



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

137018

DOUBLE

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
2000

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY  
N° 26

## THESE

13 MARS 2000

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Bruno SCHEIFLER

le 06 Mars 2000



# LE MEURTRE DE MASSE DU PSYCHOTIQUE

### Examineurs de la thèse :

|    |                   |            |           |
|----|-------------------|------------|-----------|
| M. | J.-P. KAHN        | Professeur | Président |
| M. | H. COUDANE        | Professeur | Juge      |
| M. | D. SIBERTIN-BLANC | Professeur | Juge      |
| M. | J.-L. SENNINGER   | Docteur    | Juge      |

### Membre invité :

|    |              |            |
|----|--------------|------------|
| M. | J.-L. HUSSON | Professeur |
|----|--------------|------------|

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 162413 7



# THESE



pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

**Bruno SCHEIFLER**

le 06 Mars 2000

## LE MEURTRE DE MASSE DU PSYCHOTIQUE

### Examineurs de la thèse :

|    |                   |            |           |
|----|-------------------|------------|-----------|
| M. | J.-P. KAHN        | Professeur | Président |
| M. | H. COUDANE        | Professeur | Juge      |
| M. | D. SIBERTIN-BLANC | Professeur | Juge      |
| M. | J.-L. SENNINGER   | Docteur    | Juge      |

### Membre invité :

|    |              |            |
|----|--------------|------------|
| M. | J.-L. HUSSON | Professeur |
|----|--------------|------------|

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**



-----  
**Président de l'Université : Professeur Claude BURLET**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND**

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI**

**Assesseurs**

du 1er Cycle :

du 2ème Cycle :

du 3ème Cycle :

de la Vie Facultaire :

**Mme le Docteur Chantal KOHLER**

**Mme le Professeur Michèle KESSLER**

**Mr le Professeur Jacques POUREL**

**Mr le Professeur Philippe HARTEMANN**

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON - Professeur François STREIFF

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Louis PIERQUIN - Etienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - Pierre ARNOULD - Roger BENICHOUX - Marcel RIBON

Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY - François STREIFF - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Jean GROSDIDIER - Michel PIERSON - Jacques ROBERT

Gérard DEBRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Pierre BERNADAC - Jean FLOQUET

Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES

Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Max WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

-----

**42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES**

**1ère sous-section : (Anatomie)**

Professeur Michel RENARD - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

- Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

**2ème sous-section : (Histologie, Embryologie, Cytogénétique)**

Professeur Hubert GERARD - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Bruno LEHEUP

**3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

-----

**43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1ère sous-section : (Biophysique et traitement de l'image)**

Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

**2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Jean-Claude HOEFFEL - Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

-----

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1ère sous-section : (*Biochimie et Biologie Moléculaire*)**

Professeur Pierre NABET - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Francine NABET

Professeur Jean-Louis GUEANT

**2ème sous-section : (*Physiologie*)**

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

**3ème sous-section : (*Biologie cellulaire*)**

Professeur Claude BURLET

**4ème sous-section : (*Nutrition*)**

Professeur Olivier ZIEGLER

-----

**45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES**

**1ère sous-section : (*Bactériologie, Virologie-Hygiène*)**

Professeur Alain LE FAOU

**2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Professeur Bernard FORTIER

**3ème sous-section : (*Maladies infectieuses - maladies tropicales*)**

Professeur Philippe CANTON - Professeur Alain GERARD - Professeur Thierry MAY

-----

**46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE**

**1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

**2ème sous-section : (*Médecine du travail et des risques professionnels*)**

Professeur Guy PETIET

**3ème sous-section : (*Médecine légale*)**

Professeur Henry COUDANE

**4ème sous-section (*Biostatistiques et informatique médicale*)**

Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

-----

**47ème Section : HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, TRANSFUSION, CANCÉROLOGIE ET GÉNÉTIQUE**

**1ère sous-section : (*Hématologie*)**

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI -

Professeur Pierre LEDERLIN

(*Génie biologique et médical*)

Professeur J.François STOLTZ

**2ème sous-section : (*Cancérologie*)**

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

(*Radiothérapie*)

Professeur Pierre BEY

**3ème sous-section : (*Immunologie*)**

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

**4ème sous-section : (*génétiq*)**

Professeur Philippe JONVEAUX

-----

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE**

**1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)**

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS

**2ème sous-section : (*Réanimation médicale*)**

Professeur Alain LARCAN - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Nicolas DELORME

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

**3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique*)**

Professeur René-Jean ROYER - Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

**4ème sous-section : (*Thérapeutique*)**

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

-----

**49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE, PATHOLOGIE MENTALE et RÉÉDUCATION**

**1ère sous-section : (*Neurologie*)**

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

**2ème sous-section : (*Neurochirurgie*)**

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

**3ème sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)**

Professeur Jean-Pierre KAHN

**4ème sous-section : (*Pédopsychiatrie*)**

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5ème sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)**

Professeur Jean-Marie ANDRE

-----

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1ère sous-section : (*Rhumatologie*)**

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

**2ème sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)**

Professeur Daniel SCHMITT - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

**3ème sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

**4ème sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)**

Professeur Michel MERLE - Professeur François DAP

-----

**51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-PULMONAIRE et VASCULAIRE**

**1ère sous-section : (*Pneumologie*)**

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

**2ème sous-section : (*Cardiologie et maladies vasculaires*)**

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Nicolas DANCHIN - Professeur Yves JUILLIÈRE - Professeur Nicolas SADOUL

**3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)**

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jacques BORRELLY - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

**4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire*)**

Professeur Gérard FIEVE

-----

**52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1ère sous-section : (*Hépatologie, gastro-entérologie*)**

Professeur Pierre GAUCHER - Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2ème sous-section : (*Chirurgie digestive*)**

**3ème sous-section : (*Néphrologie*)**

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme)

**4ème sous-section : (*Urologie*)**

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

-----

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE et CHIRURGIE GÉNÉRALE  
MÉDECINE ET CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE**

**1ère sous-section : (*Médecine interne*)**

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI - Professeur Pierre KAMINSKY

**2ème sous-section : (*Chirurgie générale*)**

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

-----

**54ème Section : PATHOLOGIE DE L'ENFANT, OBSTÉTRIQUE, SYSTÈME ENDOCRINIEN  
REPRODUCTION ET DÉVELOPPEMENT**

**1ère sous-section : (*Pédiatrie*)**

Professeur Paul VERT - Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

**2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)**

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL

**3ème sous-section : (*Gynécologie et obstétrique*)**

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

**4ème sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)**

Professeur Jacques LECLERE - Professeur Pierre DROUIN - Professeur Georges WERYHA

**5ème sous-section : (*Biologie du développement et de la reproduction*)**

-----

**55ème Section : SPÉCIALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES**

**1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)**

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

**2ème sous-section : (*Ophtalmologie*)**

Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD

**3ème sous-section : (*Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale*)**

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

-----

**27ème section : INFORMATIQUE**

Professeur Jean-Pierre MUSSE

-----

**64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Daniel BURNEL

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ**

**Hygiène et santé publique**

Professeur Roland SCHULZE-ROBBECKE

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES**

**1ère sous-section : (*Anatomie*)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2ème sous-section : (*Histologie, Embryologie, cytogénétique*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER - Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

**3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)**

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

-----



**43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**  
1ère sous-section : (*Biophysique et traitement de l'image*)  
Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER  
Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

-----

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)  
Docteur Marie-André GELOT - Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK  
Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN - Dr Bernard NAMOUR  
2ème sous-section : (*Physiologie*)  
Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

-----

**45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES**

1ère sous-section : (*Bactériologie, Virologie-Hygiène*)  
Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION  
Docteur Michèle DAILLOUX  
2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)  
Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

-----

**46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE**

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

-----

**47ème Section : HÉMATOLOGIE, CANCÉROLOGIE, IMMUNOLOGIE ET GÉNÉTIQUE**

1ère sous-section : (*Hématologie*)  
Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN  
3ème sous-section : (*Immunologie*)  
Docteur Marie-Nathalie SARDA  
4ème sous-section : (*Génétique*)

-----

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE**

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)  
Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT  
3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique*)  
Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT  
Docteur Damien LOEUILLE

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

-----

**19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Michèle BAUMANN .

-----

**32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**

Monsieur Jean-Claude RAFT

-----

**40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

-----

**60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**  
Monsieur Alain DURAND

-----

**64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

-----

**65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE**  
Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD  
Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

-----

**67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**  
Madame Nadine MUSSE

-----

**68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**  
Madame Tao XU-JIANG

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**  
Médecine Générale  
Docteur Gilbert ALIN  
Docteur Louis FRANCO

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Claude PERRIN  
Professeur Jean PREVOT - Professeur Michel MANCIAUX - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT  
Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain GAUCHER – Professeur Michel BOULANGE  
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*  
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

**Monsieur le Professeur J.-P. KAHN**

**Professeur de Psychiatrie d'adultes à la Faculté de Médecine de  
Nancy**

*En témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous  
faites en acceptant la Présidence de notre jury de thèse.*

*Nous avons eu la chance au cours de votre enseignement clinique et  
théorique d'admirer votre expérience et votre grande rigueur intellectuelle.*

*Qu'il nous soit permis, ici, d'exprimer notre gratitude et notre profond  
respect.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE

**Monsieur le Professeur H. COUDANE**

**Professeur de Médecine Légale (Option Clinique) à la Faculté de  
Médecine de Nancy**

*En remerciement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire  
partie de notre jury de thèse.*

*Nous avons admiré votre enseignement chaleureux et dynamique tout au  
long de nos études.*

*Recevez ici le témoignage de toute notre estime.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE

**Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC**

**Professeur de Pédopsychiatrie à la Faculté de Médecine de Nancy**

*Nous vous remercions vivement de nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse.*

*Nous avons été touché, tout au long de notre stage dans votre service, par votre bienveillance et votre disponibilité, tout autant que par la finesse de votre sens clinique.*

*Recevez ici l'expression de notre profonde estime.*

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

**Monsieur le Docteur J.-L. SENNINGER**

**Docteur en Médecine**

*Vous nous avez proposé ce sujet et soutenu dans notre travail avec une remarquable disponibilité et des conseils précieux.*

*Nous vous sommes très reconnaissant de l'accueil que vous nous avez offert dans votre service. Votre compétence est pour nous un exemple de chaque jour.*

*Que cette thèse témoigne de notre profond respect.*

A NOTRE MAITRE

**Monsieur le Professeur J.-L. HUSSON**

**Professeur de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique à la  
Faculté de Médecine de Rennes**

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de  
participer à notre thèse.*

*En témoignage de notre infinie gratitude pour nous avoir fait découvrir le  
monde de la Médecine et bien plus encore...*

*Que ce travail soit pour nous l'occasion d'exprimer l'immense respect de  
votre sens clinique et de votre honnêteté intellectuelle.*

A NOS MAITRES DE STAGE

**Madame le Docteur P. BUJON-PINARD**

**Madame le Docteur A. LOTTMANN**

**Monsieur le Docteur A. OSWALD**

*Nous vous remercions de nous avoir accueilli dans vos services et de nous avoir accompagné dans notre formation.*

*Pour preuve de notre gratitude pour nous avoir fait bénéficier de votre expérience.*



## **A mes parents**

*Pour leur générosité et leur confiance.*

*Que ma mère y trouve en outre le témoignage de mon immense affection.*

*Que mon père, à jamais dans mes pensées, y trouve le reflet de mon admiration.*

## **A Catherine**

*Pour son immense travail dans l'élaboration de cette thèse.*

*Pour sa présence et sa patience indéfectibles.*

*Avec tout mon amour.*

## **A Mathilde**

*Pour notre plus grand bonheur.*

**A mes grands-parents**

*Pour leur soutien sans faille.*

**A ma famille**

**A ma belle-famille**

*Avec toute ma tendresse.*

**A tous mes amis**

## SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

# **TABLE DES MATIERES**

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| <b>TABLE DES MATIERES .....</b> | <b>19</b> |
|---------------------------------|-----------|

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCTION .....</b> | <b>24</b> |
|---------------------------|-----------|

## **PREMIERE PARTIE : REVUE DE LITTERATURE**

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Historique .....</b>                                   | <b>27</b> |
| <b>2. La confusion des premières classifications .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>3. La mise en place de « critères d'inclusion » .....</b> | <b>34</b> |
| <b>4. Les taxonomies récentes .....</b>                      | <b>38</b> |
| <b>5. Conclusion .....</b>                                   | <b>46</b> |

## **DEUXIEME PARTIE : CAS CLINIQUES CONSTITUANT L'ECHANTILLON**

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>1. Description des cas .....</b> | <b>50</b> |
| 1.1. Cas de Monsieur A. ....        | 50        |
| 1.2. Cas de Monsieur B. ....        | 52        |
| 1.3. Cas de Messieurs C. et D.....  | 54        |
| 1.4. Cas de Monsieur E. ....        | 57        |
| 1.5. Cas de Monsieur F. ....        | 59        |
| 1.6. Cas de Monsieur G.....         | 61        |
| 1.7. Cas de Monsieur H.....         | 63        |
| 1.8. Cas de Monsieur I. ....        | 65        |
| 1.9. Cas de Monsieur J.....         | 67        |
| 1.10. Cas de Monsieur K.....        | 69        |
| 1.11. Cas de Monsieur L. ....       | 72        |
| 1.12. Cas de Monsieur M. ....       | 75        |
| 1.13. Cas de Monsieur N.....        | 77        |

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| <b>2. Analyse des cas</b>             | 80 |
| 2.1. Le dépressif                     | 86 |
| 2.2. Les états modifiés de conscience | 87 |
| 2.3. Le dépendant                     | 89 |
| 2.4. Le dissocié                      | 90 |
| 2.5. Le délirant                      | 92 |
| 2.6. Conclusion                       | 93 |
| <b>3. Vers une définition ?</b>       | 97 |

### TROISIEME PARTIE : OBSERVATIONS PSYCHIATRIQUES DETAILLEES

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| <b>1. Observation n°1 (Monsieur N.)</b> | 101 |
| 1.1. Rappel des faits                   | 101 |
| 1.2. Biographie                         | 102 |
| 1.3. Circonstances des meurtres         | 108 |
| 1.4. Discussion                         | 109 |
| <b>2. Observation n°2 (Monsieur M.)</b> | 116 |
| 2.1. Rappel des faits                   | 116 |
| 2.2. Biographie                         | 117 |
| 2.3. Circonstances des meurtres         | 122 |
| 2.4. Discussion                         | 124 |
| <b>3. Observation n°3 (Monsieur L.)</b> | 130 |
| 3.1. Rappel des faits                   | 130 |
| 3.2. Biographie                         | 131 |
| 3.3. Circonstances des meurtres         | 136 |
| 3.4. Discussion                         | 139 |

## QUATRIEME PARTIE : QUELQUES REFLEXIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>1. Le délire de persécution</b>                                     | 145 |
| 1.1. Personnalités pré-morbides                                        | 145 |
| 1.2. Vécu délirant                                                     | 146 |
| 1.3. Un persécuteur commun ?                                           | 149 |
| <b>2. Un parricide « élargi » ?</b>                                    | 152 |
| 2.1. Petite histoire psychiatrique                                     | 153 |
| 2.2. Aspects sémiologiques                                             | 155 |
| 2.2.1. <i>L'absence de préméditation</i>                               | 156 |
| 2.2.2. <i>L'instant critique du crime</i>                              | 158 |
| 2.2.3. <i>La réaction post-critique</i>                                | 159 |
| <b>3. Rôle de la perte d'objet. Importance de l'impasse symbolique</b> | 162 |
| 3.1. Relation d'objet                                                  | 162 |
| 3.1.1. <i>Relation d'objet de N</i>                                    | 166 |
| 3.1.2. <i>Relation d'objet de M.</i>                                   | 167 |
| 3.1.3. <i>Relation d'objet de L.</i>                                   | 168 |
| 3.2. Impasse symbolique                                                | 170 |
| 3.2.1. <i>Sur le plan sexuel</i>                                       | 170 |
| 3.2.2. <i>Sur le plan financier</i>                                    | 172 |
| 3.2.3. <i>Un ultime rejet ?</i>                                        | 173 |
| <b>4. La dimension dépressive</b>                                      | 177 |
| 4.1. Dépression et hétéro-agressivité                                  | 177 |
| 4.2. Importance des affects dépressifs                                 | 181 |
| 4.3. Déplacement de l'agressivité                                      | 185 |
| <b>5. Synthèse</b>                                                     | 189 |



|                         |            |
|-------------------------|------------|
| <b>CONCLUSION .....</b> | <b>192</b> |
|-------------------------|------------|

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b> | <b>196</b> |
|----------------------------|------------|

## **ANNEXES**

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| <b>Annexe I .....</b> | <b>216</b> |
|-----------------------|------------|

|                        |            |
|------------------------|------------|
| <b>Annexe II .....</b> | <b>217</b> |
|------------------------|------------|

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| <b>Annexe III .....</b> | <b>218</b> |
|-------------------------|------------|

# INTRODUCTION

Mythe fondateur de la psychiatrie, développée autour du «*fou dangereux*», la dangerosité est devenue le concept clef de la criminologie. Elle renvoie à cette violence qui fait peur. Une peur nourrie par notre ignorance, accentuée par nos difficultés à évaluer, prédire ou définir ce concept rebelle.

Notre exercice de la psychiatrie nous sensibilise aux questions sur le passage à l'acte des patients psychotiques mais notre pratique au sein d'Unités pour Malades Difficiles nous confronte directement à cette violence sans limite et apparemment effrayante de l'homicide du malade mental. Parmi ces crimes qui entretiennent le stéréotype tenace dans le grand public d'une agressivité gratuite, les homicides multiples sont les plus spectaculaires, ceux dont s'emparent volontiers les médias pour nous interpeller.

Le meurtre de masse du psychotique est le plus exceptionnel d'entre eux. Mais ce caractère rarissime est aussi synonyme d'inconnu, de méconnaissance. C'est pourquoi nous avons choisi d'illustrer ces cas, non pas pour faire vivre le mythe qu'ils véhiculent mais pour le circonscrire, tenter de le définir, interroger nos impressions, essayer de donner un sens à un moment pathologique.

Pour tenter de définir ce mode de passage à l'acte, nous allons l'aborder dans un premier temps sous l'angle de la littérature. Nous le distinguerons alors des autres homicides multiples des patients psychotiques par l'analyse rétrospective d'un «*échantillon*» de quatorze meurtriers admis en Unités pour Malades Difficiles pendant ces trente dernières années. Cela permettra d'élaborer une définition avant d'entamer une description sémiologique de trois observations spécifiques : trois patients qui

n'avaient pas manqué de susciter notre attention sur le plan clinique pragmatique et dont la fonction heuristique a fait naître l'idée de ce travail. Notre démarche consistera ensuite à accorder un temps aux réflexions d'ordre psychopathologique : pour agencer les éléments cliniques et conjuguer les différents symptômes, dans l'esprit de retenir des facteurs anamnestiques d'une «*trajectoire psychopathologique*» du psychotique meurtrier de masse.

**PREMIERE PARTIE**  
**REVUE DE LITTERATURE**

## 1. HISTORIQUE

Les premières apparitions du terme «*meurtre de masse*» dans la littérature psychiatrique datent de 1959 et 1960, sous les plumes des Docteurs GALVIN et MAC DONALD (52) et KAHN (69). Les deux publications concernent le même cas clinique : John GRAHAM, exécuté dans une chambre à gaz du Colorado en 1957, après avoir été reconnu coupable du meurtre des quarante-quatre passagers d'un avion de ligne en 1955. Ce sont des mobiles financiers qu'ont retenus les jurés pour condamner à mort l'auteur de cet attentat à la bombe qui avait placé vingt-cinq charges de dynamite dans les bagages de sa mère pour bénéficier d'une importante assurance-vie. GRAHAM est successivement décrit comme «*un sociopathe dont l'histoire est jalonnée de comportements antisociaux, d'intolérance à la frustration et à la discipline, de nomadisme, d'égocentricité et d'une pauvreté des investissements professionnels et sociaux*» (52) et comme «*un schizophrène potentiel mais bien compensé, légalement sain, dont les comportements délinquants dans l'enfance et l'adolescence sont à rattacher à un rejet de la mère et une absence du père... un individu avec une hostilité intense qui s'exprime impulsivement*» (69).

Ce cas clinique relevait également de la triade dite «*de MAC DONALD*» associant énurésie, pyromanie et cruauté envers les animaux et dont la présence dans l'enfance du patient indiquait un risque de comportement criminel violent. Les psychiatres HELLMAN et BLACKMAN l'ont reprise à leur compte en 1966 pour en faire une triade spécifique de la prédiction du crime violent de l'adulte (66).

GRAHAM devenait un prototype de meurtrier dont les troubles pathognomoniques dans l'enfance, sous-tendus par des carences affectives parentales graves, justifiaient un *«dépistage précoce et des stratégies préventives spécifiques»*.

Le terme *«meurtrier de masse violent»* est employé par les Docteurs EVSEFF et WISNIEWSKI en 1972 pour caractériser le passage à l'acte d'un homme prénommé Bill qui, en 1964, a tué sa femme et ses six enfants (45). Il s'agit là d'une théorie des expériences de l'enfance susceptibles d'induire des *«tendances homicides»* chez l'adulte : *«cette vignette clinique concerne un fils unique, carencé sur le plan affectif, victime de violences physiques et sexuelles qui reporte sa rage sur sa famille et la détruit... ce long et dur chemin pour préserver le soi culmine dans le meurtre des autres et constitue un excellent exemple de la surdétermination freudienne à l'œuvre dans ce type de meurtre de masse»*.

Auparavant, le Dr BRUCH avait utilisé le terme *«meurtre de masse»* en 1967 dans un article consacré à Franz WAGNER (28).

Cette publication faisait suite au passage à l'acte de Charles WHITMAN à Austin, en 1966. Le psychiatre de Houston y avait relevé de nombreux points communs avec le cas WAGNER, objet de multiples publications par le Professeur GAUPP entre 1914 et 1938 en Allemagne : *«intelligents, ambitieux, ils avaient patiemment accumulé des arsenaux d'armes et planifié méthodiquement leurs destructions massives... rien dans leur comportement dans les jours précédents n'avait inquiété leurs amis ou collègues et tous deux avaient passé une soirée paisible en famille la veille du crime»*.

En 1913, WAGNER avait tué sa femme et ses quatre enfants à Radelstatten avant d'ouvrir le feu le lendemain sur les habitants du village de Muehlhausen, faisant neuf morts et douze blessés. Les experts psychiatres avaient relevé un vaste délire de persécution chez ce patient paranoïaque et il fut transféré en «*asile d'aliénés*» après avoir été déclaré irresponsable sur le plan pénal. Il y mourra de tuberculose vingt-cinq ans plus tard.

WHITMAN avait tué sa femme et sa mère avant de se rendre sur le campus de l'Université du Texas où il fut abattu par la police après avoir tué quinze personnes et blessé trente autres. L'autopsie avait révélé une tumeur cérébrale méconnue par ailleurs.



## 2. LA CONFUSION DES PREMIERES CLASSIFICATIONS

Nous devons à LUNDE, en 1976, la première taxonomie des «*tueries de masse*» dans son ouvrage «*Meurtre et folie*» (86). Sa pratique expertale le conduit à distinguer deux sortes de «*désordres psychologiques à l'origine de la plupart des cas de tueries de masse* : (1) les *schizophrènes paranoïdes caractérisés par un avilissement agressif et suspicieux, des hallucinations (habituellement auditives) et des illusions de grandeur et/ou de persécution* ; et (2) les *sadiques sexuels caractérisés par le meurtre, la torture et/ou la mutilation des victimes afin d'assouvir un désir sexuel*. Ces meurtriers déshumanisent leurs victimes en les considérant comme des objets».

LUNDE illustre sa théorie par deux exemples. John FRAZIER représente le premier type de meurtrier. Il fut condamné à mort après le meurtre d'un chirurgien ophtalmologiste, de sa femme, de leurs deux enfants et de la secrétaire du médecin en 1970. L'histoire de sa maladie avait débuté «*à vingt-quatre ans quand il a commencé à entendre la voix de Dieu lui confier la mission de sauver le monde des ravages du matérialisme... il a rapidement acquis la conviction que le monde entier, y compris ses propres femme et mère conspiraient pour l'empêcher d'accomplir son devoir divin*».

Edmund KEMPER est décrit par LUNDE comme l'archétype du second meurtrier. «*Après avoir passé six ans dans un hôpital de haute sécurité pour le meurtre de ses grands-parents alors qu'il avait quinze ans, KEMPER a assassiné huit personnes dont sa mère et s'est livré à des*

*actes de nécrophilie et de cannibalisme après les avoir décapitées et démembrées».*

Nous remarquons qu'après l'apparition du terme *«meurtrier de masse»* dans les années 60 pour décrire des cas cliniques sporadiques et dans le but d'étayer des théories plus vastes sur les mécanismes des comportements criminels, il se retrouve indistinctement associé à des meurtres variés dont les crimes en série. Ainsi, le psychiatre ABRAHAMSEN publie en 1982 un article comparatif consacré à David BERKOWITZ et Jack l'Eventreur et intitulé *«Mass murderers Son of Sam and Jack the Ripper»* (2).

LEVIN et FOX, un sociologue et un juriste américains, publient en 1985 un premier ouvrage consacré aux meurtriers de masse (82) et reposant sur une étude de quarante-deux cas à partir de laquelle ils élaborent un profil type : *«il est typiquement un homme blanc de vingt à trente ans qui tue simultanément des gens qu'il connaît avec un pistolet ou un fusil ou qui étrangle des inconnus. Ses motivations varient selon les circonstances du crime mais sont souvent en rapport avec l'argent, la jalousie ou le désir sexuel. Le meurtrier de masse n'a qu'exceptionnellement des antécédents criminels mais présente fréquemment une histoire chaotique d'atteinte aux biens des personnes. Le passage à l'acte est la conséquence d'une longue période de frustration et de buts non atteints, précipité par un événement déclenchant. La froideur, l'absence de remords et le déni de responsabilité sont de règle. Une pathologie mentale grave ou une psychose est rarement présente. Malgré les apparences, il s'agit de personnalités extraordinairement ordinaires».*

Ils concluent en distinguant trois types de meurtre de masse :

«- les tueries familiales, représentant plus de la moitié des cas, commises au nom de l'amour, de la jalousie, de la passion ou de la revanche.

- les meurtres motivés par le profit, typiquement froids, calculés, exécutés dans un but précis dont le crime est l'instrument.

- les meurtres sadiques et sexuels».

Il s'agit à notre connaissance de la dernière publication où la distinction tueur en série et tueur de masse n'est pas clairement signifiée. Les anglosaxons vont dès lors s'appliquer à définir plus précisément le meurtre de masse.

DIETZ publie en 1986 un article où il critique l'utilisation du terme pour «des événements aussi dissemblables que les exécutions massives durant l'Holocauste, les empoisonnements de masse à Jonestown, les séries de meurtres attribués à Jack l'Eventreur, l'avortement thérapeutique aux Etats-Unis ou la tuerie de Charles WHITMAN» (41).

Nous retrouvons cette diversité dans le Dictionnaire de la violence et du crime de DUFOUR-GOMPERS (43) où le meurtre de masse est «le meurtre de plusieurs personnes en une seule fois, ou massacre ; il faut le distinguer du suicide de masse et des meurtres en série. On peut distinguer le meurtre militaire de masse (embuscade, combat, extermination, vengeance, bombe atomique, etc...), le meurtre politique parfois familial (empereurs romains, ABIMELEC qui tua ses soixante-dix frères dans la Bible), le meurtre de forcenés, le meurtre de vengeance de la part d'individus ou de bandes et sectes (Charles MANSON, dans la villa de Sharon TATE)».

Cette définition inclut le crime des foules défini par GASSIN (53) comme *«l'action criminelle ou l'ensemble d'actes criminels commis par une masse d'individus assemblés, soit spontanément, soit à l'appel de leaders que l'on appelle les meneurs»*.

L'extension de l'emploi du terme fait proposer à DIETZ une définition : *« le ou les passage(s) à l'acte dans lesquels de multiples victimes sont tuées intentionnellement par un agresseur unique dans un incident singulier»*.

En apportant cette précision, la distinction est établie avec les meurtres en série dans lesquels les incidents sont séparés par de longs intervalles et parfois de grandes distances. Cette distinction coïncide avec l'apparition de *«critères»* spécifiques.

### 3. LA MISE EN PLACE DE «CRITERES D'INCLUSION»

Sous l'impulsion de DIETZ, le temps et la distance deviennent des critères limitant le concept d'incident singulier. Il précise : *« il est admis qu'un meurtre de masse se limite aux attaques survenant dans un intervalle de vingt-quatre heures »* (41).

AWARD et NASH abordent également le concept du temps en précisant que *« si le passage à l'acte survient habituellement durant une période de vingt-quatre heures, cela peut parfois durer une semaine »* (7).

LANE et GREGG parlent de *« court laps de temps, de quelques heures à quelques jours »* (77).

Les criminologues de l'Unité des Sciences du Comportement de l'Académie du F.B.I. parlent de *« victimes simultanées »* (3) et BENEZECH de *« même moment »* (16) sans plus de précision.

Le concept de distance se heurte à plus de difficultés et deux approches cliniques vont naître : DIETZ précisait : *« aussi sûrement que le terme de meurtre de masse convient au meurtrier qui tue la moitié de ses victimes et se rend directement sur un deuxième site où il poursuit son forfait ou à celui dont les victimes sont tuées d'un véhicule en mouvement, il existe des cas intermédiaires parfois délicats »* (41).

LANE et GREGG pensent que *« si les endroits sont différents, c'est la continuité dans l'action qui compte »* (77).

D'autres auteurs y ont vu là l'opportunité de créer un nouveau terme : le *« spree murder »*, qui se distingue des meurtres de masse et de série.

Littéralement meurtre *«de bordée»* ou *«de bringue»*, il est défini par les spécialistes du F.B.I. qui cataloguent l'ensemble des homicides par style et type selon le nombre de victimes, d'actions criminelles, de lieux d'exécution et selon l'existence d'une période de calme émotionnel entre les meurtres : homicide unique, double, triple, de masse (quatre victimes ou plus simultanées), de bordée (deux victimes ou plus en quelques heures), en série (trois victimes ou plus en des événements séparés par une *«cooling-off period»*) (3).

KELLEHER va dans ce sens : *«on parle plus volontiers de «spree murder» dans le cadre de meurtres perpétrés dans plus d'un endroit»* (71).

BENEZECH de préciser à propos du meurtrier de bringue : *«le criminel, lors d'un événement unique assez court (quelques heures à quelques jours) tue au passage ceux qui ont la malchance de croiser sa route en des endroits différents. Ce type de criminel ne s'intéresse habituellement pas à l'identité de ses victimes et ne maîtrise pas la situation qu'il a créée. C'est souvent un fugitif poursuivi par la police et dont l'odyssée sanglante, semée de cadavres, se termine parfois par un suicide ou sous les balles des forces de l'ordre»* (16).

Au décours de cette classification se fait jour un nouveau critère : celui du nombre de victimes, qui apparaît le plus arbitraire :

- deux victimes ou plus pour le meurtre de bordée du F.B.I.
- quatre victimes ou plus pour le meurtre de masse de ce même F.B.I. (3) repris par LEVIN et FOX (82), LANE ET GREGG (77).
- trois victimes ou plus pour AWARD et NASH (7), DIETZ (41) ou KELLEHER (71).

Les autres auteurs préféreront parler de « *multiples victimes* », de « *plusieurs victimes* », d'« *un certain nombre de victimes* »...

Il nous semble que la voie choisie par de nombreux anglo-saxons soit celle qui maximalise le nombre de cas : le choix du seuil doit permettre une étude scientifique, criminologique, sociologique à partir d'un nombre de cas suffisamment grand, tout en minimisant les risques que les cas définis ne soient les conséquences meurtrières d'autres crimes.

Le Bureau des Statistiques de Justice publie chaque année aux Etats-Unis des chiffres dans lesquels apparaît le nombre de victimes de meurtre par incident. A titre d'exemple, en 1983, pour les incidents criminels, la répartition était la suivante :

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| 88,5% | de crimes avec une victime  |
| 8,9 % | ----- deux victimes         |
| 1,6 % | ----- trois victimes        |
| 1 %   | ----- quatre victimes (41). |

Un seuil de trois victimes excluait donc plus de 97% des crimes violents.

Un seuil de cinq victimes excluait plus de 99% des crimes violents.

C'est de ces chiffres que s'est inspiré DIETZ pour définir le meurtre de masse comme « *l'agression délibérée de cinq personnes ou plus parmi lesquelles trois ou plus ont été tuées par un agresseur unique dans un incident singulier* » (41).

KELLEHER reprend ce principe en soulignant « *que de nombreux meurtriers de masse blessent beaucoup plus de victimes qu'il n'en tuent et doivent alors être considérés comme des meurtriers de masse par l'intentionnalité de leur action* » (71).

Il envisage alors lui aussi une double définition qui comprend *«le meurtre d'au moins trois individus dans un incident singulier et la démonstration d'une intention claire de tuer de multiples individus dans un épisode unique»*.

Il conclut en précisant que cette intentionnalité est facile à déterminer dans la plupart des cas survenant aux Etats-Unis : étude des déclarations, écrits et comportements précédant le geste.



## 4. LES TAXONOMIES RECENTES

Ces définitions ont permis à leurs auteurs de proposer des taxonomies personnelles. DIETZ écrit *«qu'il ne connaît pas de meurtrier de masse qui ne corresponde à l'une des 3 catégories suivantes :*

- les *«family annihilators»* : il s'agit habituellement de l'homme le plus âgé de la maison, dépressif, paranoïde, intoxiqué ou associant plusieurs symptômes, qui tue chaque membre de la famille présent. Il peut se suicider ou contraindre la police à l'abattre.
- les *«pseudo-commandos»* : préoccupés par les armes à feu, ils commettent leurs raids après de longues délibérations et peuvent forcer la police à les abattre.
- les *«set-and-run killers»* qui emploient des techniques leur permettant de s'échapper avant que la tuerie ne survienne ; cela inclut les véhicules piégés, les bombes déposées, les empoisonnements... ces auteurs ont une ou plusieurs victimes en tête et considèrent le massacre d'innocents spectateurs comme sans importance par rapport à l'accomplissement de leur tâche. Leurs motifs les plus communs sont la haine et la revanche à l'égard des gens ou de l'institution mais l'extorsion, la fraude aux assurances ou les convictions idéologiques sont également observées (41).

CYRIAX établit un archétype du tueur de masse, à la manière de LEVIN et FOX quelques années auparavant : *«un blanc désespéré, de trente à quarante ans, accablé par des échecs personnels, dans l'esprit duquel*

*tous, excepté lui-même, sont responsables de sa perte : femmes, collègues, enseignants, patrons, villes entières. Les intentions malveillantes de ses persécuteurs insufflent au tueur un désir de revanche, alimenté par des films-événements et facilité par une fascination pour les armes à feu. A ce stade, un facteur déclenchant intervient comme la perte d'un emploi ou la rupture avec une amie. Lors de son expédition, les victimes sont indifférenciées et quiconque croise son chemin est en danger. Il se suicide fréquemment ou, notamment aux Etats-Unis, est abattu» (35).*

*LANE et GREGG ont également noté que «les victimes sont ou non attaquées au hasard mais souvent en tant que membres d'un groupe cible, arbitrairement désigné comme bouc émissaire... et que le meurtrier périt souvent, soit en se donnant la mort, soit en obligeant les officiers des forces publiques à l'abattre» (77).*

*FOX et LEVIN signifient «qu'il ne faut plus assimiler les meurtres de masse à des coups de folie de malades mentaux car ce sont des actes délibérés et non spontanés, que les victimes sont choisies à l'avance et non plus seulement à la mauvaise place au mauvais moment» (48).*

*Ce point de vue semble partagé par KELLEHER qui écrit : «il y a cinquante ans, le meurtrier de masse ne pouvait être qu'un malade mental ; ce type de crime s'étant multiplié, l'approche s'est totalement modifiée. Le meurtrier de masse moderne n'est pas un irresponsable mais un individu aux motifs complexes et dont les crimes sont souvent planifiés avec précision et soin... c'est ainsi qu'aux Etats-Unis, le meurtrier de masse typique est surnommé «the Lethal Employee» : ce n'est pas un fou qui tue au hasard ou un meurtrier passionnel qui se venge mais plutôt*

*un homme sans histoire dont les motifs sont complexes qui peut tuer spécifiquement certains individus ou s'attaquer à des personnes connues ou non... la multiplication des armes de guerre, diffusées de façon large dans le grand public, a probablement eu un rôle dans la survenue de certains carnages» (71).*

MILTON est un psychiatre néo-zélandais partageant cet avis : il décrit en 1992 un article où il dénonce *«la culture du narcissisme et l'influence de la violence dans les médias»*. Le meurtre de masse tirerait son origine de la conjonction de ces facteurs et de l'accès trop facile aux armes à feu. Il conclut son article en soulignant qu'une prévention serait possible si *«les praticiens pouvaient dénoncer à la police les individus à risque» (94).*

KELLEHER conclut son approche du meurtre de masse en individualisant différents types de passage à l'acte :

*«- L'amour pervers : l'archétype est représenté par le père de famille qui massacre toute sa famille. Ce peut être également un adolescent déchaîné par une déception amoureuse ou un homme repoussé dont la motivation principale est la revanche mais qui décide de s'en prendre à sa famille ou parfois même à des étrangers. Pour des raisons complexes et multiples, cet homme substitue au concept d'amour une perversion grotesque dans laquelle il y a confusion entre le refus d'une vie insupportable et le meurtre d'innocentes victimes censées le protéger de ces conditions. Dans ce cadre, on retrouve des hommes ruinés, au chômage, en instance de divorce...*

*- La politique et la haine : ce genre de crime est aussi vieux que l'humanité elle-même ; les Etats-Unis n'en sont pas exempts ; ces*

*homicides sont justifiés par la haine raciale et les victimes, souvent des inconnus, ne sont que des objets symboliques vers lesquels se tourne la folie meurtrière.*

- *La revanche : cette catégorie représente la motivation la plus fréquente des meurtriers de masse ; on la retrouve chez l'adolescent colérique ou l'ouvrier frustré dans la préparation ou l'exécution de leur acte. C'est le «lethal employee» qui exécute son chef et ses collègues de travail comme pour les punir des brimades et difficultés qu'il a endurées.*

- *L'homicide sexuel : cette catégorie se réfère aux cas où le caractère sexuel est clairement signifié. C'est le cas de Richard SPECK qui a agressé sexuellement puis tué huit femmes dans une soirée de 1966. Il combine l'extrême colère et l'immense frustration habituelles chez les meurtriers de masse et les motivations perverses du sadique, en particulier le besoin absolu du contrôle pathologique de la victime.*

- *Le meurtre de masse par exécution que l'on peut subdiviser en «contrats», actes prémédités et planifiés minutieusement et en actes imprévus, généralement pour faire disparaître des témoins gênants à l'accomplissement d'un autre crime.*

- *Les malades mentaux : la jurisprudence américaine ne retient quasiment jamais un désordre mental qui signifierait une justification meurtrière. Certains psychologues et psychiatres signalent que l'auteur peut avoir perdu le contrôle de son comportement ou ne pas avoir mesuré les conséquences de ses actes. Ces cas sont impossibles à chiffrer.*

- *L'inexplicable : si le meurtre de masse est presque toujours le résultat d'une longue période de frustration, d'isolement, de colère ou de rejet et que les événements déclenchants sont faciles à pointer, il existe des cas défiant tous les efforts de compréhension : le meurtrier frappe alors au hasard, sans motivation connue ou exprimée ou sans événement précipitant patent. Nous pouvons les attribuer au manque d'informations, en particulier concernant les antécédents du meurtrier» (71).*

Nous remarquons que, par ailleurs, certains auteurs sont plus nuancés dans leur approche psychopathologique. Ainsi, BRINDED et TAYLOR, deux néo-zélandais amenés à prendre en charge les victimes d'une tuerie de masse à Masterton en 1992, publient en 1995 un article où l'opposition est clairement signifiée entre certains meurtriers de masse dont l'histoire clinique permet d'évoquer une pathologie mentale lourde (*«schizophrénie paranoïde, mélancolie délirante»*) et d'autres qui en sont exempts : *«ces cas représentent peut-être les limites de la psychiatrie moderne à conceptualiser la notion de désordre mental» (26).*

LOPEZ et BORNSTEIN, dans *«Les comportements criminels»*, consacrent un chapitre à la psychopathologie médico-légale. Les comportements criminels pathologiques sont divisés en sous-groupes dont une catégorie intitulée *«troubles criminogènes liés à la sphère psychologique (l'altération du noyau central)» (85).*

Aux côtés des insuffisances mentales et des névroses, les psychoses et les états-limites peuvent être incriminés dans les homicides multiples. Nous retenons parmi les psychoses :

- la schizophrénie dans *«les tueries familiales déconcertantes pour les intervenants et les médias qui entretiennent ainsi le sentiment d'insécurité*

*lié à la folie meurtrière dont l'incidence est ridiculement faible par rapport aux crimes commis par des auteurs sans particularité mentale».*

*- «les troubles isolés explosifs, souvent particulièrement catastrophiques, tel cet homme se mettant brusquement à tirer au fusil sur sa famille puis sur les passants, et faisant dix-sept victimes : il convient de rechercher une psychose sous-jacente (souvent paranoïde ou une forme de schizophrénie débutante) ou une cause organique comme un processus expansif (tumeur) intra-cérébral mais il s'agit parfois d'une simple conduite psychopathologique ou d'un trouble atypique du contrôle des impulsions».*

Au sein des «états-limites», LOPEZ et BORNSTEIN retiennent la personnalité «schizotypique» et la personnalité «borderline» définies par le D.S.M. III pour écrire : *«le serial killer est en général un borderline, le mass murderer fonctionne beaucoup plus sur le versant schizotypique».*

Cette personnalité schizotypique représente une rubrique nosologique apportée par la psychiatrie américaine, dans la vaste zone où, entre psychose et névrose, les écoles françaises et allemandes décrivaient des organisations pré-psychotiques, la schizothymie ou certaines formes cliniques de schizophrénie dites pseudo-psychopathiques, pseudo-névrotiques,...

La personnalité schizotypique est un trouble apparaissant au début de l'âge adulte reposant sur *«un mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et conceptuelles et par des conduites excentriques»* dont la définition est reprise en Annexe 1.

BENEZECH a également consacré plusieurs articles aux homicides pathologiques ; il y fait à plusieurs reprises référence aux meurtriers de

masse «*parmi lesquels on compte davantage de psychotiques que de psychopathes, contrairement aux tueurs en série (15)... dans le meurtre de masse, le criminel massacre soit les membres de sa famille, soit ceux qui se trouvent au mauvais endroit au mauvais moment. Il utilise une arme à feu ou un poignard. Dans ces tueurs de masse, on rencontre nombre de psychotiques ou de personnes ayant perdu leur emploi et qui se vengent en ouvrant le feu sur leurs anciens collègues dans leur entreprise. La plupart du temps, ils se suicident ou sont abattus par la police (16)... parmi les tueurs de masse, ceux qui exécutent lors d'une même action plusieurs membres de leur famille sont les mieux connus : la majorité d'entre-eux souffre de troubles mentaux graves, habituellement psychotiques, dépression grave avec moment de niveau mélancolique, épisodes délirants aigus, schizophrénie paranoïde*» (18).

Le F.B.I. avait établi une distinction entre criminel organisé et criminel désorganisé que reprend COUSIN (34. Annexe 2). Le concept a ensuite été appliqué aux tueurs en série. BENEZECH y préfère la distinction schématique criminel psychopathe, criminel psychotique (Annexe 3) : «*Le premier a des antécédents de violences physiques, des condamnations antérieures et use souvent d'alcool et/ou de stupéfiants. Il peut préméditer son geste et avoir des complices. Il dialogue souvent avec la victime qu'il maîtrise parfois avant le passage à l'acte. Des actes sadiques sexuels sont possibles. Il quitte les lieux du crime pour échapper à la justice, se suicidant rarement son forfait accompli. Le second est un malade mental connu souffrant d'un syndrome hallucinatoire, délirant et/ou dépressif. Il agit seul, sans préméditation, sans long dialogue avec la victime qui est une personne connue de lui (parent) ou de proximité. Il utilise l'arme qui lui tombe sous la main dans un passage à l'acte désorganisé et violent. Il se suicide fréquemment après le crime, se dénonce ou se laisse arrêter sans*

*résistance. Il peut tuer ou blesser plusieurs victimes au même moment et au même endroit, réalisant alors un meurtre de masse» (16).*



## 5. CONCLUSION

Au terme de cette revue de littérature, nous ne pouvons qu'être surpris par la rareté des études concernant les meurtres de masse. Internet nous ayant permis une consultation quasi exhaustive du thème, force est de constater leur absence du champ psychiatrique.

Le polymorphisme des cas, de l'attentat terroriste à la vendetta mafieuse, rend illusoire un consensus autour d'une définition du meurtre de masse. Pourtant, il nous a semblé distinguer parmi les auteurs de ces crimes des meurtriers «*normaux*» et des meurtriers pathologiques.

Les meurtriers normaux, c'est-à-dire exempts de pathologie psychiatrique, sont les plus nombreux. Nous avons pu voir qu'ils étaient la cible privilégiée des criminologues, sociologues, journalistes, à la recherche de l'identification de traits spécifiques de personnalité. Les travaux réalisés en ce domaine visent à constituer des catalogues de type de personnalité, définie par des traits plus ou moins pertinents de leur organisation.

Certains auteurs insistent sur la présence de tel ou tel trait de caractère, comme l'immaturation affective, la vulnérabilité affective, l'existence de frustrations... comme facteurs explicatifs de l'acte.

D'autres prennent en compte les facteurs de contexte socio-culturel dans lequel se trouve placé le meurtrier : intégration sociale, appartenance à une sub-culture, immersion dans un groupe social qui véhicule l'agressivité et légitime la violence et le meurtre. Dans cette vision, le meurtrier devient en quelque sorte victime de son inclusion dans une situation dangereuse et éloigne son appréhension dans la perspective de sa seule personne.

N'en déplaise à ABRAHAMSEN pour qui «*l'agresseur normal est un mythe*» (2) , nous pensons que le polymorphisme des meurtres de masse rend compte principalement de l'extrême diversité de ces meurtriers normaux et de leurs mobiles.

Les meurtriers pathologiques, dans le sens de porteurs d'une affection psychiatrique caractérisée, sont moins fréquents. Nous sommes surpris de voir décrits des cas «*inexplicables*», «*incompréhensibles*», par «*défait d'informations*»... Parfois des hypothèses organo-génétiques sont avancées pour justifier certains actes (77, à propos de Charles WHITMAN), quand bien même l'histoire de la maladie oriente vers une schizophrénie (le dialogue éternel du Docteur JEKYLL et de Mister HYDE fera encore long feu !).

Néanmoins, les cas de WAGNER , WHITMAN, FRAZIER... décrits avec suffisamment de précision par certains de nos confrères, orientent clairement vers les psychoses. Non pas tant les déstructurations brutales des bouffées délirantes aiguës ou les crimes «*immotivés*» des dissociés que les passages à l'acte des mélancoliques, paranoïaques ou schizophrènes paranoïdes ; ces trois catégories ayant alors comme point commun une décompensation délirante d'une pathologie mentale chronique connue.

La question se pose désormais de savoir si, parmi les homicides multiples des psychotiques, certains peuvent être qualifiés de meurtres de masse. Sous quelles conditions de définition ?

Notre démarche est entravée par le caractère rarissime des cas. Nous ne disposons en effet d'aucune donnée chiffrée, en particulier concernant la proportion de ces passages à l'acte qui sont ponctués par un suicide. Ils sont peu accessibles à la rationalité cartésienne de la criminologie et leur

approche psychopathologique est compliquée par la seule possibilité d'une reconstruction a posteriori.

Toutefois, notre travail quotidien en Unité pour Malades Difficiles nous a conduit à rencontrer de nombreux psychotiques meurtriers et à en prendre certains en charge. Si la plupart d'entre-eux avaient commis un meurtre unique, quelques-uns avaient commis des homicides multiples.

Afin d'aborder ceux qui nous paraissent «échapper» à la taxonomie habituelle des psychotiques meurtriers, nous avons choisi d'analyser rétrospectivement les admissions en U.M.D. du C.H.S. de Sarreguemines de patients criminels durant les trente dernières années (1970 à 1999).

Nous avons arbitrairement fixé le seuil des victimes à deux ou plus pour l'inclusion. Quatorze patients ont été ainsi retenus. Certains sont encore hospitalisés en U.M.D., d'autres ont regagné leurs hôpitaux d'origine. Les informations utilisées proviennent des dossiers médicaux, incluant les expertises psychiatriques, les résumés de dossiers d'autres hôpitaux, les observations infirmières... Le cas échéant, les précisions utiles ont été recueillies auprès des équipes de soins ou des patients eux-mêmes.

Nous allons donc en premier lieu exposer brièvement ces quatorze vignettes cliniques, que nous appellerons A., B., C., etc... pour simplifier l'exposé.

**DEUXIEME PARTIE  
CAS CLINIQUES  
CONSTITUANT  
L'ECHANTILLON**

# 1. DESCRIPTION DES CAS

## 1.1. Cas de Monsieur A.

Monsieur A. a quarante et un ans lorsqu'il est transféré en U.M.D. à Sarreguemines après un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal prononcé dans une affaire de triple meurtre : celui de sa femme et de ses deux enfants au cours d'un état mélancolique suivi d'une tentative de suicide.

Sur le plan biographique, le patient est le benjamin d'une fratrie de trois : la sœur aînée vit au Canada où elle s'est mariée, le frère cadet présente un lourd passé psychiatrique institutionnel en rapport avec des épisodes dépressifs récurrents et des alcoolisations massives. Lui-même est décrit comme un «*dysthymique*», alternant des périodes d'instabilité avec irascibilité et impulsivité et des épisodes dépressifs dont l'un a conduit à une tentative de suicide. Le père alcoolique violent est décédé quelques mois avant le passage à l'acte. La mère est en bonne santé, décrite comme «*toujours bonne*» par le patient.

Il semble que l'épisode dépressif ait été précipité par un surmenage professionnel du fait de nombreuses heures supplémentaires à la fonderie où il travaillait, par un conflit avec son frère qu'il hébergeait et qui refusait de réintégrer le C.H.S. de sa région d'origine et par des difficultés d'héritage faisant suite à la mort de son père. Les idées délirantes de culpabilité, d'infériorité, d'incapacité à s'en sortir ont façonné la dimension altruiste du meurtre de «*ces trois malheureux*» et la tentative de suicide.

Le séjour en U.M.D., motivé par des difficultés de prise en charge après l'instauration d'un traitement antidépresseur et neuroleptique efficace sur l'accès mélancolique mais dont la levée d'inhibition s'est soldée par l'agression d'un infirmier a duré environ un an. Sous l'effet d'un traitement thymorégulateur et sédatif léger, l'état psychique s'est amélioré sur le plan du contrôle émotionnel et a permis la mise en place d'une psychothérapie de soutien s'articulant autour d'une importante culpabilité résiduelle.

## **1.2. Cas de Monsieur B.**

Monsieur B. est admis en U.M.D. à l'âge de trente-neuf ans, transféré de son C.H.S. d'origine où il présente *«des difficultés d'intégration et une recrudescence de troubles neuropsychiques»* depuis son admission consécutive à un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal dans une affaire de double meurtre : il a abattu sa femme et sa fille de plusieurs coups de fusil, *«les prenant pour des squelettes représentant le Diable et la Mort qu'il devait abattre par la main de Dieu»*.

Le patient est issu d'un milieu familial comportant de lourds antécédents psychiatriques, notamment maniaco-dépressifs : la sœur et la mère sont traitées par thymorégulateurs après plusieurs accès dépressifs. Il est l'aîné de la fratrie. Les deux frères et le père n'ont pas d'antécédents psychiatriques.

*«Lui-même a présenté un premier accès de dépression à vingt et un ans, au retour du service militaire, ponctué d'une phlébotomie. Un deuxième accès s'est installé progressivement à bas bruit dans l'année qui a précédé l'homicide. Cet état a connu des poussées évolutives au courant de l'année où il présente un état délirant justifiant une hospitalisation. Suivra un nouvel épisode, peut-être déclenché par une absorption d'alcool le jour du meurtre et par la levée d'inhibition d'un traitement antidépresseur instauré depuis quelques semaines... Surgissent les idées délirantes avec des thèmes de rachat, de sauveur, de rédemption par la victoire sur la mort qui s'intriquent avec des thèmes habituels de dévalorisation, d'indignité et de culpabilité mélancoliques»*.

Si la culpabilité délirante est tombée après le passage à l'acte, l'inhibition psychomotrice, la douleur morale et les velléités suicidaires de l'état

mélancolique sont restées patentées pendant plus de deux ans, ne permettant le retour dans sa région d'origine que trois ans après son admission. Le comportement s'était alors nettement amélioré mais la critique encore trop superficielle... laissait augurer d'un long travail psychothérapique.



### **1.3. Cas de Messieurs C. et D.**

Monsieur C. et Monsieur D. sont admis en U.M.D. par transfert de la prison de Fresnes après un triple meurtre commis à deux. Tous deux ont été irresponsabilisés sur le plan pénal au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal pour ce crime dont les victimes sont la femme et les deux filles de Monsieur C.. Dans les deux cas, le diagnostic retenu est celui d'une bouffée délirante aiguë. La persistance des troubles du comportement en prison a justifié un transfert rapide en U.M.D..

Monsieur C. a alors trente ans. Il est né à Dakar où il vit avec sa mère jusqu'en troisième avant de rejoindre son père au Tchad. Il y passe son baccalauréat puis va enseigner le français pendant deux ans au Niger avant de venir en France (dans sa vingt-cinquième année).

Il rencontre Geneviève au Mans puis elle le suit à Paris où il s'inscrit en philosophie avant d'arrêter ses études pour travailler. Il exerce divers emplois et déménage à plusieurs reprises. Ils se marient et une enfant naît de cette union.

Par ailleurs, C. rencontre Marie à Paris, qui va devenir sa deuxième femme (non légitime) et avec laquelle il a une autre fille.

Les deux femmes sont voisines et si C. passe les nuits tantôt chez l'une, tantôt chez l'autre, les repas sont toujours pris en commun et les deux enfants sont indistinctement prises en charge par les deux femmes.

Monsieur D est aussi d'origine sénégalaise mais d'un milieu social plus modeste. Il est l'aîné d'une fratrie de quatorze enfants et quitte l'école à quinze ans pour travailler comme manoeuvre, puis pointeur sur des

chantiers au Gabon avant de revenir à Dakar où il fait connaissance avec C. : ils habitent non loin l'un de l'autre et jouent ensemble au football. Une *«amitié fraternelle»* naît à cette époque. Il arrive à Paris un an après C., exerce comme manœuvre avant d'être embauché à Air France.

*«Il aimait les deux femmes de C. comme ses sœurs mais n'avait pas de rapports sexuels avec elles»*. Un *«ménage à six»* se met en place au sein duquel se déclenchera la thématique délirante apparemment trois jours avant le meurtre.

Il n'y avait pas chez les deux hommes d'antécédents psychiatriques connus et le problème posé par ce cas exceptionnel était celui du délire, dont la thématique mystique pouvait se rencontrer dans le système de croyances des sénégalais, en particulier musulmans, en dehors de toute pathologie mentale.

C'est pourquoi un psychiatre africain est venu expertiser ces deux patients. Il a confirmé l'existence du délire, qui dépassait largement les croyances populaires régionales et a expliqué ce fait incroyable d'un délire aigu à deux : la chose serait courante dès lors qu'un *«lien de subordination existe entre les deux hommes, le premier s'étant en quelque sorte voué au service du second appartenant à une caste supérieure et qu'un lien amical quasi fusionnel unissait C. et D., empathique et constant»*.

Ce psychiatre a minimisé le rôle qu'aurait pu avoir la consommation d'herbe africaine dans le déclenchement du délire, les deux hommes étant habitués à en fumer en écoutant de la musique reggae.

Dans les deux cas, l'évolution a été favorable sur le plan psychiatrique puisque le traitement neuroleptique a permis l'abrasion du délire et l'élaboration d'une critique constructive. La poursuite des soins s'est faite à Dakar, où les deux hommes ont été rapatriés pour que la prise en charge se réalise dans le cadre culturel de la maladie et dans la mesure où *«le meurtre était venu signifier l'échec d'adaptation au milieu social et culturel de notre pays»*.

### **1.4. Cas de Monsieur E.**

Monsieur E. est transféré en U.M.D. à l'âge de quarante-quatre ans, venant de son hôpital psychiatrique d'origine où il séjournait depuis quelques semaines après un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal dans une affaire de double homicide. Il a tué le directeur des travaux de l'entreprise de travaux publics où il exerçait et la femme de ce dernier, puis a ouvert le feu sur les gendarmes avant d'être arrêté.

L'irresponsabilité pénale est motivée par *«un délire extensif de persécution de structure paranoïaque avec interprétations délirantes actives, subduction mentale autistique, hallucinations auditives épisodiques et intrusions dissociatives de la pensée»*.

Sur le plan biographique, E. est le benjamin d'une fratrie de sept. Les parents cultivateurs sont décédés et il vit au moment des faits avec un frère et une sœur. Les autres frères et sœurs n'ont plus de contacts avec eux depuis de nombreuses années.

Il a effectué huit mois de service militaire avant de bénéficier d'un congé libérable comme soutien de famille à la mort du père. Il estime avoir été lésé par la succession puisqu'une de ses sœurs hérita de la ferme familiale. Il a connu une grande instabilité professionnelle, ponctuée de renvois et de démissions, d'hospitalisations psychiatriques en rapport avec une intempérance et une intolérance à l'alcool. Il est noté *«une rigidité des conceptions, un égocentrisme, une attitude hautaine et méfiante, une sthénicité et une agressivité à l'origine de plusieurs bagarres»*.

Il est congédié de l'entreprise quelques jours avant son passage à l'acte. Il ne percevra pas de chômage et éprouve une violente rancœur envers ses chefs (chef de secteur et chef de travaux) dont il fait part à son frère. Ils

entament différentes démarches auprès de l'Inspection du travail et des Prud'hommes, mais son angoisse et sa colère accentuent son exaltation. E. se sent victime d'une machination préméditée qui va le conduire *«dans une logique de survie paranoïaque au meurtre d'un de ses persécuteurs et de sa femme... il avait vu dans leurs yeux qu'ils ne se rendraient pas»*.

E. va passer dix ans en U.M.D. avant *«qu'une certaine critique de son comportement apparaisse, que le retentissement émotionnel soit faible mais que l'absence de revendication et d'attitude sthénique aille dans le sens d'une réduction de la dangerosité et donc d'une poursuite possible des soins dans l'hôpital d'origine»*.

Au cours de l'hospitalisation, l'un des médecins a évoqué un diagnostic de *«schizophrénie chez une personnalité dont les traits de caractère paraissent plutôt obsessionnels que paranoïaques»*, s'appuyant sur *«la diffluence épisodique du cours de la pensée, la bizarrerie de certains propos, les idées délirantes parfois inaccessibles»*. Il soulignait par ailleurs *«une dangerosité réelle, en rapport avec la conviction totale d'être le bouc émissaire d'un complot»*.

### **1.5. Cas de Monsieur F.**

Monsieur F. a cinquante-trois ans lorsqu'il est admis en U.M.D. par transfert de son hôpital d'origine, quelques semaines après un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal dans une affaire de triple homicide : «F. a tué ses parents et son frère dans un contexte délirant paranoïaque, alcoolique et épileptique».

F. est issu d'une famille de cultivateurs. Il a été élevé par ses parents ainsi que son frère cadet et sa sœur benjamine. Il présente depuis l'enfance des crises d'épilepsie généralisée, précédées d'une brève aura constituée de sensations cénesthésiques viscérales et *«déclenchées par l'alcool, la fumée de tabac et le temps orageux»*. L'amnésie post-critique est systématique, la perte de connaissance avec morsure de langue également. Les crises surviennent régulièrement malgré le traitement barbiturique instauré dès l'enfance.

F. a quitté l'école à quatorze ans pour travailler la terre dans le milieu familial. Célibataire, il est décrit comme un solitaire aux rapports sociaux très limités. L'alcoolisme est ancien mais les troubles du comportement se sont multipliés les dernières années, avec plusieurs comparutions devant les tribunaux pour état d'ivresse. Il vit avec ses parents et son frère divorcé au moment du drame (son frère présente également un alcoolisme chronique).

Le retour du frère divorcé va semble t'il aggraver le climat de mésentente familiale *«en accentuant le sentiment d'infériorité et d'échec, le vécu de frustration et l'impulsivité de F.»*.

Le sentiment de jalousie et de persécution s'ancre plus fermement *«mais aucune interprétation extensive ou extrapolation paralogique ne fait jour pour parler de délire paranoïaque... on parlera plutôt de délire de préjudice chez un handicapé conscient de son infirmité et de son infériorité... l'envie de tuer jusqu'alors velléitaire ne s'est concrétisée que tout à fait inopinément et l'agressivité de F. n'a pu qu'être renforcée par une alcoolisation sur un terrain épileptique»*.

La nature du crime ne peut être détachée de l'état épileptique et les caractères pseudo-paranoïaques sont en fait communs avec les traits habituels de l'épileptoïdie. *«La décharge explosive de colère farouche, la persévération dans l'exécution des actes, la fureur muette sont bien le fait des paroxysmes comitiaux»*.

La persistance d'idées de préjudice, l'absence totale de critique, la sthénicité des revendications et les impulsions agressives vont justifier une poursuite des soins en U.M.D. pendant dix ans.

Cependant, la raréfaction des crises comitiales et l'abrasion des idées délirantes, conjointement à l'altération de l'état général par un syndrome parkinsonien vont diminuer la dangerosité spécifique et permettre un retour dans son hôpital d'origine.

### **1.6. Cas de Monsieur G.**

Monsieur G. a vingt-neuf ans lorsqu'il est admis en U.M.D. à Sarreguemines, par transfert de son hôpital d'origine où il séjournait depuis deux mois après un non-lieu prononcé au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal dans une affaire de double meurtre d'automobilistes. L'irresponsabilité est motivée par *«une psychose schizophrénique évolutive, à mécanisme essentiellement interprétatif et à thèmes flous bien que la persécution domine»*.

Fils aîné de riches propriétaires agricoles, G. a été élevé par ses parents avec sa sœur benjamine. Il obtient le B.E.P.C. à seize ans puis travaille dans la ferme familiale, dont il prend la direction après le décès de son père (il a alors vingt-deux ans). Auparavant, ses dix-huit mois de service militaire se sont déroulés sans problème. Il y a développé une passion pour les armes à feu.

Il est décrit comme un homme méfiant, renfermé et parfois violent. Sa sœur précise qu'elle a toujours eu peur de lui, ce qui a motivé sa *«fuite»* du milieu familial. Il semble avoir toujours adopté la même attitude tyrannique à l'égard de sa mère.

Son histoire pathologique débute un an et demi avant le crime. Il séjourne une première fois en placement volontaire pendant quinze jours en hôpital psychiatrique. Un mois et demi après sa sortie, il est réhospitalisé en placement d'office pendant plus de trois mois. Il poursuivra un traitement ambulatoire pendant quelques semaines. Après un voyage pathologique, il est hospitalisé pendant quinze jours au cours desquels un neuroleptique



retard est instauré. Il interrompra malheureusement cette thérapeutique un mois avant le meurtre des deux automobilistes.

Le meurtre pathologique est commis par arme à feu, alors que G. se croit *«conditionné par un breuvage mystérieux depuis son voyage en Belgique ... au centre d'un complot ourdi contre lui... recevant des ordres d'un barman pour tuer deux personnes...»*.

G. est en U.M.D. depuis vingt-trois ans et toutes les observations mentionnent la persistance des troubles délirants, de la conviction délirante quant à la genèse psychopathologique du crime (qu'il relie encore actuellement à une volonté d'empoisonnement), l'indifférence et la réticence du patient. Au vu des traitements adaptés mis en place et malheureusement sans efficacité réelle, nous pouvons dire que G. présente une schizophrénie dont l'évolution est désespérément stable, sans amélioration significative et avec une fixité des troubles qui la font qualifier de *«résistante»*.

Sa non-reconnaissance comme malade et son refus de traitement justifient la poursuite des soins en U.M.D. devant une dangerosité psychiatrique majeure.

### **1.7. Cas de Monsieur H.**

Monsieur H. a quarante et un ans lorsqu'il est admis en U.M.D., en provenance d'une Maison d'Arrêt de sa région d'origine et à la suite d'un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal dans une affaire de double homicide : *«le meurtre d'un psychiatre et de sa secrétaire répondait directement à la logique délirante... l'examen psychiatrique révèle une psychose délirante chronique (schizophrénie paranoïde)»*.

H. a toujours été réticent à évoquer sa biographie. L'examen du dossier et des expertises médicales réalisées repèrent la même méfiance à l'établissement de celle-ci. Nous retiendrons néanmoins une enfance dans un contexte socio-familial défavorable. Il ne conserve aucun lien familial avec ses parents, décrits comme alcooliques violents, ou ses deux sœurs et son frère dont il est l'aîné. De dix à quinze ans, il est placé en *«maison de correction»* à la suite de quoi il entreprend une formation de menuisier qui n'aboutit pas : il est renvoyé avant le C.A.P. pour indiscipline. Solitaire, il occupe alors des emplois précaires et se marginalise.

L'histoire psychiatrique débute à vingt-six ans avec une succession d'hospitalisations où le diagnostic de psychose schizophrénique est établi. *«Il s'agit d'un délire à thème de persécution, à mécanisme interprétatif, imaginatif, probablement hallucinatoire, de construction basale floue, mal systématisé»*.

Pendant quatorze ans, la prise en charge hospitalière ou ambulatoire va se heurter à un vécu délirant persécutif de plus en plus prégnant, une non-reconnaissance de la maladie et un refus de soins. La réorganisation des modalités défensives sur un registre paranoïaque rend le patient

beaucoup plus sthénique. Il profère régulièrement des menaces à l'encontre du personnel du centre de santé. Leur gravité fait rédiger au Préfet un arrêté de Placement d'Office (qui ne sera pas exécuté).

Le monothématisme persécutoire, la prégnance d'hallucinations auditives, l'attribution de sa souffrance aux seuls psychiatres et la détermination vengeresse le conduisent au centre de santé armé d'un pistolet pour tuer son principal persécuteur. Devant son absence, il souhaite alors prendre en otage l'un de ses collègues et la secrétaire mais perçoit une résistance de leur part et les abat froidement.

L'hospitalisation en U.M.D. a confirmé le diagnostic de psychose schizophrénique structuré progressivement sur un mode paranoïaque.

Malgré les soins et la thérapeutique au cours de onze ans de prise en charge, la symptomatologie n'a pas évolué. La conviction délirante est inébranlable. Le récit froid ne laisse place à aucun regret et plus encore, il a intégré à plusieurs reprises dans son système délirant comme persécuteurs, des psychiatres qui en ont la charge en U.M.D.. La dangerosité psychiatrique de ce fait reste majeure et a déjà justifié plusieurs changements d'unité de soins.

### **1.8. Cas de Monsieur I.**

Monsieur I. a vingt-huit ans lorsqu'il est admis en U.M.D., par transfert de son hôpital d'origine après qu'un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal ait été prononcé dans une affaire de double parricide : *«I., qui a tué ses parents et blessé une jeune fille, se présente comme un psychotique schizoïde et l'infraction qui lui est reprochée est en relation avec les dispositions de sa personnalité»*. I. affirme avoir tiré sur cette jeune fille par dépit amoureux. L'enquête révélera qu'au cours des dernières semaines il avait cherché querelle aux garçons qu'elle fréquentait.

I. est fils unique. Ses parents possèdent un café qui marche bien et font profiter leur fils de cette aisance. Il est gâté, voire protégé. Il fréquente l'école jusqu'en troisième C.P.P.N. avant de la quitter pour travailler avec ses parents dans ce lieu dont il apprécie *«l'ambiance propice aux rencontres féminines»*.

Il s'entend assez bien avec eux hormis quelques disputes épisodiques, notamment à propos du peu d'enclin qu'il a au travail. Néanmoins, surchargés de travail, ils compensent leur *« indisponibilité affective »* pour leur fils en se montrant très indulgents et en le couvrant de cadeaux. Il vit à sa guise, sort beaucoup en discothèque mais n'a que peu d'amis. Parfois solitaire, il aime se réfugier dans la maison familiale pour lui plus chaleureuse que le café où vivent ses parents. Il semble souffrir de difficultés à nouer des relations affectives normales et on ne lui connaît pas de petite amie.

Il se sent mis à l'écart, commence à souffrir de sa solitude et présente des crises d'angoisse qui l'amènent à consommer de plus en plus d'alcool à

visée anxiolytique. L'alcool *«le libère de ses inhibitions mais le rend agressif»*. I. dit avoir présenté sous alcool des idées persécutives : quand quelqu'un rigolait, il croyait que c'était contre lui.

Les experts qui l'ont examiné après le passage à l'acte ont conclu à une *«personnalité schizoïde qui s'est décompensée de façon imprévisible et transitoire sous l'effet d'une ivresse aiguë»*. Le passage à l'acte est précipité par une alcoolisation massive *«par dépit, colère, blessure d'amour propre, sentiment de frustration face à une jeune fille qui aurait repoussé ses assiduités... il intervient en situation de déréalisation, voire de dépersonnalisation»*.

Au début de la prise en charge hospitalière ont été relevés les traits pathologiques de la personnalité schizoïde, dont *«l'inémotivité, la pauvreté des relations, l'émoussement des affects»*, une absence de remords ou de culpabilité et une banalisation des faits.

Néanmoins, au terme de plusieurs années de traitement adapté, son état a évolué dans un sens plus favorable, permettant d'initier une critique constructive. L'absence de pathologie productive ou de troubles du comportement, conjointement à un investissement plus assidu dans les activités pavillonnaires, a permis à I. de retourner dans son hôpital d'origine. Il y a retrouvé une partie de sa famille avec laquelle il avait repris contact.

### **1.9. Cas de Monsieur J.**

Monsieur J. a dix-huit ans lorsqu'il est admis en U.M.D., après une fugue de son hôpital d'origine où il séjourne en Hospitalisation d'Office depuis trois mois suite à un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal dans une affaire de double parricide et de fratricide : l'irresponsabilité pénale est justifiée par une «*schizophrénie*».

La biographie est particulièrement lourde. Son père avait soixante-sept ans au moment du drame, sa mère trente-neuf ans. Tous deux s'adonnaient régulièrement à la boisson et vivaient dans des conditions de confort et de propreté médiocres.

Il s'agit du troisième mariage de son père qui en première noce a eu un fils maintenant âgé de cinquante ans et en deuxième noce une fille âgée aujourd'hui de vingt-sept ans. De la dernière union sont nés neuf enfants dont J. est l'aîné : cinq garçons sont placés (C.H.S., I.M.E.), deux filles et le plus jeune des frères vivent au foyer familial.

J. est accueilli par la D.D.A.S.S. à trois ans puis connaît plusieurs placements nourriciers chaotiques en raison de vives réactions d'opposition. Il est admis en Centre Educatif où il restera neuf ans, scolarisé au sein de cet établissement avant d'échouer dans son apprentissage de quincaillier. Il tente plusieurs emplois d'apprenti mais son instabilité le fait quitter ces activités pour se réfugier dans le milieu familial. Il a alors dix-sept ans.

On le décrit comme solitaire, versatile, parfois violent et bien qu'il ne délire pas, bien qu'il ne soit pas victime d'hallucinations, le diagnostic de

psychose ne fait pas de doute. Les troubles caractériels et les difficultés de l'adaptation et du contact humain étayent cette orientation clinique.

*«La présentation efféminée, les rêveries intérieures, les paramimies, le négativisme et l'oppositionnisme sont autant de symptômes de la série schizophrénique qui éclosent dans ce milieu familial inaffectif et violent».*

*«Un soir, J. tue d'un coup de carabine son petit frère avec qui il jouait dans le poulailler puis sans marquer aucune émotion exécute son père et sa mère. Il les installe tous les trois dans le lit conjugal puis vaque à ses occupations pendant plusieurs jours au cours desquels il est travesti avec les habits de sa mère».*

La même froideur et la même anémotivité seront notées dès l'admission en U.M.D. : à l'évocation des crimes, aucun remords et aucune culpabilité ne sont perçus. *«Le travestisme et l'homosexualité qui se déclare sont prégnants mais correspondent clairement à un mécanisme psychotique avec troubles de l'identité et du schéma corporel».*

Petit à petit, malgré son ambivalence affective, son inhibition et son apragmatisme, l'évolution se fait dans un sens relativement favorable. L'aménagement de ses conditions de vie et la prise en charge psychothérapique permettent à J. une ébauche de critique, une prise de conscience douloureuse de son acte.

La Commission du Suivi Médical décide, sept ans après son admission, qu'un retour dans son hôpital d'origine est possible.

### **1.10. Cas de Monsieur K.**

Monsieur K. a dix-sept ans lorsqu'il est admis en U.M.D., par transfert de la Maison d'Arrêt de sa région d'origine où il est incarcéré après un double parricide. Un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal est motivé par une «*personnalité psychotique avec l'amorce d'une pensée délirante*» ou encore par une «*psychose schizophrénique infantile*» selon les différentes expertises.

Abandonné en Belgique, K. a été adopté par une famille française à trois mois. Il vit alors avec son père et sa mère adoptifs et la mère de cette dernière. Il suit une scolarité correcte jusqu'en première année de B.E.P. administratif puis exprime le désir de travailler : il est alors employé à la mairie de sa petite ville comme secrétaire polyvalent. Peu sociable et plutôt renfermé, il n'a guère eu de relations amicales ou amoureuses et ses activités de loisirs ne sont qu'individuelles.

Pour avoir tenté un essai de compréhension de la psychodynamique du passage à l'acte de K., nous pensons que son cas présente une succession d'expériences traumatiques. Prises séparément, elles ne suffisent pas à expliquer son geste mais ont pris une importance considérable dans l'émergence d'une violente angoisse d'anéantissement dont les mauvais objets désignés étaient les parents adoptifs.

De nombreux obstacles sont venus s'opposer à l'élaboration d'un sentiment de filiation opérant et il n'a pu s'inscrire dans la lignée familiale. La mort d'un enfant naturel de un an avant sa venue laissait une place vide impossible à combler. Sa mère entourée de photos et de souvenirs n'aurait pu se satisfaire d'aucun enfant en cette période de deuil. L'échec



de la révélation de ses origines s'entend comme un traumatisme déstructurant le renvoyant à son abandon. Autant d'éléments qui font que K. se sent victime d'un rejet : dans ce milieu carencé sur le plan affectif, il acquière l'idée que l'arrêt de sa souffrance passe par la suppression de l'objet qui en est le support, non sans avoir auparavant tenté d'y échapper en fuguant.

L'épisode de déréalisation qui le fera basculer dans le meurtre sera décrit comme *«une logique de survie... la libération d'une surtension paroxystique longtemps contenue»*, dans l'après-coup desquelles il ne ressentira presque rien de ce chaos critique.

L'évolution hospitalière en U.M.D. ne nous permettra pas d'affirmer clairement le diagnostic de schizophrénie. Tout au plus nous pourrions parler de personnalité schizoïde devant son caractère solitaire, froid et distant, recherchant peu le contact avec les malades ou les soignants.

La prise en charge sera délicate en raison d'aménagements structuraux sur un mode pervers, sources de difficultés induites par des manipulations, des attitudes de défi et de transgression, d'inversion du rapport agresseur/victime et des contestations fréquentes de l'autorité.

Petit à petit, le risque de *«chronicisation»* et d' *«immobilisme»* paraissait majeur. K. s'était *«installé»* dans le pavillon qu'il modelait à ses exigences, se préparant à une situation figée pour longtemps. Néanmoins, il a réussi à s'inscrire dans une démarche psychothérapique, à quitter les rationalisations le faisant se poser en victime de parents maltraitants et à ébaucher une critique en se réappropriant son acte.

Treize ans après les faits, la Commission du Suivi Médical a décidé qu'un transfert dans son hôpital d'origine était possible.

### **1.11. Cas de Monsieur L.**

Monsieur L. a quarante et un ans lorsqu'il est admis en U.M.D., transféré du C.M.P.R. de sa région d'origine où il séjournait depuis deux mois après avoir présenté de graves troubles du comportement lors de sa garde à vue, justifiée par *«l'assassinat de sept personnes et la tentative d'assassinat de neuf autres»*. Les différentes expertises psychiatriques ont conclu à une schizophrénie paranoïde justifiant un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal.

L. est l'aîné et le seul garçon d'une fratrie de quatre, élevé par son père gendarme et sa mère au foyer, tous deux cultivateurs d'origine. Il suit une scolarité correcte, ponctuée d'un baccalauréat à l'issue duquel il obtient une licence de Sciences Physiques et Chimie avant qu'un fléchissement n'apparaisse alors qu'il prépare une agrégation.

Durant son service militaire au Costa Rica, il présente un premier épisode évoquant une expérience délirante primaire. A son retour en France, il se révèle incapable d'exercer sa profession d'enseignant, présente de nombreux troubles digestifs, souffre d'insomnie. Il sera finalement déclaré invalide deuxième catégorie devant un ensemble de perturbations du cours de la pensée et un raisonnement empreint de bizarreries très évocateurs d'une psychose schizophrénique.

L. a habité chez ses parents jusqu'à trente-trois ans, avant d'être mis à la porte par son père un an après le décès de sa mère. Les deux hommes se querellaient fréquemment, y compris après son départ du domicile familial. Au cours d'une des disputes, L. avait blessé sérieusement son père à la tête.

Durant les sept ans où il vit seul, L. est hospitalisé à plusieurs reprises en psychiatrie, au cours desquelles un traitement par neuroleptique est instauré, qu'il poursuivra irrégulièrement pendant plusieurs années. Ce sont principalement *«les phénomènes pseudo-somatiques de type hypochondriaques et les idées de persécution»* qui motivent les admissions, où sont par ailleurs notées des *«perturbations sexuelles avec des pratiques masturbatoires très culpabilisées et une incapacité à avoir des érections lors des essais de rapports hétérosexuels»*.

Le passage à l'acte meurtrier *«exécuté sous le coup d'un rationalisme morbide»* semble avoir été déclenché par la réactivation d'idées délirantes hypochondriaques associées à des éléments de dépersonnalisation. Il tue alors son père, deux oncles et un médecin, avant d'ouvrir le feu dans la rue sur des personnes qu'il ne connaît pas, faisant trois autres morts et neuf blessés avant d'être interpellé par les gendarmes.

Il tentera de se suicider en prison par phlébotomie avant que des troubles du comportement hétéro-agressifs ne justifient un transfert en U.M.D.. Le diagnostic de schizophrénie paranoïde y sera confirmé devant les troubles de l'affectivité, du pragmatisme et des capacités relationnelles et les manifestations délirantes à thème persécutif dominant, structurant secondairement L. sur un mode pseudo-paranoïaque.

Néanmoins, après plusieurs tentatives infructueuses de chimiothérapie, l'instauration d'un nouvel antipsychotique a permis *«une évolution tout à fait conséquente de l'attitude de L. vis-à-vis des soins... une élaboration satisfaisante de la critique des faits»*. L'abrasion de la symptomatologie floride a fait proposer à la Commission du Suivi Médical un retour à l'hôpital d'origine, soulignant également *«qu'après des années*

*d'isolement, le patient paraissait plus ouvert et plus critique».* L. aura passé treize ans en U.M.D..

### **1.12. Cas de Monsieur M.**

Monsieur M. est admis à trente-deux ans en U.M.D., transféré de la Maison d'Arrêt de sa région d'origine où il était incarcéré et après qu'un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal ait été prononcé dans une affaire d'homicides multiples : quinze assassinats et quatorze tentatives d'assassinat. L'irresponsabilité pénale est justifiée par une *«psychose délirante schizophrénique»*.

La biographie est assez pauvre car M. s'est toujours montré réticent, méfiant et peu enclin à s'impliquer émotionnellement en parlant de son enfance. Il est l'aîné d'une fratrie de trois et a été élevé dans une famille d'agriculteurs, semble t'il plus volontiers par une grand-mère autoritaire que par ses parents très occupés à la ferme. Il fait une scolarité primaire moyenne et secondaire médiocre, s'oriente vers la maçonnerie mais ne peut aller jusqu'au C.A.P. et abandonne cette voie pour aider son père à la ferme.

Il effectue sans problème notable son service militaire en Allemagne, à l'issue duquel il revient dans sa région. On le décrit comme un solitaire, au tempérament renfermé et aux aménagements caractériels qui conduisent fréquemment à des querelles et menaces envers son père. Petit à petit, le rendement professionnel diminue et il désinvestit son travail. Il présente des troubles thymiques très variables, de la dépression à l'euphorie teintée de mégalomanie.

Une phase *«d'efflorescence paranoïde»* se met en place, sous-tendue par un vécu délirant persécutif de mécanisme hallucinatoire, interprétatif et intuitif. L'accentuation de l'angoisse et de la tension interne, inhérente à la

décompensation délirante, semble avoir précipité le passage à l'acte meurtrier au cours duquel il abat l'inséminateur qui venait travailler à la ferme puis ouvre le feu dans la ferme, tuant sa mère, sa sœur et trois enfants, blessant son père avant de poursuivre son odyssée sanglante dans son village où neuf personnes seront tuées et treize autres blessées.

La prise en charge hospitalière a confirmé le diagnostic de psychose schizophrénique : s'y associent le développement d'un délire et une personnalité pathologique où dominant inaffectivité totale, froideur, rationalisme morbide, troubles du contact, apragmatisme et désinvestissement du réel. Sous traitement neuroleptique, l'abrasion du délire a été rapidement obtenue et les éléments déficitaires sont devenus prépondérants, en particulier le repli sur soi et l'athymhormie.

Malgré les multiples tentatives médicamenteuses bien conduites et les sollicitations en vue d'une meilleure adaptation relationnelle, c'est encore cette position de retrait qui domine aujourd'hui. Le contact reste très sélectif et l'affectivité très contrôlée, ce qui limite les projets thérapeutiques et augure d'une hospitalisation encore longue malgré les huit années déjà passées en U.M.D..

### **1.13. Cas de Monsieur N.**

Monsieur N. a quarante-deux ans lorsqu'il est admis en U.M.D., transféré de la Maison d'Arrêt de sa région d'origine après un non-lieu au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal prononcé dans une affaire de quadruple homicide : N. a tué trois personnes dans une laiterie (deux employés et une cliente) et son oncle dans la rue. Les trois expertises concluent en une irresponsabilité pénale pour psychose délirante mais les diagnostics sont légèrement différents, les uns y voyant une paranoïa sensitive et les autres une schizophrénie.

N. est l'aîné d'une fratrie de cinq. Il a été élevé dans un milieu rural qu'il a peu quitté, par son père et sa mère, tous deux fromagers. Cette dernière est décédée alors qu'il avait quinze ans d'un accident vasculaire cérébral. L'enfance semble avoir été harmonieuse jusqu'à ce décès. La scolarité correcte se poursuit jusqu'au certificat d'études, après lequel il travaille avec son père dans la fromagerie qu'il exploite.

Ses dix-huit mois de service militaire en Allemagne se déroulent sans incident notable. A son retour, il rejoint le domicile familial où il vit avec son père et un de ses frères. Le père a dû arrêter l'exploitation et N. s'engage chez un patron. Le père est alcoolique, dépressif et a plusieurs fois tenté de se suicider. Leurs rapports se cantonnent à ceux de la vie commune.

N. est décrit comme un être renfermé, taciturne, de caractère très difficile pour son entourage et dont le seul plaisir se trouve dans la chasse.



Il s'empporte très facilement pour des motifs futiles et en vient rapidement à menacer avec son fusil les membres de sa famille (son oncle, son frère), ses voisins ou ses camarades de travail.

Il dit avoir eu plusieurs «*aventures*» avec des femmes, toutes soldées par des échecs sans que quiconque puisse affirmer la véracité de ses dires.

Il est hospitalisé à plusieurs reprises en psychiatrie, la première étant motivée par de violentes menaces faites au père d'une jeune fille «*qui s'opposait à leur liaison*». Il est également admis dans un contexte de trouble thymique de tonalité dépressive pour lequel un traitement antidépresseur et sédatif est instauré.

Petit à petit semblent s'être mises en place les premières manifestations psychopathologiques, en particulier l'idée que tout le village, en particulier ses proches et ses voisins, se moquaient de son impuissance. Des idées érotomaniaques se sont faites jour ainsi qu'un vécu persécutif interprétatif mais peut-être également hallucinatoire. Cette «*crise*» comportait par ailleurs des connotations dépressives puisqu'avant de commettre froidement ses crimes, N. a fait abattre ses chiens par un vétérinaire à qui il venait de confier son désir de quitter la France pour travailler en Suisse.

Depuis son admission en U.M.D. il y a onze ans, la symptomatologie ne s'est quasiment pas modifiée. N. s'est bien intégré à la vie pavillonnaire, participe régulièrement aux activités, n'a jamais présenté de comportement agressif ou violent mais reste méfiant et réticent, apragmatique.

Il n'a pu s'inscrire dans aucune démarche psychothérapique ; l'absence de remords, de culpabilité ou d'ébauche de critique faisant craindre la poursuite d'une longue hospitalisation.

## 2. ANALYSE DES CAS

La notion d'homicide pathologique est à relier aux troubles de la conscience ou du jugement amenant le sujet à agir en n'ayant pas conscience de son acte ou des conséquences de son acte. Lorsque les motivations sont délirantes, il s'agit des homicides commis par des psychotiques.

Cette question a déjà fait l'objet de nombreuses publications grâce auxquelles le problème est mieux cerné. Il ne s'agit pas pour nous de reprendre tous les résultats de ces études, ce qui justifierait d'un travail spécifique, mais d'en retenir certains points forts :

1.- le risque d'un comportement violent ne semble guère plus élevé parmi les malades mentaux que dans la population générale (63, 64).

2.- les malades mentaux ne constituent donc pas un groupe plus dangereux que les autres et il existe une exagération manifeste dans l'idée que la maladie mentale constitue en soi un facteur de dangerosité accrue (112).

Cela ne nous étonne guère malgré le stéréotype tenace dans le grand public et largement entretenu par les médias selon lequel la maladie mentale rendant violent, les malades mentaux sont plus dangereux que les *«gens normaux»*. T. ALBERNHE, citant POUGET, écrit : *«si une telle erreur, à savoir que les malades mentaux sont plus violents que les autres, est communément répandue, elle le doit à un phénomène de glissement de signifiant qui fait que tout acte violent qui sort de l'ordinaire,*

*soit dans sa réalisation, soit dans son horreur, soit par l'absence de motif visible, est attribué à un malade mental. C'est un acte fou qui devient vite l'acte d'un fou et l'on retombe dans la confusion entre anormal et pathologique» (3).*

Probablement parce qu'ils sont les malades les plus énigmatiques et les plus imprévisibles, les psychotiques sont ainsi considérés comme les patients *«les plus dangereux»*. Lorsque la crudité de leurs fantasmes se concrétise, ces malades peuvent se montrer d'une violence sans limite et effectivement effrayante par son caractère apparemment *«gratuit»*.

3.- concernant le risque homicidaire, les affections rencontrées par la psychiatrie criminelle recouvrent l'ensemble du champ nosographique mais certains diagnostics sont associés à un risque plus élevé (115) au premier rang desquels on retrouve la schizophrénie et la paranoïa.

De multiples auteurs se sont ainsi employés à étudier les antécédents de ces patients pour en faire des indicateurs de dangerosité utilisables. L'évaluation de critères statiques et environnementaux a fait l'objet de nombreux écrits et a abouti à la détermination de prédictors (repris par MILLAUD, 92) :

- un milieu socio-culturel pauvre, tant sur le plan économique que relationnel
- des antécédents de délits violents
- l'âge : risque plus grand chez le jeune adulte

- le sexe : neuf hommes pour une femme
- la race : aux Etats-Unis, risque plus grand chez les non-blancs
- l'abus d'alcool et de drogues
- l'état matrimonial : risque plus grand chez le célibataire
- une maladie mentale : risque de violence supérieur à celui de la population générale chez les sujets ayant subi une ou plusieurs arrestations avant l'hospitalisation.

Cependant, malgré tous ces éléments, les recherches actuelles démontrent la faible capacité des cliniciens à prédire un comportement violent à moyen ou à long terme. Une des réponses se trouve peut-être dans la difficulté à évaluer, non pas les prédicteurs statiques, mais les éléments psychodynamiques reliés à la psychopathologie du patient et les éléments cliniques, sémiologiques qui pourraient être liés à un passage à l'acte homicide.

Notre travail avec les malades difficiles nous fait rencontrer pour chacun d'eux une histoire singulière de violence pathologique. Notre vision synthétique est nécessairement réductrice mais la notion qui reflète le mieux les dénominateurs communs de ces histoires est celle des *«trajectoires psychopathologiques»* définies par J.L. SENNINGER et V. FONTAA (in 3 ; pp.675-681). Cette approche inclut l'évolution de la maladie, la trajectoire institutionnelle et la dynamique du passage à l'acte. Nous allons reprendre les *«trajectoires»* définies par ces auteurs, basées

sur leur expérience clinique en U.M.D., pour articuler nos réflexions à propos des quatorze meurtriers décrits précédemment.

Auparavant, nous allons résumer la classification originale des homicides pathologiques de M. BENEZECH (in 3 ; pp.171-173). Pour ce dernier, la catégorisation d'un crime violent n'est possible qu'après recherche et discussion des données médico-légales et policières de l'infraction. Dans une optique criminologique, il examine quatre composantes (scène, victime, auteur et mobile du crime). Les homicides pathologiques se distinguent des meurtres perpétrés *«librement et lucidement et dont la motivation est rationnelle et utilitaire»*.

Il distingue :

«- **L'homicide impulsif.** Son auteur présente des troubles intellectuels (débilité) et/ou caractériels (psychopathie, prépsychose), souvent sur fond d'alcoolisme, troubles qui le rendent anormalement violent (colère pathologique) lors d'un conflit, d'une dispute, d'une frustration, d'une crise. La motivation est d'ordre émotionnel et le passage à l'acte se produit souvent en état d'ivresse. La victime peut être un proche ou une personne inconnue de l'agresseur.

- **L'homicide passionnel.** Son auteur tue car il est incapable de supporter la menace d'une séparation ou d'abandon de la part d'une personne investie affectivement (conjoint, concubin, maîtresse, partenaire homosexuel). La perte d'objet entraîne une souffrance intolérable à l'origine d'un processus émotionnel meurtre-suicide. La personne aimée est généralement la victime, comme le sont parfois les enfants du couple.

- **L'homicide sexuel.** Son auteur agit avant tout soit pour dominer sa victime, soit par colère (haine des femmes ou haine indifférenciée), soit par plaisir (sadisme). Le crime sera d'autant moins planifié et organisé que l'agresseur est jeune, inexpérimenté, sous l'influence de la drogue ou de l'alcool, ou enfin malade mental. La scène du crime reflétera alors la nature spontanée et désordonnée du passage à l'acte. La motivation est intellectuelle et/ou émotionnelle. La victime est généralement inconnue du meurtrier. Elle sera sélectionnée en cas de crime organisé ou simplement ciblée (victime aléatoire d'opportunité) en cas de crime désorganisé.

- **L'homicide dépressif.** Son auteur est un névrotique, un prépsychotique limite ou un psychotique maniaco-dépressif ou autre qui va entraîner ses proches dans la mort au cours d'un moment émotionnel mélancolique ou mélancoliforme. La régression fusionnelle avec la victime s'accompagne de culpabilité et de douleur morale intense. La victime est quelquefois consentante en cas de «pacte suicidaire». La motivation de l'agresseur se veut altruiste.

- **L'homicide psychotique non délirant.** Son auteur souffre, soit de schizophrénie de type hébéphrénico-catatonique ou héboïdophrénique, soit de séquelles de psychose infantile sous forme de dysharmonie évolutive. La motivation est d'ordre intellectuel plus qu'émotionnel. Le crime se produit parfois pour des causes insignifiantes dans un contexte de réaction impulsive brutale échappant à tout contrôle. Parents et personnes proches sont les victimes les plus exposées.

- **L'homicide de cause organique.** Son auteur est soit sous l'emprise d'un ou plusieurs toxiques, soit porteur d'une pathologie somatique susceptible de provoquer des perturbations émotionnelles criminelles :

*trouble métabolique, tumeur cérébrale, démence, trouble du sommeil. Le meurtre est réalisé souvent au cours d'un état d'excitation confuso-délirant aigu par perception erronée de l'environnement avec vécu onirique persécutoire. Parmi ces troubles mentaux organiques, il faut citer les ivresses alcooliques pathologiques et les syndromes induits par d'autres substances psychoactives : stupéfiants, antidépresseurs, stéroïdes anabolisants.*

**- L'homicide non classable par ailleurs.** *Ce dernier groupe comprend une grande variété de crimes pathologiques, depuis le meurtre compulsif de motivation névrotique jusqu'au meurtre passagèrement psychotique, en passant par le meurtre réalisé par une personne souffrant d'hyperémotivité, de sentiments d'infériorité, de traits de personnalité passive-agressive».*

Aussi adaptée que puisse être cette classification pour le praticien de psychiatrie pénitentiaire qu'est M. BENEZECH, basée sur une réalité clinique et s'attachant à tenir compte du caractère plurifactoriel du déterminisme criminel, nous lui préférons une approche psychopathologique plus stricte. Les deux classifications s'appliquent néanmoins à apporter un regard criminologique tenant compte des diverses interactions à l'œuvre et sont parfois très proches l'une de l'autre.

La pratique expertale actuelle tend (malheureusement) à ne prononcer pour l'essentiel des non-lieux psychiatriques qu'en cas de psychose ou de dépression grave. Cela nous conduit à rencontrer plus spécifiquement certains patients que d'autres. Notre population de référence en U.M.D. servira donc de trame à la présentation des principales trajectoires psychopathologiques des cas cliniques. Nous en excluons toutefois le



pervers sexuel, le débile mental et le déséquilibré psychopathe qui ne semblent pas concerner directement le sujet. Les meurtriers pathologiques multiples ci-dessus décrits rejoignent les catégories psychopathologiques suivantes.

### **2.1. Le dépressif**

Il s'apparente à l'«*homicide dépressif*» de BENEZECH. Le patient *«associe une estime de soi fortement dépréciée et une souffrance morale intense. Cela l'incline vers des velléités suicidaires. Son rapport à la réalité n'est que peu perturbé et il perçoit souvent avec une acuité toute particulière, alimentée par son sentiment de culpabilité, l'impact de sa souffrance parmi ses proches, douloureusement affectés. Cette pensée génère un risque d'homicide altruiste. Ce risque est encore plus élevé lorsque les idées délirantes du mélancolique incluent l'entourage»* (3).

Il en est ainsi de Monsieur **A.** qui a tué de façon préméditée ses proches les plus chers, pour ne pas les laisser derrière lui, seuls à affronter les vicissitudes et les injustices de l'existence, pour ne pas qu'ils soient confrontés à un avenir impossible car sans espoir. Ils ne doivent pas survivre car seule une vie de martyr les attend. La réalité extérieure est vécue comme irrémédiablement douloureuse.

Si elle est souvent soigneusement préméditée et minutieusement préparée, l'agression apparaît parfois impulsive. C'est le cas de Monsieur **B.**, qui exécute ses proches dans un contexte qui ne doit pas faire oublier l'état mélancolique délirant dans lequel il est plongé et l'équivalent suicidaire de son geste.

La nécessité du recours aux U.M.D. est exceptionnelle pour les patients dépressifs. **A.** et **B.** n'ont été admis qu'après de graves troubles du comportement dans les hôpitaux d'origine.

Par contre, la dimension de souffrance des malades mentaux et la fréquence de l'hétéro-agressivité chez le psychotique déprimé, quel que soit le cadre nosographique, nous laissent croire que la dimension criminogène de la dépression est largement sous-estimée :

- la pathologie psychosomatique, l'épisode anxio-dépressif réactionnel au cours du service militaire et l'apparition des idées délirantes hypochondriaques de **L.**,
  - les troubles thymiques de **M.**, qui alterne épisodes dépressifs et exaltation mégalomaniacale,
  - l'hospitalisation de **N.** pour syndrome dépressif et l'«*exécution*» de ses chiens la veille de son passage à l'acte,
- sont autant de symptômes témoignant de troubles thymiques.

S'ils sont insuffisants à eux seuls à déterminer le passage à l'acte meurtrier, contrairement à **A.** et **B.**, nous pensons qu'ils peuvent être des paramètres significatifs de l'agressivité pathologique de ces trois patients.

## **2.2. Les états modifiés de conscience**

Toute modification de l'état de conscience d'un sujet, altérant globalement ou spécifiquement les sphères affectives, psychomotrices et intellectuelles, peut entraîner des perturbations au niveau des conduites individuelles, supports de troubles des conduites sociales. Il existe une victimologie et une criminologie de ces états, d'étiologies diverses, mais finalement stéréotypés dans leur expression criminologique psychiatrique.

Si nos quatorze patients ne sont pas concernés par certains troubles du sommeil, par les confusions mentales post-traumatiques ou d'origine psychogène, deux le sont par une bouffée délirante et un par un processus comitial.

Monsieur **C.** et Monsieur **D.** ont été irresponsabilisés de leurs meurtres après une bouffée délirante. La «*reconstruction*» a posteriori des crimes avec l'aide d'un psychiatre africain nous a fait interpréter ces gestes dans le cadre d'un délire aigu à deux.

Les tableaux cliniques des bouffées délirantes sont souvent impressionnants et constituent des urgences psychiatriques. Le risque hétéro-agressif est parfois majeur, notamment quand est exprimé un vécu apocalyptique abominable s'imposant au patient par des mécanismes multiples (notamment hallucinatoires).

L'intrication éventuelle de la confusion, le degré de dépersonnalisation et l'angoisse sous-jacente peuvent conditionner une réaction défensive par l'attaque. Notamment dans les cas de **C.** et **D.**, convaincus de l'imminence de leur propre mort.

Le recours en U.M.D. est rarement indiqué néanmoins car ce que l'on décrit parfois comme «*un coup de tonnerre dans un ciel serein*» n'en justifierait qu'en cas de risque de récurrence, ce qui reste exceptionnel.

De même pour les crises comitiales dont certaines peuvent relever de l'approche criminologique des états modifiés de conscience, en particulier l'épilepsie temporale. Sa composante psycho-affective-motrice ou ses équivalents, rares, mais auxquels il faut penser, peuvent entraîner des

altérations graves, passagères, imprévisibles, focales, amnésiques rétrospectivement, de l'activité psychomotrice.

Monsieur F. a tué ses parents et son frère *«dans un contexte délirant paranoïaque, alcoolique et épileptique»*, que l'on a pu rattacher à l'épileptoïdie. Ce mot créé par BLEULER et approfondi sur un plan analytique fait de la crise *«une décharge pulsionnelle massive, un orgasme criminel par lequel le sujet exprimerait une sorte de court-circuit sexuel et agressif, un orage homicide et suicidaire où l'inconscient plongerait à la fois dans le crime et le châtiment»* (46).

### **2.3. Le dépendant**

La dépendance à un toxique recouvre des réalités psychopathologiques multiples, s'intégrant dans la maladie alcoolique, la pharmacopsychose, la dépendance aux psychotropes...

En U.M.D., nous rencontrons le plus fréquemment la dépendance à l'alcool. Dans les cas qui nous concernent, il ne s'agit ni d'ivresse pathologique pouvant conduire à un état d'aveuglement et à des violences variées, ni des complications d'un alcoolisme chronique (pathologie démentielle, délire de jalousie...).

Monsieur I. n'a pas tué ses parents au cours d'une crise clastique, d'un état furieux avec hétéro-agressivité brutale et amnésie post-critique mais son ivresse l'a désinhibé sur le plan pulsionnel, a exacerbé ses troubles de la personnalité (schizoïdie) et facilité le passage à l'acte. Aucun trouble du comportement ne laissait supposer une dangerosité. Le scénario meurtrier est apparu brutalement, transformant de banals affects de

ressentiment ou de colère en une angoisse massive et déstructurante sous l'effet de l'alcool.

Concernant Monsieur F., la prise d'alcool a eu cet effet «*détonateur*» en favorisant le déclenchement de la crise d'épilepsie. L'impulsion psychomotrice échappe au contrôle des centres supérieurs et l'épileptique agit alors instantanément, s'acharne sur les victimes et présente ensuite une amnésie post-critique quasi-pathognomonique.

## **2.4. Le dissocié**

*«La dissociation, symptôme schizophrénique, peut atteindre toutes les sphères de la vie psychique. Elle est cependant particulièrement flagrante en ce qui concerne notre propos, lorsqu'elle atteint la sphère affective» (3).*

Les profondes perturbations ressenties par les patients rendent compte d'un aspect massif, incontrôlable et destructeur des actes hétéro-agressifs. Ils contrastent souvent avec l'indifférence apparente de leurs auteurs. La dissociation psychique confère alors à l'acte ce caractère incompréhensible et immotivé : les meurtres immotivés sont décrits comme brutaux, hermétiques, froids, s'exprimant sous forme de raptus impulsifs.

Rarement, la victime n'a aucun lien avec l'agresseur. *«La victime ne l'est que parce qu'elle croise par hasard la vie du schizophrène dans ses déambulations. Elle est un passant anonyme, n'ayant aucune caractéristique particulière» (3).* Le double meurtre commis par Monsieur G. en constitue un exemple tragique. Un seul regard suffit à G. pour

percevoir l'impression fulgurante d'une néantisation et ne concevoir sa «*survie*» que dans l'instantanéité d'une attaque brusque, violente et féroce.

Plus fréquemment, la victime avait un lieu affectif fort avec le schizophrène et il s'agit le plus souvent d'un membre de l'entourage familial. Nous sommes alors surpris de noter que ce qui relève en apparence de l'ambivalence affective peut prendre une dimension de nature sexuelle. C'est ainsi qu'une homosexualité latente, particulièrement exécrée, peut conduire certains schizophrènes au meurtre d'amis proches, du même sexe, voire au meurtre du père.

D. ZAGURY a étudié le double parricide comme «*modèle criminel limite, commis dans la double visée d'échapper à une extermination psychique et de se soutenir d'un auto-engendrement*» (125). Il relève les analogies entre le double parricide et le matricide, nous interpellant sur le rejet du désir incestueux. Il le compare également au «*parricide déplacé*». C'est ce cadre qui nous a permis de mieux comprendre le double parricide de Monsieur **K.**, qui venait ponctuer un long passé psychiatrique.

L'homosexualité de **K.** ne s'est faite jour que tardivement alors que le travestisme de **J.** avec les habits de sa mère morte orientait immédiatement la réflexion.

Dans les deux cas, les meurtres sont apparus comme «*une issue*» et ont été suivis d'un «*retour au calme*» avec une froideur et un rationalisme très caractéristiques.

## 2.5. Le délirant

Les délires chroniques offrent des situations très variées de passage à l'acte criminel. Ils représentent la plus grande partie des meurtriers admis en U.M.D.. *«Le délire chronique s'intègre le plus souvent dans le cadre d'une schizophrénie ou d'une paranoïa, beaucoup plus rarement dans celui d'une psychose hallucinatoire chronique. Dans le dernier cas, l'agression représente généralement l'exécution d'un ordre hallucinatoire de tuer dont la prégnance est telle qu'elle constitue une nécessité vitale, surtout lorsque cet ordre s'accompagne de persécutions majeures»* (3).

Du point de vue psychopathologique, l'agression du paranoïaque s'appuie sur le mécanisme de la projection (tuer pour ne pas être tué). Cette projection est sous-tendue par un délire interprétatif, la *«folie raisonnante»*. La conviction délirante inébranlable, la désignation d'un persécuteur sont des facteurs de risque majeurs de passage à l'acte. Le délire de jalousie et le délire érotomane sont deux formes très criminogènes. Mais dans ces cadres nosographiques, l'exaltation des auteurs s'éteint en général avec l'homicide. *«A l'inverse des persécutés hallucinés, dangereux pour tout le monde, le persécuté raisonnant ne l'est que pour quelques personnes, souvent une seule»* (34).

Les histoires singulières de nos patients confirment l'importance du délire de persécution dans la criminodynamique. Mais, aussi fréquent qu'il puisse être, chacun y réagit en fonction de sa personnalité prémorbide, des mécanismes et de la structure du délire et de la conviction qui s'y rattache et vraisemblablement en fonction d'autres dimensions inconnues. Monsieur E. est schizophrène mais la décompensation délirante ayant conduit au double homicide est suffisamment structurée, cohérente avec

le passage à l'acte, implacablement logique, pour que l'on parle de «*délire de structure paranoïaque*». La structure n'a d'importance que criminologique, dans la mesure où elle aide à la compréhension a posteriori de l'acte.

Chez Monsieur H., le délire est plus flou, mal systématisé. Sa schizophrénie organisée sur un mode pseudo-paranoïaque l'a déjà conduit à proférer des menaces. Il semble que son passage à l'acte soit survenu au cours d'une expérience de vécu persécutif plus prégnant, de danger immédiat sous-tendu par des hallucinations auditives. C'est là toute l'importance du mécanisme délirant, notamment de l'impression de mort imminente que provoquent parfois les hallucinations.

Concernant nos trois derniers patients (L., M., N.), tous trois persécutés, les agressions sont survenues après un long temps d'évolution du délire. Les interprétations délirantes ont provoqué un harcèlement incessant et omniprésent dont ils n'ont pu sortir qu'en recourant à l'extrême violence. On ne peut néanmoins dans leurs cas attribuer l'ensemble du passage à l'acte à cette seule dimension homicide du délire de persécution.

## **2.6. Conclusion**

Après cette brève analyse, nous retiendrons :

- sur un plan **diagnostique**, la prépondérance nette d'un groupe à prédominance schizophrénique (presque la moitié des patients appartiennent à ce groupe : E., G., H., J., L., M.).



Ce qui est habituellement décrit pour le risque homicidaire simple où les schizophrènes, héboïdophrènes ou paranoïdes, sont désignés comme les malades mentaux les plus dangereux, l'est donc aussi pour les homicides multiples. Par contre, fait étonnant, nous ne retrouvons aucun trouble paranoïaque au sens psychiatrique strict, ce qui est contraire aux constatations habituelles sur les homicides des malades mentaux.

Pour les patients qui n'appartiennent pas à ce «*groupe des schizophrènes*», deux ont présenté un épisode dépressif majeur avec mélancolie (**A.** et **B.**), deux ont présenté une bouffée délirante (**C.** et **D.**), deux ont présenté une ivresse aiguë venue décompenser une pathologie sous-jacente (épilepsie pour **F.**, schizoïdie pour **I.**) et dans deux cas, le diagnostic n'est pas affirmé avec certitude (**K.** et **N.**).

- sur le plan des **antécédents psychiatriques**, seuls quatre patients en étaient exempts lors des crimes. Ils appartiennent tous aux «*non schizophrènes*» (**C.**, **D.**, **I.** et **K.**).

- sur le plan **victimologique**, la moitié des victimes (soit vingt-cinq) font partie de la famille proximale (père, mère, frères et sœurs, conjoint, enfants ...), ce qui confirme les données de la littérature générale sur le sujet. Certains auteurs parlent de «*meurtres spécifiques*» pour caractériser les victimes de l'entourage familial, soulignant par là-même le contexte psycho-affectif morbide avec des motivations essentiellement affectives du passage à l'acte.

Dix victimes font partie du réseau relationnel (amis, relations) pour lesquelles on parle parfois de «*meurtres peu spécifiques*».

Quinze victimes sont inconnues des agresseurs : victimes de «*meurtres non spécifiques*».

Sur les vingt-quatre blessés, vingt-deux sont «*non spécifiques*».

- sur le plan des **trajectoires psychopathologiques**, onze patients sur quatorze peuvent être appréhendés dans un cadre spécifique, que leur passage à l'acte soit survenu dans le cadre de troubles affectifs prédominants, d'une dissociation mentale, d'une déstructuration de la conscience, d'une dépendance ou d'un délire.

Par contre, trois patients (**L.**, **M.** et **N.**) nous semblent impossibles à «*catégoriser*» de la sorte car ils paraissent emprunter à plusieurs d'entre elles à la fois. L'approche de leur psychopathologie révèle des antécédents psychiatriques lourds, en rapport avec l'évolution lente et progressive d'un vécu délirant de persécution. Les gestes hétéro-agressifs se sont multipliés dans l'histoire de la maladie, visant tout particulièrement les pères ou des figures paternelles clairement identifiées.

Leur passage à l'acte a été commis avec une fulgurance et une violence qui caractérisent l'impression de mort imminente mais leur dangerosité ne s'est pas épuisée dans l'acte. La dynamique morbide n'a pas eu le caractère abréactif habituel et la folie meurtrière s'est poursuivie.

Ces trois patients présentent de graves troubles sexuels, dont certains sont intégrés dans leurs productions délirantes. Mais leurs histoires orientent aussi vers des troubles de l'humeur, de tonalités essentiellement dépressives. Dès lors, cette proximité entre homicide et éléments dépressifs ne peut que nous orienter vers une dimension suicidaire du passage à l'acte.

Concernant les victimes de leurs actes, il paraît remarquable de préciser leur répartition :

- vingt-six victimes au total dont treize (la moitié) sont inconnues des agresseurs, sept appartiennent à la famille proximale et six au réseau relationnel.

Si dès lors on comptabilise les victimes des onze autres meurtriers, dix-huit sur les vingt-quatre appartiennent à la famille proximale et deux seulement sont inconnues de leur agresseur.

Il y a là une différence significative en terme de «*répartition*» des victimes dont nous devons tenir compte en terme de définition.

Monsieur **L.**, Monsieur **M.** et Monsieur **N.** nous semblent donc relever d'une trajectoire psychopathologique spécifique. Ils ont commis des crimes pouvant s'intégrer dans les meurtres de masse des malades mentaux, et plus précisément des psychotiques.

Avant de détailler leurs histoires spécifiques, nécessaires à une approche dynamique du passage à l'acte meurtrier et plus largement à un essai de compréhension globale, nous devons tenter de définir ces gestes criminels. Toute la difficulté résulte de leur caractère rarissime et impose prudence et modestie dans les hypothèses que nous pourrions établir.

### 3. VERS UNE DEFINITION ?

Trois des cas que nous avons retenus par une sélection des admissions en U.M.D. pour homicides multiples nous semblent exclus des catégorisations habituelles. Aucune des trajectoires psychopathologiques que nous utilisons en pratique pour approcher les homicides pathologiques ne nous permet de prendre en compte la globalité de l'acte de L., M. ou N..

Nul doute qu'ils appartiennent aux meurtriers de masse compte tenu du nombre de leurs victimes. Nul doute par ailleurs sur leur pathologie mentale : la psychose. Nous ne pouvons pas nous contenter de leur caractère d'exception pour justifier leur exclusion habituelle des champs d'étude (au même titre que WAGNER ou WHITMAN, dont les gestes demeurent «*inexplicables*»).

Notre propos n'est pas de redéfinir le meurtre de masse qui est une notion «*fourre-tout*» dont relèvent les cas très variés abordés dans la revue de littérature. Si leur approche exhaustive semble plutôt criminologique, notre pratique de la psychiatrie institutionnelle doit nous permettre d'en définir un sous type : «**le meurtre de masse du psychotique**».

Cette définition exclura les homicides multiples commis par les malades mentaux psychotiques que l'on rencontre par ailleurs et dont nous avons eu quelques exemples dans les onze autres cas étudiés.

Au delà de la longue évolution des troubles psychiatriques dont nous devons tenir compte, de l'association d'éléments délirants et de troubles

thymiques dont nous étudierons une éventuelle spécificité, c'est la particularité victimologique qui est essentielle à la définition.

En effet, les victimes des psychotiques meurtriers de masse appartiennent à la fois à deux catégories :

- une dite «**spécifique**», qui concerne la famille.
- une autre dite «**non spécifique**», qui concerne des inconnus.

Les victimes spécifiques sont les plus fréquentes des homicides psychotiques, dans des cadres aussi divers que les états modifiés de conscience, les meurtres commis par les mélancoliques, les dissociés ou les délirants (huit de nos patients n'ont ainsi tué que leurs proches).

Les victimes non spécifiques sont rares, surtout le fait des patients dissociés, parfois des délirants hallucinés (un seul de nos patients n'a tué que deux inconnus).

Il existe par ailleurs certaines victimes dites «*peu spécifiques*» (amis, relations... ). Deux de nos cas concernent ainsi des délirants qui tuent des persécuteurs n'appartenant pas à la famille proximale.

Nous pensons donc que deux victimes «*suffisent*» à caractériser le meurtrier de masse psychotique dès lors qu'elles appartiennent à ces catégories distinctes (spécifique et non-spécifique).

Par ailleurs, les travaux de DIETZ, KELLEHER, LANE et GREGG nous ont montré toute la difficulté qu'il y avait à appréhender les concepts de lieu et de temps.

Notre définition perdra en précision ce qu'elle gagnera en clarté si nous adoptons les concepts suivants :

- **incident singulier**, venant signifier la continuité dans l'action (et permettant la distinction avec d'autres meurtres, comme les crimes en série).
- **court laps de temps**, en sachant que nos trois cas n'ont duré que quelques dizaines de minutes mais que la littérature en décrit d'autres s'étant déroulés sur plusieurs heures.

Finalement, le meurtre de masse du psychotique serait :

***«l'acte meurtrier singulier commis dans un court laps de temps par un psychotique connu, au cours duquel deux victimes ou plus sont tuées, parmi lesquelles on dénombre :***

- ***une victime spécifique ou plus et***
- ***une victime non spécifique ou plus».***

Par «*spécifique*», nous entendons les membres de la famille, en particulier ceux avec lesquelles les liens affectifs sont forts.

Par «*non spécifique*», nous signifions qu'il s'agit d'inconnus.

Cela sous-entend qu'un psychotique qui tue deux personnes peut être qualifié de meurtrier de masse si les deux victimes sont clairement distinctes (un proche et un inconnu par exemple).

Cela signifie par ailleurs qu'un psychotique qui tue trois, quatre, cinq,... personnes peut ne pas être un meurtrier de masse si les victimes ne répondent pas à cette distinction (exemple d'une tuerie familiale).

**TROISIEME PARTIE**  
**OBSERVATIONS**  
**PSYCHIATRIQUES**  
**DETAILLEES**

## 1. OBSERVATION N°1

Le premier cas que nous allons détailler est celui de Monsieur N., admis en 1988 à l'âge de quarante-deux ans à la suite d'un quadruple meurtre et encore hospitalisé actuellement en Unité pour Malades Difficiles.

Pour essayer de mieux saisir la personnalité de N., son milieu familial et l'histoire de sa maladie, nous allons retracer sa biographie, détailler les circonstances du passage à l'acte puis entamer une discussion articulée avec l'évolution dans les jours et mois qui ont suivi ce geste.

### ***1.1. Rappel des faits***

Un 13 août, N. pénètre dans la laiterie dans laquelle il avait travaillé jusqu'en octobre de l'année précédente et abat Mr et Mme Z., deux employés puis Mme Y., une cliente.

On ne lui connaissait pas de différend avec ces personnes dont deux seulement étaient connues de lui. Il se rend ensuite chez Mr X., son oncle. Ce dernier n'est pas là et c'est sa sœur qui lui répond qu'il se trouve dans l'écurie du voisin : il s'y rend sans mot dire et abat son oncle devant l'écurie.

Il remonte dans sa voiture et s'éloigne. Son véhicule est retrouvé dans un bois à proximité d'un endroit fortifié où il passe quatre jours sans boire ni manger. Il revient alors au village et s'effondre devant les gendarmes dans un état d'épuisement total.



## **1.2. Biographie**

N. est né un 10 août dans un milieu rural et a fort peu quitté son pays natal.

Son père, actuellement à la retraite, y était fromager ; il souffre depuis quelques années d'insuffisance cardiaque.

Sa mère est décédée en 1960 d'un accident vasculaire cérébral : elle était fromagère également.

N. est l'aîné d'une fratrie de cinq (trois frères et une sœur).

Bien qu'élève moyen, il est scolarisé normalement jusqu'à l'obtention du certificat d'études. Il décrit son enfance comme harmonieuse et calme jusqu'au décès de sa mère, où il a fallu qu'il manifeste vis-à-vis de son père la responsabilité de fils aîné.

Jusqu'à ce qu'il parte au service militaire, à dix-neuf ans, il sera triste et renfermé. Il confie n'avoir même pas eu à penser à la poursuite de ses études puisqu'il devait travailler avec son père à la fromagerie (ce qu'il a fait jusqu'à son service national). Il pensait peut-être reprendre l'exploitation familiale.

Le service militaire a duré dix-huit mois (en Allemagne) ; il s'est déroulé sans problème particulier. C'était finalement la première fois qu'il quittait son pays natal et sa famille. Nous lui avons demandé quels avaient été, pendant ces dix-huit mois, ses rapports avec ses camarades et ses chefs. Il dit avoir toujours été réservé et qu'il refusait de sortir avec les autres. Timide, il n'avait pas envie de se laisser entraîner dans d'éventuelles débauches. Il ne jugeait pas le comportement des autres mais n'avait simplement pas envie de faire comme eux.

Revenu dans son village, il s'aperçoit que son père a arrêté l'exploitation de sa fromagerie. Il est obligé de s'engager chez un patron. Il va faire plusieurs employeurs, toujours dans le même métier et ne semble avoir eu aucun litige ni aucune difficulté pouvant motiver ces changements fréquents qui, selon lui, auraient toujours été dus aux circonstances économiques. Les fromageries fermaient et le travail était de plus en plus dur à trouver. Néanmoins, il a poursuivi cette activité jusqu'en octobre de l'année précédant les faits. Depuis six ans, il était employé dans la même laiterie et ses rapports avec ses patrons étaient tout à fait corrects. Mais il a été l'objet d'un licenciement économique et s'est retrouvé sans travail pendant les dix mois précédant son passage à l'acte.

N. n'avait pas changé de résidence et vivait avec son père, l'un de ses frères non marié et sa sœur, revenue avec sa fillette après son divorce. L'entente familiale était marquée par «*des hauts et des bas*» sur lesquels nous reviendrons.

Sur le plan affectif et sentimental, N. fait remonter «*ses problèmes*» à 1980. Il n'a alors jamais eu de rapports sexuels ni aucune expérience des rapports homme-femme.

Sa vie affective a toujours été apparemment très pauvre, dans son enfance, son adolescence ou sa vie adulte. Il semble avoir peu investi l'image de sa mère dont il ne parle ni avec chaleur, ni avec vraie tendresse, ni non plus avec haine. Il dit seulement qu'après sa mort, la vie a été difficile et qu'il a été très triste. Quant à son père, avec lequel il a pratiquement toujours vécu, il n'a aucun qualificatif particulier pour le décrire et l'on peut se demander si leurs rapports ont jamais dépassé ceux de la vie quotidienne. A noter que le père de N. a été hospitalisé dans un

centre hospitalier spécialisé pour éthylisme et idées suicidaires en 1970 mais N. n'a pas évoqué cet épisode (il avait vingt-cinq ans).

Pendant son service militaire, il s'est tenu à l'écart des autres. Durant cette seule période de son existence où il a vécu en milieu communautaire, il semble s'être délibérément écarté de toutes les sorties et de tous les plaisirs aussi éphémères qu'ils soient et pouvant émailler la vie de la caserne. Timidité ? Inhibition ? Il ne nous dit pas que les autres se moquaient de lui mais seulement que c'était un régiment disciplinaire. Beaucoup de ses camarades avaient fait la guerre d'Algérie. Il n'était pas du même univers.

Retourné chez lui, il ne noue connaissance avec aucune fille, il ne fréquente pas les bals. Nous ne savons pas s'il pratiquait fréquemment la masturbation.

Il dit pourtant qu'il avait eu «*des aventures*» avec des femmes mais que cela s'était traduit à chaque fois par un échec sans pouvoir préciser s'il désirait des pratiques sexuelles ou s'il projetait des fantasmes érotiques.

Nous pouvons penser qu'il a dû y avoir une lente maturation de ce sentiment d'«*impuissance*» dans tous les sens du terme. En 1980 sont apparues les premières manifestations psychopathologiques. La fille d'un voisin, mineure, l'aguichait et avait une attitude assez provoquante à son égard. C'est elle qui aurait fait les premiers pas. Lui aurait peut-être suivi mais, toujours d'après ses dires, les parents de cette jeune fille se seraient violemment opposés à cette liaison, allant jusqu'à l'injurier en public. Il n'aurait pas alors persisté dans cette entreprise.

Il rapporte une autre rencontre du même type qui serait survenue un an après avec une jeune fille qui travaillait avec lui et qui aurait eu la même attitude à son égard. Il a sorti son fusil à des fins de menaces et d'intimidation envers le père de cette jeune fille qui refusait leur liaison.

C'est à cette époque que l'entourage a commencé à s'inquiéter, en particulier son patron qui lui a conseillé d'aller voir son médecin de famille. Ce dernier lui aurait dit : *«vous êtes atteint de dépression et c'est grave»* avant de l'orienter vers l'hôpital psychiatrique où il fait un séjour d'un mois début 1982. Un examen psychologique réalisé alors évalue le quotient intellectuel à 118 (supérieur à la moyenne) et conclut à une personnalité de type psycho-rigide après la réalisation des tests M.M.P.I. et Zulliger. L'examen psychiatrique évoque une réticence, un caractère rigide, une personnalité sensitive et l'absence d'efflorescence délirante réelle pour conclure en une *«schizophrénie a minima»*.

N. se souvient avoir beaucoup dormi et reçu un traitement important. A la sortie, il ne lui avait pas été prescrit de traitement neuroleptique, mais des médicaments tranquillisants et un antidépresseur. Cela fait penser que nos collègues ont alors beaucoup plus misé sur une inhibition anxieuse et des troubles thymiques que sur un processus psychotique en évolution. La lettre de sortie fait état *«d'un épisode dépressif ayant entraîné un geste auto-agressif (dont la nature n'est pas mentionnée), secondaire à une rupture affective»*. Le traitement a d'ailleurs été prolongé par son médecin traitant, qu'il voyait assez régulièrement (qui probablement essayait de le faire s'extérioriser et qui lui donnait des conseils diététiques). En fait, Mr N. menait une vie assez hygiénique : il avait une activité physique importante, de par son métier et ses activités de chasseur. Il ne buvait que très peu d'alcool, avait consommé beaucoup

de café pendant un certain temps (pour combattre les effets des traitements sédatifs) et avait arrêté le tabac.

Sorti de l'hôpital, il reprend ses activités professionnelles sans problème particulier mais ne souhaite plus travailler en 3x8. Il obtient un aménagement des horaires dès le début de l'année 1983.

Mais ses relations avec les autres s'altéraient car il était devenu, il le dit lui-même, très irritable et parfois menaçant. Ces actes agressifs avaient jusqu'alors concerné presque exclusivement sa famille «*nucléaire*». Hormis l'épisode où il avait menacé le père d'une jeune fille en 1981, les autres intimidations étaient surtout dirigées contre son frère, sur lequel il avait plusieurs fois braqué son fusil (une fois même tiré des plombs de chevrotine pour un différend familial).

A partir de 1983, les heurts se multiplient. Il menace son frère avec son fusil, lui reprochant de fréquenter une fille qu'il aime. Il menace à deux reprises de «*flinguer*» un camarade de travail et ceci sans donner de raisons. Un garde-chasse est confronté à cette même agressivité, de même que son beau-frère et ce, sans qu'il puisse exprimer clairement ses motifs.

En 1984, il se trouve à nouveau déprimé et souhaite retourner à l'hôpital. Il reste finalement avec son père qui est lui aussi dans une période difficile et aurait fait une tentative de suicide. Il met ses nouvelles difficultés sur le compte de son impossibilité de faire l'amour, qu'il attribue au traitement. Il pense qu'il se détériore sur le plan physique (il pense sexualité), qu'il devient incapable, que son corps s'habitue aux produits.

L'année suivante, nouvel échec avec une autre partenaire. Cette fois-ci, les gens commencent à rire, en le traitant de propre à rien et d'impuissant. Il pense que les gens «*causent de ses affaires*». Son traitement lui paraît de plus en plus fort et il lui attribue des pertes de mémoire.

Nous essaierons de discuter plus loin quelle peut-être la dimension délirante ou non de cette perception de ce monde assez clos dans lequel il vivait. Mais il est à peu près certain en tout cas qu'il a continué à remâcher son sentiment de solitude, d'incompréhension, de désespoir et de haine, qu'un dernier échec a dû encore aviver.

Il prétend en effet avoir eu une autre aventure au début de l'été, l'année des crimes : une jeune fille de vingt ans avec laquelle il serait sorti deux mois, une «*cousine par alliance*» avec laquelle il se serait bien entendu sur le plan sentimental mais qui aurait repoussé son «*infirmité*».

Parallèlement, N. était depuis longtemps un chasseur assidu. C'était semble t'il son seul réel plaisir ou en tout cas sa détente. C'est Mr X., son oncle, qui l'avait initié et, petit à petit, il avait pris plaisir à cette activité. Elle était devenue un plaisir plus solitaire à mesure qu'il la pratiquait. Il se sentait bien quand il était dans les bois avec son fusil.

Il a relaté les nombreux litiges et la complexité des rapports entre sociétés de chasse et chasseurs, «*qui remontent à longtemps*», qui s'appuient sur «*de vieilles histoires*» et des «*dénonciations*». Ces «*histoires*» l'auraient injustement fait condamner à une forte amende pour avoir tiré sur un chevreuil «*hors plan*» mais il semble que jusqu'alors, son oncle n'était pas incriminé dans les vieilles rancunes amassées par des années de pratique.

### **1.3. Circonstances des meurtres**

Nous avons déjà signalé que N. a été l'objet d'un licenciement économique dix mois avant les faits et qu'il n'a dès lors plus exercé son métier.

Au cours de la saison de chasse, il décide de cesser cette activité et exprime son désir de créer une nouvelle société de chasse dans un village voisin. Il abandonnera cette idée dans le courant de l'année après s'être heurté à de nombreuses difficultés d'ordre administratif et s'être violemment querellé avec son oncle à ce sujet. Le sentiment de rejet s'ancre plus profondément, les gens se moquent : *«t'es propre à rien»* et cette impression se trouve renforcée par les paroles du médecin : *«un jour, ça craquera»*.

Six jours avant les faits, il se rend en Suisse pour, selon lui, chercher du travail auprès de la société Nestlé. Ses proches ne savaient rien de cette démarche dont ils ne comprennent guère le sens. Il en revient trois jours plus tard dans un état de *«surexcitation»*.

Quatre jours plus tard, il fait venir un vétérinaire pour piquer ses chiens. Il lui laisse entendre qu'il doit partir travailler à l'étranger. Il enterre ses chiens dans son verger près de la salle de traite de la laiterie où travaillent ses anciens collègues.

La veille des faits, il se rend chez son médecin traitant et lui demande de lui délivrer un certificat médical laissant entendre qu'il est en équilibre apparent.

Le lendemain, N. fait quelques menus travaux de bricolage dans son jardin, place son fusil dans sa voiture et part avec son véhicule vers la laiterie. Il abat alors Z. puis sa femme et enfin Mme Y. qui tente de s'enfuir par une porte de côté.

Il sait maintenant qui sont ces trois personnes mais au départ ne les avait pas choisies comme victimes. Il a toujours été incapable de préciser pourquoi il avait tiré dans un état d'énervement extrême. Elles ne lui avaient personnellement rien fait mais étaient englobées dans la catégorie de tous ces gens qui le traitaient de «*con*» ou d'«*impuissant*».

N. remonte alors dans sa voiture, croise un passant à qui il dit : «*voilà comment se terminent les histoires*». Il se rend chez son oncle qu'il abat après que la sœur de ce dernier lui ait indiqué où il se trouvait.

D'après ses dires, il n'avait au départ que cinq cartouches chargées de plombs de chevrotine et il lui en restait une. Il voulait se suicider en se tirant une balle dans le menton mais avait perdu sa dernière munition en allant dans le fort.

Pendant quatre jours, il est resté sur un tas de paille avant de se décider à aller rechercher une cartouche «*pour en finir*». C'est là qu'il s'est effondré devant les gendarmes.

#### **1.4. Discussion**

Il a été évoqué successivement plusieurs diagnostics, en premier lieu celui de «***schizophrénie a minima***», que l'on doit au premier examen psychiatrique réalisé au cours de son hospitalisation au Centre Hospitalier



Spécialisé de sa région d'origine. Il est fondé sur un problème de personnalité plus que sur une efflorescence délirante quelconque et repose sur le caractère solitaire de N., l'absence d'amis ou de confidents, la préférence pour les activités solitaires et un certain isolement.

Puis le diagnostic de *«délire de relation des sensitifs ou **paranoïa sensitive**»* s'est fait jour. Il s'agit d'une variété des délires interprétatifs où l'on assiste à un développement progressif d'idées de persécution sur un fond de réceptivité affective particulier.

N. est ainsi décrit comme *«présentant des troubles anciens de la personnalité avec une forte tension émotionnelle, irrégulière, imprévisible et avec impulsivité, ceci pouvant l'amener à un très médiocre contrôle avec risque de passage à l'acte explosif»*.

*«Il est enclin à une réserve méfiante sur un fond d'immaturité affective avec des attitudes sociales naïves et égocentriques... dans les relations, il fait preuve d'une hyperesthésie à l'ambiance et cette sensibilité à fleur de peau et la méfiance n'ont fait que s'accroître au fil des années»*.

*«En effet, le sujet est atteint d'un délire paranoïaque qui semble évoluer depuis 1980. Il s'est cristallisé sur l'idée prévalente que tout le village et en particulier ses proches et ses voisins se moquaient de son impuissance... du fait de ses traits égocentriques, il attribuait des moqueries car il est invinciblement poussé à tout rapporter à lui»*.

*«Ce délire qui envahit progressivement toute la vie du sujet, basé sur des interprétations à type de faux raisonnement, entre dans le cadre du délire de relation de Kretschmer dans lequel les idées de persécution se développent sur un fond sensitif»*.

Enfin, la deuxième expertise a conclu en «un **délire paranoïaque** d'interprétation développé sur un fond de personnalité sensitive comportant des thèmes érotomaniaques et des thèmes persécutifs ayant conduit par un enchaînement de rationalisme morbide délirant à la commission des actes qui lui sont reprochés».

«On relève qu'il semble s'être instauré depuis 1982 un état de raisonnement anormal comportant d'une part des idées de persécution sur son entourage où il pensait que les gens le traitaient régulièrement de propre à rien ou d'incapable et où il avait l'impression que les gens parlaient de lui. Il s'est surtout développé depuis cette date des éléments irréels, donc délirants, ayant pour thèmes des idées érotiques vis-à-vis des gens de son entourage, Melle G. puis une autre jeune fille de la dernière laiterie où il travaillait. N. semble avoir présenté vis-à-vis de ces jeunes filles des thèmes délirants érotomaniaques, puisqu'il s'imaginait qu'elles l'aguichaient pour sortir avec lui, qu'il prétend que d'autres filles auraient voulu faire de même par la suite, mais qu'il a refusé et qu'il a pris à plusieurs reprises des armes soit pour faire cesser des aguichements dont il était l'objet, soit pour menacer son frère qu'il accusait de fréquenter la jeune fille ou le père qui s'opposait à leur liaison.

Tout l'ensemble de cette construction apparaît entièrement irréel et délirant, dans la mesure où tous les témoignages s'accordent à dire que N. n'avait pas de relation féminine et dans la mesure où, au moins en ce qui concerne Melle G., il ne lui avait, selon les dires de cette dernière, jamais adressé la parole directement et jamais fait part des sentiments qu'il disait éprouver pour elle.

A la lumière de ce comportement délirant initial, on peut se demander ce qu'il faut croire des affirmations ultérieures de N. qui prétend avoir eu une liaison en 1984 puis deux autres essais de liaison en 1985 et 1986. On

*peut également s'interroger sur la soi-disant rupture sentimentale qui avait fait en principe l'objet de sa première hospitalisation en 1982. Ces constructions délirantes à thèmes érotomaniaques semblent avoir duré à bas bruit durant cinq à six ans mais peu de gens paraissent s'en être rendus compte, en dehors de la famille de Melle G. qui a été l'objet des premières avances de N., et de son frère qui a été menacé à ce sujet».*

Ces experts se sont donc appuyés sur ces idées délirantes érotomaniaques pour expliquer la phase *«d'exacerbation finale au cours de laquelle il a tué son oncle envers lequel il nourrissait une rancœur à propos d'une affaire de chasse et a tué au hasard les gens de la laiterie»*, imputée à l'impression qu'avait N. que tout le monde était au courant, que tout le monde se moquait de lui et parlait de ses affaires.

Ils concluent en notant la *«possibilité d'éléments hallucinatoires quand N. se croit traité de con, de propre à rien ou d'incapable»* mais que *«mis à part les faits qui se sont déroulés et les explications délirantes qui en sont données, le reste de l'examen relève peu de choses, si ce n'est un caractère renfermé, une grande sensibilité avec une tendance à garder par devers lui tous les affects pénibles et enfin une certaine lenteur de décision»*.

Nous avons pu rencontrer ce patient treize ans après les faits et nous entretenir avec lui. Nous avons d'emblée constaté une réserve et une apparence très fruste dans son comportement et son discours (ce dernier étant à la fois peu fourni, pauvre dans un vocabulaire et dans ses descriptions).

Les réponses à nos questions sont apparues comme incomplètes, évasives. Cela ne se rattache ni à une baisse des capacités intellectuelles ni à une détérioration des fonctions cognitives mais plutôt à une méfiance et une réticence très prégnantes, constamment soulignées dans les comptes-rendus.

L'humeur ne nous a pas paru présenter de teinte pathologique. Il se sait bien sûr dans une position difficile. Il pense qu'il finira ses jours en U.M.D.. La tristesse qu'il évoque parfois ne s'accompagne pas d'autodépréciation et semble plutôt provoquée par les conditions d'hospitalisation que par une mélancolie dans le sens psychiatrique du terme.

Interrogé sur son sentiment vis-à-vis de ce qu'il a fait et vis-à-vis de son état mental, N. explique qu'il ne comprend pas son geste, précise sans conviction qu'il se pense malade et se dit incapable d'envisager un autre avenir qu'hospitalier.

N. ne pose pas de problèmes au sein du service où il s'occupe régulièrement aux activités pavillonnaires, fréquente assidûment les ateliers d'ergothérapie et apprécie les sorties thérapeutiques qui se déroulent sans incident.

Le traitement a été modifié ces dernières années mais a toujours associé un neuroleptique à faible dose, un anxiolytique et un hypnotique. Ponctuellement, un appoint antidépresseur a été utilisé (sérotoninergique).

En dehors de cela, il demeure essentiellement apragmatique et n'a semble t'il jamais ébauché de critique constructive de son passage à l'acte. En treize ans, aucun comportement violent ni aucune agressivité ne

sont venus émailler cette lente chronicisation, pas plus que la moindre efflorescence délirante.

Depuis 1992, les experts de la Commission du Suivi Médical ont choisi de ne plus employer le terme de «*paranoïa sensitive*», lui préférant celui de «*contexte de délire de persécution*». Les psychiatres d'U.M.D. qui assurent son suivi préfèrent également conceptualiser son passage à l'acte sous l'angle d'une trajectoire psychopathologique plutôt que sous celui d'un diagnostic psychiatrique. Nous retenons ainsi avec eux :

1.- que le niveau intellectuel est correct et que les capacités cognitives d'analyse et de synthèse ne sont ni débilitées ni détériorées par quelque cause que se soit, comme en témoignent les différentes expertises psychiatriques et évaluations dans le service.

2.- qu'il n'existe pas depuis son admission d'évolution d'une pathologie dysthymique. En effet, il n'y a eu ni trouble aigu de l'humeur, ni inversion de celle-ci sur un mode dépressif ou expansif. N. semble être resté le même sur ce plan, anxieux certes, peu communicatif, méfiant mais toujours «*syntone*», c'est-à-dire adapté à l'ambiance.

3.- que son comportement ne varie guère. Il n'a jamais été relevé d'élément délirant en cours d'hospitalisation. Il n'y a pas de troubles du cours de la pensée, pas de sentiment de bizarrerie de l'ambiance, pas de parasitisme mimique, d'attitude d'écoute ou de réactions intempestives. Sous son apparence fruste et son langage assez pauvre, N. s'est «*adapté*» aux conditions dans lesquelles il est plongé.

4.- que ce sont donc surtout les éléments biographiques qui nous paraissent être, a posteriori, révélateurs de l'élaboration progressive d'un vécu persécutif qui l'a conduit au passage à l'acte.

La décharge impulsive qui a conduit aux meurtres nous semble franchement pathologique et dépasse largement le cadre d'une réaction de défense auto et hétéro-agressive que l'on pourrait évoquer dans ce climat de passion poussé à son terme.

Que N. soit un authentique paranoïaque ayant obéi à sa logique qui voulait qu'il se venge de ceux qui le persécutaient ; qu'il présente une personnalité sensitive avec un délire de relation lentement échafaudé, lentement élaboré à partir de traits de caractère spécifiques, des pressions réelles ou supposées qu'il a subi, des déceptions qui ont été les siennes, de l'aide qu'il n'a su, voulu ou pu trouver ; l'étiquette importe peu : N. a présenté un état psychotique délirant.

Nous reviendrons bien sûr sur la dimension criminogène de ce délire de persécution non sans avoir auparavant signalé l'importance d'une autre dimension criminogène : celle de la dépression.

N. était replié sur lui-même, angoissé, hanté par des doutes perpétuels concernant la malveillance et l'autorité de son entourage et était souvent envahi par des thèmes dépressifs dominés par l'autodépréciation (son « *impuissance* »). La crise elle-même était teintée d'un désir de renouveau (le départ allégué en Suisse) et surtout de connotations clairement dépressives (équivalent suicidaire qui l'a conduit à faire abattre ses chiens) dont nous discuterons la spécificité ultérieurement.

## 2. OBSERVATION N°2

Monsieur M. a trente-deux ans lorsqu'il est admis en Unité pour Malades Difficiles, par avis commun de deux expertises psychiatriques signalant *«une dangerosité extrême dans le contexte pathologique de schizophrénie paranoïde»* dont la décompensation paroxystique a abouti à une *«folie meurtrière»* faisant quinze morts et quatorze blessés.

Comme dans l'observation précédente, nous rappellerons les faits criminels puis les éléments biographiques dont nous disposons avant d'entamer une discussion clinique articulée à huit années d'évolution psychiatrique.

### 2.1. Rappel des faits

Un 12 juillet, entre 14H30 et 15 heures, M. se livre à un massacre dans son village. Muni d'un fusil de chasse, il tire une trentaine de coups de feu : d'abord au domicile des parents où il tue l'inséminateur qui venait officier à la ferme, blesse son père, tue sa mère et sa sœur puis il poursuit son odyssée sanglante dans les rues du village.

On dénombre finalement quinze morts dont trois enfants et quatorze blessés. Des premiers éléments de l'instruction, il paraissait résulter qu'il avait conduit son véhicule sur les routes de campagne avoisinantes sans avoir suivi un trajet précis, faisant plusieurs fois le tour du village. M. avait tiré sur tous les gens rencontrés sur son passage, y compris sur les gendarmes qui l'interpelleront après l'avoir blessé et neutralisé.

## 2.2. Biographie

M. est né un 15 juillet dans un milieu rural. Son père, agriculteur, est décrit comme *«autoritaire... aimant bien être en avant»*. Sa mère, agricultrice également, *«travaillait beaucoup... m'aimait bien mais je n'étais pas son préféré»*. Après leur mariage, les parents se sont installés dans la maison des grands-parents paternels. Le grand-père était décédé quelques années auparavant. M. sera élevé par cette grand-mère autoritaire dont il estime avoir été le souffre-douleur.

Il est l'aîné d'une fratrie de trois. Son frère, ouvrier d'usine, *«gagne de quoi vivre avec des hauts et des bas»* ; sa sœur exerce comme professeur de langues vivantes, sans poste fixe (*«elle se mêlait de trop près de mon travail»*).

A l'école primaire, M. est un élève moyen. On ne l'aurait jamais fait redoubler. Après une sixième assez médiocre, il redouble sa cinquième à cause d'un faible niveau en mathématiques et en anglais. Il est alors orienté vers les classes préparatoires et un apprentissage en maçonnerie mais abandonne sa formation avant le C.A.P..

Il aide alors ses parents à la ferme, apprenant l'agriculture par correspondance. Mais il échoue à l'examen agricole : *« j'étais un peu déçu ... on ne voit pas les professeurs... on n'a pas de contacts avec eux»*. Il bénéficie alors d'un statut d'aide-familial qui lui permet d'avoir une couverture sociale.

Il effectue son service militaire à l'étranger ; il est serveur dans un mess de sous-officiers : *« j'ai appris les métiers de serveur et de barman»*. Il n'aurait



pas eu de sanction disciplinaire, achevant son temps armé comme *«première classe»*.

Il revient alors à la ferme et y restera jusqu'au drame.

M. n'a jamais fréquenté durablement de jeune fille. *«C'était passager, rien de particulier... je n'étais pas plus timide qu'un autre... ça ne me manquait pas... on s'abstient... il y avait beaucoup de travail à la ferme»*. Il aurait eu ses premiers rapports sexuels à 20 ans avec des relations de passage ou des prostituées *«de temps en temps»*.

Interrogé sur son mode de vie et ses loisirs, M. dit ne pas regarder la télévision et ne pas avoir de copain dans le village. Il fait état d'un goût pour la musique moderne (rock-and-roll) et surtout *«se décrispe en évoquant son attirance pour la poésie, citant Rimbaud, Apollinaire, Lautreamont»*.

Pour lui, la poésie est *«recherche du langage... alchimie d'images... c'est un tout, il n'y a rien de précis mais des images derrière»*.

Il récite par cœur les premiers vers du *«Bateau ivre»*, parle d'*«Alcools»* d'Apollinaire. *«Dans chaque poète, il y a quelque chose d'indéfinissable»*.

Lui-même n'a jamais écrit de poème. Il aurait aimé mais il n'en avait pas la technique, selon ses termes.

Quant à Lautreamont, c'est *«une poésie sous forme de prose, avec des images très fortes, très colorées. Il est mort très jeune, c'est particulier»*. Il lisait un peu de poésie avant de se coucher mais il lui arrivait aussi de se plonger dans d'autres lectures : Rousseau dont il aime bien le style... les moralistes comme La Rochefoucault *«qui ont toujours des formules spéciales»*.

Lors de l'instruction, son père avait confirmé cette passion pour la poésie : *«il avait accumulé beaucoup de livres»*. Il soulignait par ailleurs *«qu'il lui arrivait de s'enfermer des dimanches entiers pour reconstituer la généalogie des Rois de France»*.

Renfermé, solitaire, M. n'a jamais noué de relations durables avec quiconque d'extérieur à son environnement familial. Néanmoins, il paraît assez bien intégré à ce monde paysan assez clos où on le considère comme un solide travailleur, y compris son père. A propos de la succession de la ferme, c'est M. qui avait été pressenti pour lui succéder. L'exploitation avait toujours été familiale. Son frère participait au travail en donnant un coup de main après ses postes à l'usine. Sa sœur, qui avait suivi des études, était moins disponible.

Le père s'était vu proposer une rente viagère à compter de 60 ans à la condition que son fils (M.) reprenne la ferme. *«Ceci n'a pu se réaliser car mon fils était indécis quant à la reprise à son compte de l'exploitation. Lorsque j'en parlais avec lui, il me disait toujours : oui, je vais attendre un peu. Si bien que rien n'a été fait»*. Le représentant du Groupe Rural n'avait pas non plus réussi à le convaincre. M. n'a jamais pu formuler de motif précis pour rendre compte de son choix.

Les préoccupations concernant la succession coïncident avec l'apparition des premiers troubles, révélant une rupture dans les comportements habituels de M.. Une diminution de rendement professionnel est notée, conjointement à un désinvestissement de son travail. Il s'enferme de plus en plus dans sa chambre, perd du poids, présente d'importants troubles du sommeil avec insomnie d'endormissement et réveil au petit matin.

Cette accentuation du repli, accompagnée d'un ralentissement psychomoteur et d'une tristesse est repérée par ses proches, qui y voient des mouvements d'humeur consécutifs au problème de la succession.

La mère alerte néanmoins le médecin généraliste au mois d'avril de l'année précédant le passage à l'acte. Ce dernier connaît M. depuis cinq ans pour l'avoir soigné pour des affections somatiques : *«il avait été conduit à mon cabinet par sa mère... elle le maternait excessivement... il me donnait l'impression d'être l'enfant conduit par sa mère au médecin... il était timide, effacé, presque éteint... sa mère s'exprimait à sa place pour indiquer et présenter le mal dont il souffrait».*

Cette consultation est motivée par une «*fugue*» de deux jours à propos de laquelle il donne des explications évasives. Il évoque avoir voulu monter à Paris pour y trouver un emploi de barman, ou devenir journaliste en Australie, dans «*un pays neuf*». Au cours de cet entretien, le médecin relève *«des idées délirantes de persécution... parmi le peu qu'il a pu me dire, il a prétendu que des gens lui en voulaient et qu'on avait dit du mal de lui sur une radio locale et qu'on l'accusait d'avoir fait quelque chose dont il n'a pas voulu me parler».* Il prescrit un anxiolytique et un neuroleptique et convainc M. de consulter un psychiatre.

Cette consultation aura lieu deux jours plus tard. Notre consœur trouve M. *«froid et réticent, s'exprimant parfois de manière très énigmatique... son état psychique me paraît très inquiétant. Il me semble s'agir d'une psychose dysthymique. Il est complètement déréalisé. Il veut quitter la ferme familiale, partir loin d'ici et se lancer dans le journalisme... il se sent exploité et pas aidé du tout par sa famille... il se sent en conflit avec son père et ses frère et sœur, ne supporte plus l'environnement. L'état*

*euphorique et mégalomane actuel succède à une phase où il se trouvait plutôt suicidaire et insomniaque*». Elle conclut en la possibilité d'une hospitalisation si l'état ne s'améliore pas et évoque l'intérêt d'un thymorégulateur dans son cas.

Cette hospitalisation n'aura pas lieu et c'est le médecin généraliste qui assure la continuité des soins et les renouvellements d'ordonnance.

En octobre, M. menace son père de mort après s'être dirigé vers lui un fusil à la main. Il est exalté, reproche à son père *«de gueuler tout le temps»*. Ce dernier récupère l'arme à l'insu de son fils à la suite de cet incident et contacte le médecin psychiatre pour l'inviter à faire hospitaliser son fils. M. refusera à nouveau cette éventualité.

Un mois plus tard, M. aborde son père en le menaçant de lui *«faire une boutonnière»*. Il fouille dans sa poche pour en sortir un couteau de paysan à lame repliée qu'il fait tomber à terre par maladresse. Son père en profite pour quitter la pièce et le laisser se calmer.

Durant les six mois qui précéderont les crimes vont se multiplier les heurts ; le doute persiste quand à la prise du traitement à cette époque puisque M. affirmait avoir retrouvé son poids et un sommeil correct. Il n'avait plus besoin de traitement. Il lui arrivait d'insulter son père : *«mais qu'est-ce que tu déconnes... enculé... vieux con»*. Il aurait dit à sa mère qu'il entendait des voix et elle se serait moquée de lui en lui répondant : *«mais qu'est-ce que tu racontes, t'es comme Jeanne d'Arc»*.

L'instruction révélera que le cas de M. avait été soulevé en Conseil Municipal par un des élus mais que *«personne n'avait voulu prendre de*

*décision... de toute façon, tout le monde avait peur de M.... nous étions plus exactement méfiants car il était costaud et taciturne».*

### **2.3. Circonstances des meurtres**

En ce qui concerne les faits eux-mêmes, M. dit qu'ils se sont produits quelques jours après le mariage de sa sœur. Les événements semblent avoir été déclenchés par l'arrivée de l'inséminateur. M. dit que ce dernier l'avait menacé *«d'un coup de fusil»* l'année précédente, mais sans fournir aucun élément précis sur les circonstances et la nature exacte de ces menaces.

M. se trouve dans un état d'angoisse et de tension interne qu'il qualifie lui-même d'*«intolérables»*. Nous reprenons là ses propres mots qui concernent tout autant ses préoccupations successorales que le vécu délirant persécutif de plus en plus prégnant :

*«la situation était mal définie du côté de la ferme... il n'y avait pas de situation claire dans un sens ou dans l'autre... il fallait que les conditions soient réunies... je voulais prouver aux parents que j'étais capable de faire quelque chose d'autre... c'est par pitié qu'ils me donnaient la ferme... avec ma mère, on s'entendait bien mais elle s'était mise contre moi avec le reste de la famille... j'aurais voulu une explication... ma famille s'est déchaînée contre moi... des menaces arrivaient d'un peu partout... des réflexions... que je serais mieux ailleurs, que j'ai pas ma place dans le village... les rumeurs, les menaces continuaient sur mon état de santé... j'avais arrêté le traitement quand j'ai mieux dormi... c'est pas clair... on se moquait de moi, il y avait une nette hostilité... tout le monde se mêlait de mes affaires... je me demandais comment sortir du climat qu'ils avaient*

*mis autour de moi... j'entendais des insultes dans mon dos, des réflexions injustifiées, des brimades successives sur mes capacités physiques... des insinuations... ils faisaient état de déviations sexuelles, d'anormalité...».*

Le village tout entier lui semblait au courant de ses difficultés. L'«*ambiance*», le «*climat*», l'«*atmosphère*» sont hostiles. On fait intrusion dans son vécu puisqu'il entend l'écho de ses préoccupations les plus secrètes dans les conversations des gens du village. Parfois, il lit sur leurs visages.

M. se sent «*comprimé au point qu'on a tendance à se demander à partir d'un certain moment ce qui est possible et ce qui ne l'est pas. Il n'y avait plus que des éléments négatifs dans ma vie*».

Si l'on s'en tient strictement à son récit, les faits n'auraient pas été prémédités : «*c'est comme ça, sur un coup de tête... la veille, je n'y avais pas pensé... je ne sais pas... c'est quand l'inséminateur est rentré*».

Sa description du passage à l'acte le fait présenter clairement sa première victime de façon persécutoire, comme s'étant singularisée par ses moqueries, son attitude hostile et dévalorisante : «*il m'avait fait des menaces de mort... je ne sais pas pourquoi, tout d'un coup il s'est tourné vers moi. Il n'avait pas de raison de m'en vouloir... il s'est braqué contre moi... il se moquait de moi... il parlait à mes parents... j'ai pris mon fusil pour ne plus entendre les choses qu'il disait... que j'étais paresseux, que je ne m'en tirerais jamais sur une ferme*».

En ce qui concerne les autres victimes, elles apparaissent beaucoup plus indistinctes, qu'il s'agisse des membres de sa famille, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes. Le choix de ses mots oriente vers une visée

exterminatrice : *«ça s'est passé vite, ça s'enchaînait... c'est comme une destruction en règle, intrinsèque... le lendemain, j'ai pensé à me suicider, j'étais vidé de tout... c'est la terminaison finale d'une situation floue»*.

## **2.4. Discussion**

Plusieurs diagnostics ont été envisagés concernant M..

C'est tout d'abord d'une psychose dysthymique dont il a été question, ou plus précisément de **schizophrénie dysthymique**, emprunté par notre consoeur qui a examiné M. à la demande du médecin généraliste.

Cette entité est définie par une évolution schizophrénique jalonnée par des épisodes anxio-dépressifs ou d'allure maniaque. Des idées délirantes s'associent à des accès d'angoisse, à une humeur mélancolique et parfois euphorique et excitée. Elle entre dans le cadre des états schizo-affectifs décrits par Henri EY et il y a lieu de la suspecter devant l'atypicité d'états maniaques ou dépressifs. L'absence de syntonie, le défaut de cohérence des associations, la discordance idéo-affective et l'existence de thèmes délirants peu congruents à l'humeur font suspecter cette atypicité.

L'évolution se fait vers d'autres épisodes dysthymiques pour réaliser la schizophrénie dysthymique ou vers d'autres formes cliniques.

Cette entité pose le problème des rapports entre schizophrénie et psychose maniaco-dépressive, d'autant que les sels de Lithium peuvent avoir un effet préventif intéressant (traitement proposé par notre consoeur). On la rapproche aujourd'hui du trouble schizo-affectif défini dans le D.S.M. IV, concept controversé de la nosologie psychiatrique dont

l'approche met l'accent sur la relation temporelle entre les symptômes schizophréniques et les symptômes thymiques.

Les premiers experts qui se sont penchés sur le cas de M. ont retenu le diagnostic de **schizophrénie**. Leurs conclusions en faveur d'une psychose dissociative reposent sur un faisceau de signes cliniques :

*«- c'est d'abord le profil évolutif même des troubles : rupture des conduites, désinvestissement professionnel, comportements ressentis comme bizarres par l'entourage, exagération du retrait, préoccupations tenues secrètes, envahissement délirant, troubles de l'humeur... chez un homme au tempérament renfermé.*

*- c'est ensuite l'existence de préoccupations culturelles totalement solitaires chez ce rude paysan au tempérament «d'ours». La façon dont il traite le langage poétique en surinvestissant les mots au détriment d'émotions et d'affects dont la communication lui est impossible, est très caractéristique de la désorganisation schizophrénique. On retrouve, le plus souvent de façon à peine voilée, sa propre thématique dans les commentaires de ses lectures : par exemple lorsqu'il évoque chez Rousseau la description de la ville de Genève vivant en autarcie, coupée de l'environnement...*

*- c'est encore un traitement particulier du langage avec des formulations alambiquées, des propos souvent elliptiques voire énigmatiques aussitôt suivis de banalisations. C'est en effet ce qui domine avec des expressions comme « un petit peu » qui prennent parfois un effet bien paradoxal : «quinze morts, c'est un petit peu disproportionné». Tout se passe comme si le langage ne parvenait plus à transcrire une vie affective*



*chaotique : « c'est difficile de trouver certains mots pour justifier certaines choses ». Ajoutons la prépondérance de tournures impersonnelles marquant un mouvement de distanciation, de désimplication... au détriment de formulations à la première personne.*

*- c'est surtout ce que nous avons noté d'emblée : la froideur, l'inaffectivité, résultant de l'extrême méfiance du sujet et de l'atténuation systématique de ce qui pourrait témoigner d'un affect. L'interlocuteur pressent l'extrême violence des mouvements émotionnels et pulsionnels qui traversent le sujet mais celui-ci n'en livre qu'une infime partie, sans jamais se départir de sa froideur, de sa distance, notamment dans l'évocation du massacre. Il existe donc une discordance constante entre le contenu expressif d'une part, le langage et la mimique d'autre part.*

*- c'est enfin sa réaction après son acte : à aucun moment il n'a formulé de regret net. Quand on l'interroge sur sa mère ou sur sa sœur il garde la même distance. Lorsqu'on lui demande si c'était à refaire, il répond qu'il ne sait pas. Il ne réagit pas comme certains délirants qui commettent un passage à l'acte dans un mouvement d'exaltation ou d'excitation psychomotrice et qui en réalisent après coup la gravité. En dépit d'une apparente adaptation de façade, la réalité de son acte, ses dimensions et ses conséquences demeurent marquées d'une méconnaissance, comme déréelles. Il existe entre la personnalité de base, l'installation des troubles, les conditions du passage à l'acte et la réaction à celui-ci, une continuité dont la logique est celle de la schizophrénie ».*

Durant les entretiens qu'ont eus ces experts avec M., le syndrome délirant était retrouvé, articulé autour du thème de la succession de la ferme. M. laissait entendre que sa famille et son entourage s'étaient ligués contre lui et faisait état de la malveillance qu'on exerçait contre lui. Toutefois, le

délire était *«flou, mal structuré, ne s'organisant pas selon une trame pseudo-logique et s'apparentant aux délires paranoïdes»*. Le mécanisme du délire était précisé, associant *«des hallucinations (témoignage du médecin traitant ; contexte du passage à l'acte fortement évocateur d'une activité hallucinatoire auditive), des interprétations (comme lorsqu'il devine qu'on parle de lui en voyant des personnes s'entretenir entre elles), des intuitions, des impressions...»*.

Quelques mois plus tard, M. est à nouveau expertisé en prison. Cette fois-ci, le contact est établi plus facilement et l'inculpé répond avec *«bonne volonté»* aux questions qui lui sont posées. L'examen psychiatrique retrouve la même notion de conflit avec l'entourage et la famille. M. stipule qu'il était l'objet de pressions, d'insinuations et de malveillance au point qu'il aurait envisagé de changer de région pour trouver du travail ailleurs. Les faits sont décrits de manière très inaffective. Les experts retiennent *«la prévalence d'un mécanisme projectif caractérisé s'inscrivant dans un système délirant évoluant sur une personnalité psychotique qui était encore compensée ces dernières années»*. Les faits sont en rapport avec ce syndrome délirant décrit comme *«structuré, de mécanisme interprétatif»*.

Est discuté là le diagnostic de **paranoïa**, qui a d'emblée été écarté par les médecins d'U.M.D. qui ont initié le suivi. En effet, si les deux expertises avaient retrouvé un syndrome délirant manifeste, dont l'évolution à bas bruit courait depuis plusieurs années et dont les thèmes étaient remarquablement fixes au fil des examens, il ne donnait jamais lieu à des développements cohérents. Il n'était jamais exposé pour tenter de convaincre l'interlocuteur, pour légitimer les actes ou les revendiquer. L'évolution hospitalière infirmera effectivement la psychose paranoïaque.

Dans les deux expertises, nos confrères disposaient de tests psychologiques. La passation du Rorschach avait révélé *«une lutte acharnée contre des représentations fantasmatiques angoissantes... une hypervigilance lui permettant de cloisonner le dehors et le dedans... l'absence de désintérêt pour le monde extérieur, habituellement repéré chez le schizophrène... une activité de lutte défensive dirigée contre une angoisse de morcellement»*.

Au T.A.T., *«son hypervigilance défensive verrouille complètement les stimulations de l'environnement et ses représentations fantasmatiques. La verbalisation minimise, banalise à outrance l'impact du matériel. Ce test ne s'avère pas exploitable autrement que par sa mise en évidence des défenses extrêmement rigides de type caractéropathique»*.

Le M.M.P.I. concluait en *«un profil psychotique avec mise en place de mécanismes extrêmement rigides de type psychopathique et paranoïaque»*.

L'approche globale sur un plan psychodynamique a fait remarquer aux psychiatres d'U.M.D. que lorsque le deuxième examen psychiatrique a eu lieu, M. était emprisonné depuis plusieurs mois et un traitement neuroleptique était en cours. L'abrasion du délire a rendu la symptomatologie psychotique moins manifeste et explique probablement l'amélioration du contact.

Nous pouvons considérer avec eux que cela signifiait chez M. une évolution de sa psychose schizophrénique, avec mise en place de mécanismes rigides de défense contre une angoisse de dissociation et de morcellement.

Cette évolution s'est poursuivie par la suite. Dès son admission, nous constatons que le pôle délirant avait été complètement abrasé et que le tableau clinique s'apparentait à une forme déficitaire de la maladie.

En huit ans, l'état psychique ne s'est guère modifié. M. reste toujours en retrait, distant, hypercontrôlant ses affects. La présentation est volontiers figée, rétractée, sans que l'on puisse parler de catatonie pour autant.

Malgré les thérapeutiques mises en œuvre, les sollicitations en vue d'une meilleure adaptation relationnelle aux autres, M. reste «*campé*» sur cette position défensive marquée par une athymhormie et un apragmatisme. Cette «*absence d'évolution*» est régulièrement soulignée par les experts de la Commission du Suivi Médical. Ils y voient «*un sentiment d'infériorité par rapport aux autres, une phobie du contact et la peur du regard des autres*» et «*bien qu'aucune thématique délirante ne soit extériorisée, qu'aucun incident hétéro ou auto-agressif ne soit noté, la poursuite des soins en U.M.D. est justifiée par les antécédents de dangerosité particulière*».

Certes, nous avons observé durant ces années des périodes où le retrait était moins patent, où l'amélioration de l'émoussement affectif avait permis l'élaboration d'un sentiment de l'ordre de la remise en question. Mais ces périodes se sont systématiquement conclues par des recrudescences anxieuses ou des réactions dépressives brèves. Un peu comme si l'intensité de la culpabilité qu'il ne peut exprimer lui imposait ce repli proche de l'autisme comme ultime position défensive.

### 3. OBSERVATION N°3

Nous allons détailler ce troisième cas clinique suivant le même schéma que précédemment. Monsieur L. a quarante et un ans lorsque son admission en U.M.D. est justifiée par de graves troubles du comportement hétéro-agressifs survenus au C.M.P.R. de sa région d'origine. Il avait tout d'abord été placé en garde à vue après le passage à l'acte meurtrier mais son état psychique s'était rapidement dégradé et n'était plus compatible avec la poursuite de l'interrogatoire. Les experts commis à l'observation de L. dans l'établissement médico-pénitentiaire avaient conclu à une *«grande dangerosité au sens psychiatrique du terme»* et à la nécessité d'une prise en charge au C.H.S. de Sarreguemines.

Après avoir brièvement rappelé les faits, nous détaillerons les éléments de sa biographie dont nous disposons puis les circonstances des crimes avant d'entamer une discussion diagnostique.

#### 3.1. *Rappel des faits*

Un 19 juin , L. tue sept personnes à coups de carabine et en blesse neuf autres. Parmi les victimes, son père est tué, de même que certaines personnes connues de lui avec lesquelles il avait pu avoir des petits heurts. Par ailleurs, deux oncles sont également blessés mortellement. Il ne connaissait pas les autres gens sur lesquels il a ouvert le feu ; parmi eux, on compte un médecin appartenant au cabinet médical de son généraliste, envers lequel il nourrissait une profonde rancœur mais qui était absent ce jour là. Cette folie meurtrière ne s'est achevée que deux heures plus tard, quand les gendarmes l'ont interpellé sans résistance.

### 3.2. *Biographie*

L. est né un 11 juin. Il a trois sœurs dont il est l'aîné. Ses parents sont cultivateurs d'origine mais, ultérieurement, son père est devenu gendarme tandis que sa mère restait au foyer. Son enfance s'est déroulée en banlieue parisienne à partir de trois ans.

Il décrit son père comme quelqu'un de *«triste et peu chaleureux»*. Il lui arrivait de *«s'énervier pour des raisons futiles et d'infliger des punitions dont L. ne comprenait pas le sens»*. *«Mes sœurs n'étaient pas traitées de la même manière»*.

L. trouvait refuge chez sa mère : *«elle me protégeait»*. Leur relation semble en effet avoir été très forte, *«quasi-fusionnelle»*. Il était *«son chouchou»*.

Le couple parental est décrit comme *«harmonieux, sans discorde ou difficulté particulière»*.

Timide et réservé, L. a suivi une scolarité correcte, primaire puis secondaire, ponctuée d'un baccalauréat *«Math E1»* passé à dix-huit ans, avec une année de retard car il fait une seconde spéciale pour entrer à l'Ecole Normale d'Instituteurs.

Il termine ses études à l'Ecole Normale puis va en Faculté de Sciences où il obtient une licence de Sciences Physiques et Chimie après avoir échoué en première année de propédeutique. Durant son année de licence, il fait un stage d'enseignement mais exprime se sentir *«mal à l'aise»* vis-à-vis des élèves. Il a ensuite préparé l'agrégation mais il a eu, à l'époque, un fléchissement en fin d'études. Il trouvait les études trop dures. De surcroît, il présentait des difficultés de sommeil et des symptômes de gastrite accentuant ses insomnies.

L. part ensuite au service militaire en coopération, au Costa Rica, où il enseigne dans un établissement scolaire français. Il signale à nouveau de gros problèmes digestifs et surtout un «*épisode dépressif*» marqué par une insomnie de plus en plus invalidante, une perte d'appétit soldée par une perte de poids, une tristesse et une anhédonie. Cet épisode est survenu après seize mois de coopération, peu de temps avant son retour en France. Il explique qu'il fait suite à des difficultés avec ses élèves. Ces derniers auraient découvert qu'il était «*minus*», expression qui, pour lui, signifiait qu'il n'était pas un homme car il donne au terme de «*minus*» la signification de puceau. Il le déduit du fait que ses élèves auraient marqué à la craie son nom sous forme d'un diminutif. Il explique que tout ceci se passait «*dans un contexte de filles précoces obsédées par le sexe* ». Pour sa part, L. «*délaissait toujours son sexe*». Il avait essayé d'avoir des relations sexuelles auparavant en France avec des prostituées mais cela a toujours abouti à des échecs par manque d'érection ou par manque d'intérêt pour l'acte sexuel. Il restait néanmoins inquiet de ne pouvoir le faire. Il précise que ses élèves se moquaient souvent des professeurs. Ainsi, son prédécesseur avait été affublé d'un sobriquet signifiant «*une seule boule*». Cela signifiait pour L. que les élèves pensaient de lui qu'il n'avait pas de relations sexuelles ou se masturbait.

L. a le sentiment de devenir ridicule. Il a des difficultés d'élocution devant les élèves et pense que le Directeur du Collège où il travaille est «*vendu aux élèves*». Il remarque d'ailleurs que les enfants d'une école voisine rient et se moquent aussi de lui. Son asthénie s'accroît, il a du mal à tenir debout. Il lui arrive de ne plus savoir où il est dans San Jose (il habitait chez un coopérant qui l'avait pris en charge). Il est rapatrié en France par avion sanitaire en 1970 dans des circonstances restées obscures.

Après son retour, il fait un essai de reprise de classe en septembre mais s'en montre incapable. L. parle de «*dépression nerveuse*», de «*perte de poids et de sommeil*», de «*blocage digestif*» et les élèves se moquent de son manque d'entrain. Il est mis en congé, voit «*des médecins généralistes*» qui lui prescrivent des hormones mâles (injections de testostérone). Il rencontre pour la première fois un psychiatre qui suspend ce traitement.

L'âge de la retraite arrivé, les parents décident de quitter la banlieue parisienne pour retourner dans leur région d'enfance. L. et ses trois sœurs les suivent alors.

L. va y rencontrer une psychiatre, qui instaure un traitement neuroleptique et qui initie un suivi. Ce traitement sera régulièrement reconduit mais la posologie en sera diminuée progressivement à une prise unique quotidienne vespérale.

L'arrêt de travail de L. est parallèlement prolongé (congé de longue durée) puis transformé en une mise en invalidité deuxième catégorie (1975).

Il habite chez ses parents jusqu'en 1977, date du décès de sa mère d'une hémorragie cérébrale. Un an plus tard, son père lui signifie son désir qu'il quitte la maison car il souhaite «*refaire sa vie avec une autre femme*». Les mots sont crus et L. en veut à son père pour ce «*rejet*».

Si les disputes avec son père n'étaient pas rares, il affirme avoir dès lors eu envie de le tuer. Il n'en avait jamais parlé à personne. L. pense que son père l'a peut-être rejeté parce qu'il voulait qu'il se marie mais ne lui avait jamais clairement dit.



L. a été hospitalisé à trois reprises en psychiatrie, sans pouvoir en préciser ni les dates ni la durée des séjours. Il semble que le traitement n'ait jamais été modifié en ces occasions mais reconduit à des posologies voisines. Les motifs d'admission sont également flous. La première fois (L. habitait encore chez ses parents) était justifiée par une «*mésentente avec ses sœurs*».

Ailleurs, les raisons invoquées sont bizarres : «*je me sentais mal... je dictais moi-même mes conditions...*». Le mode de placement était toujours volontaire et n'a pas excédé trois à quatre semaines.

Concernant ses habitudes sociales, L. habite seul depuis 1978, après avoir acheté une maison. Sa seule passion est le tennis, à laquelle il consacre beaucoup de temps, jouant fréquemment avec l'un de ses oncles maternels. Il en parle néanmoins très peu. Par ailleurs, il n'a pas d'ami, n'invite jamais personne chez lui et ne fréquente pas les gens du club, sauf pour jouer au tennis.

Il mange dans un foyer-résidence pour personnes âgées, le plus souvent seul et parfois avec son père qui vient l'y rejoindre. C'est dans ce cadre qu'il a, quelques mois avant les crimes, reproché violemment à son père de l'avoir laissé tomber. Ce dernier lui aurait répondu que «*c'était pour son bien*». L. lui a alors asséné un violent traumatisme en lui cassant un verre sur la tête. Cela a entraîné une hémorragie d'importance car son père était sous traitement anticoagulant pour des troubles du rythme cardiaque et des séquelles d'infarctus du myocarde.

Il s'agit à notre connaissance du seul passage à l'acte hétéro-agressif dans l'histoire de L. avant son acte meurtrier.

L. menait par ailleurs une vie assez saine, sans alcool ni tabac, pas plus qu'une consommation quelconque de toxique. Il n'a eu aucune des maladies de la petite enfance et aucun antécédent traumatique ou comitial.

Au plan sexuel, il n'a jamais été intéressé par une relation durable et n'a jamais eu de rapport sexuel *«comme tout le monde»*. Il a cependant essayé, par exemple en allant voir des prostituées. Hormis la première fois, il n'a jamais eu d'érection. Il précise que la fille *«s'était donné du mal en lui faisant une fellation mais sans qu'il arrive à éjaculer et sans jouissance... elle lui avait fait très mal parce qu'elle s'acharnait à vouloir le faire jouir»*.

Une seule fois il a embrassé une fille *«sans que cela lui fasse d'effet»*.

Par contre, il se masturbe depuis l'âge de quinze ans, avec des érections, des éjaculations et un plaisir apparemment normal. Ces plaisirs solitaires sont très culpabilisés. Il ne se sent jamais en forme le lendemain et pense que *«ça se voit... les gens savent qu'il se masturbe»*. Il n'évoque pas encore le support fantasmatique de cette activité masturbatoire.

Durant son service militaire au Costa Rica, il ne s'est masturbé que deux fois. Il voulait *«se réserver pour une femme»* mais n'a finalement rien tenté avec quiconque. *«La situation rendait pourtant les choses plus faciles dans cette région»*. L. était certain que les prostituées du Costa Rica n'auraient pas plus d'effet sur ses érections que celles qui oeuvraient en France.

### 3.3. Circonstances des crimes

Quelques semaines avant les meurtres, L. bricole dans sa maison et chute d'un escabeau. Il tombe sur les fesses et consulte un médecin généraliste. Celui-ci diagnostique une fracture du sacrum, non déplacée, non compliquée, pour laquelle il prescrit un mois de repos. Ce médecin est le praticien qui suit son père depuis de longues années. Il l'a pris en charge pour la première fois après son infarctus. Il a initié le traitement anticoagulant devant les complications des troubles du rythme et renouvelle périodiquement les traitements antiarythmiques.

L. *«n'aime pas parler à ce médecin»*, en particulier de ses problèmes psychiatriques car *«il a peur qu'il en cause à son père»*. De surcroît, il le sait *«incompétent»* par les dires d'un partenaire de tennis. *«Il a déjà causé la mort de plusieurs de ses clients»*.

L. pense *«avoir été pris à la légère... ne pas avoir été considéré sérieusement»*. La convocation à la radiographie était trop tardive et le docteur a banalisé les douleurs. Cela n'étonne pas L.. Il lui arrivait de l'interroger sur sa vie privée. Il posait des questions sur une lunette astronomique qu'il avait à domicile. L. est agacé, la question est *«agressive»*. *«Le docteur pense que la lunette ne sert à rien puisqu'elle n'est pas utilisée à bon escient»*.

Après trois semaines de repos, la douleur au dos persiste lors de certains mouvements. L. consulte un deuxième médecin qui diagnostique une double luxation vertébrale, dorsale et lombaire. L. se savait *«gravement atteint»* et *«cela se confirme»*. Ce praticien envisage une rééducation mais L. préfère aller voir un rhumatologue sur les conseils de son

partenaire de tennis. Une manipulation est exécutée, «ce qui a remis ses vertèbres en place par un soulèvement vers le haut».

Pour autant, l'impression de *«handicap physique»* est patente. L. ne pourra plus jouer au tennis. Ses jours ne sont pas en danger mais il ne veut pas que les autres souffrent comme lui et pense *«qu'il n'y a pas de raison de ne pas faire un massacre pour se venger de la nature humaine»*. D'ailleurs, *«tout autour de lui semble chargé de lui dire, de le prévenir que quelque chose va arriver»*. L'ambiance et l'environnement sont teintées d'hostilité : *«des gens le trouvent bizarre et changent de trottoir»*.

L. avait acheté une carabine *«22 Long Rifle»* dix ans auparavant *«pour se sécuriser»*. Il ne se sentait pas spécialement menacé à l'époque mais *«était à l'abri avec une telle arme»*. Il l'entretenait régulièrement et l'utilisait toujours avec un silencieux. Evoquant son usage, il dit : *«c'est impressionnant, c'est agréable avec une lunette»*.

Il s'adonnait parfois à la chasse, soit à la maison, soit à la campagne. Il abattait des oiseaux et tentait de regarder les traces de balles à distance, avec la longue vue.

Au cours du périple meurtrier, L. dit avoir tué son père en premier alors que le rapport d'instruction le cite en troisième ou quatrième victime. Il explique que les gens qu'il a tué étaient connus de lui et avec lesquels il avait eu *«des heurts»*.

C'est ainsi que la serveuse du foyer-logement où il prenait ses repas *«servait souvent son père en premier et c'est la raison pour laquelle il voulait la tuer»*. La gardienne du gymnase avec laquelle il avait eu

«*quelques difficultés*» lorsqu'il allait réserver son tennis faisait partie de son projet meurtrier. Son oncle maternel «*semblait se moquer de lui en faisant allusion à ses problèmes sexuels*». L. pense que cet oncle est au courant de son incapacité car «*il a des bêtes et quand les bêtes n'ont pas de rapports sexuels, c'est qu'elles sont malades*». De ce fait, il faut l'éliminer. De même que ce «*médecin charlatan*» qui l'a «*pris à la légère*». Le médecin abattu par L. appartenait au cabinet médical du généraliste envers lequel il avait dirigé son désir de meurtre. Mais ce dernier n'était pas là et son confrère a finalement été abattu à sa place. «*J'avais envie de tuer des médecins*».

La suite du périple concerne des victimes qu'il ne connaît pas. L. explique avoir «*continué le massacre*». L'existence d'un silencieux l'a aidé «*puisque le coup partait sans faire de bruit et n'attirait pas le voisinage... ne l'effrayait pas lui-même*». Il faisait feu sur toutes les personnes qu'il croisait, repartant en voiture aussitôt après. Il «*aurait voulu faire un carnage plus fort... jusqu'à neuf ou onze... un chiffre impair, c'est mieux*».

Quant aux gendarmes, il explique que ceux-ci croyaient la route barrée alors qu'elle ne l'était pas. L'hélicoptère qui l'avait repéré l'a alors perdu. Il a pu tuer ultérieurement un agriculteur.

A la fin, les gendarmes sont arrivés en face de lui, «*à petite vitesse*». Il a eu peur «*de se faire descendre*» et s'est rendu.

Quant à la douleur au dos, qui a été le point de départ du carnage, elle a disparu durant son séjour en prison.

### 3.4. Discussion

Tous nos confrères qui ont rencontré L. sont arrivés au même diagnostic de **schizophrénie paranoïde**.

Le lendemain du crime il était pris en charge au C.M.P.R. de sa région d'origine où l'on signalait *«la difficulté des entretiens compte tenu de sa réticence à préciser les événements importants de son histoire et les motivations de son passage à l'acte... les attitudes sont figées... il présente quelques stéréotypies gestuelles et s'exprime d'une voix monotone sans participation affective»*.

*«A aucun moment nous n'avons noté de troubles de la vigilance ni de troubles déficitaires des fonctions supérieures si ce ne sont des difficultés de concentration déjà anciennes aux dires de l'intéressé. Le niveau intellectuel est bon, peut-être supérieur. Quelques barrages, voire des attitudes d'écoute certains jours, ponctuent çà et là le discours. De l'ensemble de ce discours, il ressort que le malade a nourri des sentiments de persécution à l'encontre en particulier de son père et de son médecin traitant. Ces idées délirantes sont floues, mal structurées, de mécanismes interprétatif et hallucinatoire (il a entendu des journalistes lui crier alors qu'il sortait de la gendarmerie : «L. t'as mal au cul»). Il est très fixé sur sa problématique sexuelle et sur la sphère digestive. Il fait souvent état de douleurs abdominales et de troubles du transit accompagnés de la ferme conviction qu'il va mourir incessamment d'une perforation intestinale. Ces plaintes sans signe objectif à l'examen physique évoquent une hypochondrie délirante. L'humeur est athymhormique. A aucun moment nous n'avons trouvé de remords ou de culpabilité. Les motivations demeurent hermétiques. Sur le plan nosographique, le tableau*

*clinique nous paraît plus en faveur d'une schizophrénie paranoïde que d'une psychose paranoïaque».*

L. est resté un mois au C.M.P.R., au cours duquel il a tenté à deux reprises de se suicider. Une fois par phlébotomie avec les verres de ses lunettes. Une autre fois en essayant de se pendre avec les lacets de ses chaussures. Par ailleurs, il a agressé un surveillant de prison (tentative de strangulation) dans un contexte assez flou.

Le transfert en Unité pour Malades Difficiles est intervenu à peine plus d'un mois après le passage à l'acte devant l'ensemble des difficultés de prise en charge en milieu pénitentiaire.

L'impression clinique de nos confrères va se trouver confirmée dès son admission. Le contact est marqué par une méfiance et une réticence nettes. Le récit est emprunt de bizarrerie et d'hermétisme, exprimé avec froideur et détachement. Aucun élément n'est relevé en faveur d'un automatisme mental (dont L. affirme ne jamais avoir souffert) et il ne semble plus halluciné. Nous devons à ce titre préciser qu'un traitement neuroleptique incisif et sédatif (associant deux molécules) avait été instauré en prison et reconduit à l'admission.

Nous relevons au passage des troubles mnésiques et des difficultés de concentration en rapport avec un syndrome dissociatif. Il n'y a ni trouble de la syntaxe, ni néologisme. Il n'exprime plus d'idées délirantes mais les préoccupations hypochondriaques persistent (douleurs au cœur, constipation...). Il parle de son geste comme d'un *«suicide psychique»* disant qu'il avait voulu montrer aux gens *«ce que c'était que les ennuis que quelqu'un avait qualifié de sel de la vie»*.

Ce tableau clinique, articulé aux éléments biographiques donnés par le patient et précisés dans les expertises, nous semble assez caractéristique de schizophrénie.

Les perturbations du cours de la pensée et les impressions bizarres se sont manifestées pour la première fois au cours du service militaire. Elles correspondent à un épisode pouvant être pris dans le sens d'une expérience délirante primaire. L. s'est senti victime d'un complot, avec un vécu persécutif très prégnant et un repli anxio-dépressif. Parallèlement au fléchissement scolaire s'est développée une pseudo-symptomatologie somatique. Ces troubles, essentiellement digestifs, n'étaient que la traduction d'une angoisse importante mais L. les a pris pour des pathologies somatiques. Ultérieurement, ces phénomènes hypochondriaques ont persisté et se sont associés à des idées de persécution variables et imprécises. Les idées de dérision qu'il croyait percevoir renvoyaient fréquemment à ses préoccupations sexuelles. Il se sentait également victime d'un rejet familial, en particulier paternel. Il s'en est suivi des disputes avec ce dernier entraînant parfois des idées de meurtre. Mais le tableau a évolué à bas bruit pendant plusieurs années, sans grandes manifestations extérieures. Son isolement progressif était sous-tendu par sa volonté de ne pas exprimer tout à la fois ces idées de persécution, ces phénomènes hypochondriaques ou ces perturbations sexuelles.

Le passage à l'acte terminal semble avoir été exécuté sous le coup d'un rationalisme morbide délirant, déclenché par un épisode banal de douleurs lombaires. C'est sous le coup d'une idée délirante hypochondriaque, avec une impression d'handicap physique permanent, que L. est arrivé à sa conclusion morbide : il ne fallait pas qu'il souffre seul.



Sa description des moments «*pré-critiques*» évoque des éléments de dépersonnalisation (modification de l'ambiance et du comportement des gens).

Petit à petit, en cours d'hospitalisation, la symptomatologie floride a régressé, laissant place à de graves troubles de l'affectivité, du contact et un appauvrissement psychique. Le comportement de L. a toujours été satisfaisant mais les relations très pauvres avec les autres pensionnaires et les soignants laissaient augurer d'une chronicisation inéluctable. La persistance d'une angoisse psychotique, d'une réticence et le peu d'adhésion aux soins lui «*interdisaient d'évoluer*». L. avait ritualisé sa vie pavillonnaire, ne sollicitait plus d'entretien. Apragmatique, athymhormique, l'évolution clairement déficitaire se profilait, d'autant qu'il avait mis en place des moyens de défense paranoïaques. Ainsi considérait-il qu'il devait payer un certain nombre d'années pour chacune de ses victimes. Une longue hospitalisation en U.M.D. était donc justifiée à ses yeux.

Le travail d'élaboration et l'accès à une critique constructive étaient entravés par la persistance d'une culpabilité profonde. Ce d'autant que L. a présenté longtemps après son admission des «*envies de tuer*», qu'il essayait de chasser mais qui revenaient malgré lui sous forme de phobies d'impulsion, avec peur de passage à l'acte. Il avait eu envie de tuer un infirmier avec des boules de pétanque. Il aurait eu une fois envie de tirer un échafaudage à roulettes pour faire tomber l'ouvrier qui travaillait en haut de l'échafaudage.

En 1993, la Commission du Suivi Médical a autorisé un assouplissement des conditions d'hospitalisation pour lutter contre cette lente chronicisation. L. peut ainsi sortir dans l'établissement et participer aux

sorties thérapeutiques en dehors de celui-ci. Les efforts quotidiens des équipes soignantes l'aident à s'autonomiser, à acquérir une certaine confiance mais le repli et l'isolement sont encore prégnants.

En 1997, un changement d'unité fonctionnelle et l'instauration d'un nouvel antipsychotique ont, semble t'il, permis une évolution positive, en tout cas conséquente. L'atténuation de la réticence a favorisé un contact plus constructif avec les soignants. *«Une relation thérapeutique de bonne qualité»* s'est mise en place, au sein de laquelle ont émergé les notions de culpabilité et de remords.

Fin 1998, la Commission du Suivi Médical a décidé que *«l'amélioration paraissait suffisante pour que le retour dans son hôpital d'origine soit proposé»*.

**QUATRIEME PARTIE**  
**QUELQUES REFLEXIONS**  
**PSYCHOPATHOLOGIQUES**

# 1. LE DELIRE DE PERSECUTION

Dans les trois cas que nous avons détaillé, un climat émotionnel d'angoisse et de peur était présent, induit par un délire de persécution.

Les délires de persécution ont été la source de nombreuses interrogations. Les aliénistes ont axé leurs descriptions sur le contenu persécutoire (LASEGUE, FALRET,...). Leurs successeurs les ont classés selon leurs mécanismes en «*délire d'interprétation*» de SERIEUX et CAPGRAS, «*délire passionnel*» de DE CLERAMBAULT... Enfin, l'organisation, la structure et l'appartenance ou non à la schizophrénie ont été utilisées.

## 1.1. Personnalités pré-morbides

Les psychoses paranoïaques présentent des systèmes délirants durables et inébranlables. Ces délires se développent de manière cohérente, au sein même de la personnalité du sujet. L'idée délirante prend souvent son origine dans la réalité extérieure ou la vie courante et le sujet vit le monde extérieur comme hostile par un mécanisme interprétatif. Ainsi, son élaboration erronée génère une anxiété importante, un climat de crainte et un état de désarroi car il se sent «*victime*». L'incidence médico-légale vient alors ponctuer le caractère impérieux à résoudre le préjudice.

Dans nos trois cas, la cadre de ces délires est plus flou, les personnalités sont beaucoup moins construites, beaucoup plus dissociées :

- **N.** est un solitaire, auquel on ne connaît ni ami, ni confident. Sa personnalité est troublée par une forte tension émotionnelle, irrégulière et imprévisible. Il est enclin à une réserve méfiante qui provoque son isolement mais son hyperesthésie à l'ambiance entraîne parfois des troubles impulsifs. Son seul plaisir connu est son activité de chasseur qu'il pratique assidûment.

- **M.** est un homme renfermé, solitaire, qui n'a jamais noué de relations durables avec quiconque d'extérieur à son environnement familial. Méfiant et froid, ses préoccupations sont tenues secrètes et exagèrent son retrait. Il reste néanmoins «*intégré*» à son monde paysan assez clos.

- **L.** est également un solitaire. Timide et réservé dès l'enfance, il habite seul depuis son rejet de la maison familiale et on ne lui connaît pas d'ami. Réticent et méfiant, ses investissements sociaux se sont appauvris au fil du temps. Seule une activité sportive était préservée.

## **1.2. Vécu délirant**

Le délire qui se met en place se présente comme un délire de relation concentrique ; les sujets sont au centre d'un «*procès*» et d'une malveillance. Il convient de noter le caractère flou, mal structuré du délire, qui ne s'organise pas selon une trame pseudo-logique. Il y est volontiers question de «*climat*», d'«*ambiance*», d'«*atmosphère*» et tout se passe comme si les sujets ne pouvaient pas échapper au danger, celui-ci étant partout de façon indéfinissable, sans qu'il puisse être circonscrit :

- les gens commencent à rire de **N.**, en le traitant de propre à rien et d'impuissant, il pense que les gens «*causent de ses affaires*», se moquent

de lui ; *«il s'est cristallisé sur l'idée prévalente que tout le village se moquait de son impuissance...»*.

- **M.** *«a prétendu que les gens lui en voulaient et qu'on avait dit du mal de lui sur une radio locale et qu'on l'accusait d'avoir fait quelque chose...»* ; ses propres propos : *«des menaces arrivaient d'un peu partout... je me demandais comment sortir du climat qu'ils avaient mis autour de moi...»* ; il entend l'écho de ses préoccupations les plus secrètes dans les conversations des gens du village. Parfois il lit sur leurs visages.

- **L.** s'est senti victime d'un complot lors de son service militaire, sans pouvoir en préciser les sources, leur objet ou leurs modalités. Bien plus tard, *«tout autour de lui semble chargé de lui dire, de le prévenir que quelque chose va arriver»*. L'ambiance et l'environnement sont teintés d'hostilité. *«Des gens le trouvent bizarre et changent de trottoir»*. Rappelons ici l'achat d'une carabine 22 L.R. *«pour se sécuriser»*, bien des années auparavant.

Une perte des limites psychiques est en place, marquée par l'angoissante perte de frontière entre l'intérieur et l'extérieur, l'imaginaire et la réalité. Les thèmes délirants sont principalement centrés sur les idées de persécution, de menaces, mais les mécanismes sont multiples. L'interprétation fait deviner aux trois patients que l'on parle d'eux lorsqu'ils voient des personnes s'entretenir entre elles. Les intuitions et impressions sont renforcées par des hallucinations auditives : **N.** se croit traité de con et d'incapable ; **M.** entend dire du mal de lui à la radio.

Dans aucun des trois cas néanmoins l'automatisme mental n'est évoqué.

*«Les persécutions délirantes génèrent un climat émotionnel d'intensité croissante, où peur, angoisse et souffrance se lient pour provoquer des comportements d'évitement, de fuite ou d'agression, pour maîtriser ou éliminer la source de la persécution» (BOUCHARD, 22).*

Ces désorganisations psychiques ne nous semblent néanmoins pas spécifiques. Notre pratique nous a habitué à ces *«pertes de contrôle»* liées à une phase active ou à une aggravation d'une pathologie psychotique, en particulier schizophrénique. Le contexte d'insécurité dans lequel sont plongés les patients schizophrènes favorise le repli autistique ou les troubles du comportement. La fuite est fréquente. Parfois, l'angoisse et la douleur peuvent même aboutir à des conduites suicidaires pour fuir la persécution.

Le délire de persécution est toujours un facteur de dangerosité qu'il faut évaluer car les distorsions cognitives des schizophrènes génèrent des climats émotionnels très perturbés dont la résultante peut être un acte hétéro-agressif voire homicide.

Nous savons par ailleurs que de telles décompensations s'accompagnent en général d'une expression des préoccupations délirantes à la famille, aux proches ou aux professionnels de santé qui suivent ces sujets depuis de longs mois. Les troubles sont plus marqués, les bizarreries et l'angoisse plus patentes. Les menaces verbales envers les personnes proches sur le plan affectif sont volontiers exacerbées.

Nous ne retiendrons donc pas de signe spécifique lors de la décompensation délirante des trois patients ; leur vécu délirant nous

paraissant proche de ceux habituellement rencontrés chez les schizophrènes paranoïdes.

### ***1.3. Un persécuteur commun ?***

Ce qui nous a paru remarquable dans les trois cas est qu'à mesure qu'évoluaient les troubles, la désignation des persécuteurs se précisait, aboutissant finalement à la répétition de gestes violents envers eux. Nous faisons ici référence à l'agression du Père et l'on pose alors la question du parricide (au sens patricide) que le passage à l'acte pourrait mettre en scène.

- **N.** a toujours vécu avec son père, mais sans que leurs rapports n'aient jamais dépassé ceux de la vie quotidienne. Ce père carent, dépressif et alcoolique, n'a semble t'il pas été investi par son fils. **N.** a cherché des identifications structurantes ailleurs, en particulier auprès de son oncle chasseur, qui l'a initié à la pratique de ce loisir. C'est cet oncle qu'il tuera, quelques mois après s'être violemment querellé avec lui au sujet de la création d'une nouvelle société de chasse.

Par ailleurs, sa longue histoire de menaces et violences a souvent été dirigée vers des personnages parentaux. A deux reprises, dans un contexte que l'on a qualifié a posteriori d'érotomaniaque, il a eu affaire à des pères de famille hostiles à une liaison avec leurs filles. S'il a fui le premier, il a menacé sérieusement le second. Il ne s'agissait pas alors de la classique phase de rancune des paranoïaques érotomanes où ces patients perçoivent les proches de «*l'objet*» comme des obstacles majeurs mais d'une phase plus floue, où il ressentait de leur part une malveillance plus nuancée. **N.** a également menacé de son arme un garde-chasse avec lequel il était en litige.



Cependant que les heurts se multipliaient, concernant son frère à propos d'héritage, son beau-frère semble t'il pour des raisons financières, les motifs devenaient plus incohérents. **N.** ne parvenait plus à exprimer clairement les raisons de son assentiment.

- L'histoire de **M.** oriente plus directement vers une longue évolution d'agressivité dirigée contre le père, articulée autour du thème de la reprise de la ferme et de la succession.

L'impasse situationnelle semble précipiter une phase «*d'efflorescence paranoïde*» durant laquelle il va menacer son père. Aux insultes succèdent des phases d'exaltation où il reproche à ce dernier son attitude, le fusil ou le couteau à la main. Il est alors inclus dans le délire de persécution, comme «*un malveillant ligué contre lui*».

Le père ne sera «*que*» blessé dans le passage à l'acte homicide mais il convient là de rappeler que la première victime de **M.** désignée comme persécuteur et qui semble avoir précipité le geste criminel est l'inséminateur ! **M.** se trouvait à nouveau en face de son incapacité à assurer son rang dans la suite des générations. Cette fois-là peut-être comme procréateur.

- L'histoire de **L.** n'est pas jalonnée de passages à l'acte ou de menaces hétéro-agressives comme dans les deux autres cas.

Pour autant, le seul épisode violent ayant précédé l'acte meurtrier (au cours duquel son père sera abattu) a été perpétré contre son père. Au cours d'une violente dispute, après lui avoir reproché son rejet, il l'a gravement blessé à la tête en lui cassant un verre sur le crâne.

Nous apprendrons de L. que depuis qu'il vivait seul, et bien que sa rancune ait évolué à bas bruit, il avait nourri depuis des années des idées de meurtre à l'encontre de son père et ce, bien avant l'aggravation de ses troubles psychotiques ayant conduit aux meurtres.

Tous ces éléments nous invitent à explorer les caractéristiques sémiologiques qui ont le plus frappé les cliniciens penchés sur le parricide, depuis les Aliénistes-fondateurs jusqu'aux psychanalystes, afin d'y confronter le mode de passage à l'acte de M., N. et L..

Le vécu délirant persécutif des trois meurtriers de masse ne nous paraît pas comporter d'éléments distinctifs par rapport à celui des schizophrènes paranoïdes (meurtriers ou non) si ce n'est peut-être cette insistante désignation du père comme source de conflit.

## 2. UN PARRICIDE « ELARGI » ?

La description détaillée des trois histoires des meurtriers de masse rend essentiel l'abord théorique du parricide. En effet, que ce soit la multiplicité des gestes agressifs, l'insistante désignation comme sources de conflits ou même l'«intégration» dans un vécu délirant persécutif, tout nous oriente vers les pères ou leurs icônes. Tous ont été frappés dans le geste meurtrier (certains sont morts) qui aurait ainsi valeur de parricide. Mais un parricide «élargi» à d'autres victimes, comme si, ce crime symbolique accompli, l'inhibition levée laissait place à une «errance meurtrière» frappant au hasard des inconnus.

Le parricide était un crime spécifique jusqu'en mars 1994. L'article 299 de l'ancien code pénal le définissait ainsi : *«est qualifié de parricide le meurtre des pères et mères légitimes, naturels ou adoptifs, ou de tout autre ascendant légitime»*. L'article 323 précisait : *«le parricide n'est jamais excusable»*.

Le mot a disparu du droit pénal où il s'entend désormais comme une circonstance aggravante définie par l'article 221-4 du code pénal : *«le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité s'il est commis sur un ascendant légitime ou naturel ou les père ou mère adoptifs»*.

L'attitude sociale, les peines infligées n'avaient jamais cessé de changer mais à force de varier, ce crime, jusqu'alors le plus grave, le crime par excellence, a disparu.

Nous n'entrerons pas dans le domaine des conjectures étymologiques. Retenons simplement que «*parricida*» se décompose depuis les Romains en «*pater*» : père et «*caedere*» : tuer.

### **2.1. Petite histoire psychiatrique**

De toujours, on a soupçonné la folie dans l'intention de ce crime contre-nature. L'abominable ne pouvant être que pathologique. Dès 1835, nos maîtres que sont ESQUIROL, ORFILA, MARC, PARISSET, ROSTAN ou LEURET certifient l'aliénation du parricide Pierre RIVIERE après la lecture de son mémoire.

Dans le cadre des monomanies homicides déjà ébauchées par PINEL sous le nom de manie raisonnante, ESQUIROL aborde le problème des meurtres familiaux. Il établit alors la distinction entre l'acte de l'aliéné délirant ou halluciné et celui de sujets «*qui paraissent jouir de toute leur raison, mais dont les fonctions affectives seules semblent lésées*» et qui sont «*irrésistiblement portés à se déchirer, à tuer leurs semblables*» (58).

Il montre ensuite que certains de ces sujets sont la proie «*d'un délire fixe et exclusif*» qui caractérise la monomanie raisonnante, alors que d'autres «*tuent par impulsion, agissent sans conscience, sans délire, sans motif... par un entraînement aveugle, instantané, indépendant de leur volonté... dans un accès de monomanie sans délire*».

Par la suite, les théories de la dégénérescence ont tenté de donner un substrat organique à l'offense à la raison que constituent ces crimes. S'inspirant des conceptions de MOREL et de LOMBROSO, REGIS publie un article qu'il conclut par ces mots : «*derrière le parricide, cherchez*

*toujours le dégénéré*» (58). A sa suite, son élève ASSELIN fait état des mêmes conclusions.

La psychanalyse commence alors à bouleverser les idées et les représentations, et le dégénéré va se dissoudre en autant de pulsions et de conflits. L'apport de la psychanalyse fut sans doute de s'accorder à reconnaître un sens au parricide, en le situant dans l'histoire du sujet et de ses relations avec sa ou ses victimes.

Il est impossible d'évoquer le parricide sans se référer à la conception freudienne du complexe d'Œdipe. Nous devons alors beaucoup plus insister sur l'ambivalence des sentiments de la phase oedipienne que considérer seulement l'Œdipe «*positif*» où le parricide est le moyen de l'inceste (le meurtre «*oedipien*»).

La relation du petit garçon à son père est ambivalente ; il ressent conjointement de la haine, car il considère son père comme un rival à éliminer, et de l'amour, de la tendresse envers lui. Les deux attitudes conduisent conjointement à l'identification au père.

Si l'ambivalence du petit garçon se résout de façon habituellement favorable en des identifications stables, il n'en est pas toujours ainsi, et nombre de parricides en restent à une relation d'objet prégénitale marquée essentiellement par l'ambivalence et l'agressivité.

Dans «*Totem et tabou*», FREUD a réinterprété l'hypothèse darwinienne de la horde primitive. Les fils de la horde tuent leur père pour avoir des relations sexuelles avec leurs sœurs. Ils en éprouvent une culpabilité définitive et transmissible dont nous avons tous, en partie, hérité. La

réalité de l'acte est discutée, mais la règle qui en résulte est universelle : le parricide et l'inceste sont deux interdits majeurs et sont une condition pour que la société se développe. Le parricide est la source principale du sentiment de culpabilité. Nous ne savons cependant pas si c'est la seule.

Autrefois, les régicides subissaient le supplice des parricides. Au delà de l'homicide, il y avait une blessure au pouvoir royal et trois dommages devaient être réparés : celui à la victime, celui à la loi et celui au roi. Nous retiendrons des réflexions de LACAN (74) et BALIER (8) que le parricide est un attentat contre l'ordre de la filiation, c'est-à-dire l'agencement institutionnel, structure dont la clef de voûte est l'institution du Père.

Afin d'accéder au statut de sujet, le parricide recherche parfois une parole qui le fonde. Mais en frappant l'interdit, y compris lorsqu'existe une distorsion de l'office paternel symbolique, il frappe la structure sociale dans laquelle il devait avoir un office à son tour. Il s'anéantit. Le parricide tue la parole dont il devait hériter.

## ***2.2. Aspects sémiologiques***

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les rapports entre le parricide et la pathologie, afin de dessiner un profil psychologique particulier. Les réponses ont toujours été nuancées et nous ne détaillerons pas ces études. Nous pouvons toutefois remarquer que l'essai d'interprétation d'OCHONISKY (99) reste d'actualité comme base d'étude. Notre consœur avait retenu quatre points pour constituer son hypothèse de travail : la déficience du principe de réalité, le sens particulier de la mort et la négation d'autrui, le caractère archaïque des rapports entretenus avec les objets et le rôle des frustrations précoces.

A sa suite, ZAGURY a emprunté à la sémiologie du parricide pour étudier le double parricide comme modèle criminologique (125). Certains traits privilégiés sont communs avec ceux de nos trois patients. Nous en retiendrons trois, qui orientent nos réflexions vers cette dimension parricide du passage à l'acte.

### **2.2.1. L'absence de préméditation**

Se référant au texte de Michel FOUCAULT, ZAGURY signale que *«Pierre RIVIERE rapporte dans son mémoire comment il a dû différer ses crimes, soit parce qu'il se sentait trop lâche pour les accomplir, soit parce que la conjoncture ne le permettait pas»*.

Il retient alors *«ce premier paradoxe apparent caractérisant un grand nombre de parricides :*

- *d'une part, la survenue du passage à l'acte est brusque.*
- *d'autre part, elle obéit à un lent mûrissement, que l'aboutissement en ait clairement émergé à la conscience ou que l'acte n'en apparaisse après-coup comme ayant répondu à un choix inéluctable»* (125).

Les crimes se sont imposés aux patients, sans préparation. Nous pouvons rappeler les mots de **M.** : *«c'est comme ça, sur un coup de tête... la veille je n'y avais même pas pensé... c'est quand l'inséminateur est rentré... ça a basculé tout d'un coup...»*.

**N.** *«s'est senti en danger... n'avait pas de raison de souffrir seul... n'avait pas de raison de ne pas faire un massacre pour se venger de la nature humaine...»*.

L'évolution pré-critique de l'acte meurtrier, avec toute la prudence que nous impose une reconstruction dans l'après-coup d'un crime, nous permet ainsi de distinguer schématiquement :

- **une phase dite de résistance**, grâce à des aménagements structuraux spécifiques à chacune des personnalités mais dont le point commun est la longue évolution *«caractérielle»* ponctuée d'agressions dirigées contre le père ou ses substituts (dont nous avons vu la prégnance précédemment).

**N.** était ainsi présenté comme porteur de *«troubles de la personnalité avec une forte tension émotionnelle, irrégulière, imprévisible et avec impulsivité ...»*.

**M.** avait désinvesti son travail, s'était replié mais avait mis en place *«des mécanismes de défense rigides de type caractéropathe»*.

**L.** s'était replié, isolé et son désinvestissement social allait de paire avec des *«réactions anxio-dépressives aux idées de persécution et aux phénomènes hypochondriaques qui l'envahissaient»*.

- **une phase d'efflorescence délirante**, persécutive, de tonalité clairement paranoïde, peut être précipitée par des événements à haute valeur symbolique sur lesquels nous devons revenir.

- **un vécu d'insupportable tension interne**, dont les patients ne sortiront que par cette *«explosion meurtrière»*.



### 2.2.2. L'instant critique du crime

Il est constamment caractérisé par sa brutalité inouïe, sa soudaineté et souvent son acharnement féroce. De cette brusquerie, les trois observations portent témoignage et les mots des criminels sont presque toujours les mêmes :

«*tout à coup... enchaînement... hors de moi...*». L'atmosphère cataclysmique correspond alors à un phénomène de déréalisation paroxystique, comme souligné par OCHONISKY (99) pour la plupart des parricides.

Nous avons remarqué que l'épisode de déréalisation, voire de dépersonnalisation, était volontiers teinté de mégalomanie, d'une «*ambiance mégalomaniacale*» précédant ou accompagnant l'acte.

- **N.** avait ainsi exprimé de plus en plus vigoureusement son désir de rachat de chasse, de mise en place de nouvelles sociétés, d'une volonté de «*renouveau*» qu'il entendait diriger. Il était apparu «*surexcité*» à son retour de Suisse et «*ne tenait plus en place*».

- Les mêmes idées de grandeur sont retrouvées chez **M.**, dont les préoccupations euphoriques témoignent d'une «*négociation du changement... d'une action révolutionnaire*». Il se donne le rôle d'un acteur «*capable d'infléchir le cours de certaines choses*».

- Cela n'a pas été relevé chez **L.**, dont les propos sibyllins, rares et pauvres, n'ont pas permis d'évoquer autre chose qu'une excitation psychomotrice dans le cadre d'un épisode de dépersonnalisation.

ZAGURY avait insisté sur ce point en étudiant plus particulièrement les crimes de Pierre RIVIERE et du Caporal Lortie.

RIVIERE *«était dévoré d'idées de grandeur et d'immortalité... s'estimait bien plus que les autres... pensait que l'occasion était venue de s'élever, que son nom allait faire du bruit dans le monde...»* précise M. FOUCAULT (47).

Lortie *«se sentait capable de détruire cette autorité... sa force était sans limite»* (BENEZECH, 14).

ZAGURY y voit là l'« être ou ne pas être » qui constitue *«invariablement la question fondamentale des criminels psychotiques. Il faudrait également l'entendre comme : n'être plus rien ou être tout le monde»* (125). Ceci dans la perspective d'un auto-engendrement par l'acte criminel parricide.

### **2.2.3. La réaction post-critique**

Elle a toujours frappé les cliniciens. Les trois cas ne font pas exception à ce *«retour à la raison»* qui s'entend comme la *«libération»* d'une surtension paroxystique longtemps contenue. Parfois le geste est perçu comme grandiose ou héroïque et correspond à la *«flambée mégalomaniacale»* et à la satisfaction d'une solution entrevue puis réalisée.

C'est ainsi, dans la confusion de l'être réel et de l'imaginaire persécutif, l'élimination de la source des conflits, que nos patients avaient attribué à leurs pères (ou leurs substituts).

Chacun des meurtriers a exprimé ce soulagement, si souvent repéré après les crimes des psychotiques. Aucun n'a cherché à légitimer son acte comme le ferait un paranoïaque. Chacun semble avoir répondu à une tension insupportable et ne pouvait agir autrement.

De nombreux auteurs ont insisté, après avoir recueilli les premiers mots des parricides, sur la coexistence de l'étrangeté de l'acte et du maintien de préoccupations terre à terre d'une folle banalité.

- **N.** a ponctué son épopée meurtrière d'un *«voilà comment se terminent les histoires»*. Il entame ensuite une sorte de fuite en avant, se rend dans un fort où il passe quatre jours sans manger ni boire. Il envisage alors de se rendre chez lui pour se suicider mais s'écroule de fatigue. Il ne *«réalisera»* qu'en prison qui sont les victimes de la laiterie.

- *«Ca ne dépend plus de moi, maintenant»* affirmait **M.** quelques heures après son geste. *«Le lendemain, j'ai pensé à me suicider, j'étais vidé de tout... c'était la terminaison finale d'une situation floue»*. Interrogé par le juge sur des éléments qui lui paraissaient encore déréels, il s'inquiétera de *«protéger ses économies en liquidités»*.

- **L.** est capable d'expliquer clairement le déroulement des faits mais ne peut s'extraire du rationalisme morbide qui l'a conduit au massacre, incapable de restituer un élément quelconque d'ordre affectif ou émotionnel. Il *«n'était pas effrayé et aurait aimé faire un carnage plus fort ... jusqu'à neuf ou onze... un chiffre impair, c'est mieux»*. Il tente ensuite à plusieurs reprises de se suicider.

Nous remarquons là que cette réaction post-critique apparaît comme résultante d'effets antagonistes : l'irréalité de l'acte abominable apparaît

pour les trois patients comme une «*satisfaction*», un «*soulagement*» mais c'est aussi pour eux l'occasion de signifier clairement ou de mettre en acte leur désir de mort. Il y a dans chaque cas la pensée ou la recherche active du suicide.

Nous pensons qu'il peut y avoir là un élément psychopathologique suffisamment spécifique pour nous inviter à le détailler. En effet, comme pour les délirants persécutés qui tuent leurs proches ou plus rarement des inconnus, le passage à l'acte parricide «*s'arrête*» sitôt commis le meurtre du père (accompagné exceptionnellement de celui de la mère).

**N., M., L.** ont poursuivi leur forfait. Leur «*soulagement*» n'est intervenu qu'après de nombreux homicides, concernant pour l'essentiel des inconnus. Leurs propos et leurs actes dans l'après-coup des crimes nous font envisager un équivalent suicidaire, provoquant ce «*dérapiage*» rarissime et transformant le parricide en parricide «*élargi*».

Avant d'aborder ce chapitre sur la dimension criminogène de la dépression et sur les proximités entre homicide et suicide des trois patients, nous devons tenter d'éclaircir d'autres points soulevés par la sémiologie de l'acte meurtrier, en particulier :

- l'impasse symbolique, venant signer l'échec de **M., N.** et **L.** à se donner une place dans la lignée.
- le facteur précipitant pré-critique, qui pourrait avoir provoqué «*l'explosion*», précipité la bascule.

Cela nous permettra peut-être de reformuler la dynamique du passage à l'acte et les particularités des conditions des drames.

### **3. ROLE DE LA PERTE D'OBJET. IMPORTANCE DE L'IMPASSE SYMBOLIQUE.**

L'approche théorique des phénomènes psychopathologiques des trois observations nous invite à aborder la notion psychanalytique de perte d'objet. Cette notion importante en criminologie repose sur la relation d'objet des meurtriers, dont notre pratique relève fréquemment les perturbations : que ces criminels soient passionnels, mélancoliques, psychotiques ou autres.

#### ***3.1. Relation d'objet***

Dans le vocabulaire psychanalytique, le terme d'objet est défini dans trois optiques différentes (LAPLANCHE et PONTALIS, 78) :

1. en tant que corrélatif de la pulsion : il est ce en quoi et par quoi celle-ci cherche à atteindre son but, à savoir un certain type de satisfaction. Il peut s'agir d'une personne ou d'un objet partiel, d'un objet réel ou d'un objet fantasmatique.

2. en tant que corrélatif de l'amour ou de la haine : la relation en cause est alors celle de la personne totale, ou de l'instance du moi, et d'un objet visé lui-même comme totalité (personne, entité, idéal,...). L'adjectif correspondant serait «*objectal*».

3. dans le sens traditionnel de la philosophie et de la psychologie de la connaissance, en tant que corrélatif du sujet percevant et connaissant. L'adjectif correspondant serait «*objectif*».

La relation d'objet n'est pas dissociable de la relation primaire à laquelle elle fait référence. *«On parle de type de relation d'objet en se référant soit à des moments évolutifs (exemple : relation d'objet orale), soit à la psychopathologie (exemple : relation d'objet mélancolique)... Le terme de relation d'objet désigne le mode de relation du sujet avec son monde, relation qui est le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tel type privilégié de défenses»* (LAPLANCHE et PONTALIS, 78).

Les psychotiques nous orientent vers des relations d'objet de type oral, dites «*prégénitales*». Elles sont décrites par BOUVET et WIDERMAN (24) de la manière suivante :

- a) la dépendance du sujet à l'égard de l'objet est étroite.
- b) le besoin de possession de l'objet significatif est tyrannique.
- c) la possession de l'objet conditionne la stabilité de l'organisation psychique du sujet ; la relation qui lie le sujet à l'objet est purement captative, le sujet tendant à disposer de celui-ci en fonction de ses propres besoins, sans égard pour ceux de l'objet.

La qualité particulière des projections et des introjections fait de l'objet un objet menaçant et destructeur à l'égard duquel le sujet se maintient dans

un double et contradictoire mouvement d'écart et de rapprochement, d'investissement et de désinvestissement.

La caractéristique essentielle de la relation d'objet psychotique est un non-dépassement et une fixation à un stade de non-séparation du sujet et de l'objet, d'où fusion étroite à l'objet et fragilité narcissique. Le psychotique n'intègre pas la dualité du sujet et de l'objet.

La clinique criminologique s'est particulièrement intéressée au meurtre passionnel, où les sujets présentent fréquemment un attachement prégénital à l'objet, pour décrire la séquence perte d'objet-passage à l'acte. Il nous paraît intéressant de rappeler quelques écrits sur le meurtre passionnel afin de mieux comprendre cette séquence ; afin également de préciser si cette dimension a pu être opérante dans nos trois cas.

DE GREEF décrit ainsi les criminels passionnels comme *«des êtres vils et durs, souvent dégénérés ou névrosés... des anormaux et des déséquilibrés... des pauvres types qui appartiennent à une humanité inférieure»* (39). L'amour dont parlent ces sujets est pour DE GREEF un sentiment d'attachement égoïste, possessif et tyrannique n'ayant jamais atteint le stade oblatif : *«l'expérience nous apprend que les homicides par amour ne relèvent nullement de l'intensité de l'amour ni de la qualité inouïe de la passion, mais uniquement d'insuffisances graves dans la personnalité du coupable»* (39).

BENEZECH se montre aussi sévère que son illustre confrère pour critiquer le préjugé favorable dont bénéficie ce criminel et la mansuétude dont fait preuve à son égard le système social. Sa pratique expertale lui montre *«que les criminels passionnels sont en majorité des individus anxio-émotifs, timides, peu communicatifs, volontiers coléreux, jaloux, susceptibles, exigeants pour eux-mêmes et pour les autres. Ils ont souvent une appréciation favorable de leur personne, se décrivant comme bons travailleurs, serviables, attachant beaucoup d'importance à la parole donnée en amour ou en affaire. On peut considérer que la plupart de ces criminels présentent des personnalités pathologiques complexes comprenant à la fois des traits paranoïaques, histrioniques, borderlines et narcissiques... Les principales manifestations des perturbations de leurs relations interpersonnelles sont les suivantes :*

- a) égoïsme, intérêt pour sa propre personne au détriment d'autrui ;*
- b) sentiment «d'avoir droit» ;*
- c) dépendance, besoin de rassurance ;*
- d) relations oscillant entre l'idéalisation et la dévalorisation d'autrui ;*
- e) manque d'empathie à l'égard des sentiments d'autrui ;*
- f) incapacité à supporter l'abandon» (12).*

La menace de rupture de cette relation objectale narcissique constitue ainsi chez le criminel passionnel en puissance un danger vital pour sa propre existence et son intégrité psychique. En résultent une jalousie pathologique, une angoisse, un ressentiment, une révolte, une colère ou de la haine pouvant *«se développer jusqu'à la tension émotionnelle extrême de la phase critique où un rien suffit à déclencher le drame» (12).* BENEZECH analyse *«Les souffrances du jeune Werther»*, le roman de GOETHE, pour illustrer son propos. Il constate par ailleurs que le crime



passionnel n'est pas le seul dont la psychopathologie fasse appel à la notion de perte d'objet. *«Une relation objectale prégénitale est en effet présente chez le mélancolique, chez certains psychotiques, chez le déprimé-jaloux, chez les borderlines et chez les auteurs de suicide accompagné»* (12).

Cela nous invite à souligner quelques points essentiels concernant les trois observations, bien qu'il soit difficile d'analyser une relation de sujet à objet a posteriori, parfois sur les seuls renseignements d'observations.

### **3.1.1. Relation d'objet de N.**

Sa mère est décédée d'un accident vasculaire cérébral alors qu'il avait quinze ans. Pourtant, il n'a jamais investi son image. Il n'en parle ni avec chaleur, ni avec tendresse bien qu'il signale une profonde détresse et une grande tristesse après sa disparition. Cela laisse supposer une angoisse d'abandon très patente durant l'adolescence mais impossible à préciser plus avant.

Sa relation à son père est beaucoup plus ambivalente : d'une part, elle peut être qualifiée d'«*inexistante*» compte tenu de la pauvreté de leurs rapports. Ce père volontiers isolé dans ses addictions alcooliques et ses affects dépressifs a été carent pour N.. D'autre part, une certaine dépendance est perceptible, un besoin dont témoignent les difficultés qu'a toujours présenté N. à parler de son père, à exprimer sa colère ou son amour envers lui. Nous avons évoqué précédemment les nombreux substituts paternels qu'il a mis en place pour signifier la dimension parricide de son geste meurtrier.

Il est intéressant de relever que ce type de désir contraignant et ambivalent s'est également manifesté dans ses constructions délirantes érotomaniaques. Quand bien même ces idées témoignent déjà d'une confusion entre le réel et le fantasmatique, l'objectif et le subjectif, N. a exprimé de la jalousie, du ressentiment et un certain désarroi quand il craignait de perdre l'objet.

Au total, il nous semble donc que la plupart des liens tissés par N. sont immatures et ambivalents. Nous pourrions peut-être employer le terme d'«*anacritique*», cher aux psychanalystes, pour les caractériser. Ce terme renvoie à une relation de type «*parasitaire*» entre le sujet et son objet.

### **3.1.2. Relation d'objet de M.**

Nous avons déjà évoqué l'attitude caractéristique de sa mère, soulignée par le médecin généraliste («*elle le maternait excessivement... il me donnait l'impression d'être l'enfant qui est conduit par sa mère au médecin ... il était timide, effacé, presque éteint... sa mère s'exprimait à sa place pour indiquer et présenter le mal dont il souffrait*»). Leur relation pathogène est «*bloquée*», sans issue. M. est soumis à sa mère et il lui est impossible de se distancer de cette relation sinon en prenant une distance «*géographique*» (fugue) qu'il ne peut supporter longtemps. Sa mère non plus ne peut se séparer de lui puisqu'elle ne soutient pas son mari et son fils dans la démarche de la succession. Il semble donc exister une relation quasi-fusionnelle entre M. et sa mère, relation ambivalente dont ils ne peuvent s'échapper.

M. présente son père comme autoritaire. Nous pourrions nous demander si l'attitude de la mère à son égard, inaffective, semblant «*faire barrage*»,

ne s'inscrit pas dans une *«forclusion»*. Nous ne pouvons y répondre précisément. Par contre, nous devons relever toute l'ambivalence des rapports entre M. et son père. Elle rend compte de son absence d'autonomie, de son impossibilité à définir des limites et une intériorité, du maintien d'un lien fort par l'intermédiaire de la ferme. Pour autant, la colère et la haine se manifestent régulièrement dans les passages à l'acte hétéro-agressifs à son encontre, dont nous avons souligné l'importance dans la dimension parricide.

Pour M. également, nous constatons la non-séparation du sujet et de l'objet. Les objets ne sont pas niés mais ne sont pas non plus perçus comme séparés du sujet. Ils sont perçus comme partie constitutive de son être, dans le sens kleinien d'*«objets partiels»*.

### **3.1.3. Relation d'objet de L.**

Les propos de L. concernant sa mère sont sans équivoque : *«j'étais son chouchou... elle me protégeait»*. Leur relation est fusionnelle, ne laisse aucune place à une maturation adulte satisfaisante, aboutissant non pas à une autonomie relative mais à la fixation à un stade régressif caractérisé par une dépendance absolue. Leur relation est tellement étroite qu'ils ne peuvent se passer l'un de l'autre. La mort de sa mère sera vécue par L. comme dramatique en terme d'angoisse d'abandon, aggravée en cela par la décision du père qu'il quitte la maison familiale.

Nous avons déjà souligné la rancœur qu'a provoqué ce rejet par son père, motivant des désirs meurtriers silencieux et un passage à l'acte violent à son encontre. Nous pensons néanmoins que les difficultés relationnelles avec son père sont plus anciennes encore, lorsqu'il témoigne *«de*

*punitions dont il ne comprenait pas le sens» lorsqu'il était enfant ou «de la façon différente dont ses sœurs étaient traitées». Pour autant, il trouvait son père parfois «triste» et précise que son rejet avait pu être motivé par une volonté de bien faire (pour que L. fasse sa vie et se marie).*

Nous voyons donc chez L. une relation d'objet psychotique, comme chez M. et N., narcissique et fusionnelle. Dans les trois cas, les objets sont perçus comme appartenant à l'être mais pas encore à l'avoir. Le rapprochement objectal leur est impossible, car il aurait valeur d'anéantissement (un peu comme si aimer leur était trop dangereux).

Nous pensons que nos trois patients ont trouvé dans la relation délirante un intermédiaire, une sorte d'aménagement. La perte d'objet a paru accentuer le délire (nous ne savons néanmoins pas si elle en est à l'origine).

LACROIX de LAVALETTE (76), citant NACHT et RACAMIER, écrit : *«il s'ensuit que le monde entier se vide lorsqu'il (l'objet) est désinvesti et il en résulte que les énergies pulsionnelles retournent à l'état libre, les pulsions agressives et libidinales se trouvant du même coup disjointes. Nous trouvons dans ce bouleversement massif la condition économique basale de l'angoisse psychotique, laquelle atteint le degré le plus haut et le plus désintégrant de la terreur... Dans un tel état de déstructuration des liens objectaux, les limites entre le soi et le non-soi s'effacent, c'est en même temps la distinction entre le moi et l'imaginaire, entre le fantasmatique et le réel objectif qui s'effondre. Les critères d'authenticité sont anéantis ; l'objectif et l'objectal s'écroulent ensemble».*

Devant une telle angoisse existentielle, les malades doivent reconstituer un monde le plus rapidement possible par le biais du délire : il s'entend comme une restauration d'un ordre relationnel et d'une relation avec le monde. Le prix de cette «*reconquête*», c'est la persécution. «*Plutôt délirer qu'être seul*» (76).

Nous pensons donc que dans les trois observations, la perte d'objet n'a pas directement déclenché la passage à l'acte mais bien plutôt enfermé les malades dans un vécu persécutif de plus en plus prégnant, accentuant par là-même la confusion des limites (entre la réalité extérieure devenant intolérable et le débordement pulsionnel interne).

### **3.2. Impasse symbolique**

Si l'étude de la relation d'objet des trois patients ne nous a pas fait retenir son rôle prépondérant dans le déclenchement de l'acte meurtrier (en terme de perte d'objet), elle oriente néanmoins nos réflexions vers une «*impasse symbolique*». Nous entendons par-là l'échec à se donner une place dans la lignée familiale.

Des événements à haute portée de sens sont venus signifier aux trois patients, tous trois aînés de leurs fratries, leur incapacité d'assurer leur rang dans la suite des générations comme successeurs de leurs pères, maris, procréateurs...

#### **3.2.1. Sur le plan sexuel**

La vie sexuelle de nos patients est problématique. Nos données paraissent insuffisantes pour permettre des hypothèses sur un rôle

éventuel de la sexualité dans le déterminisme du meurtre mais nous en retiendrons les grands traits :

- **N.** aurait eu des aventures avec des femmes mais il était dans l'impossibilité de faire l'amour. Nous avons signalé l'importance que revêtait pour lui cette incapacité, qu'il attribuait au traitement ou à une détérioration sur le plan physique général avant d'être un thème majeur de son délire. *«Des bruits circulaient, des moqueries, je les entendais... on disait que j'étais impuissant...».*

- La même rareté des relations hétéro-sexuelles est observée chez **M.**, concernant presque exclusivement des rapports avec des prostituées. Invité à parler de ses activités masturbatoires ou de ses relations féminines, il se montre réticent et répond de façon évasive et laconique : *«c'était passager, rien de particulier... il y avait beaucoup de travail à la ferme...».*

- **L.** n'a pas non plus réussi à établir des relations sexuelles stables et satisfaisantes. Il avait essayé d'avoir des relations avec des prostituées mais cela se concluait par des échecs qu'il attribuait à *«un manque d'érection ou un faible intérêt pour l'acte»*. Son inquiétude était néanmoins très grande à ce sujet, au point comme N. de l'inclure dans son vécu délirant (les élèves se moquaient et pensaient de lui qu'il n'avait pas de relations sexuelles).

**L.** est le seul de nos trois patients à avoir exprimé clairement ses pratiques masturbatoires fréquentes, très culpabilisées. Il a abordé le support fantasmatique de cette activité, à savoir son homosexualité (qui n'a cependant jamais été agie).

Nous ne pourrions qu'évoquer là la possibilité d'un facteur composite latent assez puissant d'homosexualité dans la personnalité des trois patients, avec de multiples tentatives de réappropriation de l'identité masculine (par les agressions répétées contre les pères, leurs actes parricides ou l'expression de leurs délires).

### **3.2.2. Sur le plan financier**

Nous avons noté une problématique de querelle d'argent ou plus largement une interrogation sur l'héritage dans les cas que nous avons étudiés.

- **N.** avait sollicité son oncle sur le plan administratif et financier pour créer une société de chasse. Ce dernier avait été longtemps président d'une telle société qu'il avait lui-même mise en place mais s'était opposé à **N.** à ce sujet, craignant probablement que l'instabilité de **N.** (récemment licencié) et son caractère ne soient des obstacles trop importants. **N.** lui attribue l'idée qu'il n'est pas digne de lui succéder.

- **M.** est préoccupé par la succession. Il se persuade que ses parents ont *«pitié de lui»*, qu'ils sont convaincus *«qu'il ne s'en tirera jamais avec la ferme»* et il veut se *«montrer capable de faire quelque chose»* ; il leur attribue également l'idée d'indignité à leur succéder.

- Concernant **L.**, l'héritage ne se mesure pas en biens héréditaires (et **L.** est indépendant financièrement) mais ses difficultés sont beaucoup plus directement liées à la filiation, à l'héritage biologique. Chaque rencontre avec son père réactive la situation de rejet et son incapacité à perpétuer la lignée en tant qu'homme ou mari.

ZAGURY, évoquant ce point, précisait : *«faute d'avoir acquis pour le posséder l'héritage de leurs pères, selon la profonde expression de GOETHE reprise par FREUD dans «Totem et Tabou», les parricides ayant échoué dans leur cheminement vers l'ŒDIPE à se donner une place dans la suite des générations, sont condamnés à osciller entre l'usurpation d'héritage et le refus d'héritage, ce qui revient ici au même : s'auto-engendrer, refuser toute dette vitale, c'est tout uniment hériter de soi-même, ne pas hériter, n'hériter de personne»* (125).

Cela traduit bien cette impasse dans laquelle les trois patients étaient plongés avant la bascule meurtrière.

### **3.2.3. Un ultime rejet ?**

Un ultime rejet, ou vécu comme tel, paraît avoir précipité le geste.

Nous pourrions ainsi retenir le mariage de la sœur de **M.** quelques jours avant le drame, l'automutilation inconsciente de **L.** par l'entremise d'une hypochondrie délirante (avec désignation du médecin du père comme mauvais objet) ou l'échec de fuite vers un ailleurs de **N.**.

Ces événements ont pu précipiter l'acte mais nos pénibles tentatives de reconstitution paraissent bien laborieuses face à la crudité et la précision des mots des meurtriers :

- **N.** n'a jamais pu formuler le chaos qui l'a traversé, fût-ce de façon lointaine et imprécise (*«tout à coup, ça c'est enchaîné...»*). Il ne comprend pas ce qu'il lui a pris, ne se rappelle pas avoir fait abattre ses chiens et prétend dans l'après-coup du crime ne pas savoir avec certitude qui il a tué.



- **M.** : *«c'est quand l'inséminateur est rentré... il m'avait fait des menaces de mort... je ne sais pas... tout à coup, il s'est tourné contre moi...».*

- Tout à coup, **L.** *«a su que quelque chose allait arriver»* sans pouvoir expliquer l'étrangeté de ses propos.

Les nombreux auteurs qui se sont penchés sur ce moment critique ont articulé leurs propos aux notions freudiennes de refoulement originaire, d'inconscient primaire et de pare-excitation. Cela renvoie à quelque chose d'irreprésentable, indicible, de l'ordre du chaos pulsionnel qui est au cœur des crimes dits *«immotivés»*.

Cette expérience sans nom, sans figuration, sans trace mnésique communicable dans l'après-coup en constitue toute l'énigme. Nous ne ferons que citer là quelques-uns de ces auteurs qui ont interrogé cette notion très complexe qui appelle à la modestie ceux qui n'y sont pas familiers.

LAPLANCHE ET PONTALIS (78) nous rappellent que *«le refoulement originaire est une pièce maîtresse de la théorie freudienne»* dont les caractéristiques sont *«la fixation inaltérable à la pulsion du représentant-représentation de la pulsion»* et *«le contre-investissement qui en est le seul et unique mécanisme»*.

ZAGURY signale, citant FREUD, *«qu'il est très plausible que des facteurs quantitatifs, comme la force excessive de l'excitation et l'effraction du pare-excitation soient les conditions immédiates des refoulements originaires»* (125).

CAHN précise *«que quelque chose a dû manquer, une perturbation majeure a dû opérer, qui a rendu l'après-coup caduc ou impossible. Celui-ci suppose une série d'avant-coups, dont les traces et l'attraction renvoient au refoulé primaire, selon la dialectique du dehors et du dedans»* (29).

Ainsi, la faillite du refoulement originaire et de la fonction de pare-excitation aurait une importance fondamentale dans la psychose en laissant l'affect flottant. La menace d'extermination imminente, de fragmentation provoque une lutte acharnée du sujet qui *«s'accroche»* parfois désespérément à la réalité. La défaite inaugurale paroxystique venant alors signer le classique mode d'entrée médico-légal dans la schizophrénie par le meurtre immotivé.

Cette menace est déclenchée par une réalité devenue intolérable et un renforcement pulsionnel interne. Ce débordement pulsionnel interne a entraîné les trois patients vers un mouvement de destruction car ils avaient tous trois désinvesti totalement le monde extérieur :

- Toute insertion symbolique leur semblait impossible.
- Leurs ébauches de fuite avaient successivement échoué et le développement d'une néo-réalité délirante n'a fait que renforcer l'horreur du vécu.

A ce stade de notre réflexion, si nous devons reformuler la dynamique des trois meurtres de masse, nous ferions état d'un système global présentant une surtension explosive, constitué des conditions suivantes (définies par ZAGURY, 125) :

- une «**impasse symbolique**» que nous venons de détailler, que nous pourrions dramatiser un peu plus en signalant que les trois meurtriers ont commis leurs crimes à quelques jours de leurs anniversaires.
- une «**confusion des limites**», provoquée par un moment fécond de la psychose et aggravée par l'investissement dans une néo-réalité de plus en plus persécutrice.
- «*la **menace d'un objet primaire** omnipotent, omniprésent, maintenu hors refoulement, ni objet externe véritable, ni objet interne, ni être réel, ni imago, ni dedans, ni dehors, mais collant aux portes d'un Moi aux limites indécises*».

Ce serait néanmoins ne pas faire état d'une dimension criminogène que nous avons déjà évoquée mais pas encore détaillée : celle de la dépression.

## 4. LA DIMENSION DEPRESSIVE

L'approche psychopathologique des trois cas de meurtres de masse nous invite à explorer cette dimension, afin de se demander si il n'y a pas dans le passage à l'acte une démarche vers le suicide. Les meurtres (ou tout du moins une partie d'entre-eux) seraient un substitut insuffisant pour aller jusqu'au bout de la pulsion autodestructrice.

### 4.1. Dépression et hétéro-agressivité

BENEZECH nous rappelle la sous-estimation de la dépression en matière de criminogénèse : *«en dehors du suicide altruiste du mélancolique, bien connu de tous les psychiatres, la littérature médicale française semble singulièrement pauvre en travaux portant sur les relations meurtre-suicide ou dépression-meurtre. Les études de psychiatrie concernant la dangerosité ne consacrent aucun chapitre ou paragraphe à ce problème et il n'est donc pas étonnant que l'existence d'éléments dépressifs ne soit pas classiquement considérée comme un des prédictors possibles de violence physique sur autrui. Pourtant, ces relations sont étroites dans l'homicide en général et dans les crimes familiaux en particulier... la tradition expertale veut que seules les dépressions mélancoliques, et éventuellement les autres dépressions psychotiques, soient irresponsabilisantes : il faut qu'il y ait des sentiments morbides d'indignité ou de culpabilité (pouvant être délirants) dans le cadre d'un épisode dépressif majeur ou d'une psychose en évolution. Or, la plupart des suicides (et des crimes) «étendus» n'appartiennent pas à la psychose maniaco-dépressive telle qu'elle est décrite dans les classifications*

*européennes, bien que le caractère altruiste du passage à l'acte reste indiscutable» (14).*

Le problème des relations entre psychose, dépression, meurtre et suicide est extrêmement complexe. Il nous paraît impossible de l'évoquer sans se référer aux écrits de nos maîtres à ce sujet.

Selon FREUD, le Moi était bien autant écrasé par l'objet dans l'état de passion amoureuse que dans le suicide ; il avait souligné l'étroite relation qui unit suicide et meurtre et écrivait que la torture que s'inflige le mélancolique représente *«la satisfaction des tendances haineuses et sadiques qui, visant un objet, ont subi de cette façon un retournement sur la personne propre» (50).*

GUTTMACHER rappelle que pour FREUD bien des suicides n'étaient que des meurtres déguisés, que *«le meurtre de soi-même est un acte par lequel on tue symboliquement quelqu'un de haï» (62).*

Se référant à FENICHEL, il précise que *«le suicide d'un déprimé est souvent interprété comme le meurtre d'un des deux parents dont le malade, depuis les toutes premières années de son enfance, tient son impitoyable conscience morale»*. Il poursuit en écrivant que *«l'inverse n'est pas moins vrai : il en est vraisemblablement ainsi chez les schizophrènes surtout, dont la pensée, le parler, le comportement sont dans une si large mesure symboliques. Quelquefois l'homicide paraît constituer une tentative de la part de son auteur pour ne détruire qu'une partie de lui-même, qu'il a projetée sur sa victime, et dont il souhaite la disparition. Un tel meurtre représente en quelque sorte un suicide partiel»*.

FENICHEL, cité par BENEZECH, reprenait également la théorie freudienne lorsqu'il notait que *«le suicide du mélancolique porte la marque d'un sadisme qui s'est retourné contre le sujet. C'est là une preuve de la thèse qui veut que l'on ne se tue pas sans s'être proposé de tuer l'autre»*. Pour lui également, certains suicides sont des meurtres *«qui tendent à détruire les objets archaïques incorporés lors de la formation du Surmoi, qui renvoient à celui de Dorian GRAY, meurtrier de sa propre image»* (14).

Petit à petit, un schème comportemental homicide-suicide s'est fait jour, à propos duquel l'expertise psychiatrique naissante était interrogée. Pour les juges, seule la dimension criminelle de l'acte hétéro-agressif est retenue et cela se traduit en qualification pénale. L'aspect suicidaire n'étant plus considéré comme un délit depuis l'époque des Tribunaux Ecclésiastiques, où l'on condamnait les suicidants et où était réservé un traitement particulier aux cadavres des suicidés.

A la suite de DENIS, l'accent fut mis sur la dimension suicidaire de ce schème comportemental. MILLET précise que DENIS appelait suicide accompagné *«toute conduite suicidaire, que le suicidant fait précéder ou accompagner du meurtre ou du suicide d'autres individus»* (93).

La plupart des auteurs ont signalé la difficulté à diagnostiquer ces conduites agressives *«à chaud»*, étant donné l'état de conscience souvent modifié qui les accompagne ou l'amnésie lacunaire qui y fait parfois suite.

C'est évidemment le crime passionnel qui a le plus tôt frappé les esprits en ce sens. Nous devons à nouveau emprunter à ce thème que nous avons déjà abordé d'un point de vue spécifique (relation d'objet) mais qui paraît incontournable. L'analyse la plus complète est probablement celle

de DE GREEFF (39) qui précise à propos du crime passionnel vrai (non utilitaire) qu'il ne s'explique le plus souvent que parce qu'un processus-suicide préside à son évolution.

Il écrit qu'il représente *«un crime digestif»*, faisant référence aux stades prégénitaux, où le nouveau-né mord le sein qui ne lui donne pas tout ce qu'il attend ou rejette le mauvais objet qui l'encombre.

DE GREEFF constate que *«si le drame ne dure pas trop longtemps, les réactions de type suicide abondent, tandis qu'après quinze jours de drame les images homicides l'emportent assez souvent»*(39).

BENEZECH signale que *«la revalorisation de l'objet aimé entraîne chez le pré-criminel un processus de désespoir, de désengagement à l'ombre duquel l'idée homicide va se développer et parfois se réaliser sous l'effet d'un processus associé à la revendication. Le passionnel s'aperçoit que sa tentative de suicide n'est pas davantage prise au sérieux par sa future victime que ses déclarations enflammées et que sa disparition, loin de troubler l'objet, ne ferait que l'arranger. Il ne récidive donc pas dans son comportement suicidaire, mais son «suicide moral» (affectif) le rend indifférent à son avenir et permet aussi le cheminement de la pensée criminelle avec ou sans suicide subséquent»* (14).

Ce même auteur a parfaitement analysé le danger vital pour l'existence du criminel passionnel provoqué par la rupture de la relation objectale narcissique, le *«profond désarroi»* dans lequel il est plongé : *«sans objet le sujet est perdu»*.

Ainsi *«en tuant son partenaire, le passionnel se venge de l'offense narcissique subie, de plus il empêche l'objet d'amour d'appartenir à un*

*autre, le conservant, de cette façon, éternellement*». Meurtre et suicide réalisent «*la fusion du sujet à l'objet dans la mort*» (12).

#### **4.2. Importance des affects dépressifs**

Concernant plus spécifiquement nos trois patients, nous devons recentrer nos réflexions sur l'existence conjointe d'un état dépressif et d'une psychose délirante. Ce sont surtout les études en vue d'une évaluation de la dangerosité psychiatrique qui ont retenu notre intérêt :

- MILLAUD (92) recherche des prédicteurs de dangerosité psychiatrique faisant craindre un passage à l'acte homicide à court terme. Il fait apparaître deux grands groupes diagnostics (les psychotiques à composante affective prédominante et les psychotiques à composante schizophrénique dominante). Il conclut que l'association d'éléments dépressifs (à caractère mélancolique ou non) et d'idées paranoïdes chez le psychotique est un facteur de risque homicide à court terme.
- LACROIX de LAVALETTE (76) insiste sur le risque d'une séquence menace de perte d'objet-meurtre-suicide quand des troubles thymiques sont associés au délire chez les psychotiques (à propos de deux observations).
- BOVIER (25), citant GALE, souligne que la dépression et les préoccupations de mort sont connues chez le schizophrène mais qu'il n'est pas possible de dire si leur fréquence est augmentée chez celui qui commet un meurtre.



- BENEZECH (14) cite MALMQUIST, pour qui des sentiments de désespoir et des idées suicidaires sont récurrents dans les jours précédant le crime.

Il est utile de rappeler les éléments de l'histoire des trois patients qui pourraient orienter vers des affects dépressifs :

- **N.** a été blessé par la mort de sa mère, se sentant tout à la fois déprimé et abandonné, sentiment ayant perduré plusieurs années. Durant son service militaire, nous pensons que ce repli était encore opérant et qu'il a favorisé l'idéalisation de «sa» maison, de la succession qui l'attendait à la fromagerie de son père. De retour, ses espérances furent anéanties par les conditions économiques défavorables.

L'anamnèse oriente par ailleurs vers des réactions anxio-dépressives, souvent réactionnelles à des ruptures affectives (réelles ou non). L'une d'entre-elle a conduit à une hospitalisation psychiatrique à la suite d'un geste suicidaire dont nous ne connaissons pas la nature et à l'instauration d'un traitement antidépresseur et sédatif longtemps reconduit. Ces épisodes, qui alternaient avec de violentes réactions hétéro-agressives, soulignent la proximité d'auto et d'hétéro-agressivité latentes.

Hormis cet épisode où la violence est agie contre lui-même, les autres éléments sont beaucoup plus inconscients : sans parler de délire hypochondriaque, nous relevons l'angoisse provoquée par l'émergence d'une auto-dépréciation, de sentiments «*d'impuissance et d'infirmité*».

Nous pourrions rapprocher de la dépression les préoccupations morbides sous-tendues par les thèmes délirants de «*renouveau*» quelques jours

avant les meurtres. Mais ce qui nous oriente plus clairement vers des idées suicidaires, c'est la façon dont il a fait abattre ses chiens avant de les enterrer. Cela témoigne de la présence et de la force des affects dépressifs (peut-être là aux dépens de l'élément de persécution).

- Les troubles thymiques de **M.** ont été repérés assez tôt par notre consœur qui l'a examiné la première. Elle avait proposé le cadre nosographique d'une psychose dysthymique devant l'alternance de symptômes dépressifs et euphoriques.

Ses proches avaient noté une perte de poids, des troubles du sommeil, un ralentissement psychomoteur et une tristesse qu'ils avaient tout d'abord attribués à des difficultés successorales.

S'il a, comme N., alterné des replis anxio-dépressifs et des épisodes violents hétéro-agressifs, **M.** n'a jamais exprimé ou agi de projet suicidaire avant le passage à l'acte. Nous noterons toutefois qu'il a échoué lui aussi dans sa fuite en avant, vers un ailleurs, dans un élan de «*résurrection*» qui l'aurait conduit au bout du monde pour y exercer un autre métier.

L'alternative obligée du suicide ou de l'homicide s'est exprimée dans l'imminence de l'acte. En voyant l'inséminateur, il a condensé ce vécu : «*c'était lui ou moi*».

OCHONISKY écrivait à ce sujet : «*l'acte agressif semble se situer hors du sujet et hors du temps... le temps se raccourcit jusqu'à ne plus exister, entre le souhait de la mort et la mort donnée*» (99).

- C'est L. qui le premier nous a signifié la dimension suicidaire que pouvait avoir eu son geste. Il nous avait confié, dans une interprétation pseudo-rationnelle, sa perception des faits. Sa logique restait paranoïaque, dans le sens où il estimait alors «*devoir payer en étant incarcéré deux ans pour chaque victime*», mais il nous parlait du meurtre de quatre persécuteurs et du meurtre de trois inconnus à valeur suicidaire.

L'histoire de la maladie de L. oriente clairement vers des épisodes dépressifs, soldés par des symptômes variés (insomnie, inappétence, perte de poids, tristesse, anhédonie...). Certaines de ces périodes ont été ponctuées d'hospitalisations psychiatriques. La plupart étaient consécutives à une aggravation de la pathologie psychotique ; deux autres sont survenues après la mort de sa mère et le rejet du domicile familial par le père.

Par ailleurs, nous connaissons toute l'importance des symptômes psychosomatiques qu'a développés L. (essentiellement digestifs) puis l'émergence d'une hypochondrie délirante. Nous ne reviendrons pas sur l'escalade de violence qui a suivi, sous-tendue par un rationalisme morbide, mais signalons à nouveau l'«*auto-mutilation*» inconsciente représentée là.

### 4.3. Déplacement de l'agressivité

Parler d'un suicide symbolique en évoquant le passage à l'acte meurtrier d'un psychotique peut paraître séduisant mais difficile à étayer, surtout si la dimension altruiste de la mélancolie est exclue. Peu d'auteurs s'y sont hasardé et nous ne tenterons pas non plus d'apposer là une explication psychopathologique.

- BROMBERG affirme qu'une *«conduite agressive s'ensuit toutes les fois que la force du Moi est insuffisante pour combattre les forces destructrices provenant d'une agressivité orale précoce... que le meurtre ou le suicide s'ensuivront selon la force du motif de vengeance... le résultat est conditionné par la force relative des mécanismes projectifs et introjectifs, le meurtre s'ensuivant lorsque les premiers dominant, et le suicide lorsque c'est l'inverse»* (27).

- OCHONISKY (99) puis DEVAUX ont souligné, en étudiant le parricide, que l'homicide, s'il est destruction de l'autre, comporte souvent une forte charge d'auto-agressivité. L'interprétation qu'ils en donnent s'appuie sur le caractère perturbé et primitif de la relation d'objet.

- WILLIAMS (122 et 123) articule ses réflexions autour des angoisses dépressive et persécutive. Il étudie le point de vue de Mélanie KLEIN, complétant les travaux de FREUD sur le travail de deuil et la mélancolie. Il fait état *«d'un suicide qui n'est souvent pas loin... d'un état dépressif évité de justesse»*. Etudiant un *«assassin en puissance»*, il avance *«que lorsque son angoisse dépressive devenait intolérable, il la ressentait comme une persécution aiguë, qui le mettait tout d'abord en colère et ensuite d'humeur destructrice»*.

La colère hétéro-agressive serait le moyen d'éviter le suicide. Il est intéressant dans cette optique de s'arrêter sur le vécu ultérieur du crime tel qu'il a été exprimé par les trois patients.

- **N.** a passé quatre jours d'errance avant de se décider «à *en finir en se tirant une balle dans le menton*». Il n'a pu le faire car il avait perdu sa dernière cartouche et se trouvait dans un état d'épuisement total qui a favorisé son arrestation.

Rapidement, il sait qu'il a tué et qui il a tué. S'il prétend ne pas se rappeler avoir fait abattre ses chiens, il peut énoncer avec suffisamment de précision les circonstances des meurtres mais l'on ressent parfois une conviction de ne pas avoir véritablement agi par lui-même lorsqu'il explique qu'il est malade et qu'il va finir ses jours en U.M.D..

Il n'a présenté depuis son admission ni réaction dépressive franche, ni activité délirante. Sa tristesse ne s'accompagne plus d'auto-dépréciation mais paraît provoquée par les conditions d'hospitalisation et l'absence de projections dans l'avenir. Si l'on sent poindre une culpabilité signifiant «*qu'il ne sait comment supporter ce fardeau*», il ne peut l'élaborer et s'enferme dans une certaine obsessionnalisation du fonctionnement.

- **M.** a également évolué sur un mode déficitaire. La désorganisation psychotique massive dans laquelle il a accompli son périple meurtrier s'est rapidement améliorée. Depuis son admission, il a présenté à plusieurs reprises des réactions anxio-dépressives brèves mais au cours desquelles il n'a pu exprimer sa culpabilité, trouver les moyens de «réparer» son geste ou investir de nouveaux objectifs dans l'existence.

L'obsessionnalisation de sa vie quotidienne, le repli et l'apragmatisme dans lesquels il se réfugie ne sont que des éléments d'une position défensive en rapport avec la persistance d'une culpabilité. Ils constituent pour nous les obstacles majeurs à l'«*intégration psychique*» des meurtres, seule garante d'une évolution positive mais qui passe par un travail du deuil dans la position dépressive.

- **L.** a été rapidement transféré en U.M.D. après ses crimes. Il avait tenté à deux reprises de se suicider en prison, puis avait agressé un surveillant de prison. Malgré l'abrasion du délire, rapidement obtenue sous traitement neuroleptique, l'oscillation entre les idées auto et hétéro-agressives a persisté plusieurs années. D'une part, la culpabilité s'exprimait sous forme d'une dette à payer en souffrant, d'années d'hospitalisation à faire en fonction du nombre des victimes dans une logique pseudo-paranoïaque. D'autre part, des «*envies de tuer*» s'imposaient à lui sous forme de phobies d'impulsion.

Il s'enfermait lui aussi dans une position défensive d'isolement face à la culpabilité et au remords. Pourtant, la Commission du Suivi Médical a autorisé le transfert de **L.** après qu'un progrès et une élaboration constructive se soient mis en place. La «*détoxication*» semblait suffisamment approfondie dans la relation psychothérapique pour que les experts estiment possible la poursuite des soins dans l'établissement d'origine. Son cas confirme que c'est de la présence et de la force relative des éléments dépressifs que la possibilité d'une thérapie agissante dépend.

Dans les trois observations, l'idée de suicide était présente avant, pendant ou après le passage à l'acte, qu'elle ait clairement émergé à la conscience

du malade ou non. Le mécanisme incriminé est la dépression plutôt que le processus schizophrénique lui-même : il s'agit alors d'une oscillation psychotique entre le suicide et le meurtre qui fait de l'équivalent suicidaire un déplacement de l'agressivité (au sens décrit par WILLIAMS, 122). Le «*moteur*» des idées suicidaires devient après le meurtre l'apanage du remords, de la culpabilité ou de la peur de la punition.

En tout état de cause, l'inéluctabilité de la dépression semble soulignée pour parvenir à mettre en place une fonction de soins.

## 5. SYNTHÈSE

Les trois meurtriers de masse ont mis en acte des caricatures de violence pathologique et quoique nous élaborions de nos savoirs psychopathologiques, les crimes nous confrontent à cette perplexité qui existe dans le discours social et à la peur qu'ils engendrent. L'horreur des gestes renvoie à la vulnérabilité particulière des victimes, à leur innocence, tout autant qu'à la pauvreté apparente des paroles des meurtriers pour justifier les faits.

Néanmoins, chacun des patients possède en lui une histoire singulière de cette violence. Nous ne pouvons ni ne devons établir de conclusions hâtives les concernant en raison du petit nombre de cas et des biais soulevés par la prise en compte de facteurs anamnestiques subjectifs et/ou anciens. Si l'on veut toutefois se référer à la notion de trajectoire psychopathologique, ce sont l'évolution de la maladie et la dynamique du passage à l'acte qu'il faut retenir. Nous oublierons dès lors le point de vue diagnostique pour prendre appui sur des considérations symptomatiques et syndromiques.

C'est là l'intérêt de la description d'une trajectoire du psychotique meurtrier de masse. Elle est pour le clinicien qui reçoit la demande d'aide peut-être l'ultime chance d'arrêter le processus homicide. En effet, si les éléments de prédiction à moyen et à long terme sont hasardeux, les études récentes montrent que la prédiction du comportement violent pourrait être basée sur des observations à court terme. Notre travail recentré sur cette difficile prédiction nous fait retenir les notions cliniques suivantes :



1.- une psychose délirante, où le thème de la persécution tient une place centrale alors que la structure du délire n'a qu'une importance criminodynamique de second ordre.

2.- une longue évolution des troubles, ponctuée de nombreux antécédents psychiatriques avec comportement violent, menaces proférées... particulièrement dirigés contre les pères ou leurs substituts, désignés de plus en plus clairement comme les sources du conflit.

3.- un rejet familial à valeur de perte identitaire, venant signifier l'impasse symbolique à se situer dans la lignée et précipitant le passage à l'acte dans une dynamique de dangerosité particulière.

4.- la présence d'idées suicidaires, conscientes ou non, venant signifier l'alternative obligée du suicide ou de l'homicide, et donnant à l'acte une dimension de suicide symbolique.

Cette modélisation est forcément réductrice puisqu'elle résume à la psychopathologie l'agressivité pathologique, ne prenant en compte aucun autre facteur du déterminisme criminel. Elle attire néanmoins notre attention sur la difficulté de saisir l'intensité d'une crise dans toute son ampleur et sur l'application que nous devons déployer pour rechercher certains symptômes, quand bien même la demande est très ambivalente. Ajoutons que dans le cadre bien précis du psychotique, si nous devons retenir un signal d'alarme faisant craindre un passage à l'acte de type meurtre de masse, c'est la conjonction de ces éléments qui peut signifier un danger hétéro-agressif. En aucun cas un symptôme isolé ne paraît porteur d'un risque agressif indubitable.

# CONCLUSION

Au-delà d'avoir suscité une attention bienveillante, trois psychotiques meurtriers de masse nous ont interpellé, nous convoquant aux confins de la psychiatrie légale et de la criminologie. Le souci d'une meilleure compréhension de ces malades d'exception, y compris pour les praticiens d'Unités pour Malades Difficiles que nous sommes, a fait naître l'idée de ce travail.

Un premier temps de reprise de la littérature internationale nous a rappelé *«le goût du grand public et d'une certaine presse à scandale pour les faits de société terrifiants»*. Les amateurs de sensations fortes découvrent les descriptions de *«faits divers propres à frapper l'imagination et l'affectivité»*. Les auteurs *«renvoient à une causalité inconnue ou mystique des événements peu ou prou extraordinairement racontés : c'est Dieu ou le Diable, un miracle ou une punition pour les fautes du coupable»*. Ces propos sont empruntés à M. BENEZECH qui décrit là des brochures occasionnelles du XVI<sup>e</sup> siècle ! Cependant que les conceptions sur le meurtre de masse évoluaient, nous avons constaté que la criminologie tentait d'y apporter des explications rationnelles mais que le malade mental était exclu du champ psychiatrique. L'imaginaire populaire entretenu, on se référait volontiers au hasard ou à la fatalité.

Nous avons donc recentré notre travail sur les homicides multiples des patients psychotiques admis en Unités pour Malades Difficiles depuis 1970 pour tenter de définir ces malades qui étonnent, fascinent et... dérangent. Les principales constatations dégagées orientent vers un mode de passage à l'acte suffisamment spécifique pour qu'il puisse être distingué des autres crimes commis par les malades mentaux. Dès lors, si l'on tient compte des particularités victimologiques mises en évidence, le meurtre de masse du psychotique peut être énoncé comme suit :

*«l'acte meurtrier singulier commis dans un court laps de temps par un psychotique connu, au cours duquel deux victimes ou plus sont tuées parmi lesquelles on dénombre :*

- une victime spécifique ou plus et*
- une victime non spécifique ou plus».*

Notre propos sera alors de voir ce qu'il en est à travers trois exemples caractéristiques et d'en tirer quelques conclusions sur l'identification et la reconnaissance de ces criminels. L'exposé des trois histoires singulières de M., N., L. comme nous les avons appelés va soulever la question d'une dangerosité particulière. Nous ne reviendrons pas en détail sur les développements psychopathologiques tentés. Signalons toutefois que les constatations chronologiques et les observations cliniques sémiologiques nourrissent l'hypothèse minimale et fragile d'«*affluents*» à une dangerosité «*coutumière*». Cette dangerosité coutumière serait celle générée par un état psychotique productif et l'image des affluents que nous empruntons serait constituée par une impasse symbolique clairement repérable et un vécu dépressif nettement identifiable ou masqué. L'acutisation délirante plonge le futur criminel dans une confusion intolérable et le passage à l'acte vient signifier l'oscillation entre le meurtre et le suicide. Le crime emprunte au parricide, en tant qu'attentat contre l'ordre de la filiation. Néanmoins l'acteur échoue dans sa tentative de réappropriation d'une identité masculine. Il s'anéantit. La poursuite de la «*folie meurtrière*» se réalise dans un contexte de levée d'inhibition, de confusion mais où la dimension autodestructrice est essentielle. Essentielle mais insuffisante dans les trois cas puisqu'elle aboutit à une tragique odyssée sanglante plutôt qu'à un suicide.

Il ne s'agit ici que d'une interprétation a posteriori, donc reconstruite, d'un «*échantillon*» non représentatif. Quoi qu'il en soit, notre propos est de ne pas faire oublier les causes psychologiques, ni même de les laisser minimisées au profit de motivations hypothétiques. Les symptômes psychiatriques patents ne sont qu'un élément de la dangerosité mais dans le cas précis du meurtre de masse du psychotique, nous pensons qu'ils s'inscrivent dans une dynamique de danger pour la précipiter. Nous aimerions croire que leur meilleure appréhension permettrait d'éviter le passage de l'agressivité à la violence.

## **BIBLIOGRAPHIE**

**1. ABDELAIZ O.**

Schizophrénie, agression inaugurale : problèmes médico-légaux. Diplôme universitaire de criminologie appliquée à l'expertise mentale. Université René Descartes. Faculté de Médecine Cochin Port Royal, 1994, 39 p.

**2. ABRAHAMSEN D.**

Mass murderers Son of Sam and Jack the Ripper.

Acta Medicinæ Legalis Socialis 1982/83, 1982, Vienne, XII<sup>e</sup> Congrès de Médecine Légale, pp. 651-658.

**3. ALBERNHE T.**

Criminologie et psychiatrie. Paris, Ellipses, 1997, 751 p.

**4. ALLEN N.H.**

Homicide followed by suicide : Los Angeles 1970-1979.

Suicide and Life-Threatening Behavior, 1983, vol. 13, n° 3, pp. 155-165.

**5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**

Mini D.S.M.-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994).

Traduction française par J.-D. GUELFY et al., Masson, Paris, 1996, 384 p.

**6. ARIETI S.**

Multiple murders of a schizophrenic patient : a psychodynamic interpretation.

Journal of The American Academy of Psychoanalysis, 1981, vol. 9, n° 4, pp. 501-524.

**7. AWARD E., NASH J.R.**

Dictionary of crime, criminal justice, criminology and law enforcement. New York, Paragon House, 1992.

**8. BALIER C.**

Le viol du tabou ou ce qu'il en coûte de tuer son père.  
Perspectives Psychiatriques, 1992, n° 34, pp. 213-217.

**9. BALIER C.**

Psychanalyse des comportements violents. Paris, Presses Universitaires de France, le fil rouge, 1993, 288 p.

**10. BARTE H.N., OSTAPTZEFF G.**

Criminologie clinique. Paris, Masson, 1992.

**11. BENEZECH M.**

Réflexions sur le passage à l'acte et la responsabilité pénale du criminel :  
perte d'objet, démence juridique. A propos de l'affaire M....  
Annales Médico-Psychologiques, 1978, vol.136, n° 10, pp. 1184-1190.

**12. BENEZECH M.**

La perte d'objet en clinique criminologique ou la passion selon Werther.  
Annales Médico-Psychologiques, 1987, vol. 145, n° 4, pp. 329-339.

**13. BENEZECH M.**

Des actuels mésusages de l'article 64 du Code Pénal sur la démence au  
temps de l'action.  
Annales Médico-Psychologiques, 1989, vol. 149, pp. 738-741.



**14. BENEZECH M.**

Dépression et crime. Revue de la littérature et observations originales.  
Annales Médico-Psychologiques, 1991, vol. 149, n° 2, pp. 150-165.

**15. BENEZECH M.**

Les tueurs en série.  
Forensic, décembre 1992, n° 1, pp. 27-32.

**16. BENEZECH M.**

Des crimes fous commis par des fous et les autres.  
Forensic, janvier 1994, n° 5, pp. 41-44.

**17. BENEZECH M.**

La sonate à Kreutzer ou la jalousie homicide selon Tolstoï.  
Annales Médico- Psychologiques, 1994, vol. 152, n° 5, pp. 281-291.

**18. BENEZECH M.**

La psychiatrie légale et le fait divers criminel contemporain. Réflexions sur les mobiles apparents des homicides spectaculaires.  
Annales Médico-Psychologiques, 1995, vol. 153, n° 2, pp. 129-134.

**19. BENEZECH M., ADDAD M.**

L'homicide des psychotiques en France. A propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981).  
Annales Médico-Psychologiques, 1983, vol. 141, pp. 101-106.

**20. BLACKBURN R.**

Personality types among abnormal homicides.  
British Journal of Criminology, 1971, vol. 11, pp. 14-31.

**21. BOISSEL P.**

Un fait divers avec fou.

Synapse, mai 1989, n° 54, pp. 40-46.

**22. BOUCHARD J.-P.**

Criminels : la dimension criminogène des délires de persécution.

Synapse, juin 1996, n° 127, pp. 56-60.

**23. BOUCHARD J.-P.**

Homicides et délires de persécution.

Revue d'études et d'informations de la gendarmerie, 4° trimestre 1995, n° 179, pp. 46-49.

**24. BOUVET M., WIDERMAN S.**

La relation d'objet. Théorie psychanalytique. Paris. Presses Universitaires de France, 1969.

**25. BOVIER P., HOLLERET H., TISSOT R.**

Meurtre et schizophrénie : l'avant et l'après.

L'Evolution Psychiatrique, 1987, vol. 52, n° 3, pp. 729-753.

**26. BRINDED P.M.J., TAYLOR A.J.**

A mass killing in New Zealand.

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1995, n° 29, pp. 316-320.

**27. BROMBERG W.**

A psychological study of murder.

International Journal of Psychoanalysis, 1951, 32, pp. 117-127.

**28. BRUCH H.**

Mass murder : The Wagner Case.

The American Journal of Psychiatry, november 1967, vol. 124, n° 5, pp. 693-698.

**29. CAHN R.**

L'objet de la psychose.

Revue Française de Psychanalyse, 1982, n° 6, pp. 1107-1132.

**30. CASTETS B.**

De quelques problèmes posés par l'aliéné dangereux.

Concours Médical, 1972, 94-50, pp. 8534-8540.

**31. CHAPLOW D.G., PETERS J.L., KUDD R.R.**

The expert witness in forensic psychiatry.

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1992, n° 26, pp. 624-630.

**32. COID J.**

The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide.

Psychological Medicine., 1983, vol. 13, pp. 855-860.

**33. COLE K.E., FISCHER G., COLE S.S.**

Women who kill. A psychological study.

Archives General of Psychiatry, 1968, vol. 19, pp. 1-8.

**34. COUSIN F.R.**

Psychopathologie de l'acte meurtrier.

Humeurs, 1995, n° 14, pp. 4-17.

**35. CYRIAX O.**

The Penguin encyclopedia of crime. New York, Penguin Books, 1993.

**36. DALY M., WILSON M.**

Evolutionary social psychology and family homicide.

Science, 1988, n° 242, pp. 519-524.

**37. DANTO B.L.**

Suicide among murderers.

International Journal of Offender Therapy Comportemental of Criminology.

1978, n° 22, pp. 140-148.

**38. DARWICH-AHMAD W.**

Contribution à l'étude des crimes de schizophrènes et leur prévention.

Annales de Psychiatrie, 1996, vol. 11, n° 3, pp. 185-187.

**39. DE GREEF E.**

Amour et crimes d'amour. Bruxelles, Dessart, 1973.

**40. DI TULLIO B.**

Principes de criminologie clinique. Bibliothèque de psychiatrie, Presses

Universitaires de France, 1967.

**41. DIETZ P.E.**

Mass, serial and sensational homicides.

Bulletin of the New York Academy of Medicine, June 1986, vol. 62, n° 5, pp. 477-491.

**42. DORPAT T.**

Suicide in murderers.

Psychiatry Digest, june 1996, pp. 51-56.

**43. DUFOUR–GOMPERS R.**

Dictionnaire de la violence et du crime. Toulouse, Erès, 1992.

**44. ERONEN M., TIIHONEN J., HAKOLA P.**

Schizophrenia and homicidal behavior.

Schizophrenia Bulletin, 1996, vol. 22, n° 1, pp. 83-89.

**45. EVSEEF G.S., WISNIEWSKI E.M.**

A psychiatric study of a violent mass murderer.

Journal of Forensic Sciences, 1972, n° 17, pp. 371-376.

**46. EY H., BERNARD D., BRISSET C.**

Manuel de psychiatrie. Paris, Masson, 1978, 1166 p.

**47. FOUCAULT M.**

Moi, Pierre RIVIERE, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère ... un cas de parricide au XIX° siècle. Paris, Collection Archives Gallimard, 1973, 424 p.

**48. FOX A.J., LEVIN J.**

Overkill : mass murder and serial killing exposed. Dell Book, U.S.A, september 1996, 306 p.

**49. FRAZIER S.H.**

Murder - single and multiple.

Res. Pub. Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis., 1974, n° 52, pp. 304-312.

**50. FREUD S.**

Métapsychologie. Paris, Gallimard, 1940.

**51. FREUD S.**

Totem et Tabou. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1965, 241p.

**52. GALVIN J.A.V., MAC DONALD J.M.**

Psychiatric study of a mass murderer.

The American Journal of Psychiatry, june 1959, pp. 1057-1061.

**53. GASSIN R.**

Criminologie. 3° édition, Paris, Dalloz, 1994, 631 p.

**54. GHACHEM-ATTYA R.**

Schizophrénie et dangerosité : à propos de l'expertise d'un cas. Diplôme universitaire de criminologie appliquée à l'expertise mentale. Université René Descartes, Paris V, 1994/95, 29 p.

**55. GOLD M.**

Suicide, homicide and the socialization of aggression.

The American Journal of Sociology, 1958, n° 63, pp. 651-661.

**56. GOLDNEY R.D.**

Family murder followed by suicide.

Forensic Science, 1977, n° 9, pp. 219-228.

**57. GOOD M.I.**

Primary affective disorder, aggression and criminality.

Archives General of Psychiatry, 1978, n° 35, pp. 954-960.

**58. GOUTTEFANGEAS F.**

Petite histoire psychiatrique du parricide.

Perspectives Psychiatriques, 1992, n° 34, pp. 194-202.

**59. GREENLAND C.**

Psychiatry and the prediction of dangerousness.

Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 1980, vol. 2, pp. 97-103.

**60. GRUNBERG F., KLINGER B.I., GRUMET B.**

Homicide and desinstitutionalization of the mentally ill.

The American Journal of Psychiatry, june 1977, vol. 134, n° 6, pp. 685-687.

**61. GUNN J.**

Criminal behaviour and mental disorder.

British Journal of Psychiatry, 1977, vol. 130, pp. 317-329.

**62. GUTTMACHER M.**

L'homicide et le suicide. In : La Psychologie du meurtrier, Paris, Presses Universitaires de France, 1965.

**63. GUZE S.B., GOODWIN D.W., CRANE J.B.**

Psychiatric disorders and criminality.

Archives General of Psychiatry, 1974, vol. 227, pp. 641-642.

**64. HAFNER H., BOKER W.**

Mentally disordered violent offenders.

Social Psychiatry, 1973, vol. 8, pp. 220-229.

**65. HAGEN D.Q., MIKOLAJCZAK J., WRIGHT R.**

Aggression in psychiatric patients.

Comprehensive Psychiatry, 1972, vol. 13, n° 5 (September/October), pp. 481-487.

**66. HELLMAN D.S., BLACKMAN N.**

Enuresis, firesetting and cruelty to animals : a triad predictive of adult crime.

The American Journal of Psychiatry, june 1966, n°122, pp. 1431-1435.

**67. HIROSE S.**

Depression and homicide. A psychiatric and forensic study of four cases.

Acta Psychiatrica Scandinavia, 1979, n° 59, pp. 211-217.

**68. HODGINS S.**

Mental disorder, intellectual deficiency and crime.

Archives General of Psychiatry, june 1992, vol. 49, pp. 476-483.

**69. KAHN M.W.**

Psychological test study of a mass murderer.

Journal of Projective Techniques, 1960, n° 24, pp. 148-160.



**70. KHAN M.**

Meurtre, frénésie et folie. In : La Passion. Gallimard, Printemps 1980, n° 21, pp. 225-233.

**71. KELLEHER M.D.**

Flash point : the american mass murderer. U.S.A, Praeger, 1997, 209 p.

**72. KOTTLER C.**

A propos du schème comportemental homicide-suicide.

Forensic, décembre 1992, n° 1, pp. 49-51.

**73. LACAN J.**

Le séminaire. Livre IV. La relation d'objet. Paris, Seuil, 1957, 441 p.

**74. LACAN J.**

Le séminaire. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Paris, Seuil, 1975.

**75. LACAN J.**

Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie.

Ecrits, Paris, Seuil, 1966, pp.125-149.

**76. LACROIX de LAVALETTE P.**

Perte d'objet, meurtre et suicide. A propos de deux observations de psychotiques. Thèse Médecine, Université de Bordeaux II, 1977, n° 440, 51 p.

**77. LANE B., GREGG W.**

The encyclopedia of mass murder. Great Britain, Headline Book Publishing, 1994, 439 p.

**78. LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B.**

Vocabulaire de la psychanalyse. Paris, Presses Universitaires de France, 1973.

**79. LEGENDRE P.**

Le crime du Caporal Lortie. Traité sur le père. Paris, Fayard, 1989.

**80. LE GUILLEDOUX**

Meurtres sans paroles. Le Monde, 1995, 6 octobre 1995, pp. 2-4.

**81. LESTER D.**

Freedom of the press and personal violence : a cross national study of suicide and homicide.

The Journal of Social Psychology, august 1981, vol. 114, n° 2, pp. 267-269.

**82. LEVIN J., FOX J.A.**

Mass murder : America's growing menace. New York , Plenum Press, 1985, 252 p.

**83. LEYRIE J.**

Manuel de psychiatrie légale et de criminologie clinique. Paris, VRIN, 1977.

**84. LEYRIE J.**

La psychiatrie dans la criminologie d'aujourd'hui.

Revue internationale de criminologie et de police technique, 1980, n° 4, pp. 361-370.

**85. LOPEZ G., BORNSTEIN S.**

Les comportements criminels. Paris, Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, n° 297, 1994, 127 p.

**86. LUNDE D.T.**

Murder and madness. San Francisco, San Francisco Book Compagny, 1976.

**87. MALEVAL J.-C.**

Les meurtres immotivés ne sont pas sans causes.

Synapse, décembre 1986, n° 28, pp. 62-70.

**88. MC DONALD A., PAITICH D.**

A study of homicide : the validity of predictive test factors.

Canadian Journal of Psychiatry, 1981, n°26, pp. 549-554.

**89. MARZUK P.M., TARDIFF K., HIRSCH C.S..**

The epidemiology of murder-suicide.

Journal of American Medical Association, 1992, vol. 267, n° 23, pp. 3179-3183.

**90. MERLAND A., FIORENTINI H., BOURDONCLE E.Y.**

Considérations sur l'homicide d'après l'étude de 298 expertises psychiatriques pour assassinats, meurtres, homicides volontaires et tentatives d'homicides.

Annales de Médecine Légale, 1964, n° 44, pp. 289-297.

**91. MICKLEBURGH W.E.**

The prediction of violence.

Australian Family Physician, june 1992, vol. 21, n° 6, pp. 744-749.

**92. MILLAUD F.**

L'homicide chez le patient psychotique : une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme.

Revue Canadienne de Psychiatrie, mai 1989, vol. 34, n° 3, pp. 340-346.

**93. MILLET L., VIVES P., MORON P., DUGUET A.-M., ARBUS L.**

Contribution à l'étude du suicide accompagné.

Médecine Légale, Toxicologie, 1980, vol. 23, n° 2, pp. 123-134.

**94. MILTON R.**

Are you seeing a mass killer ?

Australian Family Physician, june 1992, vol.21, n° 6, pp. 739-743.

**95. MOORE J.**

Rampage : America's largest family mass murder. U.S.A, The Summit Group, 1992, 213 p.

**96. MORHAIN Y.**

Psychopathologie d'un acte meurtrier.

Forensic, janvier-février-mars 1995, n° 8, pp. 16-21.

**97. NEDOPIL N., BISCHOF H., PROCHASKA E.**

Une différenciation psychopathologique des sujets agressifs est-elle possible et utile ?

Actualités Psychiatriques, 1989, n° 2, pp. 35-43.

**98. NEWSON R.W., TROTTER W.R.**

Deadly kin : a true story of a mass family murder. St Martin's Paper Backs Edition, U.S.A., 1989, 217 p.

**99. OCHONISKY A.**

Contribution à l'étude du parricide. A propos de douze observations.

La Psychiatrie de l'Enfant, 1964, vol. VI, fasc. 2, pp. 411-487.

**100. PEDDER J.**

Psychoanalytic views of aggression : some theoretical problems.

British Journal of Medical Psychology, 1992, vol. 65, pp. 95-106.

**101. PETURSSON H., GUDJONSSON G.H.**

Psychiatric aspects of homicide.

Acta Psychiatrica Scandinavia, 1981, n° 64, pp. 363-372.

**102. PLANANSKY K., JOHNSTON R.**

Homicidal aggression in schizophrenic men.

Acta Psychiatrica Scandinavia, 1977, n° 55, pp. 65-73.

**103. POUGET R., REYNAUD E.**

Evolution des idées sur le meurtre pathologique.

Annales Médico-Psychologiques, 1971, vol. 2, n° 5, pp. 665-698.

**104. RACAMIER P.-C.**

Etude clinique des frustrations précoces.

Revue Française de Psychanalyse, 1953, n° 17, pp. 328-350.

**105. RACAMIER P.-C.**

Etude des frustrations précoces (II)

Effets cliniques : la pathologie frustrationnelle.

Revue Française de Psychanalyse, 1954, n° 18, pp. 576-631.

**106. ROSENBAUM M., BENNETT B.**

Homicide and depression.

The American Journal of Psychiatry, march 1986, vol. 143, n° 3, pp. 367-370.

**107. SANTORO J.P., DAWOOD A.W., AYRAL G.**

The murder-suicide : a study of post aggressional suicide.

The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 1985, n° 6, pp. 222-225.

**108. SATTEN J., MENNINGER K., ROSEN I., MAYMAN M.**

Murder without apparent motive : a study in personality disorganization.

American Journal of Psychiatry, 1960, vol. 117, pp.48-53.

**109. SCHIPKOWENSKY N.**

Les champs de force des homicides schizophréniques.

L'Evolution Psychiatrique, 1967, pp. 89-113.

**110. SCHMOUCHKOVITCH M.**

La psychopathologie du parricide.

L'Evolution Psychiatrique, 1995, vol. 60, n° 2, pp. 339-349.

**111. SEGAL H.**

Introduction à l'œuvre de Mélanie KLEIN. Paris, Presses Universitaires de France, 1974.

**112. SENNINGER J.-L., FONTAA V.**

Les Unités pour Malades Difficiles. Observatoire de La Violence Psychiatrique. Editions Heures de France, 1994, 144 p.

**113. STACK S.**

The effect of publicized mass murders and murder-suicide on lethal violence.

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1989, vol. 24, n° 4, pp. 202-208.

**114. TANAY E.**

Homicidal behavior in schizophrenics.

Journal of Forensic Sciences, 1987, n° 5, pp. 1382-1388.

**115. TARDIFF K., SWEILLAM A.**

Assault, suicide, and mental illness.

Archives General of Psychiatry, february 1986, vol. 37, pp. 164-169.

**116. TAYLOR P.J., GUNN J.**

Violence and psychosis.

British Medical Journal, june 1984, vol. 288, pp. 1945-1949.

**117. TIIHONEN J., ERONEN M., HAKOLA P.**

Criminality associated with mental disorders.

Archives of General Psychiatry and Intellectual Deficiency, 1993, n° 50, pp. 917-918.

**118. TIIHONEN J., HAKOLA P., ERONEN M., VARTIAINEN H., RYYNANEN O.-P.**

Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients.

Forensic Science International, 1996, vol. 79, n° 2, pp. 123-129.

**119. VARMA L.P., JHA B.K.**

Characteristics of murder in mental disorder.

American Journal of Psychiatry, may 1966, pp. 1296-1298.

**120. VIRKKUNEN M.**

Observations on violence in schizophrenia.

Acta Psychiatrica Scandinavia, 1976, n° 50, pp. 145-151.

**121. WHITE W.C., MAC ADOO W.G., MEGARGEE E.I.**

Personality factors associated with over-and undercontrolled offenders.

Journal of Personality Assessment, 1973, n° 37, pp. 473-478.



**122. WILLIAMS A.H.**

Approche psychanalytique du traitement d'un assassin.

Revue Française de Psychanalyse, 1961, n° 25, pp. 979-991.

**123. WILLIAMS H.**

Violence et non-digestion psychique.

Revue Française de Psychanalyse, 1984, T. XLIII, pp. 1057-1067.

**124. WOLFGANG M.E.**

An analysis of homicide-suicide.

Journal of Clinical and Experimental Psychopathology, 1958, vol. 19, n° 3, pp. 208-218.

**125. ZAGURY D.**

Le double parricide. Un crime d'auto-engendrement.

Perspectives Psychiatriques, 1992, n° 34, pp. 235-250.

**126. ZITRIN A., HARDESTY A.S., BURDOCK E.I., DROSSMAN A.K.**

Crime and violence among mental patients.

The American Journal of Psychiatry, february 1976, vol.133, n° 2, pp. 142-149.

# **ANNEXES**

## ANNEXE I

### **F 21 [ 301.22] Personnalité schizotypique**

**A.** Mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence)
- (2) croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (par exemple superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un «sixième sens» ; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres)
- (3) perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles
- (4) pensée et langage bizarres (par exemple vagues, circonscrits, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés)
- (5) idéation méfiante ou persécutoire
- (6) inadéquation ou pauvreté des affects
- (7) comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier
- (8) absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré
- (9) anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise avec la situation et qui est due à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même

**B.** Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

**N.B.** Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une Schizophrénie, indiquer «prémorbide», par exemple : «Personnalité schizotypique (prémorbide)».

## ANNEXE II

| TYPE/CRITERES                                                                                                                                                                                        | TUEUR ORGANISE                                                                                                                                                                                                             | TUEUR DESORGANISE                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criminel</b><br>Place dans la fratrie<br>Parents socialement<br>Education<br>Intelligence<br>Socialement<br>Travail<br>Sexualité<br><br>Situation maritale ou familiale<br>Habitation, automobile | Unique ou aîné<br>Stables<br>Laxiste<br>Elevée<br>Adapté<br>Qualifié, stable<br>Hypersexualité, relations non durables<br>Partenaire ou parent isolé<br>Entretienues                                                       | Dernier enfant<br>Instables<br>Rigide<br>Moyenne ou faible<br>Inadapté précoce<br>Peu qualifié, instable<br>Incapacité physique, retrait<br><br>Isolement relationnel<br>Non entretenues                       |
| <b>Crime</b><br>Facteurs déclenchants<br>Acte meurtrier<br><br>Lieu du crime<br><br>Prise de «souvenirs»<br>Photos, objets, sang ou organes sexuels de la victime<br>Retentissement médiatique       | Stress psychosocial<br>Planifié<br>Contrôle émotionnel<br>Alcoolisation<br>A distance du lieu de vie<br>Dissimulation des preuves<br><br>Fréquent<br><br>Intérêt, lettres anonymes, mise en scène, déposition comme témoin | Pas de stress<br>Improvisé, spontané<br>Anxiété massive<br>Rare alcoolisation<br>A proximité du lieu de vie<br>Pas de précaution pour les indices<br><br>Rare<br><br>Peu d'intérêt                             |
| <b>Victime</b>                                                                                                                                                                                       | Inconnue mais choisie selon des critères spécifiques<br>Personnalisée, ciblée<br>Soumission exigée, dialogue<br>Attachée<br>Acte sexuel pervers élaboré, en prémortem<br>Cadavre caché, souvent transporté                 | Connue, du voisinage<br><br>Choisie au hasard<br>Violence soudaine et immédiate<br>pas de dialogue<br>Non liée<br>Acte sexuel impossible ou partiel, en post-mortem<br>Cadavre non dissimulé, laissé sur place |

## ANNEXE III

### COMPORTEMENT LORS DU CRIME DES DEUX GRANDES CATEGORIES DE MEURTRIERS

| <b>Comportement<br/>criminel</b> | <b>Criminel<br/>psychopathe</b> | <b>Criminel<br/>psychotique</b>    |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Antécédents                      | pénaux                          | psychiatriques                     |
| Agressivité                      | fréquente                       | rare                               |
| Relation                         | extravertie                     | introvertie                        |
| Motivation                       | rationnelle                     | délirante                          |
| Arme                             | souvent préparée                | improvisée                         |
| Crime                            | organisé                        | désorganisé                        |
| Violence                         | variable                        | souvent grande                     |
| Victime                          | connue ou de rencontre          | entourage proche                   |
| Complices                        | fréquents                       | agit seul                          |
| Suicide                          | rare                            | fréquent                           |
| Relation à la justice            | cherche à échapper              | se dénonce ou se laisse<br>arrêter |



VU

NANCY, le **13 JANVIER 2000**

Le Président de Thèse

Professeur **J.P. KAHN**

NANCY, le **20 JANVIER 2000**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **24 JANVIER 2000**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur **C. BURLET**



## **RESUME DE LA THESE**

Après s'être intéressé aux données de la littérature concernant le meurtre de masse, l'auteur analyse rétrospectivement un échantillon de quatorze criminels admis en Unités pour Malades Difficiles : tous ont en commun une irresponsabilisation pénale motivée par une psychose et la commission d'homicides multiples. Ce faisant, une définition du meurtre de masse du psychotique est proposée, à laquelle fait suite l'exposé détaillé de trois observations psychiatriques spécifiques. Les réflexions qui en découlent orientent vers une dynamique de dangerosité particulière, faisant retenir les facteurs anamnestiques d'une « *trajectoire psychopathologique* » du psychotique meurtrier de masse. L'impasse symbolique dans laquelle se trouve le futur criminel évoque le parricide, dont on retrouve des éléments dans la mise en scène d'un attentat contre l'ordre de la filiation. La prégnance du vécu dépressif renvoie par ailleurs à la démarche suicidaire du passage à l'acte ; une partie des meurtres représentant alors un substitut insuffisant pour aller jusqu'au bout de la pulsion autodestructrice.

**TITRE EN ANGLAIS :** Mass murder in psychotic patient

**THESE :** MEDECINE SPECIALISEE – ANNEE 2000

**MOTS-CLEFS :** Meurtre de masse – Homicide – Psychose

**INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :**

**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 – VANDOEUVRE LES NANCY Cédex