torture as an interrogation device: Using research to inform the policy debate. Social Issues and Policy Review, 2009 ; 3(1), 179–210.39.

Crépault C, Couture M. Men's erotic fantasies. Arch Sex Behav. déc 1980;9(6):565-81.

Crossland JMP and JR. The Fifty Most Amazing Crimes Of The Last 100 Years. First Edition edition. Odhams Press Limited; 1936.

Culhane SE, Hilstad SM, Freng A, Gray MJ. Self-reported psychopathology in a convicted serial killer. J Investig Psych Offender Profil. 1 janv 2011;8(1):1-21.

Cusson M, Ouimet M, Proulx J. Les violences criminelles. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval; 1999.

Davignon G. L'impact du trouble de la personnalité antisociale sur les actes de violences graves de personnes souffrant de schizophrénie. A partir de l'étude de 11 auteurs d'homicide souffrant de schizophrénie. [Thèse] Université de Poitiers. 2011.

Décret n° 2008-361 du 16 avril 2008 relatif notamment aux décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental | Legifrance [Internet]. [cité 7 nov 2016]. Disponible.sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2008/4/16/JUSD0806359D/jo/texte

Delisi M, Scherer AM. Multiple Homicide Offenders Offense Characteristics, Social Correlates, and Criminal Careers. Criminal Justice and Behavior. 6 janv 2006;33(3):367-91.

Dietz PE, Hazelwood RR, Warren J. The sexually sadistic criminal and his offenses. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1990;18(2):163-78.

Dietz PE. Mass, serial and sensational homicides. Bull N Y Acad Med. juin 1986;62(5):477-91.

Douglas J, Burgess AW, Burgess AG, Ressler RK. Crime Classification Manual: A Standard System for Investigating and Classifying Violent Crime. 3 edition. Hoboken: Wiley; 2013.

Douglas JE, Burgess AW, Burgess AG, Ressler RK. Crime Classification Manual. First Edition edition. New York : Toronto : New York: Lexington Books; 1992.

Dusky v. United States, 362 U.S. 402 (1960).

Egger SA. Serial Murder: An Elusive Phenomenon. New York: Praeger; 1990.

Egger SA. The killers among us: an examination of serial murder and its investigation. Prentice Hall; 1998.

Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. Psychiatr Serv. avr 1996;47(4):403-6.

Eysenck HJ. The Biological Basis of Personality. Transaction Publishers; 1967.

Farrell, A. L., Keppel, R. D., & Titterington, V. B. (2011). Lethal ladies: Revisiting what we know about female serial murderers. Homicide Studies, 15(3), 228–252.55.

FBI. Expanded Homicide Data [Internet]. 2011. Disponible sur: https://ucr.fbi.gov/crime-in-the-u.s/2011/crime-in-the-u.s.-2011/offenses-known-to-law-enforcement/expanded/expanded-homicide-data

FBI. Serial Murder, multi-disciplinary perspectives for investigators [Internet]. FBI. 2008 [cité 28 juill 2015]. Disponible sur: https://www.fbi.gov/stats-services/publications/serial-murder/serial-murder-1

Firestone P, Bradford JM, Greenberg DM, Larose MR. Homicidal sex offenders: psychological, phallometric, and diagnostic features. J Am Acad Psychiatry Law. 1998;26(4):537-52.

Fitzgerald M. Autistic psychopathy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. août 2001;40(8):870.

Folino JO. Sexual Homicides and Their Classification According to Motivation: A Report from Argentina. Int J Offender Ther Comp Criminol. 1 déc 2000;44(6):740-50.

Fox JA, Levin J. Extreme Killing. 3 edition. Sage Publications; 2014.

Fox JA, Levin J. Serial Murder: Popular Myths and Empirical Realities. In: Homicide: A Sourcebook of Social Research. USA: SAGE Publications; 1999 p. 165-75.

Fox JA, Levin J. Overkill: Mass Murder and Serial Killing Exposed. New York: Springer; 1994.

Fox JA, Levin J. Multiple Homicide: Patterns of Serial and Mass Murder. In Crime and Justice.1998 ; Vol. 23, pp. 407-455

Fox JA, Levin J. Extreme Killing: Understanding Serial and Mass Murder. SAGE; 2005.

Freedman D, Hemenway D. Precursors of lethal violence: a death row sample. Social Science & Medicine. juin 2000;50(12):1757-70.

Geberth VJ. Mass, serial and sensational homicides: the investigative perspective. Bull N Y Acad Med. juin 1986;62(5):492-6.

Gee DG, Devilly GJ, Ward T. The content of sexual fantasies for sexual offenders. Sex Abuse. oct 2004;16(4):315-31.

Gibson DC. B.T.K. Strangler versus Wichita Police Department: The significance of serial murder media relations. Public Relations Review. mars 2006;32(1):58-65.

Golenkov A, Large M, Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. Crim Behav Ment Health. déc 2013;23(5):347-55.

Gollmar RH. Edward Gein. New York: St Martins Mass Market Paper; 1984.

Haggerty KD. Modern serial killers. Crime Media Culture. 8 janv 2009;5(2):168-87.

Harbort S, Mokros A. Serial Murderers in Germany from 1945 to 1995 A Descriptive Study. Homicide Studies. 11 janv 2001;5(4):311-34.

HAS. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Paris: Haute Autorité de la Santé, 2011.

Hazelwood, R. R. & Douglas, J. E. The lust murderer. FBI Law Enforcement Bulletin, 1980 ; 18-22.

Heide KM, Keeney B. Serial Murder: A More Accurate and Inclusive Definition. Int J Offender Ther Comp Criminol. 12 janv 1995;39(4):299-306.

Heilbrun AB. Cognitive models of criminal violence based upon intelligence and psychopathy levels. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1982;50(4):546-57.

Hellman DS, Blackman N. Enuresis, firesetting and cruelty to animals: a triad predictive of adult crime. AJP. 1 juin 1966;122(12):1431-5.
Hickey EW. Serial murderers and their victims. Belmont, Calif.: Wadsworth Pub. Co.; 1991.

Hickey EW. Serial murderers and their victims (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth Pub. Co.; 1997.

Hickey EW. Serial Murderers and their Victims. 6 edition. Belmont, CA: Cengage Learning; 2012.

Hickey EW, Harris BR. Serial Killing. Encyclopedia of Forensic Sciences. Waltham: Academic Press; 2013 ;p. 197-201.

Hill A, Habermann N, Berner W, Briken P. Sexual sadism and sadistic personality disorder in sexual homicide. J Pers Disord. déc 2006;20(6):671-84.

Hinch R, Hepburn C. Researching Serial Murder: Methodological and Definitional Problems. Electronic Journal of Sociology [Internet]. 1997 [cité 4 nov 2016];3(2). Disponible sur: http://www.sociology.org/content/vol003.002/hinch.html

Hippler K, Viding E, Klicpera C, Happé F. No increase in criminal convictions in Hans Asperger's original cohort. J Autism Dev Disord. juin 2010;40(6):774-80.

Hodgins S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. Philos Trans R Soc Lond, B, Biol Sci. 12 août 2008;363(1503):2505-18.

Holmes RM, Burger JD, Holmes ST. Inside the mind of the serial murder. AJCJ. 1988;13(1):1-9.

Holmes RM, Holmes ST. Serial Murder. 3rd ed. edition. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2010. 288 p.

Holmes, R. & DeBurger, J. (1985) Profiles in terror: the serial murderer.Federal Probation, 39, 29–34.90

Homant RJ, Kennedy DB. Understanding Serial Sexual Murder: A Biopsychosocial Approach. In: Petherick W, éditeur. Profiling and Serial Crime (Third Edition) Boston: Academic Press; 2014 ; p. 341-72.

Hughes R. The Complete Detective: The Life and Strange and Exciting Cases of Raymond Schindler, Master Detective. Sheridan House. New York: Rowman & Littlefield; 1950.

Ioana IM. No One is Born a Serial Killer! Procedia - Social and Behavioral Sciences. 28 juin 2013;81:324-8.

James J, Proulx J. A psychological and developmental profile of sexual murderers: A systematic review. Aggression and Violent Behavior. sept 2014;19(5):592-607.

James J, Proulx J. The modus operandi of serial and nonserial sexual murderers: A systematic review. Aggression and Violent Behavior [Internet]. [cité 3 nov 2016]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178916301367

Jenkins P. Using Murder: The Social Construction of Serial Homicide. New Brunswick: Transaction Publishers; 1994.

Jenkins P. Sharing Murder: Understanding Group Serial Homicide. Journal of Crime and Justice. 1 janv 1990;13(2):125-47.

Johnson BR, Becker JV. Natural born killers?: the development of the sexually sadistic serial killer. J Am Acad Psychiatry Law. 1997;25(3):335-48.

Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. Psychol Med. avr 2004;34(3):433-42.

Kalian M, Birger M, Witztum E. Reassessing « Jacob's case »: a serial killer re-examined after ten years. Med Law. 2004;23(1):59-71.

Kallian M, Bar-el YC, Durst R, Witztum E. Jacob--the case of a serial killer. Isr J Psychiatry Relat Sci. 1996;33(4):221-7.

Kerr KJ, Beech AR, Murphy D. Sexual homicide: Definition, motivation and comparison with other forms of sexual offending. Aggression and Violent Behavior. janv 2013;18(1):1-10.

Kessler RC. The prevalence of psychiatric comorbidity. In: Wetzler S, Sanderson WC, éditeurs. Treatment strategies for patients with psychiatric comorbidity. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1997. p. 23-48. (An Einstein psychiatry publication, No. 14.).

Knoll JL, Hazelwood RR. Becoming the victim: Beyond sadism in serial sexual murderers. Aggression and Violent Behavior. mars 2009;14(2):106-14.

Kocsis RN, Irwin HJ. The psychological profile of serial offenders and a redefinition of the misnomer of serial crime. Psychiatry, Psychology and Law. 1 nov 1998;5(2):197-213.

Kolla NJ, Malcolm C, Attard S, Arenovich T, Blackwood N, Hodgins S. Childhood maltreatment and aggressive behaviour in violent offenders with psychopathy. Can J Psychiatry. août 2013;58(8):487-94.

Kraemer GW, Lord WD, Heilbrun K. Comparing single and serial homicide offenses. Behav Sci Law. 2004;22(3):325-43.

Krafft-Ebing R von. Psychopathia Sexualis. Paris: G. Carré; 1895

Lamothe P. Psychopathie « américaine » et psychopathie « française » : une confrontation clinique et culturelle. Evolution Psychiatrique. 2001;66, n° 4:602-8.

Le Bihan P, Bénézech M. La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. oct 2005;163(8):642-55.

Leistedt S, Coumans N, Pham T-H, Linkowski P. Psychopathologie du tueur en série. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. oct 2008;166(8):677-85.
Leistedt S, Linkowski P. The serial murder: a few theoretical perspectives. Rev Med Brux. juin 2011;32(3):169-78.

Leo RA. Police Interrogation and American Justice. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 2008.

Lester D, White J. Which serial killers commit suicide? An exploratory study. Forensic Science International. 30 nov 2012;223(1–3):e56-9.

Levin J, Fox JA. Mass Murder: America's Growing Menace. Plenum Press; 1985.

Leyton, E. (1999). Serial and mass murderers. In L. Kurtz (Ed.), The encyclopedia of violence, (Vol. 3, pp. 279-292). New York: Academic Press.

Lindsay P. The mainspring of murder. London: John Long Limited; 1958.

Loewenstein GF, Weber EU, Hsee CK, Welch N. Risk as feelings. Psychol Bull. mars 2001;127(2):267-86.

Lunde DT, Morgan J. The Die Song: A Journey into the Mind of a Mass Murderer. 1st Edition edition. New York: W W Norton & Co Inc; 1980.

Malmquist CP. Homicide: A Psychiatric Perspective. American Psychiatric Press; 1996.

Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. Psychiatr Serv. nov 2006;57(11):1648-51.

Meloy JR. The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review. Aggression and Violent Behavior. janv 2000;5(1):1-22. 127.

Meloy JR. Les psychopathes : essai de psychopathologie dynamique. Paris: Frison-Roche; 2002.

Miller L. Psychological evaluations in the criminal justice system: Basic principles and best practices. Aggression and Violent Behavior. janv 2013;18(1):83-91.

Miller L. Serial killers: II. Development, dynamics, and forensics. Aggression and Violent Behavior. janv 2014;19(1):12-22.

Miller L. Serial killers: I. Subtypes, patterns, and motives. Aggression and Violent Behavior. janv 2014;19(1):1-11.

Mills S, Raine A. Neuroimaging and Aggression. Journal of Offender Rehabilitation. 1 déc 1994;21(3-4):145-58.

Molloy C, Conroy RM, Cotter DR, Cannon M. Is traumatic brain injury a risk factor for schizophrenia? A meta-analysis of case-controlled population-based studies. Schizophr Bull. nov 2011;37(6):1104-10.
Morton RJ, McNamara JJ. Serial murder. In: Payne-James J, éditeur. Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine. Oxford: Elsevier; 2005. p. 47-53.

Mouridsen SE, Rich B, Isager T, Nedergaard NJ. Pervasive developmental disorders and criminal behaviour: a case control study. Int J Offender Ther Comp Criminol. avr 2008;52(2):196-205.

Myers WC, Bukhanovskiy A, Justen E, Morton RJ, Tilley J, Adams K, et al. The relationship between serial sexual murder and autoerotic asphyxiation. Forensic Science International. 7 avr 2008;176(2–3):187-95.

Myers WC, Husted DS, Safarik ME, O'Toole ME. The motivation behind serial sexual homicide: is it sex, power, and control, or anger? J Forensic Sci. juill 2006;51(4):900-7.

Newton M. The Encyclopedia of Serial Killers. 2nd ed. edition. Checkmark Books; 2006.

Osborne JR, Salfati CG. Re-Conceptualizing « Cooling-Off Periods » in Serial Homicide. Homicide Studies. 24 mars 2014.

Ostrosky-Solís F, Vélez-García A, Santana-Vargas D, Pérez M, Ardila A. A middle-aged female serial killer. J Forensic Sci. sept 2008;53(5):1223-30.

Perri, F. S., & Lictenwald, T. G. (2010). The last frontier: Myths of the female psychopathic killer. The Forensic Examiner, 51–67.141.

Pollock JM, Mullings JL, Crouch BM. Violent Women Findings From the Texas Women Inmates Study. J Interpers Violence. 4 janv 2006;21(4):485-502.

Prentky RA, Burgess AW, Rokous F, Lee A, Hartman C, Ressler R, et al. The presumptive role of fantasy in serial sexual homicide. Am J Psychiatry. juill 1989;146(7):887-91.

Prentky, R. A. and Carter, D. L. (1984), The predictive value of the triad for sex offenders. Behav. Sci. Law, 2: 341–354.

Quinet K. The Missing Missing Toward a Quantification of Serial Murder Victimization in the United States. Homicide Studies. 11 janv 2007;11(4):319-39.

Quintin P, Klein P, Carriere P. L'image de la schizophrénie et des patients auprès du grand public. Enquête institut Lilly/IPSOS. Nervure. 2001;14(9):16-9.

R V M'Naghten (1843) 8 E.R. 718; (1843) 10 Cl. & F. 200

Racamier P.C. (1986), De l'agonie psychique à la perversion narcissique, in *RFP,* 50, nº 5, Paris, PUF.

Racamier P.C. Le Génie des origines : Psychanalyse et psychoses. Paris: Payot; 1992.

Racamier P.C, *Cortège conceptuel,* Éd. Apsygée, Paris, 1993.

Rajs J, Lundström M, Broberg M, Lidberg L, Lindquist O. Criminal multilation of the human body in Sweden--a thirty-year medico-legal and forensic psychiatric study. J Forensic Sci. mai 1998;43(3):563-80.

Rappaport, R. G. (1988). The serial and mass murderer. American Journal of Forensic Psychiatry, 9, 39–48.152.

Ressler RK, Shachtman T. Whoever Fights Monsters. New York :St. Martin's Press; 1992.

Ressler RK, Shachtman T. I Have Lived in the Monster: A Report From The Abyss. 1st edition. New York: St. Martin's Press; 1997.

Ressler, R. K., Burgess, A. W., & Douglas, J. E.Sexual homicide: Patterns and motives. Lexington, MA: Lexington. 1988

Ressler, R., Burgess, A., D'Agostino, R., & Douglas, J. Serial murder: a new phenomenon of homicide, paper presented at the tenth triennial meeting of the International Association of Forensic Sciences. 1984.

S. Richard-Devantoy, J.-P. Du ot, A.-S. Chocard, J.-P. Lhuillier, J.-B. Garre, et al.Homicide et schizophrénie: à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. Ann Méd-Psychol. 2009;167(8):616-24.

Roy A, Mazonson A, Pickar D. Attempted suicide in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry. mars 1984;144:303-6.

Saint-André S, Richard Y, Lazartigues A. Actualité psychiatrique sur les vampires. Vampire : un mythe contemporain ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. août 2009;167(6):416-21. 161.

Schechter H. The Serial Killer Files: The Who, What, Where, How, and Why of the World's Most Terrifying Murderers. 1 edition. New York: Ballantine Books; 2003.

Schlesinger LB, Kassen M, Mesa VB, Pinizzotto AJ. Ritual and signature in serial sexual homicide. J Am Acad Psychiatry Law. 2010;38(2):239-46.

Schlesinger LB, éditeur. Serial Offenders: Current Thought, Recent Findings. 1 edition. Boca Raton: CRC Press; 2000.

Schlesinger LB. Sexual homicide: Differentiating catathymic and compulsive murders. Aggression and Violent Behavior. mars 2007;12(2):242-56.

Schreiber FR. The Shoemaker: The Anatomy of a Psychotic. First edition. New York: Simon & Schuster; 1983

Sewall LA, Krupp DB, Lalumière ML. A Test of Two Typologies of Sexual Homicide. Sex Abuse. 1 févr 2013;25(1):82-100.

Sheeran P. Intention—Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. European Review of Social Psychology. 1 janv 2002;12(1):1-36.

Silva JA, Leong GB, Ferrari MM. A neuropsychiatric developmental model of serial homicidal behavior. Behav Sci Law. 2004;22(6):787-99.

Silvio H, McCloskey K, Ramos-Grenier J. Theoretical consideration of female sexual predator serial killers in the United States. Journal of Criminal Justice. mai 2006;34(3):251-9.

Simkin MV, Roychowdhury VP. Stochastic modeling of a serial killer. Journal of Theoretical Biology. 21 août 2014;355:111-6.

Simon RI. Bad Men Do What Good Men Dream: A Forensic Psychiatrist Illuminates the Darker Side of Human Behavior. American Psychiatric Pub; 2009.

Skrapec CA. Defining serial murder: A call for a return to the originalLustmörd. J Police Crim Psych. juin 2001;16(2):10-24.

Slobogin, C. (2010). Psychological syndromes and criminal responsibility. Annual Review of Law and Social Science, 6, 109–127.

Stein A. Fantasy, Fusion, and Sexual Homicide. Contemporary Psychoanalysis. 1 oct 2004;40(4):495-517.

Stoker B. Dracula. Londres: Constable & Robinson; 1897.

Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. Am Psychol. avr 1994;49(4):335-42.

Terrance. Undermining Eyewitness Confidence Inflation: Effecting Change Through Expert Testimony - J Forensic Psychol Pract. 2006, 6(1) : 73-82.

Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. Am J Psychiatry. mars 1994;151(3):436-8.

Volavka J. The neurobiology of violence: an update. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1999;11(3):307-14.

Wakefield, H. R. Landru: A real life Bluebeard. In J. M. Parrish & J. R. Crossland (Eds.), The Fifty most amazing crimes of the last 100 years (pp. 17-29). London: Odhams Press.1936

Wax DE, Haddox VG. Enuresis, fire setting, and animal cruelty: A useful danger signal in predicting vulnerability of adolescent males to assaultive behavior. Child Psych Hum Dev. 1974;4(3):151-6.

Wells GL, Quinlivan DS. Suggestive eyewitness identification procedures and the Supreme Court's reliability test in light of eyewitness science: 30 years later. Law Hum Behav. févr 2009;33(1):1-24.

White JH, Lester D, Gentile M, Rosenbleeth J. The utilization of forensic science and criminal profiling for capturing serial killers. Forensic Science International. 15 juin 2011;209(1–3):160-5.

Whitman TA, Akutagawa D. Riddles in serial murder: A synthesis. Aggression and Violent Behavior. sept 2004;9(6):693-703.

Writer L, Barrett, Bouda. Garden of evil: The granny killer's reign of terror. Randwick, N.S.W.: Ironbark Press; 1992.

Yorker BC, Kizer KW, Lampe P, Forrest ARW, Lannan JM, Russell DA. Serial murder by healthcare professionals. J Forensic Sci. nov 2006;51(6):1362-71.

Zagury D, Assouline F. L'énigme des tueurs en série. Paris: Pocket; 2010.

Zagury D. Entre psychose et perversion narcissique. Une clinique de l'horreur : les tueurs en série. Evolution Psychiatrique. 1996;61, n° 1:87-112.

II. Bibliographie des cas cliniques

1. livres

Englade K. Cellar of Horror: The Story of Gary Heidnik. Reissue edition. New York: St. Martin's Paperbacks; 1992.

Schechter H. Deviant: The Shocking True Story of Ed Gein, the Original Psycho. Reprint edition. Gallery Books; 1998. 256 p.

Schreiber FR. The Shoemaker: The Anatomy of a Psychotic. First edition. New York: Simon & Schuster; 1983

Sullivan K. Vampire: The Richard Chase Murders. 1 edition. WildBlue Press; 2015.

2. Pages web :

A former mental patient faced three charges of murder... [Internet]. UPI. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.upi.com/Archives/1985/01/30/A-former-mental-patient-faced-three-charges-of-murder/4095475909200/

Alexander KL. D.C. shotgun shooter seeks 12-hour release from St. Elizabeths. The Washington Post [Internet]. 16 févr 2011 [cité 6 nov 2016]; Disponible sur: http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2011/02/15/AR2011021505489.html

Alexander KL. Victim testifies as 1993 shotgun stalker seeks 12-hour release. The Washington Post [Internet]. 17 févr 2011 [cité 6 nov 2016]; Disponible sur: http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2011/02/16/AR2011021606933.html

Alexander KL. Judge denies D.C. shotgun stalker 12-hour release from St. Elizabeths. The Washington Post [Internet]. 26 févr 2011 [cité 6 nov 2016]; Disponible sur: http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2011/02/25/AR2011022506502.html

AP. Neighbor Is Held in Deaths of 2 Rhode Island Boys. The New York Times [Internet]. 31 déc 1987 [cité 6 nov 2016]; Disponible sur: http://www.nytimes.com/1987/12/31/us/neighbor-is-held-in-deaths-of-2-rhode-island-boys.html

Bailey H. The Unabomber's not-so-lonely prison life [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: https://www.yahoo.com/news/the-unabomber-s-not-so-lonely-prison-life-210559693.html?ref=gs

Boster M. On California's death row, too insane to execute [Internet]. www.latimes.com.[cité6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.latimes.com/projects/la-me-ln-death-row/

Bovsun M. Justice Story: Just crazy for blood [Internet]. NY Daily News. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.nydailynews.com/news/crime/crazy-blood-richard-trenton-chase-vampire-sacramento-article-1.457438

California Supreme Court. People v. Jones - 15 Cal.4th 119 - Mon, 03/10/1997. California Supreme Court Resources [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://scocal.stanford.edu/opinion/people-v-jones-31174

Chia J, Gillman O. Unabomber pens letter from prison saying he's ready to share his story [Internet]. Mail Online. 2016 [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.dailymail.co.uk/news/article-3605293/Unabomber-pens-letter-prison-saying-s-ready-share-story-20-years-brother-led-investigators-arrest.html

Clark Prosecutor. John Errol Ferguson #1343 [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.clarkprosecutor.org/html/death/US/ferguson1343.htm

Criminal Minds Wiki. James Swann [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://criminalminds.wikia.com/wiki/James_Swann

Duggan P. Shotgun stalker ruled insane, not guilty. The Washington Post [Internet]. 27 sept 1994 [cité 6 nov 2016]; Disponible sur: http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2011/02/15/AR2011021501898.html

Endeavor News. Roulette murders : 35 years have passed [Internet] [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.endeavornews.com/news/2008-11-15/news/038.html

Endeavor News. Famous attorney breaks silence on local murder case [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.endeavornews.com/news/2011-07-16/Front_Page/Famous_attorney_breaks_silence_on_local_murder_cas.html

FBI finds body of missing boy (May 7, 1964) [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://archives.chicagotribune.com/1964/05/07/page/1/article/fbi-finds-body-of-missing-boy

Fiorillo V.Gary Heidnik - The Oral History of a Killer [Internet]. Philadelphia Magazine. 2007 [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.phillymag.com/articles/inside-the-house-of-heidnik/

Gilks J. Serial killer magazine, Issue 20 [internet] serialkillercalendar.com 2015 [cité 6 nov2016].Disponible.sur :https://books.google.ca/books?id=kxOqDAAAQBAJ&pg=PT20&lpg=PT20&dq=serial+killer+magazine+issue+20&source=bl&ots=y8scB0kHTp&sig=hBsAFS5APy8YoPvgYP_ZbxnQQ&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjFiM_WsdPPAhUq6oMKHRmwCrMQ6AEIQjAJ#v=onepage&q=serial%20killer%20magazine%20issue%2020&f=false

High Point Enterprise, May 10, 1964, Page 11 [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur:http://newspaperarchive.com/us/north-carolina/high-point/high-point enterprise/1964/05-10/page-11

Http://articles.philly.com/1996-05-09/news/25626579_1_state-prison-prison-officials-consecutive-life-terms.

Jacobs P. Patients Vs. the Public : Mental Case Law: Matter of Rights. Los Angeles Times [Internet]. 18 mars 1985 [cité 6 nov 2016]; Disponible sur: http://articles.latimes.com/1985-03-18/news/mn-22560_1_mental-health

Johnson S. Psychiatric competency report of T. Kaczynski [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.unazod.com/psych.pdf

Kelly C. Serial killer Herbert Mullin denied parole [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible.sur:http://www.santacruzsentinel.com/article/ZZ/20110219/NEWS/110217514

Levesque W. A 21-year-old man charged with abducting and killing two... [Internet]. UPI. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.upi.com/Archives/1987/12/30/A-21-year-old-man-charged-with-abducting-and-killing-two/7662567838800/

Mabley J. Sex killer puts system on spot (September 11, 1975). Chicago Tribune [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://archives.chicagotribune.com/1975/09/11/page/4/article/sex-killer-puts-system-on-spot

Mail Online. Schizophrenic man is killed by lethal injection despite his lawyers' pleas that he was too mentally ill to be executed [Internet]. 2013 [cité 6 nov 2016].Disponible sur:http://www.dailymail.co.uk/news/article-2385201/Schizophrenic-John-Errol-Ferguson-executed-lethal-injection.html

Muller S. Florida executes mentally ill killer John Errol Ferguson [Internet]. MSNBC. 2013 [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.msnbc.com/the-last-word/florida-executes-mentally-ill-killer-john

Murderpedia. Edward Gein [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.G/g/gein-edward.htm

Murderpedia. Gary Heidnik [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.H/h1/heidnik-gary.htm

Murderpedia. George Fitzsimmons [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.F/f/fitzsimmons-george.htm

Murderpedia. Herbert Mullin [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.M/m/mullin-herbert.htm

Murderpedia. James Edward Swann [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.S/s/swann-james.htm

Murderpedia. Jeffrey Gerard Jones [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.J/j/jones-jeffrey-gerard.htm

Murderpedia. John Errol Ferguson [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.F/f/ferguson-john-errol.htm

Murderpedia. Joseph Francis Bryan [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.B/b/bryan-joseph.htm

Murderpedia. Joseph Kallinger [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.K/k/kallinger-joseph.htm

Murderpedia. Lester Harrison [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.H/h/harrison-lester.htm

Murderpedia. Marc Sappington [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.S/s/sappington-marc.htm

Murderpedia. Richard Chase [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.C/c/chase-richard.htm

Murderpedia : Theodore Kaczynski [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.K/k/kaczynski.htm

Murderpedia. William Sarmento [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://murderpedia.org/male.S/s/sarmento-william.htm

Myers L. Killer's family begs that he stay in jail [Internet]. tribunedigital-chicagotribune. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://articles.chicagotribune.com/1986-06-03/news/8602090003_1_murders-sexually-dangerous

O'Conner M, Remy H. « Wrong man » is set free by judge in Grant Park slaying of woman (August 16, 1973) [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://archives.chicagotribune.com/1973/08/16/page/1/article/wrong-man-is-set-free-by-judge-in-grant-park-slaying-of-woman

Ovalle D. Miami killer John Errol Ferguson executed [Internet]. miamiherald. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.miamiherald.com/news/local/community/miami-dade/article1953840.html

Punishable by Death. John Errol Ferguson [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: https://punishablebydeath.wordpress.com/tag/john-errol-ferguson/

Radford University. Serial Killer Information Center [Internet]. [cité 8 nov 2016]. Disponible.sur:http://maamodt.asp.radford.edu/Serial%20Killer%20Information%20Center/Project%20Description.htm

St. Petersburg Times. Man who killed parents, beat wife, charged in death of aunt and uncle. - Google News Archive Search [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible.sur: https://news.google.com/newspapers?nid=888&dat=19750705&id=Z0BSAAAAIBAJ&sjid=p3kDAAAAIBAJ&pg=5958,2431187&hl=en

Supreme Court of Kansas case and opinions. STATE of Kansas, Appellee, v. Marc Vincent Sappington, Appellant. [Internet]. Findlaw. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://caselaw.findlaw.com/ks-supreme-court/1109028.html

The New York Times. Experts in murder trial say shoemaker is schizophrenic. [Internet].30.janv.1984[cité6nov2016];Disponible.sur:http://www.nytimes.com/1984/01/30/us/experts-in-murder-trial-say-shoemaker-is-schizophrenic.html
The Lewiston Daily Sun Suspect confesses to killing R.I boys - Google News Archive Search [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: https://news.google.com/newspapers?nid=1928&dat=19871230&id=azwpAAAAIBAJ&sjid=e2UFAAAAIBAJ&pg=2379,5924917&hl=en

Warren BL. Schizophrenic murderer « who thinks he »s the immortal Prince of God' to be executed in Florida tonight [Internet]. Mail Online. 2012 [cité 6 nov 2016]. Disponible sur:http://www.dailymail.co.uk/news/article-2221881/John-Errol-Ferguson-Schizophrenic-murderer-thinks-hes-Prince-God-to-death-Florida.html

Was William Sarmento Abused By A Satanic Cult? - Google Groupes [Internet]. [cité 6 nov2016].Disponible.sur:https://groups.google.com/forum/#!topic/alt.rhode_island/4kszhczXjs0

RESUME ET MOTS CLES

La population des meurtriers en série est faible et hétérogène. Elle est de ce fait assez peu étudiée. On ne retrouve actuellement pas d'études concernant les tueurs en série souffrant de schizophrénie, il parait pourtant intéressant d'étudier cette population pour essayer de dégager des particularités au niveau de l'histoire de vie et de la dynamique du passage à l'acte, ainsi que d'étudier la phase post-criminelle et leur prise en charge.

Notre étude descriptive portait sur 14 cas, sur le territoire des USA, inclus à partir du site murderpedia. Une grille de recueil des données a été élaborée. Elle concernait l'étude des phases pré-criminelle, criminelle et post-criminelle de ses auteurs.

Parmi les résultats intéressants ayant pu être dégagé, nous retrouvions généralement des auteurs isolés, schizophrènes paranoïdes, chez qui le délire semblait prendre une place importante dans le passage à l'acte, en association avec une paraphilie ou un trouble sexuel, ainsi qu'un trouble de la personnalité, en général antisocial. De plus, ces auteurs étaient presque tous connus de la psychiatrie et de la justice, et étaient en général en rupture de soins avant le premier homicide.

La prise en charge post-sentencielle de ces patients était très inégale avec certains patients condamnés à mort, bien que paraissant assez clairement délirants au moment des faits. Les patients semblant avoir eu la prise en charge la plus adaptée étaient ceux qui ont pu bénéficier d'une irresponsabilisation pénale et ont donc été transférés en unités de psychiatrie médicolégale.

Mots-clés : tueur en série, schizophrénie, homicide sériel, meurtre, paraphilie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

La population des meurtriers en série est faible et hétérogène. Elle est de ce fait assez peu étudiée. On ne retrouve actuellement pas d'études concernant les tueurs en série souffrant de schizophrénie, il parait pourtant intéressant d'étudier cette population pour essayer de dégager des particularités au niveau de l'histoire de vie et de la dynamique du passage à l'acte, ainsi que d'étudier la phase post-criminelle et leur prise en charge.

Notre étude descriptive portait sur 14 cas, sur le territoire des USA, inclus à partir du site murderpedia. Une grille de recueil des données a été élaborée. Elle concernait l'étude des phases pré-criminelle, criminelle et post-criminelle de ses auteurs.

Parmi les résultats intéressants ayant pu être dégagé, nous retrouvions généralement des auteurs isolés, schizophrènes paranoïdes, chez qui le délire semblait prendre une place importante dans le passage à l'acte, en association avec une paraphilie ou un trouble sexuel, ainsi qu'un trouble de la personnalité, en général antisocial. De plus, ces auteurs étaient presque tous connus de la psychiatrie et de la justice, et étaient en général en rupture de soins avant le premier homicide.

La prise en charge post-sentencielle de ces patients était très inégale avec certains patients condamnés à mort, bien que paraissant assez clairement délirants au moment des faits. Les patients semblant avoir eu la prise en charge la plus adaptée étaient ceux qui ont pu bénéficier d'une irresponsabilisation pénale et ont donc été transférés en unités de psychiatrie médicolégale.

Mots-clés : tueur en série, schizophrénie, homicide sériel, meurtre, paraphilie.