



HAL
open science

L'homicide-suicide : une revue de la littérature

Olivia Dubroca

► **To cite this version:**

Olivia Dubroca. L'homicide-suicide : une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02088342

HAL Id: dumas-02088342

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02088342v1>

Submitted on 2 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'homicide-suicide: une revue de la littérature

Olivia Dubroca

► **To cite this version:**

Olivia Dubroca. L'homicide-suicide: une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-02088342>

HAL Id: dumas-02088342

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02088342>

Submitted on 2 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2018

Thèse n° 3142

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 15 Octobre 2018

Par **Olivia DUBROCA**

Née le 10 Février 1985 à ARGENTEUIL (95)

**L'HOMICIDE-SUICIDE : UNE REVUE DE LA
LITTÉRATURE**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Président

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Madame le Professeur Bérénice DORAY, Juge

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ, Juge

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON, Rapporteur

REMERCIEMENTS

AU RAPPORTEUR :

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être le rapporteur de cette thèse et sommes sensibles à l'intérêt que vous portez à ce travail.

J'ai eu le privilège de vous rencontrer et de bénéficier de la richesse de vos enseignements.

L'étendue de vos connaissances a indéniablement renforcé mon attrait pour la psychiatrie légale.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY :

Madame le Professeur Marie TOURNIER,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail de thèse et sommes sensibles à l'intérêt que vous y portez.

Je vous remercie pour les enseignements que vous m'avez dispensés au cours de mon externat et de mon internat.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance

Madame le Professeur Bérénice DORAY,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Nous vous sommes très reconnaissants de nous faire l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous lui portez.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect.

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ,

Praticien Hospitalier,

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de l'intérêt que tu lui portes.

Merci pour ton enthousiasme et ta disponibilité, si bénéfiques aux internes Océan Indien.

Tes conseils avisés et tes encouragements ont été précieux lors de la rédaction de cette thèse.

Sois assuré de ma profonde gratitude et de mon admiration.

AU DIRECTEUR DE THÈSE :

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN,

Praticien Hospitalier,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse.

Votre bienveillance, votre réactivité et vos conseils avisés ont été d'un grand soutien pour moi lors de l'élaboration de ce travail.

Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements en psychiatrie légale desquels j'ai énormément appris.

Le semestre passé dans votre pôle demeure un merveilleux souvenir tant sur le plan clinique que sur le plan humain.

Soyez assuré de ma sincère gratitude et de ma profonde admiration.

AU PRÉSIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre bienveillance à l'égard des internes, ainsi que pour la qualité de vos enseignements tout au long de mes études de médecine.

Veillez-trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

À mes parents,

Merci pour votre soutien imperfectible, l'insouciance de l'enfance qui m'a été permise et les valeurs que vous m'avez transmises. Avec tout mon amour.

À mon père,

Merci pour ton humilité, ta bonté, ton intelligence et ta droiture qui ne tarissent pas mon admiration à ton égard. Je me sens privilégiée de faire partie de ton univers.

À ma mère,

Merci pour ta finesse d'esprit, ta sagesse et ton incommensurable dévouement. Je nous souhaite de nombreuses discussions interminables et moments de partage.

À Pierre-Marie,

My Soulmate,

Merci pour ta patience, ta foi en moi, tout ce qui nous appartient déjà et ce que nous avons encore à vivre. Avec tout mon amour.

À ma grand-mère et à mon grand-père,

Merci pour ces souvenirs d'enfance indélébiles qui m'ont procuré tant de bonheur et de confiance. J'aurais aimé que vous lisiez ces mots.

À ma grande sœur et sa petite famille,

Quelques mots bien insuffisants au regard de mon affection et de ma gratitude pour ton soutien, ta sensibilité, ton humour et ta bienveillance sans faille. Merci pour les moments précieux que nous passons à chaque fois ensemble.

À mon petit frère,

Merci pour ton humour, ton courage et nos échanges riches dans le domaine de la santé. Je te souhaite la réussite que tu mérites.

À Monique et toute ma belle-famille,

Merci pour la bienveillance dont vous m'entourez dès que nous nous retrouvons.

À Stéphane dont j'aurais eu tant à apprendre.

À mes amis d'enfance Gaëlle, Cyril et Alexia,

Merci pour les 20 années passées ensemble. Je me languis des 20 prochaines à vos côtés. Merci d'être vous.

À mes copains de médecine et d'ailleurs,

À Carole, Julie, Alcyone et Marjory,

Merci pour vos qualités de cœur et d'esprit dont je bénéficie quotidiennement. Julie, je te remercie grandement pour ta relecture et tes conseils avisés.

À mes compagnons de l'externat Charlotte, Vivien, Caroline et Cédric,

Merci de me faire rire tous les jours. À tous nos moments passés et à venir.

À Lucy et Nicolas, Marjorie, Hajer, Nasima, Clarisse, Rachel, Ornella, Aline, Amandine, Sophie M, Marine, Suhaylah, Jennifer, Tessa, Astrid, Malorie, Marlène, Philippe-Olivier, Maxime, Sophie D, Malo et Clémence et tous ceux que je n'aurais pas cités. Merci pour votre soutien et les moments de partage, de près ou de loin.

À toutes les équipes qui m'ont accueillie au cours de mon internat.

Aux équipes du SMPR de Domenjod à la Réunion et de la Clinique des Gravières de Lormont, vous avez toute mon admiration, tant pour vos qualités humaines que professionnelles. Merci pour votre bienveillance à mon égard.

Aux collègues psychologues Mathilde, Mathilde, Claudie, Guillaume et Émilie pour nos échanges si riches d'enseignements.

Aux Dr Marie Salvetti, Dr Anne-Valérie Pinto, Dr Dominique Dandelot, Dr Camille Vannucci, Dr Warda Si Mohammed, Dr Pascale Duhamel, Dr Carole Bachollet, Dr Laurie Tonnadre et Dr Nicolas Deltort avec lesquels j'ai eu le privilège de travailler, qui m'ont inspirée et tant appris.

À tous les patients.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

FBI : *Federal Bureau of Investigation*

DSM : Abréviation de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

CMAC : Conseil Médical de l'Aéronautique Civile

AMA : *Aerospace Medical Association*

NTSB : *National Transportation Safety Board*

HAS : Haute Autorité de la santé

EASA : *European Aviation Safety Agency*

BEA : Bureau d'enquêtes et d'analyses pour la sécurité de l'aviation civile

FAA : *Federal Aviation Administration*

EHSS : *European Homicide-Suicide Study*

VRAG : *Violence Risk Appraisal Guide*

CEMA : Centre d'expertise de médecine aéronautique

TABLE DES MATIÈRES

I - INTRODUCTION.....	11
II - DÉFINITIONS.....	12
III - HISTORIQUE	15
1 - L'ÉVOLUTION DE L'APPROCHE PSYCHIATRIQUE	15
<i>a - La mélancolie et la motivation altruiste comme constantes initiales</i>	<i>15</i>
<i>b - Un acte complexe et multivoque.....</i>	<i>16</i>
2 - LES APPORTS THÉORIQUES PLURIDISCIPLINAIRES.....	18
<i>a - L'apport psychologique.....</i>	<i>18</i>
<i>b - L'apport criminologique.....</i>	<i>19</i>
<i>c - L'apport sociologique</i>	<i>19</i>
IV - MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	20
V - DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....	21
1 - L'INCIDENCE ET SON ÉVOLUTION	21
2 - CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'HOMICIDE-SUICIDE	25
<i>a - Les caractéristiques de l'auteur.....</i>	<i>25</i>
<i>b - Les caractéristiques de la victime.....</i>	<i>26</i>
<i>c - La relation auteur-victime</i>	<i>26</i>
<i>d - Les caractéristiques de l'incident et le mode opératoire.....</i>	<i>27</i>
<i>e - Comparaison des homicides-suicides avec les homicides et suicides simples.....</i>	<i>27</i>
<i>f - Classification des homicides-suicides</i>	<i>30</i>
VI - HOMICIDES-SUICIDES CONJUGAUX	31
1 - CARACTÉRISTIQUES COMMUNES	31
<i>a - Généralités</i>	<i>31</i>
<i>b - Caractéristiques de l'auteur</i>	<i>32</i>
<i>c - Caractéristiques de la victime.....</i>	<i>32</i>
<i>d - Caractéristiques de l'événement.....</i>	<i>32</i>
<i>e - Comparaison avec les homicides conjugaux.....</i>	<i>32</i>
<i>f - Facteurs favorisants.....</i>	<i>33</i>
2 - HOMICIDE-SUICIDE CONJUGAL ALTRUISTE	34
<i>a - Généralités</i>	<i>34</i>
<i>b - Comparaison avec le pacte suicidaire.....</i>	<i>35</i>
3 - HOMICIDE-SUICIDE CONJUGAL PAR JALOUSIE	36
VII - FAMILICIDES-SUICIDES	37

VIII - FILICIDES-SUICIDES	39
1 - GÉNÉRALITÉS ET COMPARAISON AVEC LES FILICIDES SIMPLES	39
2 - FILICIDES-SUICIDES FÉMININS.....	40
3 - FILICIDES-SUICIDES MASCULINS.....	41
IX - AUTRES HOMICIDES-SUICIDES FAMILIAUX	41
X - HOMICIDES-SUICIDES EXTRAFAMILIAUX	41
1 - TUERIES DE MASSE-SUICIDE.....	42
<i>a - Généralités.....</i>	<i>42</i>
<i>b - Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des tueurs de masse adultes</i>	<i>42</i>
<i>c - Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des tueurs de masse adolescents....</i>	<i>43</i>
<i>d - Le lien au suicide.....</i>	<i>44</i>
2 - CAS PARTICULIER DU CRASH-SUICIDE	44
<i>a - Généralités.....</i>	<i>44</i>
<i>b - L'aptitude mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile</i> <i>.....</i>	<i>45</i>
<i>c - Les caractéristiques sociodémographiques des auteurs de crash-suicides.....</i>	<i>45</i>
<i>d - Les caractéristiques de l'évènement.....</i>	<i>46</i>
<i>e - Le cas du crash de l'A320 de la Germanwings.....</i>	<i>47</i>
3 - CAS PARTICULIER DES ATTENTATS-SUICIDES	47
XI - DISCUSSION.....	49
1 - PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUE ET CRIMINOLOGIQUE.....	49
<i>a - L'autopsie psychologique.....</i>	<i>50</i>
<i>b - Les apports théoriques transdisciplinaires.....</i>	<i>51</i>
<i>c - Modèles explicatifs.....</i>	<i>53</i>
<i>d - Les données spécifiques aux types d'homicides-suicides</i>	<i>54</i>
2 - LIMITES ET BIAIS MÉTHODOLOGIQUES.....	60
3 - STRATÉGIES ET PERSPECTIVES DE PRÉVENTION	61
<i>a - Stratégies de prévention communes.....</i>	<i>61</i>
<i>b - Homicides-suicides conjugaux.....</i>	<i>63</i>
<i>c - Homicides-suicides familiaux.....</i>	<i>64</i>
<i>d - Homicides-suicides extrafamiliaux</i>	<i>65</i>
XII - CONCLUSION	70
XIII - BIBLIOGRAPHIE.....	71
ANNEXES.....	85

I - INTRODUCTION

L'homicide-suicide désigne un meurtre (ou tentative de meurtre) suivi du suicide (ou tentative de suicide) de l'auteur dans un délai court.

Sa médiatisation généralement importante renforce sa dimension dramatique et donne l'illusion d'un acte fréquent alors qu'il s'agit en réalité d'un phénomène rare.

L'émoi suscité génère une volonté de compréhension tant au niveau individuel que collectif, du point de vue des citoyens comme de celui des professionnels de santé ou de la justice.

Initialement mis en avant comme motivation principale, les travaux antérieurs démontrent que l'altruisme ne suffit pas à expliquer cet acte qui s'avère multivoque.

Dans la quête de sa compréhension, son indéniable complexité fait état de multiples questionnements portant sur l'intentionnalité princeps (suicidaire ou homicidaire), la dynamique du passage à l'acte (implication de la préméditation et de l'impulsivité), l'identification des pathologies mentales éventuelles et des profils psychologiques ainsi que l'inscription de l'acte homicide-suicide dans des classifications. Nous partons du postulat que les réflexions en découlant pourraient donner accès à des stratégies préventives.

Après une définition des termes inhérents à ce travail et un rappel du contexte théorique et historique, nous procéderons à une mise à jour de ce sujet par la restitution de données issues d'une revue de la littérature récente. Ces résultats s'établiront selon la trame d'une classification privilégiée et tendront également à répondre aux problématiques identifiées lors d'une discussion. La suite de cette partie fera l'objet d'une déclinaison des pistes de prévention envisagées et majoritairement adressées aux intervenants en santé mentale.

II - DÉFINITIONS

Homicide :

Action de tuer volontairement ou non un être humain (1).

Homicide volontaire ou meurtre :

Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre selon l'article 221-1 du Code pénal. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle (2).

Assassinat :

Le meurtre commis avec préméditation ou guet-apens constitue un assassinat selon l'article 221-3 du Code pénal. Il est puni de réclusion à perpétuité (2).

Suicide :

- « *Tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat* » d'après Emile Durkheim (1897) (3, 4) qui distingue le « *suicide altruiste* » du « *suicide égoïste* » en fonction de la place du sujet dans la société et de son niveau d'intégration.

- Acte de se donner délibérément la mort, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (5, 6).

Tentative de suicide :

Tout comportement suicidaire non mortel, tout acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto agression avec intention de mourir ou non, selon l'OMS (5, 6).

Média(s) :

Procédé permettant la distribution, la diffusion ou la communication d'œuvres, de documents, ou de messages sonores ou audiovisuels (presse, cinéma, affiche, radiodiffusion, vidéographie, télédistribution, télématique, télécommunication), selon le dictionnaire Larousse (7).

Terrorisme :

Terme dont il est difficile de retenir une définition unique, en l'absence de définition textuelle et au regard de l'évolution du phénomène terroriste au cours des dernières décennies.

Militantisme politique utilisant la violence comme instrument de sa revendication, d'après une allocution d'Alain Bauer (Congrès de balistique lésionnelle, *Terrorisme et armes à feu*, Lyon, 2016) (8).

Ensemble d'actes de violence (attentats, prises d'otages, etc.) commis par une organisation pour créer un climat d'insécurité, pour exercer un chantage sur un gouvernement, pour satisfaire une haine à l'égard d'une communauté, d'un pays, d'un système, selon le dictionnaire Larousse (9).

Mass murder ou meurtre de masse :

Selon les différentes définitions données par le *Federal Bureau of Investigation* (FBI), meurtre de trois (ou quatre) personnes ou plus lors d'un même événement, en un même lieu et sur une courte période (10, 11).

Selon le FBI, le *mass murder* est à différencier :

- du *meurtre en série* ou *serial murder* : meurtre par un seul auteur de deux (trois) personnes ou plus, lors d'évènements et à des moments distincts sur une longue période (avec des pauses appelées « cooling off periods ») ;
- du *meurtre de bordée* ou *spree killing* : meurtre par un ou plusieurs auteurs de deux personnes ou plus, lors d'évènements et à des moments distincts, sur une courte période (absence de « cooling off periods ») (10, 12, 13).

Ces définitions sont répertoriées dans le manuel de classification des crimes de Ressler et al. (14).

Les définitions suivantes concernent les homicides familiaux et découlent de la classification de Cusson (15).

Uxoricide :

Meurtre de la conjointe.

Maricide :

Meurtre du conjoint.

Infanticide :

Meurtre ou assassinat d'un nouveau-né viable.

Filicide :

Meurtre d'un enfant par l'un de ses parents. À l'issue de ses travaux en 1969, Resnick établit une classification reprise encore aujourd'hui (16) :

- filicide altruiste ;
- filicide psychotique aigu ;
- filicide d'un enfant non désiré ;
- filicide accidentel ;
- filicide par vengeance à l'égard d'un conjoint.

Néonaticide :

Meurtre d'un nouveau-né âgé de moins de 24 heures.

Parricide :

Meurtre d'un ascendant légitime, naturel ou adoptif.

Fratricide :

Meurtre de son frère.

Sororicide :

Meurtre de sa sœur.

De manière consensuelle, l'acte homicide-suicide est généralement défini comme tout meurtre ou tentative de meurtre suivi(e) par un suicide ou une tentative de suicide de l'auteur dans un intervalle de temps très court (< 24h) (17).

La terminologie retrouvée dans la littérature psychiatrique est variée.

Selon A-S. Chocard, le répertoire de ces actes criminels peut être ainsi établi (17) :

- suicide altruiste ;
- suicide collectif ;
- suicide accompagné ;
- suicide familial ;
- suicide assorti d'homicide ;
- suicide élargi ;
- suicide étendu ;
- suicide agrandi ;
- suicide-homicide ;
- suicide parents-enfants ;
- meurtre-suicide ;
- double suicide ;
- suicide post-agressif ;
- homicide-suicide.

III - HISTORIQUE

Plusieurs concepts ont traversé l'histoire pour tenter d'expliquer et de caractériser ces actes criminels. Ils ont été largement décrits par A-S. Chocard dans sa thèse et ses autres publications (17, 18, 19).

1 - L'évolution de l'approche psychiatrique

a - La mélancolie et la motivation altruiste comme constantes initiales

Esquirol est le premier à évoquer l'homicide-suicide dans son chapitre *Suicide précédé d'homicide* de 1838. C'est ainsi qu'il lui attribue souvent un contexte psychopathologique, la mélancolie, qu'il nommera lypémanie ou monomanie (1821), ainsi que des motivations particulières (20, 21).

Il le décrit comme un phénomène « aigu » dont les mobiles varient : « tuer pour protéger les siens, tuer pour ne pas être séparés ou réunis dans la mort, tuer pour être tué ensuite » (22).

L'acte de tuer pour préserver les siens est directement corrélé à la notion d'altruisme.

Ce terme, d'après le Dictionnaire historique de la langue française, désigne « la disposition innée de l'être humain à la bienveillance à l'égard des autres membres de sa communauté, et qui coexiste avec l'égoïsme. Sa valeur s'est étendue en morale pour toute conduite et attitude où l'intérêt personnel est subordonné à celui des semblables, sans motivation religieuse ». Ce terme aurait été introduit par A. Comte en 1830 (20).

En 1892, des observations cliniques d'homicides-suicides émergent du travail de R. von Krafft-Ebing (23). Il introduit le concept de suicide indirect dans son ouvrage *Médecine légale des aliénés*, transcrivant l'impossibilité pour le sujet de se suicider et réalisant un meurtre pour que l'on procède à son exécution. Les motivations sont diverses : lâcheté, aboulie spéciale, scrupules religieux.

Dans ses rapports d'expertise au sujet d'un quadruple infanticide en 1885, le drame de Coutances, il met en avant la folie criminelle de Jeanne Lombardi au décours de ce qu'il qualifie de suicide combiné et non de meurtre. Cette terminologie peut se définir par le projet suicidaire du sujet mélancolique incapable de laisser ses proches et en particulier ses enfants dans un monde de désolation (Porret, 2003) (24) (25).

En 1911, la terminologie du suicide élargi est évoquée par D. Vladoff (17).

La notion d'homicide par altruisme est introduite par G. Génil-Perrin en 1911 dans l'article dénommé *L'Altruisme morbide*, puis en collaboration avec C. Vallon, dans un ouvrage : *Crime et Altruisme* en 1913 (20).

Ces travaux étudient et classifient le concept d'altruisme criminel, « une déviation de l'émotion tendre », mettant ainsi en lumière sa dimension paradoxale et antinomique (20).

Ils différencient également l'altruisme dans l'intérêt du criminel, d'un tiers ou encore de la victime.

Cette dernière catégorie appariera notamment l'altruisme aux pathologies mentales comme le citent Y. Trichet et A-S. Dupont (20) : « *les meurtres altruistes des mélancoliques, des persécutés, des fanatiques, les cas d'interprétation douteuse, la question de l'euthanasie et l'automutilation indirecte* » ou A-S. Chocard (17) : « *l'idée altruiste est nettement délirante : mélancolique ou de persécution* ».

G. de Clérambault, en 1921, dans son chapitre *Homicides altruistes chez les mélancoliques* de l'« *Œuvre Psychiatrique* » (26), et dans la lignée d'Esquirol, rattache la mélancolie à certains homicides avec l'introduction de l'anxiété altruiste comme déclencheur du passage à l'acte. Cette thèse est illustrée par deux observations cliniques d'infanticides, avec prédominance de l'anxiété maternelle comme substrat de l'anxiété altruiste. Il décrit alors deux lois pour expliquer cette nouvelle notion : « *Dès qu'un délirant souffre d'Anxiété Altruiste, on est en droit d'appréhender de sa part l'Homicide altruiste. C'est une loi déjà démontrée que la peur de la mort engendre l'impulsion suicide ; thanatophobie et suicide sont pratiquement une équation* » (20).

Autre formulation de cette première loi : « *Le sujet qui craint un danger pour lui-même doit le craindre également pour ses proches* ».

La seconde loi aborde le processus du passage à l'acte : « *Quiconque est anxieux pour autrui peut tuer, et logiquement doit tuer* ».

Selon une troisième loi, définie par Y. Trichet et A-S. Dupont (2012), l'anxiété altruiste serait le fruit d'une certitude délirante : « *Le délirant tend d'autant plus à tuer ses proches qu'il craint d'en être séparé* » (20).

Dès lors, la mélancolie n'est plus l'unique cadre nosographique associé à l'acte homicide-suicide comme l'illustre également la thèse de G. Perrussel en 1923, intitulée *L'Homicide Altruiste chez les mélancoliques et les persécutés*. Celle-ci constitue un important recueil d'observations cliniques reprenant les théories de G. de Clérambault.

b - Un acte complexe et multivoque

L'approche psychiatrique a évolué dans le temps y compris dans l'étude de l'homicide-suicide, remettant en cause les thèses des auteurs classiques. Cet acte ne trouve plus donc exclusivement son explication dans l'altruisme et ne s'inscrit pas nécessairement dans un tableau de mélancolie.

Deshaies, en 1947, dans sa thèse intitulée *la Psychologie du suicide* (27), est le premier à mettre en évidence la dimension agressive de l'homicide mélancolique, critiquant ainsi la notion d'altruisme.

Par ailleurs, il considère que « *Le suicide ne saurait être pathologique, ce sont seulement certaines de ses formes qui possèdent un conditionnement morbide* ». Cette théorie, citée par A. Mullier, se démarque de la thèse d'Esquirol qui associait systématiquement le suicide à l'aliénation et témoigne du débat autour de cette question (28).

Elle est reprise par H. Blocher (29) citant Deshaies : « *la moitié des suicidants sont affectés de quelque trouble mental, grave ou léger, nettement pathologique ; l'autre moitié est indemne* » .

Ceci témoigne des difficultés terminologiques des auteurs et de leur impossibilité à déterminer un cadre nosographique unique au regard de la complexité de ces passages à l'acte.

Deshaies sépare le concept d'homicide suivi de suicide de celui de « *suicide collectif* » en fonction du consentement ou non du sujet.

Lagache analyse le crime passionnel et fait mention de la jalousie amoureuse animée par un mécanisme d'hyperesthésie au préjudice et un sentiment d'injustice subie (30). L'acte homicide-suicide y est décrit selon des modalités transitionnelles (l'évolution du meurtre au suicide), qu'il classifera (31). En étudiant cinquante cas de sujets jaloux, il établira le constat que « *le désir d'agression de son partenaire suivi de suicide est presque exclusivement le fait des hommes* ».

G. Heuyer, en 1973, dans son ouvrage *Psychoses collectives et suicides collectifs* (32), tend à décrire et à expliquer le concept de suicide collectif comme une conduite unique mais complexe qui intègre le fait homicide et le fait suicide. Il n'induit pas la nécessité d'accord préalable entre les sujets dans cette notion, comme l'illustre l'implication d'enfants en bas âge (33). De la même façon, les sujets peuvent avoir des rôles spécifiques dans cette entreprise et intervenir les uns sur les autres. Par extension, il se distingue du concept de suicide simultané (incluant l'utilisation de moyens personnels pour chacun des individus).

En association avec Desclaux et Digo, son article intitulé *Le suicide collectif* (1949) différencie également le suicide collectif du suicide indirect (projet suicidaire nécessitant un homicide pour son accomplissement) et du suicide post-agressif (action homicide suivie d'un suicide pour échapper aux conséquences morales ou pénales) (17).

Scherrer et Maillard en 1975 (34) décrivent un cas de filicide par une mère mélancolique avec l'intention secondaire de se suicider. Ils réfutent néanmoins le diagnostic systématique de mélancolie comme explication des homicides-suicides.

En 1980, Scherrer défend notamment la thèse selon laquelle le sujet mélancolique se suicide seul, n'entraînant qu'exceptionnellement un autre dans la mort (35). Il conteste également l'altruisme comme motivation unique de ces passages à l'acte, insistant sur leur dimension agressive et camouflée par le souhait d'épargner toute souffrance à autrui. Ainsi, le suicide imposé aux enfants ne serait que l'expression d'un sentiment possessif associé ou non à un désir de vengeance, comme l'illustrent le syndrome de Sardanapale, « *inspiré d'un Roi illustre qui se suicida en mettant le feu à son palais avec sa famille et ses domestiques* » (I. Nahmani, 2015) (36) et le complexe de Médée, « *modalité de harcèlement mise en œuvre par un parent voulant priver son conjoint de la relation avec ses enfants et apparaissant à l'occasion d'une rupture conjugale* » (Netgen, 2010) (37). Ces concepts seront approfondis dans la partie dédiée aux filicides-suicides.

L. Roure, dans son article *Aspects dangereux des états dépressifs*, insistera sur la dimension agressive de la dépression qui ne serait pas uniquement marquée par une humeur triste (17) (38) (39). Ainsi, le sujet n'est que partiellement passif et il existe une propension au « *rejet, refus, négativisme voire à la violence* », mimant un tableau de trouble de la personnalité de type « *passif-agressif* » qui ne figure plus dans la classification du DSM depuis la publication de la 4^{ème} version.

J.-M. Vanelle et J.-P. Olié, dans leur article *Les homicides altruistes* de 1986, démontrent que l'implication altruiste dans les homicides est rare mais mettent en avant deux formes cliniques fréquemment retrouvées dans les homicides-suicides : « la mélancolie anxieuse » et la « mélancolie délirante » (40) (41).

En outre, J.-M. Vanelle en 1986 et M. Bénézech en 1991 (42), insistent sur la corrélation existant entre la dépression, le suicide et l'homicide.

M. Bénézech, au travers des cas d'homicides-suicides met ainsi en lumière le « *potentiel criminogène de la dépression souvent sous-estimé par les spécialistes* » (40).

En 1996, dans sa classification des homicides pathologiques, il détermine deux catégories concernées par l'acte homicide-suicide : l'homicide passionnel (impossibilité d'envisager la perte de l'objet) et l'homicide dépressif (volonté, motivée par l'altruisme, d'entraîner ses proches dans la mort au décours d'un épisode mélancolique ou mélancoliforme) (17).

D'autres auteurs contemporains ou classiques, ont abordé la question de l'homicide-suicide dans leurs articles, thèses ou mémoires (Le Bihan, 1993 (39) ; Chocard, 2002 (17) ; Lecomte et Fornes, 1998 (43) ; Saint-Martin et al., 2008 (44)).

Ce phénomène complexe intéresse également d'autres domaines spécialisés comme la psychologie, la criminologie et la sociologie. Cela lui confère un caractère transdisciplinaire.

2 - Les apports théoriques pluridisciplinaires

a - L'apport psychologique

Sans véritablement aborder l'acte homicide-suicide, certaines théories fondamentales de suicidologie ont pu faire émerger la notion de corrélation ou d'analogie entre deux termes que tout semble opposer : l'homicide et le suicide.

Freud, pour qui « *nul n'est probablement à même de trouver l'énergie psychique de se tuer, à moins de commencer par tuer quelqu'un à qui il s'est identifié* », considère que le suicide est une forme d'homicide. Il décrit l'instinct de vie (Eros) et celui de mort (Thanatos) dont l'émergence vise à réduire les tensions imposées par une société (45).

Cette logique freudienne sera soutenue par le psychiatre américain Karl A. Menninger pour lequel le suicide serait le résultat de trois désirs : « celui de mourir », « celui de tuer » et « celui d'être tué » (Dagenais, 2007) (46).

b - L'apport criminologique

Aux prémices de la criminologie, Cesare Lombroso s'est intéressé aux sujets délinquants. Il tente notamment de démontrer l'existence d'un déterminisme génétique, biologique et physique chez certains individus sur un modèle atavique, qui les prédisposerait à la commission d'actes délinquants (47). Il soutient ainsi la thèse du « criminel-né » et fonde l'École positiviste italienne avec Enrico Ferri et Raffaele Garofalo.

Au sujet du suicide, cité par A.-S. Chocard (17), il écrit :

« En certains cas, le suicide inspire le crime au lieu de le prévenir. Des êtres follement superstitieux, désireux de mourir, donnent la mort pour la recevoir à leur tour. D'autres fois, on commet un assassinat parce qu'on est las de vivre et qu'on manque de courage et de force pour se suicider ».

Le criminologue Etienne de Greeff, cité par M. Bénézech (42), est à l'origine de nombreux travaux sur les crimes passionnels. Selon son analyse, un processus-suicide initial viendrait guider l'évolution de ce type d'homicide. Pour lui, il y aurait autant d'homicides simples que d'homicides-suicides dans les crimes passionnels.

Plusieurs médecins légistes, tels que Henry Maudsley, P. Garnier et M. Minovici (17), se sont également intéressés à l'homicide-suicide, relatant plusieurs cas dans leurs publications.

c - L'apport sociologique

A. Comte, qui conçoit le suicide comme un acte immoral voire antisocial (48), est cependant à l'origine de son association avec la notion d'altruisme, dans son ouvrage *Catéchisme positiviste* en 1852 (49).

En 1897, les théories sociologiques de l'ouvrage *Le suicide* d'Émile Durkheim (3) s'opposent aux concepts précédents en écartant les déterminismes individuels au profit de facteurs externes au sujet. Le suicide est ainsi considéré comme un fait social, présent dans chaque groupe sociétal et non plus comme une résultante de la pathologie mentale. Cette approche désigne le suicide comme une constante, dépendant de facteurs sociaux à identifier mais qui, par extension, s'avèrerait nécessaire et utile (17).

Dans sa théorie du suicide, il caractérise quatre types de suicides :

- le suicide égoïste ;
- le suicide altruiste ;
- le suicide anémique ;
- le suicide fataliste.

Il explique ainsi que l'égoïsme ne serait pas un facteur contributif au suicide mais plutôt sa cause fondamentale. Il se distinguerait par un individualisme exacerbé induit par un défaut d'intégration au

groupe social. Le sujet adopte ainsi un fonctionnement spécifique : celui de répondre à ses propres besoins, alors même que la société dans laquelle il évolue lui inculque que ce n'est pas satisfaisant.

Cette transition d'une adhésion sociale à une existence égoïste peut mener au suicide puisque l'individu établit le constat que la fin de sa vie laissera place au néant et à l'oubli.

Le suicide altruiste est radicalement opposé au suicide égoïste puisqu'il induit un excès d'intégration, le moi fusionnant avec autre chose que le sujet et notamment avec la société où la communauté dans laquelle il se trouve. Ainsi, la conduite de l'individu s'exerce en dehors de lui et la notion d'altruisme est clairement identifiée dans cette approche sociologique.

Divers sociologues ont contesté les théories développées par Durkheim : R. Aron, J. Douglas (17), G. Tarde et M. Halbwachs (50).

Parmi eux, J. Baechler, dans son ouvrage *Les suicides* (1975) (17) (51), distingue les suicides agressifs et évoque les homicides-suicides au travers d'exemples avec comme postulat que « *la haine conduit au crime ET au suicide et non au crime OU au suicide* ». Les crimes-suicides seraient mis à exécution selon trois principes :

- le sujet tue, puis se tue ;
- il tue pour être tué ;
- il se fait « sauter » avec les autres.

G. Deshaies (29), avancera que le suicide échappe à la sociologie.

Le philosophe M. Van Vyve, dans son ouvrage *La notion de suicide*, rappelle les concepts de suicides directs et indirects, mettant en lumière les ambiguïtés terminologiques induites par des « distinctions subtiles ». Ainsi, il cite L. Bender qui définit le suicide par une action ou une intention visant à se tuer directement (52). Les suicides directs et indirects se distinguent par le caractère direct et immédiat de l'action ou de l'intention.

Ces différentes approches ont également été le support de pistes de compréhension du processus psychopathologique (voir *infra*).

Phénomène complexe et transdisciplinaire, l'homicide-suicide s'analyse comme un acte multivoque, dont l'identification d'éventuels facteurs ou déterminants, par le recueil de données épidémiologiques, s'avère nécessaire.

IV - MATÉRIEL ET MÉTHODES

La stratégie de recherche a consisté à sélectionner et consulter les articles sur des supports de ressources numériques tels que PsycINFO, Medline, PubMed, Google Scholar.

La recherche avancée de ces publications a été établie au moyen des termes suivants :

« *Murder-suicide* », « *Mass murder-suicide* », « *Homicide-suicide* », « *Filicide-suicide* », « *Murder followed by suicide* », « *Homicide followed by suicide* », « *Homicide* » AND « *Suicide* », « *Murder* » AND « *Suicide* », « *Crash suicide* », « *Suicide by aircraft* », « *Pilot's suicide* ».

Les articles ont été majoritairement classés selon le plan choisi pour ce travail : homicides-suicides familiaux décomposés d'après la relation auteur-victime, homicides-suicides extra-familiaux, crash-suicides. D'autres documents présentent des intérêts spécifiques du phénomène telles que les données historiques, épidémiologiques ou criminologiques.

Ont tout particulièrement été examinées de récentes revues de la littérature, comme celle d'Eliaison en 2009 (53) issue de seize études, Morali et Baratta en 2012 (54), Large et al. en 2009 (55), Caman et Sturup en 2015 (56), Regoeczi et al. en 2018 présentant quatre-vingt-un cas d'homicides-suicides en Ohio (57).

Des travaux de Liem, de 2009 à 2011, sont issues plusieurs revues de la littérature concernant l'homicide-suicide (58) (59) (60) (61). Sa dernière publication en 2011, en collaboration avec Dietrich Oberwittler, restitue les données de l'*European Homicide-Suicide Study* (EHSS) (62).

L'Étude Européenne de l'Homicide-Suicide (EHSS) concerne sept pays européens et a débuté en 2006. Elle a pour objectif d'apporter à la recherche criminologique sur l'homicide-suicide un support nouveau et plus solide. La pierre angulaire empirique de ce projet est la collection d'échantillons nationaux complets de cas d'homicides-suicides, couvrant une décennie (1996-2005). Avec près de 2000 cas d'homicides-suicides, il s'agit du plus grand échantillon de ce phénomène dans le monde entier.

V - DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Cette partie tend à préciser l'incidence de ce phénomène pour en apprécier l'ampleur et l'évolution. L'étude des caractéristiques sociodémographiques se révèle importante pour la détection de facteurs de risque.

1 - L'incidence et son évolution

À ce sujet, plusieurs grandes études épidémiologiques ont été menées (West, 1965 (63) ; Coid, 1983 (64) ; Marzuk, 1992 (39) (65) ; Milroy, 1995 (66)) ainsi que des revues de la littérature (Liem, 2009-2011 (59) (62) ; Large, 2009 (55) ; Eliaison, 2009 (53)).

En 1983, Coid a analysé les données concernant les homicides-suicides de dix pays et retrouve une incidence stable de 0,2-0,3/100000 habitants/an.

Il a alors proposé trois lois épidémiologiques à l'issue de ses travaux :

- La première indique que plus le taux d'homicides simples est élevé, plus celui des homicides-suicides est bas. Ce résultat est appuyé par Large et al. (2009) (55) qui proposent la théorie des « survivants » pour en expliquer les raisons. D'après cette hypothèse, lorsque le taux des homicides augmente au-delà d'un certain seuil, celui des homicides-suicides croît moins rapidement, en raison de l'épuisement du nombre de délinquants potentiels.
- La deuxième loi met en avant un taux d'homicides-suicides stable dans différents pays, et ce en dépit de variations de taux d'homicides simples. Elle est contredite par Milroy et al. (1995) (66) qui décrivent l'augmentation concomitante des homicides simples et homicides-suicides selon l'accessibilité aux armes. Cette idée est confortée par Large et al. (2009) (55).
- La troisième théorie repose sur un taux stable des homicides-suicides dans le temps, malgré les fluctuations des homicides simples. Ce principe est soutenu par Felthous et al. (1995) (67) qui mettent en avant le caractère intra-familial pour expliquer la constance du phénomène, laquelle se retrouve dans les homicides simples intimes également. Néanmoins, il est réfuté par Milroy et al. (1995) (66) ainsi que Kivivuori et al. (2003) (68) et Gartner et al. (2008) (69), qui retrouvent des baisses d'homicides-suicides dans leurs études récentes respectives portant sur plusieurs décennies.

Marzuk et al. (1992) avaient identifié un taux relativement stable d'homicides-suicides d'une société à l'autre en opposition aux taux de suicides seuls ou d'homicides seuls. Ils relataient néanmoins des variations attenantes aux propriétés socio-économiques et culturelles de chaque pays. Pour exemple, ils ont constaté un taux important d'homicides-suicides conjugaux aux États-Unis et d'infanticides-suicides au Japon (65) (70).

La stabilité de l'incidence de l'homicide-suicide à travers le temps et les sociétés est appuyée par des études plus récentes comme celle de Yip et al. (2009) (70) (53).

Néanmoins, d'après les revues de la littérature de Morali et Baratta en 2012 (54) et Liem en 2009 (59), les différentes études internationales existantes retrouvent des incidences contrastées en fonction des pays, des populations sélectionnées et des époques.

La revue de la littérature de Liem (2011) (62) concernant les homicides-suicides en Europe, retrouve une incidence plus importante aux États-Unis qu'en Europe.

Il est également important de relever que ce contraste est parfois encore plus marqué : l'Australie et la Nouvelle-Zélande présentent des incidences faibles de 0,07 à 0,11 pour 100000 habitants par an alors qu'en Afrique du Sud, ce chiffre s'élève à 0,89 (Liem, 2011) (62).

Une large étude ciblant la totalité des homicides-suicides sur l'intégralité du territoire des États-Unis sur la période de 1968-1975, retrouve une incidence plus basse, de 0,134 pour 100000 habitants par an. Les études les plus récentes montrent quant à elles des incidences entre 0,2 et 0,3/100000 habitants/an.

Ceci est également illustré par l'exemple de la Floride dont l'incidence annuelle des homicides-suicides est estimée de 0,3 à 0,7/100000 pour les moins de 55 ans et de 0,4 à 0,9/100000 chez les plus de 55 ans, entre 1988 et 1994 (53).

Malgré tout, les variations de ces taux sont sans commune mesure avec l'amplitude, bien plus importante, de celles des homicides seuls.

Pour exemple, en 2017, l'incidence des homicides est d'environ 1,4 pour 100000 habitants (71) et celle des suicides environ 15 pour 100000 habitants pendant l'année 2015 en France (72).

Les incidences provenant des études de Liem (59) et Large (55) en 2009, ont été restituées dans le tableau ci-dessous. Certaines incidences ont été recalculées en raison de discordances de résultats selon les articles.

Tableau 1. Nombre d'homicides-suicides/100000 habitants/année (Liem (59) et Large (55) 2009).

Australie 1989–1996 Carcach et Grabosky (1998)	0,12
Fiji 1982–1992 Adinkrah (2003)	0.12
Angleterre/Pays de Galles 1996–2005 Flynn et al. (2009)	0.05
Angleterre/Pays de Galles 1988–1992 Barraclough et Clare Harris (2002)	NA
Angleterre/Pays de Galles 1900–1949 Morris et Blomcooper (1965)	0.11
Angleterre/Pays de Galles 1999–2003 Appleby et Shaw (2006)	0.06
Angleterre (Yorkshire-Humberside) 1975–1992 Milroy (1993,1995)	0.07
Angleterre/Pays de Galles 1957–1995 Taylor et Gunn (1999)	0.07
Angleterre/Pays de Galles 1950–1959 Morris et Blom-Cooper West (1965)	0.12
Écosse 1950–1967 Crombie (1989)	0.01
Écosse 1969–1977 Crombie (1989)	0.02
Écosse 1986–1990 Crombie (1989)	0.05
Finlande 1960–2000 Kivivuori et Lethi (2003)	0.17
Finlande 1998–2000 Kivivuori et Lehti (2003)	0.16
Finlande 1988–1996 Kivivuori et Lehti (2003)	0.17
Finlande 1970–1974 Kivivuori et Lehti (2003)	0.19
Finlande 1965–1969 Kivivuori et Lehti (2003)	0.20
Finlande 1987–1988 Saleva et al. (2007)	0.20
Finlande 1960–1964 Kivivuori et Lehti (2003)	0.33
Islande 1900–1979 Gudjonsson et Petursson (1982)	0.06
Grèce (Epirus) 1998–2005 Vougiouklakis et Tsiligianni (2006)	0.07
Israël (non-Juifs) 1950–1964 Landau et al. (1974)	0.07
Israël (Juifs) 1950–1964 Landau et al. (1974)	0.10
Danemark 1968–1983 Gottlieb et al. (1988)	0.08
Suède 1970-1981 Lindqvist and Gustafsson (1995)	0.2/0.07(enfants)
Suède (Northern Region) 1970–1981 Lindqvist (1986)	0.10
France 2000–2005 Saint-Martin, Bouyssi et O'Byrne (2007)	0.17
Groënland 1971–1976 Hansen (1985)	1.33
Groënland 1946–1970 Hansen (1985)	0.09

Danemark 1946–1970 Hansen (1985)	0.24
Danemark 1959–1960 West (1965)	0.23
Canada (Québec) 1988–1989 Buteau et al. (1993)	0.20
Canada 1961–1966 Schloss et Giesbrecht	0.12
Canada 1967–1970 Schloss et Giesbrecht	0.25
Canada 1995–2005 Statistics Canada	0.13
Canada 1968 Greenland (1971)	0.27
Bermuda 1920–1979 Coid (1983)	0.13
Hong Kong 1989–2003 Chan (2007)	0.18
Chine (Hong Kong) 1961–1971 Wong et Singer (1973)	0.08
Hong Kong 1989–1997 Chan, Beh, et Broadhurst (2003)	0.09
Chine (Hong Kong) 1989–1998 Chan et al. (2003)	0.09
Japon (Ibaraki) 1990–1996 Hata et al., (2001)	0.02
Japon, Toyama 1986–1995 Hata et al. (2001)	0.15
Japon (Toyama) 1985–1999 Hata et al. (2001)	0.38
Japon, Sapporo 1986–1995 Hata et al. (2001)	0.06
Japon (Chiba) 1993–1995 Hata et al. (2001)	0.19
Japon (Akita) 1985–1996 Hata et al. (2001)	0.11
Pays-Bas 1992–2006 Liem, Postulart, et al. (2009)	0.05
Nouvelle-Zélande 1991–2002 Moskowitz et al. (2006)	0.08
Nouvelle-Zélande 1991–2000 Moskowitz et al. (2006)	0.08
Nouvelle-Zélande (Auckland) 1976–1989 Christiansen et al. Fraser (1993)	0.07
Afrique du Sud 2000 et 2001 Roberts et al. (2010)	0.89
États-Unis 2004-2006 /1968-1975	0.22/0.134
États-Unis 2001–2002 Logan et al. (2008)	0.19
États-Unis 2003–2005 Barber et al. (2008)	NA
États-Unis, Floride, 1988–1994 Cohen et al. (1998)	0.5-0.7
États-Unis, New Hampshire, 1995–2000 Campanelli et Gilson (2002)	0.26
États-Unis, Oklahoma 1994–2001 Comstock et al. (2005)	0.30
États-Unis (13 États) 2004 Bossarte et al. (2006)	0.21
États-Unis (6 states) 2003 Bossarte et al. (2006)	0.17
États-Unis 1959–1960 West (1965)	0.18
États-Unis (Californie) 1996 Lund et Smorodinsky (2001)	0.23
États-Unis (Philadelphie) 1948–1952 Wolfgang (1958)	0.25
États-Unis (Bernalillo 1978–1987 Rosenbaum (1990)	0.25
États-Unis (New Hampshire) 1995–2000 Campanelli et Gilson (2002)	0.26
États-Unis (Kentucky) 1998–2000 Walsh et Hemenway (2005)	0.27
États-Unis (Oklahoma) 1994–2001 Comstock et al. (2005)	0.27
États-Unis (Caroline du Nord) 1972–1977 - Palmer et Humphrey Surles (1998)	0.28
États-Unis (Kentucky) 1985–1990 Currens et Fritsch (1991)	0.30
États-Unis (Chicago) 1965–1990 Stack (1997)	0.33
États-Unis (Virginie Centrale) 1980–1984- Hannah et al. (1998)	0.34
États-Unis (Caroline du Nord) 1988–1992 - Morton et al. (1998)	0.35

États-Unis (Los Angeles) 1970–1979 Allen (1983)	0.36
Australie 1959–1960 West (1965)	0.37
États-Unis (Détroit) 1926–1968 Boudouris (1974)	0.37
États-Unis (Virginie Centrale) 1990–1994 - Hannah et al. (1998)	0.38
États-Unis (Houston) 1969 Lundsgaarde (1977)	0.42
États-Unis (Washington) 1974–1975 Berman (1979)	0.43
États-Unis (Fulton Comté de Georgie) 1988–1991 Hanzlick et Koponen (1994)	0.46
États-Unis (Miami) 1977–1983 Copeland (1985)	0.55

La revue de la littérature d'Eliason (2009) (53) présente également ses résultats sous forme de tableau pour comparer les incidences des pays, états ou comtés étudiés.

Tableau 2. Revue des données statistiques des études du meurtre-suicide (Eliason, 2009) (53).

Étude	Incidence	Incidents	Décès	Période	Lieu
Marzuk et al.	0,2-0,3	11	22	1989	États-Unis
Cohen et al.	0,3-0,7	89		1988-1994	Floride (Sud-Est et Centre-Ouest)
Hannah et al.	0,34 et 0,38	53	116	1980-1984 et 1990-1994	Virginie Centrale
Hanzlick et Koponen	0,46	12	26	1988-1991	Comté de Fulton en Géorgie
Campanelli et al.	0,26	16		1995-2000	New Hampshire
Comstock et al.	0,3	73	162	1994-2001	Oklahoma
Bossarte et al.	0,23	65	144	2004	Plusieurs États

Après avoir précisé son incidence, il semble essentiel de pouvoir présenter les caractéristiques sociodémographiques de l'homicide-suicide qui s'avèrent communes à tous les types.

2 - Caractéristiques sociodémographiques de l'homicide-suicide

a - Les caractéristiques de l'auteur

La plupart des études récentes font ressortir les caractéristiques suivantes :

- L'auteur est majoritairement de sexe masculin (53) (56) (57) (62) (73), selon des taux allant de 60% (63) à 100% (74) (53).
- Il est âgé de 40 à 50 ans (53) (54) (57) (62).
- Il agit presque exclusivement seul (Liem et al., 2011) (62).
- Il est généralement marié (40%) mais récemment séparé (12%) (Flynn, 2013) (75).
- Il est préférentiellement d'origine caucasienne (75) (57).
- Il est professionnellement actif puisque 77% des auteurs travaillent à temps plein (Palermo et al. 1997) (76). Flynn (2013) (75) retrouve 39% d'auteurs actifs, 30% sans emploi et 19% à la retraite.

- Il est issu de la classe moyenne (19%) et des classes pauvres (15%) (De Koning et al., 2014) (73). Pour Kivivuori et al. (2003) (68), les auteurs seraient majoritairement issus des classes moyennes.
- Il consomme de l'alcool dans 30% des cas (54) (73) (74) (75) et des toxiques dans 20% des cas (53), (57).
- Il présente également peu d'antécédents judiciaires voire aucun (Eliason, 2009) (53) mais semble impliqué dans des violences conjugales dans 25% des situations (Cohen et Malphurs, 2005) (77). Flynn (2013) (75) retrouve des antécédents judiciaires à 30%.
- La dépression est la pathologie la plus représentée dans les homicides-suicides, réactionnelle ou associée à une séparation (53) (54) (57) (73) (76).
- Une lettre d'adieu est régulièrement retrouvée : de 34% (De Koning et al., 2014) (73) à 50% des cas (Lecomte et Fornes, 1998) (43).

b - Les caractéristiques de la victime

La majorité des études retrouvent les éléments suivants :

- La victime est majoritairement une femme (54) (56) (62) (75) (78). Le taux est de 88% selon Campanelli et al. (2002) (79) et demeure stable lorsqu'il s'agit de femmes issues de familles de policiers : 83%.
- Viennent ensuite les enfants dans 13,7% des cas selon Bossarte et al. (2006) (78).
- La victime est généralement plus jeune que son agresseur (Morali et Baratta, 2012) (54).
- Il s'agit essentiellement d'une victime unique (Liem et al., 2011) (62).
- Elle est fréquemment d'origine Caucasienne (57) (75).

c - La relation auteur-victime

Les données issues de la littérature récente retrouvent que :

- Les relations sont presque exclusivement proches voire intimes (53) (54) (56) (57) (62) (75) (78). Il peut ainsi s'agir de la conjointe ou ex-conjointe de l'agresseur, mais aussi de ses enfants.
- Les homicides-suicides sont donc principalement conjugaux (54) (57) (62) (78).
- Malphurs et Cohen (2002) (53) (80) restituent les taux suivants :
 - 70,5% d'homicides-suicides conjugaux ;
 - 10,5% d'infanticides-suicides ;
 - 8,7% d'homicides-suicides extrafamiliaux ;
 - 6,5% de familicides-suicides.
- Un divorce ou une séparation récente semblent être des facteurs contributifs (Eliason, 2009) (53).

d - Les caractéristiques de l'incident et le mode opératoire

D'après les études récentes :

- Le moyen utilisé est fréquemment l'arme à feu (53) (57) (81).
L'étude européenne de Liem et al. confirme cette notion, excepté pour la Pologne qui présente des résultats homogènes et une prédominance de l'arme blanche (62).
Flynn (2013) (75), retrouve des procédés différents pour l'homicide (objet pointu pour 37%) et le suicide (pendaison dans 30% des cas).
Les autres méthodes sont l'empoisonnement et la strangulation (Morali et Baratta, 2012) (54).
D'après Travis et al. (2007) (74), un renforcement légal aurait contribué à faire décroître les homicides-suicides par arme à feu au Royaume-Uni de 16%, malgré la stabilité de l'incidence.
Le moyen privilégié est la strangulation dans 36% des cas.
- Les faits se déroulent le week-end pour 25% des situations et au domicile de la victime ou du couple (54) (57) (75).

e - Comparaison des homicides-suicides avec les homicides et suicides simples

La première étude sur le sujet fut conduite en 1928 par Ruth Cavan (59) mais d'autres travaux ont été menés récemment :

- *Mean ages of homicide victims and victims of homicide-suicide* (F. Stephen Bridges et William B. Tankersley, 2010) (82) ;
- *Homicide Followed by Suicide : A Comparison with Homicide and Suicide* (Liem et Nieuwbeerta, 2010) (61) ;
- *Homicide-suicides compared to homicides and suicides : Systematic review and meta-analysis* (Radoslaw Panczak et al., 2013) (83) ;
- *Homicide-suicide and other violent deaths : An international comparison* (Liem et Barber, 2011) (58).

D'autres revues de la littérature complètent les données de ces études : Large et al. (2009) (55) et Flynn (2013) (75).

- Incidences et variations

Comme précisé précédemment, au regard des incidences des homicides et suicides simples, il apparaît que le taux d'homicides-suicides est bien inférieur.

L'étude de Large et al. (2009) (55) par l'analyse des variations des taux d'homicides-suicides, d'homicides et de suicides, tend à dégager de potentielles corrélations entre ces événements.

Les auteurs concluent notamment que le nombre d'homicides-suicides suivrait les fluctuations des homicides simples aux États-Unis, ce qui ne serait pas le cas dans les autres pays.

Par ailleurs, ils n'établissent pas de corrélation entre la variation du taux de suicides et celui des homicides-suicides aux États-Unis mais l'envisagent pour les autres pays étudiés.

Selon Flynn (2013) (75), les taux des différents phénomènes en Angleterre et au Pays de Galles ne s'influenceraient pas.

- Caractéristiques similaires

- Similarités entre les homicides-suicides et les suicides simples

Berman (1979) (84) détermine que les homicides-suicides et les suicides présentent des modes opératoires semblables : des auteurs majoritairement masculins faisant usage d'une arme à feu dans la chambre à coucher.

Barber et al. (2008) (85) comparent les présences d'antidépresseurs dans les homicides-suicides et les suicides, concluent que 15% des auteurs d'homicides-suicides sont positifs contre 19% pour les hommes décédés par suicide.

Eliason (2009) (53) mentionne un contexte fréquent de dépression avec absence ou faibles posologies d'antidépresseurs, chez les auteurs d'homicides-suicides et les victimes de suicides.

- Similarités entre les trois phénomènes

La majoration de la charge émotionnelle au décours de consommations de substances psychoactives est retrouvée dans tous les types de passages à l'acte, favorisant ainsi leur mise à exécution (Eliason, 2009) (53).

Le même auteur précise que le moyen utilisé le plus fréquent est l'arme à feu avec une plus grande représentation dans les homicides-suicides selon la plupart des études.

- Points de dissemblances

- Distinction de l'homicide-suicide par rapport aux deux autres phénomènes

West (1965) (63) (59) et plus récemment Caman et Sturup (2015) (56) confèrent un caractère domestique et intime aux homicides-suicides. Stack (1997) (86) souligne en outre que l'homicide est d'autant plus suivi de suicide que la relation entre l'auteur et la victime est proche.

Par ailleurs, le nombre de victimes serait plus important et l'usage des armes à feu plus fréquent dans les homicides-suicides (Liem, 2010-2011) (61) (58), en particulier dans les phénomènes domestiques (Panczak et al., 2013) (83).

- Divergences entre l'homicide-suicide et l'homicide simple

Carcach et Grabosky (1998) (87) comparent ces deux événements en Australie et retrouvent que les homicides-suicides augmentent quand l'auteur et la victime sont Caucasiens et que l'homicide est exécuté par arme à feu. Une étude réalisée aux Pays-Bas confirme ces données (Liem et al., 2009) (88).

Les auteurs d'homicides conjugaux sont pour moitié des femmes tandis qu'elles commettent très rarement des homicides-suicides conjugaux (Marzuk et al., 1992) (65). Les auteurs masculins d'homicides-suicides sont plus âgés que ceux des homicides simples (Marzuk et al., 1992 (65) ; Friedman et al., 2005 (89)).

Selon Liem (61) (58), les homicides-suicides impliquent davantage de femmes et d'enfants victimes que les homicides simples et l'utilisation de l'arme à feu est également plus fréquente.

Eliason (2009) (53) retrouve une consommation de substances psychoactives moins représentée dans les homicides-suicides que dans les homicides. Panczak et al. (2013) (83) ajoutent que les antécédents de violences domestiques et l'absence d'activité professionnelle sont plus prégnants chez les auteurs d'homicides simples, les auteurs d'homicides-suicides sont quant à eux davantage mariés ou récemment séparés.

Enfin, la dépression est prépondérante dans les phénomènes d'homicides-suicides, contrairement aux homicides simples (Rosenbaum et al., 1990) (90).

➤ *Divergences entre l'homicide-suicide et le suicide simple*

Selkin (1976) (91) (59) compare treize cas de chaque phénomène et ne retrouve aucun sujet vieillissant, en perte d'autonomie ou malade chez les auteurs d'homicides-suicides. Selon lui, les individus qui se suicident ressemblent peu aux auteurs d'homicides-suicides, ce que souligne également Berman (1979) (84).

Malphurs et Cohen (2001-2005) (53) (77) (80) (92) établissent que chez les couples de personnes âgées, devenir le conjoint aidant favorise la survenue d'un homicide-suicide comparativement aux suicides simples.

Par ailleurs, Liem et al. (2011) (58) identifient une plus forte représentation des armes à feu dans les suicides faisant suite à un homicide que dans les suicides simples.

Panczak et al. (2013) (83) précisent que les antécédents de tentatives de suicide sont moins fréquents chez les auteurs d'homicides-suicides que chez les personnes qui se suicident.

➤ *Divergences entre les trois phénomènes : l'apport des études bilatérales*

La comparaison simultanée entre les trois événements retrouve que les victimes de suicides ont plus tendance à être Caucasiennes que les auteurs d'homicides-suicides et ceux d'homicides simples (Logan et al., 2008) (93) (59).

D'après la même étude, les auteurs d'homicides simples sont plus jeunes que ceux d'homicides-suicides. Les suicides simples retrouvent des sujets plus âgés (Liem, 2009) (59).

Flynn et al. (2009) (94) constatent que les auteurs d'homicides-suicides avaient moins été en contact avec des structures spécialisées en santé mentale que les sujets concernés par des homicides ou suicides simples.

Eliason (2009) (53) souligne que la représentation masculine quasi-exclusive des auteurs d'homicides-suicides est moins importante dans les deux autres phénomènes.

Par souci de clarté, les différents résultats ont été reportés dans un tableau récapitulatif et comparatif.

Tableau 3. Comparatif des homicides-suicides, homicides simples et suicides.

	Homicides-suicides	Homicides simples	Suicides
Âge auteur	++	+	+++
Sexe auteur	Hommes +++	Hommes/Femmes	Hommes +
Violences conjugales	+++	+	+
Alcool/Toxiques	+	+++	+
Dépression	+++	+	+++
Moyens utilisés	Arme à feu en majorité	Variés	Variés
Relation auteur-victime	Mariés +++	Mariés +	-
Séparation récente	+++	+	+
Antécédents suicidaires	+	+	+++

D'après Liem (2009) (59), les différentes données issues de la littérature ne montrent pas aisément d'équivalences entre les homicides-suicides et les suicides ou homicides simples.

Eliason (2009) (53) conclue que certains auteurs envisagent le meurtre comme un dommage collatéral du suicide (le suicidant ne pouvant se résoudre à se supprimer seul), tandis que pour d'autres, l'homicide-suicide est un acte distinct, présentant des caractéristiques propres.

Ces propriétés lui confèrent une complexité et induisent l'élaboration de classifications par les auteurs.

f- Classification des homicides-suicides

En 1979, Berman (84) est le premier à proposer une classification de l'homicide-suicide dans laquelle il intègre les pactes suicidaires et les actes terroristes suicidaires. Le modèle étiologique de Wallace en 1986 (95) est quant à lui basé sur l'altruisme, le motif, le conflit ou le trouble mental (59).

En 1992, Marzuk et al. initient la première classification fondée sur la relation entre l'auteur et la victime : l'homicide-suicide conjugal, le familicide-suicide, le filicide-suicide et l'homicide-suicide extrafamilial (53) (59) (65).

En 1994, Hanzlick et Koponen (96) adoptent cette typologie tout en déclinant les variables sociodémographiques, les caractéristiques de l'évènement et les potentiels facteurs précipitants identifiés (44).

L'approche de Felthous et Hempel en 1995 (67), repose sur une adaptation psychopathologique de la classification de Marzuk et al.

En 1997, Palermo et al. (76) distinguent trois formes d'homicides-suicides : l'acte autodestructeur (en dehors de la colère ou de la paranoïa), l'acte guidé par la peur d'être arrêté, l'acte perpétré par un kamikaze.

Plus récemment en 2007, Harper and Voigt (97) établissent un modèle constitué des catégories suivantes :

- violences létales domestiques ou intimes associées au suicide ;
- meurtre par pitié suivi de suicide ;
- meurtre public à la chaîne suivi de suicide ;
- homicide-suicide par accident.

In fine, la classification de Marzuk et al. est fréquemment utilisée dans les études relatives à l'homicide-suicide (Liem et al., 2009-2011 (59) (60) (62) ; Eliason, 2009 (53) ; Regoeczi et al., 2018 (57) ; Morali et Baratta, 2012 (54)).

C'est également celle que nous privilégierons pour exposer les résultats suivants.

VI - HOMICIDES-SUICIDES CONJUGAUX

1 - Caractéristiques communes

a - Généralités

Les études parlent communément du meurtre du partenaire intime. Étymologiquement, le mot « uxoricide » ne s'appliquerait qu'aux épouses. Certains auteurs utilisent le terme « féminicide », moins circonscrit puisqu'il s'agit du meurtre d'une femme (Liem, 2010) (60). Enfin, l'homicide-suicide conjugal insiste sur le caractère intime de la relation puisqu'il désigne le conjoint ou ex-conjoint.

Généralement, les auteurs d'uxoricides présentent une symptomatologie dépressive avec idéation suicidaire lors des faits et tentent de se suicider après le meurtre. En outre, le suicide est plus fréquent suite à un uxoricide qu'un autre homicide (Cechova-Vayleux, 2013) (98).

Pour la plupart des auteurs, le meurtre du partenaire intime, en plus d'être l'homicide domestique le plus courant, fait partie des homicides-suicides les plus répandus (Liem, 2009 (59) ; Barber et al., 2008 (85) ; Bossarte et al., 2006 (78) ; Comstock et al., 2005 (99) ; Malphurs et Cohen, 2002 (80) ; Marzuk et al., 1992 (65) ; Saleva et al., 2007 (100)).

Les phénomènes conjugaux représentent 61% de la totalité des homicides-suicides selon Regoeczi et al. 2018 (57).

En outre, des conflits conjugaux préexistants sont identifiés dans près de la moitié des cas d'homicides-suicides (Morali et Baratta, 2012 (54) ; Carcach et Grabosky, 1998 (87)).

Plus de la moitié des jeunes couples impliqués dans des meurtres-suicides étaient séparés (Cohen et al., 1998) (101) (53).

D'une étude à l'autre, la proportion des hommes ayant recours au suicide après avoir tué leur conjointe est variable : 30,6% (Bossarte et al., 2006) (78), 24,8% (Sierra Smucker et al., 2018) (102), 59% (Barber et al., 2008) (85) et 54% (Pereira et Santos, 2010) (103).

b - Caractéristiques de l'auteur

L'auteur des homicides-suicides conjugaux est presque exclusivement un homme (Liem, 2009) (59). Les femmes se suicident rarement après le meurtre de leur partenaire (Bourget et al., 2000 (59) ; Dawson, 2005 (59) ; Hanzlick et Koponen, 1994 (96) ; Harper et Voigt, 2007 (97) ; Stack, 1997 (86)). Les auteurs souffrent majoritairement de dépression (Liem, 2009 (59) ; Rosenbaum, 1990 (90)) parfois associée à des traits de personnalité dépendante (Liem et Roberts, 2009 (104) ; Liem, Hengeveld et al., 2009 ; Liem, Postulart et al., 2009 (88)).

L'étude sud-africaine de Mathews en 2008 (105), porte sur l'uxoricide-suicide et sa comparaison à l'uxoricide simple. Ainsi, le profil type de l'auteur d'uxoricide-suicide est celui d'un homme africain plus âgé que sa victime mais dont l'âge médian est de 30 ans, employé dans le milieu de la sécurité et possédant une arme légale au domicile.

c - Caractéristiques de la victime

Elle est principalement de sexe féminin (Liem, 2009) (59).

Il s'agit d'une victime unique dans 71% des cas, les 29% restants désignent des doubles homicides impliquant des enfants ou des jeunes adultes (Pereira et Santos, 2010) (103).

En Afrique du Sud, Mathews (2008) établit que la victime est généralement une femme africaine plus jeune que l'auteur mais dont l'âge médian est de 26 ans, occupant un emploi libéral (105).

d - Caractéristiques de l'événement

Le meurtre résulte le plus souvent d'une blessure unique par balle (Mathews, 2008) (105).

Flynn (2013) (75) souligne qu'une relation intime favoriserait l'usage d'objets pointus et l'implication d'un contact physique, en étranglant ou poignardant la victime.

Eliason (2009) (53) aborde les contextes de séparation ou divorce du couple :

- 31% des couples concernés occupaient alors le même foyer (Campanelli et Gilson, 2002) (79) ;
- 31,7% avaient finalisé leur divorce ou séparation (Palermo et al., 1997) (76) ;
- 30,1% étaient en instance de divorce ou d'éloignement (Comstock et al., 2005) (99).

e - Comparaison avec les homicides conjugaux

Mathews (2008) a spécifiquement examiné les données relatives aux uxoricides simples permettant de dégager certaines dissemblances ou similarités par rapport aux uxoricides-suicides.

D'autres publications ont comparé les homicides-suicides conjugaux aux homicides conjugaux.

- Comparaison entre les victimes

Les victimes d'uxoricides-suicides sont généralement plus jeunes, elles n'exercent pas la même activité professionnelle (elles occupent majoritairement un emploi libéral) que les victimes d'uxoricides (travaillant en milieu ouvrier) (105).

- Comparaison entre les auteurs

La détention légale d'une arme à feu au domicile est nettement moins fréquente dans les cas d'uxoricides simples. Les activités professionnelles diffèrent comme en témoigne une plus forte proportion d'ouvriers chez les auteurs d'uxoricides simples (105).

Les auteurs d'uxoricides seraient également plus jeunes que ceux qui se suicident (Belfrage et Rying, 2004 ; Lund et Smorodinsky, 2001) (105).

Les hommes qui avaient tué un partenaire sexuel et ceux qui avaient tenté de se suicider avaient des taux plus faibles de métabolites de la sérotonine (le 5-HIAA dans le liquide céphalo-rachidien) que les témoins (Lidberg et al., 1985) (106).

- Comparaison entre les événements

Les victimes d'uxoricides sont essentiellement décédées de lésions multiples suite à des coups répétés (105).

Selon la même étude, la survenue d'une séparation (à l'initiative de la victime) est significativement plus fréquente dans les cas d'uxoricides-suicides ($p = 0,03$) que dans les uxoricides simples.

La plupart des auteurs attribuent aux uxoricides-suicides une composante préméditée, en opposition aux uxoricides simples, davantage impulsifs (Cavan, 1928 ; Liem, 2010) (60). En outre, elle semble d'autant plus marquée suite à la verbalisation de menaces suicidaires (Koziol-McLain et al., 2006) (107). Certains auteurs qualifient d'ailleurs la plupart des uxoricides d'assassinats, qu'ils soient suivis ou non de suicide (Cechova-Vayleux, 2013) (98).

f - Facteurs favorisants

Selon Smucker et al. (2018) (102), un homicide conjugal masculin avec usage d'armes à feu est suivi de suicide dans 46,4% des cas. Ce moyen utilisé pour le meurtre semble favoriser la survenue d'un suicide (majoration de l'*odds ratio* d'un facteur 9,6).

D'après la même étude, lorsque les auteurs sont mariés à la victime, ils sont plus enclins à se suicider après l'homicide.

La majorité des conjoints sont concernés par un parcours de violences conjugales : de 54% (Campanelli et al., 2002) (53) (79) à 61,5% (Regoezci et al., 2018) (57). Cette notion est retrouvée dans bon nombre d'études (Liem, 2009 (59) ; Harper et Voigt, 2007 (97) ; Malphurs et Cohen, 2005 (77) ; Palermo, 1994 (108) ; Rosenbaum, 1990 (90) ; Stack, 1997 (86)).

Les résultats de l'étude de Dawson (2005) montrent que les auteurs motivés par la jalousie, la mauvaise santé et d'autres contraintes de la vie sont plus susceptibles de se suicider après le meurtre de leur conjoint (59).

Après un uxoricide, la probabilité de survenue d'un suicide est plus importante si l'auteur est blanc, s'il exerce une profession libérale ou est salarié plutôt qu'ouvrier et s'il détient légalement une arme à feu (Mathews, 2008) (105).

Par ailleurs, la victime d'uxoricide-suicide est plus jeune que son agresseur et le suicide survient d'autant moins que l'âge de la victime augmente (105).

Le facteur commun contributif retrouvé dans la majeure partie des études est l'éloignement (Eliason, 2009) (53). Le cofacteur précipitant est la séparation ou la demande de divorce dans 48 à 73% des cas (Hannah et al., 1998) (109).

La classification de Marzuk et al. (1992) (65) distingue deux sous-types d'homicides-suicides conjugaux, basés sur les motivations.

L'étude belge de De Koning et al. (2014) (73) sépare les homicides-suicides conjugaux selon deux tranches d'âge. Ainsi, ils identifient un groupe d'auteurs de moins de 55 ans dont la motivation première est la jalousie à 80% avec un fond dépressif peu représenté. Le moyen utilisé est l'arme à feu pour les deux passages à l'acte. La consommation d'alcool s'élève à 30% et est absente chez les victimes. Chez les auteurs de plus de 55 ans, un contexte de dépression associée à des problématiques financières ou de santé (notamment chez la victime) est prépondérant. Les auteurs soulignent l'hétérogénéité des moyens utilisés (y compris d'un acte à l'autre), comme en témoigne une forte représentation des asphyxies et des consommations de substances psychoactives (alcool à 27%, hypnotiques, barbituriques) chez l'auteur et la victime (73).

2 - Homicide-suicide conjugal altruiste

a - Généralités

Il s'agit du sous-type le moins fréquent : 25% des homicides-suicides selon Malphurs et Cohen (2002) (80) (54). Lorsque l'agresseur est âgé de plus de 55 ans, la victime est l'épouse ou la conjointe dans 77% des cas (contre 57% des cas lorsque l'agresseur est âgé de moins de 55 ans).

En outre, les auteurs sont plus âgés dans ce sous-type (Eliason, 2009) (53).

La majorité des homicides-suicides impliquant des conjoints malades sont perpétrés par des hommes plus âgés dont les problèmes psychiatriques comprennent la dépression et une consommation d'alcool (60), (73). Elle s'élève à 15%, ce qui équivaut au pourcentage retrouvé dans les suicides seuls (Cohen et al., 1998) (101).

D'après les autopsies effectuées, aucun de ces auteurs n'a été testé positif aux antidépresseurs ou aux antipsychotiques (60) (77) (101). Certaines recherches toxicologiques *post-mortem* ont néanmoins détecté la présence de benzodiazépines ou de barbituriques (73) (77) (101).

Malphurs et Cohen (2005) (54) (77) retrouvent l'utilisation de l'arme à feu dans 100% des homicides-suicides des sujets âgés.

En outre, il s'avère que les hommes âgés suicidaires représentent un danger pour leur partenaire (Salari, 2007 (110) ; Eliason, 2009 (53)).

Des antécédents de violences conjugales infligées sont retrouvés chez 25% des auteurs les plus âgés d'homicides-suicides conjugaux et dans 5% des suicides simples (Cheung et al., 2015 (111) ; Malphurs et Cohen, 2005 (77)). L'usage des menaces, du contrôle et de la violence au sein du couple est objectivé dans 12% des homicides et suicides entre partenaires intimes âgés (110).

Cohen et al. (1998) (101) indiquent que le risque d'uxoricide-suicide dans ce groupe est particulièrement élevé lorsqu'après un long mariage, la santé de l'un ou des deux se détériore au point que cela entraîne une hospitalisation ou une institutionnalisation imminente. On repère d'autres éléments contributifs tels que l'isolement social (60) et/ou le stress financier (Milroy, 1995) (66) (112).

Deux facteurs essentiels le distinguent du second sous-type (Morali et Baratta, 2012) (54) :

- la notion de maladie ou de handicap sévère de l'un ou des deux conjoints ;
- l'absence de conflit entre eux.

b - Comparaison avec le pacte suicidaire

Les motivations altruistes de ces passages à l'acte peuvent prendre la forme de « pactes suicidaires » (Morali et Baratta, 2012 (54) ; Liem, 2010 (60) ; Bell et al., 2010 (113) ; Le Bihan et Bénézech, 2006 (114)).

Cohen (1961) a défini un pacte suicidaire comme « *un arrangement mutuel entre deux personnes qui décident de mourir en même temps et, presque toujours, dans le même endroit* » (60).

Les études occidentales dans leur majorité, concluent que les pactes suicidaires représentent 0,6 à 2,5% de la totalité des suicides (114).

Plus précisément, ces taux varient de 0,28 (Cohen, 1961) à 2,5% (Brown et al., 1995) en Angleterre et au Pays de Galles et de 0,36 à 3,09% (Copeland, 1985) aux États-Unis (60).

West (1965) fut l'un des premiers à souligner que le pacte suicidaire était difficilement distinguable d'un homicide-suicide voire d'un accident (60). De plus récentes études soutiennent cette affirmation, soulignant que dans un cas, une personne est incitée à se joindre au suicide alors que le pacte consiste en la coopération de deux volontaires (Fishbain, 1985 ; Hemphill et Thornley, 1969 ; Rosenbaum, 1983, 1990 ; Young et al., 1984) (60). Jensen et al. (2009) (115) après examen des différences entre l'homicide-suicide et le pacte suicidaire, constatent que les méthodes sont beaucoup moins violentes dans le pacte suicidaire et que les victimes ont généralement une maladie chronique affaiblissante. Certains chercheurs ont qualifié les homicides-suicides de conjoints malades « Miséricordes », car l'intention déclarée est de mettre fin à la souffrance perçue (Marzuk et al., 1992) (65).

Enfin, si les homicides-suicides sont considérés comme un événement rare, les pactes suicidaires le sont encore plus (Lecomte et Fornes, 1998) (43).

3 - Homicide-suicide conjugal par jalousie

Les études concluent dans leur majorité que les auteurs sont presque exclusivement des hommes utilisant une arme à feu (60) et sont plus jeunes que dans les homicides-suicides altruistes (53).

La jalousie morbide et l'idéation paranoïaque fréquemment accompagnées de dépression forme un cadre nosographique récurrent dans les cas d'homicides-suicides entre partenaires intimes (60) (66) (67) (90) (112).

Néanmoins, « *ce type d'homicide-suicide est volontiers qualifié de possessif par la plupart des auteurs* » soulignant la prégnance de la dépendance affective et d'une importante possessivité entre conjoints (Morali et Baratta, 2012) (54). La même étude fait également part des liens profonds existant entre la violence au sein d'un couple et les passages à l'acte de ce type.

Koziol et al. (2006) soulignent qu'au sein de ce type de relation, c'est la forme « féminicide-suicide » qui est majoritaire, c'est-à-dire le fait pour un homme de tuer son ex-épouse, conjointe ou petite-amie, avant de se donner la mort (107).

Deux types de facteurs spécifiques au féminicide-suicide émanent de plusieurs études (Morali et Baratta, 2012 (54) ; Koziol et al., 2006 (107) ; Marzuk et al., 1992 (65)) :

- les antécédents suicidaires ou de menaces suicidaires de l'agresseur (dans un contexte dépressif en particulier) ;
- le fait pour une victime d'avoir été mariée à son agresseur.

Au sujet des homicides-suicides conjugaux, certains auteurs considèrent que le mis en cause est en proie à des idées suicidaires avec planification, alors que d'autres envisagent que le suicide résulte du remords de l'homicide initial (Berman, 1979 ; Gutmacher, 1960 ; Henry et Short, 1954 ; Lester et Lester, 1975 ; Stack, 1997) (62).

La classification homicides-suicides conjugaux selon l'âge des auteurs révèle qu'au carrefour des caractéristiques sociodémographiques, des motivations et des circonstances inhérentes à l'événement, les plus jeunes auteurs sont avant tout guidés par une intention meurtrière avec préméditation, et les sujets âgés par un projet qui est préférentiellement suicidaire. Les agresseurs d'âge moyen présentent quant à eux des intentionnalités mixtes (Salari et Sillito, 2015 (116) ; De Koning et al., 2014 (73)).

En ce sens, l'uxoricide peut être qualifié d'assassinat, ce qui renforce également l'opposition entre les deux sous-types d'homicides-suicides conjugaux issus de Marzuk et al. (1992) (65).

Nous proposons un recueil de ces dissemblances dans le tableau 4 ci-dessous, d'après les données précédentes.

Tableau 4. Comparaison des sous-types d'homicides-suicides conjugaux.

	Homicide-suicide par jalousie	Homicide-suicide par altruisme
Âge et sexe auteur	Homme < 55 ans	Homme > 55 ans
Moyens utilisés	<ul style="list-style-type: none"> - Arme à feu - Strangulation/pendaison - Objets pointus 	Arme à feu
Consommation de substances psychoactives	Peu	<ul style="list-style-type: none"> - Alcool (15-30 %) - Benzodiazépines
Dépression	Oui	Oui
Statut marital	Marié mais éloignement	Marié
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Conflits conjugaux - Séparation récente voire finalisée - Antécédents de violences conjugales - Accès aux armes à feu 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de conflits - Maladie grave ou perte d'autonomie (1-2 conjoints) - Mari proche aidant - Isolement social - Stress financier - Accès aux armes à feu

Au total, deux profils d'auteurs d'homicides-suicides conjugaux semblent s'individualiser (Eliason, 2009) (53) :

- Un homme d'âge moyen, récemment séparé, déprimé et ayant accès aux armes à feu.
- Un homme âgé, déprimé et/ou souffrant d'une affection récente, ayant accès aux armes à feu et se trouvant en position de proche aidant pour son épouse, malade ou en perte d'autonomie.

VII - FAMILICIDES-SUICIDES

D'après les données précédentes, les victimes d'homicides-suicides sont majoritairement des femmes. Elles sont suivies des enfants de l'auteur, avec un taux s'élevant à 30% selon Flynn (2013) (75).

Il peut alors s'agir de filicides-suicides paternels mais plusieurs études soulignent que ces pères ayant tué leurs enfants ont majoritairement tenté d'assassiner leur épouse : de 66% (Friedman et al., 2005) (89) à 100% (Byard et al., 1999) (117). Ces passages à l'acte dénommés familicides-suicides représentent 2% des homicides-suicides ce qui en fait un phénomène très rare (75). En outre, ils appartiennent à la catégorie des homicides-suicides à victimes multiples (Liem, 2012 (118) ; Chocard et Juan, 2002 (18) ; Saleva et al., 2007 (100) et Estano et al., 2017 (119)). Une étude de Paris et sa banlieue le place néanmoins en type majoritaire (Lecomte et Fornes, 1998) (43).

La plupart des études concluent que les auteurs de familicides-suicides sont exclusivement masculins et souffrent de dépression pour la moitié d'entre eux (75). Ce type de passage à l'acte se révèle très rarement féminin.

L'auteur est généralement Caucasiens, d'âge moyen et utilise préférentiellement sa propre arme à feu dans 70% des cas (100) et ce au sein du domicile familial (118).

Certains ajoutent que la dépression peut être volontiers associée à des traits paranoïaques et une consommation éthylique (18), dans près de 50% des cas selon Saleva et al. (2007) (100).

L'existence d'un trouble de la personnalité pathologique semble distinguer les auteurs de familicides-suicides des auteurs de familicides simples (118).

Leur comparaison avec les homicides-suicides conjugaux est également intéressante puisque certaines motivations présentent des similitudes : dans un contexte de conflits conjugaux, la colère ciblée envers la conjointe ou l'ex-conjointe génère une perte de contrôle (65) (118) (119). Néanmoins, d'autres travaux justifient le passage à l'acte par un contexte de dettes ou de licenciement ne permettant plus d'assurer les besoins de la famille (Palermo, 1997 (76) ; Ewing, 1997 (120)).

Cette dualité motivationnelle a fait l'objet d'une classification par Frazier en 1975 (118) (119).

Il s'agit de deux sous-types basés sur le processus intentionnel que nous développerons dans la discussion : « *suicide by proxy* » et « *murder by proxy* ».

Par ailleurs, il apparaît que les auteurs de familicides-suicides ont moins d'antécédents judiciaires et davantage de ressources financières que les auteurs d'homicides-suicides conjugaux (Liem, 2012 (118) ; Websdale, 1999 (121)).

En outre, Flynn (2013) (75) mentionne que les familicides-suicides sont fréquemment prémédités, planifiés et entrepris de manière méthodique et méticuleuse. Il s'agit donc très rarement d'actes spontanés irrationnels.

Le familicide-suicide semble au carrefour des actes uxoricides-suicides et filicides-suicides.

Bien que les différents agresseurs présentent des similitudes, la détermination de leurs caractéristiques sociodémographiques confère au familicide-suicide un caractère singulier (Liem et Koenraadt, 2008) (122).

Tableau 5. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des auteurs d'homicides-suicides familiaux (Liem et Koenraadt, 2008) (122).

	Filicide-suicide	Familicide-suicide	Uxoricide-suicide
Mariage	-	+++	++
Âge	++	+++	-
Sexe masculin	++	+++	-
Niveau d'instruction	++	+++	-
Violences associées	<	<	<
Troubles de la personnalité	-	+++	++
Suicide	-	+++	++

VIII - FILICIDES-SUICIDES

1 - Généralités et comparaison avec les filicides simples

Le filicide-suicide est le type d'homicide-suicide le plus représenté après les phénomènes conjugaux (59) (65) (80) (86) (97) (123).

En outre, 98% des homicides-suicides impliquant des enfants sont perpétrés par leurs parents et sont propulsés par les conflits conjugaux, une pathologie mentale et/ou des problématiques judiciaires (Holland et al., 2018) (124).

Les résultats sont contrastés au sujet du sexe des auteurs. Certaines études font état d'une parité, d'autres d'une prédominance masculine ou féminine (Liem, 2009) (59).

La dépression associée ou non à un trouble psychotique est majoritairement retrouvée (42) (59) (62) (125) et ce dans 57% des cas (Eliason, 2009) (53).

La maladie mentale est de surcroît bien plus représentée que dans les homicides-suicides conjugaux (Logan, 2008) (75). Les troubles psychotiques sont présents dans 15% (89) à 30% des cas (75).

En outre, la présence d'antécédents psychiatriques est mise en évidence dans 80% des cas (53) (59) (80) avec 30% de tentatives de suicide antérieures (Flynn, 2013) (75).

D'après plusieurs études, les consommations de substances psychoactives anciennes ou en lien avec le passage à l'acte s'élèvent à 30% d'alcool (117) et 10% de toxiques (53) (89).

Les auteurs occupent fréquemment un emploi et sont en moyenne âgés de 41 ans (75).

Les maltraitances antérieures sont plus fréquentes dans les filicides simples (53).

Il apparaît que, en comparaison aux beaux-parents, les parents biologiques ayant tué leurs enfants, sont davantage susceptibles d'adopter un comportement suicidaire (59).

D'après la même revue, les auteurs de filicides-suicides et leurs victimes sont plus âgés que ceux des filicides simples (59) (125).

Les moyens utilisés, bien qu'hétérogènes sont généralement similaires pour l'homicide et le suicide (Dettling et al., 2003) (126). Ainsi, l'arme à feu est employée dans 73% des cas (53), (89) tandis que Flynn (2013) (75) fait état d'une prédominance des méthodes d'asphyxie par strangulation et pendaison. Ces événements sont par ailleurs souvent prémédités (124) et Flynn (2013) (75) mentionne la présence d'une lettre de suicide dans 50% des cas.

De ces études émanent trois principales motivations :

- L'altruisme dans un contexte de tableau mélancoliforme
Le filicide s'inscrit alors dans un phénomène de « suicide élargi », le parent supposant que personne d'autre n'est en mesure de s'occuper de son enfant après sa mort (127).
- L'angoisse de protection

L'agresseur, au décours d'un accès psychotique, a la conviction délirante que l'enfant souffre d'une malformation ou d'une maladie grave non encore diagnostiquée (118).

- La vengeance et la jalousie

Dans un contexte de séparation avec tableau de dépression, fréquemment associée à des traits de personnalité pathologique, certains auteurs soulignent d'ailleurs qu'un enfant peut être en danger dès lors que la cible initiale est l'ex-conjoint (Okumura et Kraus, 1996) (127).

En outre, la dimension autodestructrice est fréquemment retrouvée (59).

Ces résultats sont en cohérence avec la classification des filicides établie par Resnick (1969) (16) et se trouvent appariés au sexe de l'agresseur. Ainsi, les deux premières motivations sont plutôt maternelles tandis que la troisième implique davantage les pères.

La littérature sur le filicide-suicide montre que les facteurs clés associés à ce type d'homicide-suicide diffèrent selon le sexe de l'agresseur (Léveillé, Marleau et Dube, 2007) (75).

En outre, la distinction peut également s'établir selon l'âge de l'enfant.

2 - Filicides-suicides féminins

Le filicide féminin est le plus souvent associé à une maladie mentale telle que la dépression postnatale et motivé par l'altruisme, perçu ou réel (89) (125).

Différentes études retrouvent néanmoins que les troubles psychotiques sont davantage représentés dans les filicides-suicides maternels (75).

Selon Liem (2009) (59), ces mères tendent à employer des moyens létaux non violents tels que l'empoisonnement alors que Friedman et al. (2008) (125) caractérisent le filicide-suicide maternel par l'utilisation prépondérante d'armes à feu pour les deux actes. Le suicide se révèle être rare lorsqu'une mère tue un enfant de moins d'un an (Felthous et Hempel, 1995) (67), les victimes d'homicides-suicides étant généralement âgés de 3 à 6 ans (Friedman et al., 2008) (125). En outre, le néonaticide-suicide (nouveau-né non viable) et l'infanticide-suicide (nouveau-né viable) sont principalement perpétrés par les mères.

Elles présentent des antécédents judiciaires pour 10% d'entre elles, ont une activité professionnelle et se sont montrées maltraitantes dans 30% des cas (Friedman et al., 2005) (89) (53).

D'après Lewis et Bunce (2003) (59), les femmes psychotiques sont plus susceptibles de tuer plusieurs victimes et de tenter de se suicider au moment de l'infraction que celles qui ne le sont pas.

Néanmoins, celles souffrant de dépression planifient davantage le passage à l'acte, en opposition à celles atteintes de troubles psychotiques dont le suicide n'est pas nécessairement recherché ou accompli (Friedman et al., 2008) (125).

3 - Filicides-suicides masculins

Les hommes auteurs sont plus âgés, deux fois plus représentés que les mères et le filicide-suicide masculin tend à impliquer des enfants plus grands (Friedman et al., 2005) (53) (89).

D'après la même revue de la littérature, 25% des pères présentent un parcours délinquant, 15% ont été maltraitants et 90% d'entre eux exercent une activité professionnelle.

La rupture des relations, la séparation, le divorce et les comportements autodestructeurs contextualisent le filicide masculin. Il est ainsi fréquemment motivé par la vengeance, comme peut l'illustrer le Syndrome de Médée (Flynn, 2013 (75) ; Nahmani, 2016 (128)).

Enfin, la préméditation, prépondérante dans les actes de filicides-suicides, est davantage représentée dans le sous-type masculin (75).

Comme pour le filicide-suicide maternel, en cas de trouble psychotique, l'acte suicidaire semble survenir plus promptement avec le risque d'accroître le nombre de victimes.

IX - AUTRES HOMICIDES-SUICIDES FAMILIAUX

Selon Liem (2009) (59), il existe d'autres homicides-suicides familiaux plus rarement cités car le suicide est inconstant. Il s'agit de l'homicide de ses parents, de sa fratrie ou d'autres membres de la famille.

Au sujet d'un cas fratricide-suicide, le meurtre a été considéré comme une forme de jalousie d'un statut privilégié, le plus jeune frère ne pouvant obtenir les mêmes reconnaissances que son frère aîné (73).

Toutefois, dans la plupart des fratricides, les différends relatifs à la propriété et à l'argent se traduisent par des meurtres-suicides (73).

X - HOMICIDES-SUICIDES EXTRAFAMILIAUX

Les homicides-suicides extrafamiliaux les plus fréquents, bien que moins médiatisés, ne s'inscrivent pas dans un meurtre de masse mais plutôt dans des événements touchant le voisinage, l'entourage amical ou les colocataires (Liem, 2009) (59).

1 - Tueries de masse-suicide

a - Généralités

Les études, essentiellement américaines, retrouvent des incidences faibles malgré une médiatisation importante (59).

Les meurtres de masse se soldent généralement par le décès de l'auteur, majoritairement par son suicide : 41% selon Sanchez (2018) (129).

Historiquement, de nombreuses classifications ont été établies selon la relation auteur-victime (Douglas ; Kelleher), le profil du meurtrier (Dietz, 1986 ; Holmes et Holmes, 1992), le type de victime (Kelleher ; Muller), les motivations de l'agresseur (Muller ; Petee ; Levin et Fox) ou encore le type de crime (Petee). D'autres auteurs ont élaboré des classifications circonscrites aux adolescents (Meloy et Hempel, 2001 (130) ; Mc Gee et De Bernardo). Elles sont détaillées en annexes.

D'après Liem et Oberwittler (2011) (62), aux États-Unis, les fusillades lycéennes ont clairement augmenté au cours des années 90 puis diminué dès le début des années 2000 (Newman et Fox, 2009) (131). À l'inverse, les tueries de masse universitaires sont devenues beaucoup plus fréquentes et meurtrières après 2000.

Les études réalisées en Europe montrent clairement que les homicides-suicides de masse sur les lieux de travail ou publics sont assez stables contrairement aux fusillades scolaires qui connaissent un accroissement depuis 2000. Cette diffusion des fusillades scolaires, jusqu'à présent circonscrite à la Finlande et à l'Allemagne, semble associée à un processus d'imitation. Pour exemple, le massacre de Columbine, a fourni aux adolescents sensibles un « script culturel » pour exprimer leurs rancunes (131). Ce script n'était pas accessible auparavant mais semble désormais impossible à éradiquer des médias de masse et d'Internet. Newman et al. (2004) (132) ont identifié de sévères problèmes psychologiques et un comportement social marginalisé en tant que facteurs de risque importants. Les délinquants souffrent souvent de troubles de la personnalité narcissique, les rendant extrêmement vulnérables au rejet perçu (Wike et Fraser, 2009) (133). Ils ressentent colère et haine envers leurs pairs et les enseignants. Le souhait de se suicider ainsi que l'attente d'une renommée posthume constituent des motivations importantes pour les massacres de masse (Meloy et al., 2004) (134).

b - Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des tueurs de masse adultes

Deux études présentées par Auxéméry (2011) (135) ont été privilégiées puisqu'elles concernent des tueries de masse américaines (Hempel et al.) mais aussi des événements en dehors des États-Unis (Cantor et al.).

Pour les auteurs, les agresseurs sont principalement des hommes d'âge moyen (de 19 à 43 ans selon Cantor et al.), célibataires ou séparés, présentant dans plus de 50% des cas un tableau de dépression et d'idées de persécution avec une personnalité structurée par des traits schizoïdes, obsessionnels antisociaux, paranoïaques et/ou narcissiques. Ce cadre nosographique est confirmé dans la plupart des études comme celle de Declercq et Audenaert (2011) (136).

D'après Cantor et al., plutôt qu'une tristesse pathologique dépressive, les meurtriers nourrissent un ressentiment grandissant envers la société, l'accusant volontiers de leurs échecs (135).

Une fascination pour les armes à feu ainsi qu'une identification à un crime de masse antérieur médiatisé, constituent un contexte favorable à un basculement précipité la perte d'objet (séparation, licenciement). Le projet meurtrier est longuement fantasmé et le suicide est assez fréquent et également préparé.

Selon Cantor al., la majorité des victimes de la fusillade sont inconnues du tueur mais dans certains cas, il s'agit de personnes ciblées, en particulier dans le milieu professionnel (135).

Parmi les classifications inhérentes aux adultes, on retrouve la typologie du tueur de masse, établie par Hempel (135) et qui restitue les caractéristiques sociodémographiques de ces individus :

- homme de moins de 40 ans ;
- isolement sur le plan social ;
- sans emploi ;
- tableau clinique de dépression et d'idées de persécution ;
- trouble grave de la personnalité sous-jacent (schizoïde, narcissique, antisociale) ;
- consommation de substances psychoactives ;
- fascination par les armes à feu ;
- antécédents de maltraitance à l'école ou au sein de son foyer.

c - Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des tueurs de masse adolescents

Différentes études portent sur ce sujet (130) (135) (137) (138) et décrivent le profil suivant :

- les meurtriers sont de sexe masculin (135) (137) ;
- de race blanche, issus de la classe moyenne, résidant à la campagne ou en zone périurbaine (Mc Gee et de Bernardo) (135) ;
- d'environ 17 ans (Hempel) (135) ;
- agissant seul (Hempel (135) ; Vossekuil et al., 2004 (138)) ;
- ou en binôme dans une dynamique d'instigateur-suiveur (Auxéméry, 2011) (135) ;
- utilisant des armes à feu ;
- 20% à 23% d'entre eux présentent des antécédents psychiatriques ;
- 50% ont des antécédents judiciaires ;
- ont un attrait pour la violence (Mc Gee et de Bernardo) (135) ;
- 40 % d'entre eux sont fascinés par les armes à feu et leur accès est facilité (Hempel (135) ; Vossekuil et al., 2004 (138)).

Tous les auteurs identifient un contexte de dépression atypique associée à des traits de personnalité paranoïaques, narcissiques et antisociaux, possiblement sous-tendus par des troubles de l'attachement (Mc Gee et de Bernardo) (135).

Il s'agirait d'adolescents rejetés ou brutalisés par leur entourage familial ou amical, présentant des souffrances scolaires pérennes (138) et fervents de jeux vidéos. Seuls 6% des agresseurs ont allégué avoir des hallucinations visuelles ou acoustico-verbales pendant le passage à l'acte.

De plus, la consommation de substances psychoactives est fréquemment repérée : 60% (Meloy et al., 2001) (130) avec une prédominance de l'alcool (Hempel) (135).

Les victimes sont connues du tueur dans la majorité des cas et le passage à l'acte est généralement planifié avec mise à exécution suite à un élément déclencheur (rejet d'autrui ou sanction disciplinaire) (Mc Gee et De Bernardo) (135). L'expression de leurs intentions par des menaces est fréquemment retrouvée et bien que 50% des auteurs soient arrêtés, la plupart avaient également laissé une lettre d'adieu (130) (137).

De l'étude de Hempel (135) découle une classification s'inspirant de typologies antérieures :

- le tueur familial (*family annihilator*) en analogie à Dietz ;
- le tueur scolaire revancharde (*classroom avenger*) en analogie à McGee et DeBernardo ;
- le criminel occasionnel (*criminal opportunist*) qui commet un meurtre en marge d'un autre crime pour éliminer les témoins.

En outre, certains auteurs se sont particulièrement attachés à considérer les tueries scolaires comme des meurtres de masse spécifiques.

Selon Vossekul et al. (2004) (138), l'acte est planifié selon un mode opératoire récurrent : le meurtre de personnes ciblées puis une poursuite de la tuerie au hasard.

Enfin, ce type de passage à l'acte est généralement présenté comme un phénomène « américain » (137).

d - Le lien au suicide

Selon les études de Lester et al. (2004, 2014) (139) (140), les tueries de masse comprenant le plus de victimes sont davantage suivies d'un suicide de l'agresseur que de son arrestation.

Les recherches menées sur le suicide chez les meurtriers de masse et les tueurs en série démontrent que l'incidence du suicide chez les meurtriers de masse (34,7%) est beaucoup plus élevée que chez les tueurs en série (4,4%) (Lester, 2010) (141). En outre, tous les suicides commis dans le cadre de meurtres de masse ont lieu lors de tentatives d'arrestation alors que 52% des suicides des tueurs en série surviennent après.

2 - Cas particulier du crash-suicide

a - Généralités

Environ 2 à 3% des accidents aériens mortels peuvent être attribués au suicide (Mäulen, 1993) (142).

D'après les données de la NTSB (*National Transportation Safety Board*), on retrouve 70 cas de suicides par avion en 40 ans.

Les publications sont rares concernant ces phénomènes et les études ont notamment porté sur les suicides des pilotes en vol.

Il s'agit principalement de tueries de masse accompagnées de suicides et pour lesquelles le projet suicidaire semble au premier plan. Ces actes sont rares et peu étudiés car les motivations de l'auteur ou son état mental avant les faits sont difficilement identifiables.

Pour Zagury (143), ce phénomène peut être un « *suicide élargi car le sujet se refuse à mourir seul* ». Néanmoins, il souligne la « *dimension mégalomane* » qu'induit le fait de mettre fin à ses jours d'une façon si spectaculaire, en y associant parfois des centaines de personnes (143). Ces événements mettent en lumière l'intérêt des autopsies psychologiques ainsi que la rigueur des examens d'aptitude du personnel navigant en aéronautique civile.

b - L'aptitude mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile

Les aptitudes physique et mentale requises, lors du recrutement, en France, des pilotes de l'aéronautique civile, sont détaillées par un arrêté ministériel du 27 janvier 2005 (144) (*cf. annexes*).

Il en résulte que les troubles psychotiques, de l'humeur, de la personnalité, la prise de médicaments psychotropes ou de substances psychoactives sont des motifs d'inaptitude. Cette décision peut être réexaminée dès lors qu'un nouveau certificat assure auprès du CMAC (Conseil Médical de l'Aéronautique Civile) que le diagnostic n'est plus d'actualité : si les troubles psychotiques font suite à une prise de toxiques, si une dérogation est demandée après expertise psychiatrique avec arrêt des traitements de plus de trois mois (troubles thymiques), en cas de troubles de la personnalité ou après abstinence de plus de deux ans.

L'aptitude peut ainsi être reconsidérée plus précocement avec limitation OML (*Operational Multi-crew Limitation*) selon les conditions détaillées en annexes.

Un bilan psychologique (biographie, tests de personnalité ou d'efficiences) peut être demandé en complément de l'examen psychiatrique si des doutes se maintiennent.

Au niveau européen, les mêmes règles sont prévues par le Règlement 1178/2011 de la Commission du 3 novembre 2011 déterminant les exigences techniques et les procédures administratives applicables au personnel navigant de l'aviation civile (145).

c - Les caractéristiques sociodémographiques des auteurs de crash-suicides

La plupart des travaux indique que 100% des pilotes sont des hommes (Bills et al., 2005 (146) ; Politano et al., 2016 (147) ; Schwark et al., 2008 (148) et Unga et al., 1994 (149)).

La moyenne de l'âge des sujets varie de 38 (147) à 51 ans (148).

Les données relatives à des consommations d'alcool en lien avec l'événement sont elles aussi contrastées : de 13,7% (147) à 24% (146). Ils en déduisent alors le caractère non prédominant dans la prédisposition au suicide par crash aérien.

La positivité aux autres substances psychoactives est également objectivée. Selon Bills et al., elle concerne 22% des pilotes pour les psychotropes et 14% d'entre eux pour les drogues illicites (Marijuana, cocaïne).

Politano et al. mentionnent qu'à l'heure du vol, 15,7% des sujets avaient pris des traitements prescrits et 3,9% des médicaments sans ordonnance.

La notion de préméditation est retrouvée dans 64% des cas d'après l'étude de Politano et al. (2016) et 41% de ces pilotes présentent des antécédents judiciaires (Bills et al.).

En outre, il s'avère que 51% à 55% d'entre eux ont laissé une lettre de suicide ou ont informé une personne verbalement de leurs intentions (146) (147). Bills et al. mentionnent notamment que 38% des

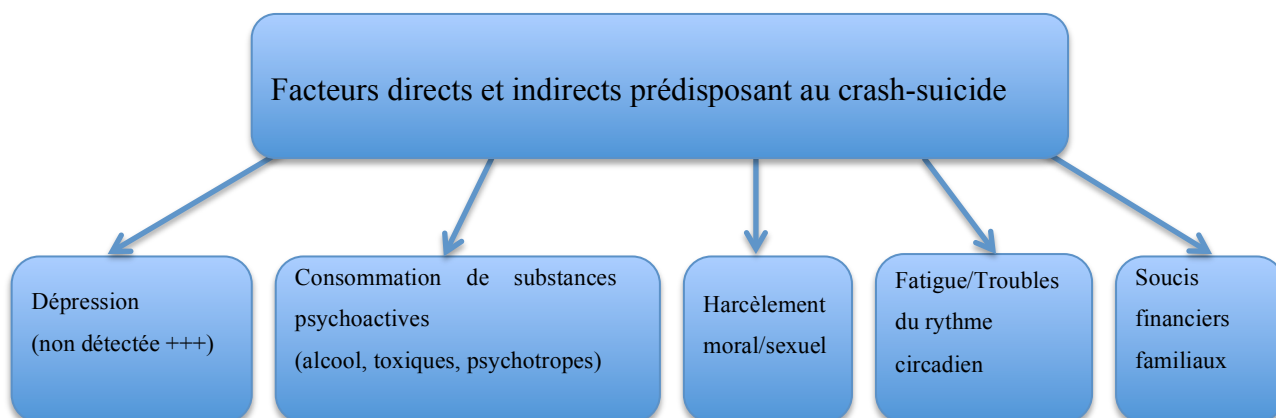
sujets souffrent de troubles mentaux (dont la dépression) et 46% connaissent des soucis personnels ou professionnels. Dans la revue de Pasha et Stokes (2018) (150), la prévalence de la dépression retrouvée chez les pilotes de ligne varie de 1,9% à 12,6% (valeur retrouvée dans l'étude de Wu et al. (2016) (151), ajoutant que 4,1% des pilotes déclarent avoir eu des idées suicidaires).

Au total, les différentes études permettent de mettre en évidence d'éventuels précurseurs de ces phénomènes, qu'ils soient à l'origine d'une dépression ou qu'ils la majorient. Les pilotes déclarant généralement consacrer plus d'heures de travail par semaine, sont deux fois plus susceptibles de se sentir déprimés ou anxieux, en raison de troubles du rythme circadien et de la fatigue liés au travail (150) (152). D'après Wu et al., les proportions de dépression sont significativement majorées lors de l'utilisation de posologies élevées de somnifères. Par ailleurs, plusieurs études identifient le harcèlement moral ou sexuel (150) (151), la toxicomanie ou l'alcoolisme (142) (150) ainsi que les problèmes familiaux (142) comme impactant la santé mentale des pilotes.

Ces potentiels facteurs ont été reportés dans la figure 1.

Certains d'entre eux ont par ailleurs été retrouvés à l'issue de l'autopsie psychologique d'Andreas Lubitz, suite au crash de l'A320 de la compagnie Germanwings (Soubrier, 2016) (153).

Figure 1. Facteurs prédisposant au crash-suicide.



D'après Politano et al., l'expérience des pilotes s'élevait à 919 heures de vol en moyenne (147).

Le contenu des données sur les suicides des pilotes permet de les comparer aux homicides-suicides par crash aérien. Schwark et al. (2008) (148) retrouvent des proportions quasi-similaires puisque quatre cas de suicides sur neuf sont accompagnés d'homicides. Ils soulignent également la rareté du phénomène, l'étude portant sur trente-quatre ans, et confirment les difficultés à distinguer le suicide d'un accident.

d - Les caractéristiques de l'évènement

La comparaison entre les crashes volontaires et les crashes involontaires issue de l'étude de Bills et al., indique que les pilotes sont plus jeunes dans les cas de suicides, les dommages sur les appareils sont plus importants, les crash-suicides surviennent généralement loin de l'aéroport et les pilotes ont tendance à être seuls dans le cockpit au moment du crash.

Kenedi et al. (2016) (154) confirment ces données, ajoutant que compte tenu du caractère exceptionnel des homicides-suicides, le nombre de victimes y est plus important.

Ces cas spéciaux sont survenus majoritairement de jour à 68% avec des conditions climatiques favorables. Il n'y avait pas de différence significative concernant le jour de la semaine de l'accident. En revanche, le mois le plus critique est celui de mars alors que les choix du lieu de l'accident sont variés (Bills et al., 2005) (146).

Les motivations se dégageant de l'étude de Bor et al. (2002) (155) sont la vengeance envers ses employeurs (refus d'une promotion), la crainte d'être rétrogradé ou déclaré inapte et la recherche d'une échappatoire dans un contexte de problèmes personnels.

Enfin, les différentes études insistent sur la probable sous-évaluation du nombre de suicides ou d'homicides-suicides par avion (Vuorio et al., 2014) (156).

e - Le cas du crash de l'A320 de la Germanwings

Le 24 mars 2015 à 09h41 UTC (temps universel coordonné), un Airbus A320-211 de la compagnie Germanwings s'accidente dans les Alpes du Sud françaises au décours du vol 9525, reliant Barcelone (Espagne) à Düsseldorf (Allemagne). Ce crash est imputable à l'action volontaire du copilote, conduisant aux décès des 144 passagers et des six membres d'équipage.

Soubrier (2016) (153) fait état de divers éléments précipitants que semblait présenter la situation d'Andreas Lubitz, le copilote responsable du crash de l'avion. Il répertorie un épisode dépressif majeur sur un possible trouble psychotique sous-jacent, des difficultés financières, une séparation récente, une impossibilité pour ses médecins d'alerter sur son état de santé mentale et la notion de prise de connaissance par l'intéressé de son inaptitude future.

Par ailleurs, tout laisse à penser que l'acte était prémédité : le blocage des portes du cockpit ayant déjà été activé sur un vol antérieur par Andreas Lubitz.

3 - Cas particulier des attentats-suicides

Initialement, le terme « kamikaze » fait référence aux pilotes d'avions de chasse japonais s'écrasant « volontairement » sur les bateaux de la flotte américaine, en espérant ainsi retarder la défaite d'une guerre. Aujourd'hui, le kamikaze représente « *la mort sacrificielle, le don de soi dans un engagement politique* » (Guittet, 2006) (157).

Finalement, les kamikazes pourraient être alternativement appelés « terroristes suicidaires ».

Le terrorisme-suicide est la forme la plus meurtrière de terrorisme puisque c'est l'unique forme de combat dans lequel « *l'attaquant envisage des actions extrêmes à l'issue desquelles il ne prévoit pas de survivre* » Fekih-Romdhane et al. (2016). Le mode opératoire peut sembler flou, au vu des intentions meurtrières et suicidaires concomitantes mais les motivations premières sont claires : faire le plus de victimes et en faire un acte médiatisé.

Les attentats ayant un nombre de victimes plus élevé sont généralement ceux où l'auteur est suicidaire (Lankford, 2015) (129). En outre, d'autres études démontrent l'implication importante de la suicidalité dans ces phénomènes (Sheehan, 2014) (158).

A contrario, plusieurs travaux affirment que les terroristes suicidaires n'ont en réalité pas d'intention suicidaire.

La plupart des auteurs soulignent l'hétérogénéité, la rareté des données et l'absence de facteur familial, éducatif ou socioéconomique particulier pouvant expliquer la radicalisation religieuse menant à des actes de terrorisme suicidaire. Cependant, certaines caractéristiques psychologiques communes semblent se démarquer : isolement, sentiment de vide, rationalité froide, manque d'empathie et désir de martyr et de mort (Marazziti et al., 2018) (159).

En outre, les expertises psychiatriques de djihadistes établissent un lien entre les djihadistes français et la criminalité de droit commun (petite délinquance, réseaux criminels plus organisés) (119).

Une étude souligne l'absence de psychopathologie individuelle des kamikazes mettant en avant un large éventail de terroristes ainsi qu'une association à l'islam militant. La compréhension du terrorisme suicide semble nécessiter une approche pluridisciplinaire (Post et al., 2009) (160).

Fekih-Romdhane et al. (2016) (161) et Cheour et al. (2015) (162) font état de peu de publications concernant la psychopathologie des terroristes suicidaires et mettent en évidence des résultats contrastés.

En effet, certains auteurs ne sont pas en mesure d'établir un profil psychologique particulier correspondant à une « personnalité terroriste ». D'autres estiment que les terroristes suicidaires sont pourvus d'une santé mentale équilibrée avec absence de passé délinquant. Pour exemple, les recruteurs de futures bombes humaines écarteraient d'emblée les personnes semblant mentalement instables.

Cependant, cela fut contredit par d'autres études selon lesquelles un grand nombre de kamikazes arrêtés après échecs de leurs attentats suicides, s'avèrent atteints de troubles mentaux ou cognitifs.

Les stratégies d'endoctrinement font l'objet de nombreuses pistes de compréhension dans la démarche de déradicalisation.

Estano et al. (2017) (119) exposent les processus et composants de l'enrôlement d'après leur revue de la littérature (*cf.* annexes).

Une autre étude retrouve sept motifs d'engagement dans le djihad (Lancelot, Zeus, Sauveur, Daeshland, Mère Teresa, La Belle au bois dormant et Forteresse) sous-tendant la quête d'idéal et/ou la fuite du monde réel, parfois associées à une intention suicidaire. Des événements de vie paraissent corrélés à chaque motif d'engagement ainsi que le discours adaptatif des rabatteurs mettant la lumière sur les leviers d'embrigadement (Bouzar et Martin, 2016) (163).

La prolifération des attentats suicides témoigne du souci de « *rentabiliser son sacrifice en termes stratégiques, politiques et symboliques* ». Ce principe, ni nouveau ni spécifique des mouvements islamiques, suppose la diffusion massive d'un « *modèle* » et sa « *justification théologique* » (Huyghe, 2005) (164).

XI - DISCUSSION

L'acte homicide-suicide demeure un événement statistiquement rare, notamment si l'on compare son incidence à celles des homicides ou des suicides seuls.

Il est néanmoins très médiatisé, ce qui peut donner l'impression de faits fréquents, comme le souligne Eliason (2009) (53).

Les différentes études révèlent une relative stabilité du phénomène dans le temps, indépendamment des homicides ou suicides seuls dont les variations peuvent être plus importantes (Coid, 2003) (64).

La mise en évidence d'une corrélation entre les variations des taux d'homicides-suicides et des homicides peut s'expliquer par les fluctuations d'accès aux armes à feu aux États-Unis (Large et al., 2009) (55).

1 - Processus psychopathologique et criminologique

L'homicide-suicide combine deux passages à l'acte violents desquels il semble cependant se distinguer. En effet, de multiples interrogations sur la prédominance d'intentions suicidaires ou meurtrières ont abouti à la possibilité de considérer ce phénomène comme une entité à part entière. Et pourtant, les similarités objectivées entre les crises homicide et suicidaire suggèrent que les évaluations qui en découlent en présentent également. En premier lieu, on retrouve chez le sujet le sentiment que le niveau de souffrance est tel, qu'il se trouve dans l'impasse. Les préoccupations du clinicien sont alors portées par des questionnements semblables, autour de la survenue d'un passage à l'acte, qu'il soit auto-agressif ou hétéro-agressif (Richard-Devantoy et al., 2010) (165) :

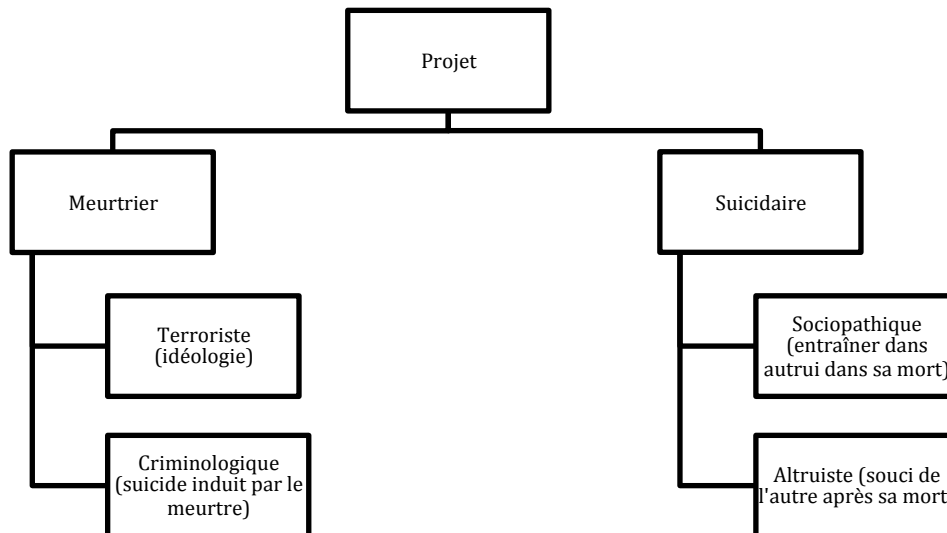
- idées de suicide ou d'homicide ;
- pathologie psychiatrique sous-jacente ;
- antécédents de tentatives de suicide ou de violences sur autrui.

La genèse d'un acte homicide-suicide induit le besoin de détermination de l'intentionnalité princeps : est-ce avant tout un projet meurtrier ou suicidaire ?

La prévalence d'antécédents de tentatives de suicide de l'auteur avant le passage à l'acte meurtrier identifie le suicide comme prédominant dans l'acte homicide-suicide (118).

Ducher (2016) (166) établit une classification des homicides-suicides d'après cette problématique.

Figure 2. Classification des homicides-suicides de Ducher (2016) (166).



D'autres auteurs proposent également une perspective de classification des homicides-suicides, non plus basée sur les relations entre les auteurs et leurs victimes, mais sur le substrat motivationnel à l'instar d'un prisme davantage criminologique (Salari et Sillito, 2015) (116).

La quête de classification témoigne de la complexité du passage à l'acte et pour bon nombre d'auteurs, l'homicide-suicide est une entité criminologique et psychopathologique distincte, au caractère multivoque. Sur ce fondement, il semble crucial de reconnaître plusieurs aspects psychopathologiques communs ou spécifiques et la considération d'apports pluridisciplinaires.

a - L'autopsie psychologique

L'autopsie psychologique est un outil non négligeable dans la compréhension du processus de tels passages à l'acte. Cet examen contribue notamment à l'établissement de typologies et de classifications en sus de l'identification de caractéristiques sociodémographiques de ces phénomènes, comme le démontre l'étude de Knoll et Hatters-Friedman (2015) (167).

Estano et al. (2016) (168) déclinent la démarche de l'autopsie psychologique :

- l'interrogation de l'entourage sur la personnalité du sujet ;
- l'interrogation des référents professionnels de la victime : médecin généraliste, médecin psychiatre, psychologue, assistante sociale (parcours médicosocial) ;
- la compilation des éléments de psychologie du sujet en fonction des classifications et des repères psychopathologiques internationaux.

Elle n'en demeure pas moins complexe lorsqu'il s'agit d'un homicide-suicide. En effet, la disparition de la victime, se trouvant être généralement la personne la plus proche de l'agresseur, handicape l'exercice de cette analyse.

La classification des homicides-suicides en fonction des relations auteur-victime ou des motivations contribue aux efforts de prévention, comme le démontre la classification des motifs du filicide. La

pratique clinique doit pouvoir tirer bénéfice de l'identification et d'une meilleure compréhension des facteurs de risque (Knoll et Hatters-Friedman, 2015) (167).

b - Les apports théoriques transdisciplinaires

Plusieurs approches tendent à expliquer l'homicide-suicide comme un phénomène transdisciplinaire.

- L'apport neurobiologique

À l'instar de Lombroso, plusieurs études furent menées pour tenter d'apporter des données explicatives neurobiologiques aux comportements violents et impulsifs. Bien qu'elles ne puissent à elles seules justifier des homicides-suicides, elles ouvrent le champ des perspectives thérapeutiques.

Les travaux se sont particulièrement intéressés au métabolisme sérotoninergique, démontrant que sa diminution serait pourvoyeuse d'un défaut de contrôle de l'agressivité et de l'impulsivité. En d'autres termes, cette monoamine se montrerait préférentiellement inhibitrice de l'agressivité impulsive. Le dosage des métabolites de la sérotonine en a permis l'étude : 5-HIAA dans le liquide céphalo-rachidien et le 5-HT au niveau cérébral.

Les faibles niveaux de 5-HIAA, mis en évidence par Asberg, en 1976, reflètent une diminution du 5-HT cérébral et suggèrent un trouble du renouvellement de la sérotonine qui rendrait l'individu plus vulnérable aux actes violents et impulsifs (Lidberg et al., 1985 (106) ; Beaurepaire, 2012 (169)).

Ces sujets présenteraient une incapacité à réprimer leurs pulsions agressives (Bénézech et al., cités par Landelle, 2017 (170)).

La synthèse de la sérotonine est notamment permise par un acide aminé exogène : le tryptophane. Une baisse de ses apports pourrait donc induire une majoration des comportements agressifs (Beaurepaire, 2012) (169). Certains neuromédiateurs tels que la dopamine, le GABA et le glutamate seraient également impliqués dans le contrôle de l'agressivité par des actions tantôt activatrice, tantôt inhibitrice selon leur relation avec le système sérotoninergique ou l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien. Concernant cet axe « de stress », les auteurs suggèrent que son hypoactivité chronique contribuerait au manque d'empathie et aux conduites antisociales chez les individus mais qu'un taux élevé de cortisol lors d'un stress favoriserait les comportements violents ou agressifs (Hamon, 2008 (171), Narvaes, 2014 (172)).

En outre, plusieurs régions neuroanatomiques sont le siège de régulation de ce type de comportement, tel que le cortex préfrontal.

Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent les relations positives entre la testostérone et les comportements agressifs chez l'homme, les difficultés sociales que peuvent induire les trisomies gonosomiques (chromosomes surnuméraires X ou Y) comme l'illustre le syndrome de Klinefelter ou une corrélation entre réponse électrodermale, rythme cardiaque et comportement criminel. En effet, un rythme cardiaque bas est fréquemment retrouvé chez les sujets présentant un comportement violent ou des troubles des conduites (171).

Liem (59), (118) décline d'autres approches théoriques inscrites dans une dimension temporelle : de l'origine du comportement agressif (théories de la souche), la direction de l'agression (analogie de flux pour la violence mortelle) à l'issue de l'agression (théorie psychodynamique, psycho-évolutionnaire et de l'intégration sociale).

- Les souches personnelle et sociale

À l'échelle individuelle, le sujet doit faire face à l'anomie. Issue des travaux de Durkheim, elle implique la soumission du sujet aux normes sociales afin d'atteindre un idéal. Par extension, Merton (1968) décrit les stratégies de réponse de l'individu :

- le retrait marque la disparition du sujet (suicide) devant son incapacité à y faire face ;
- la rébellion au contraire vise l'éviction des contraintes par un comportement violent (homicide).

La souche sociale, plus récente et décrite par Agnew, explique que le sujet vivrait comme nocives certaines relations (rejet du partenaire intime) ou certains événements de vie (perte d'un emploi, séparation conjugale). Ceux-ci seraient source de colère, de dépression, de déception et donneraient l'impulsion du passage à l'acte.

- L'analogie des flux de la violence mortelle

Les mécanismes d'homicide ou de suicide seraient le fruit de flux ou courants de violences meurtrières bien distincts, venant répondre à des frustrations selon un principe « d'attribution » (Whitt et al.) (59).

L'homicide serait la conséquence de contraintes externes et le suicide de contraintes internes.

Il fut donc difficile d'expliquer l'acte homicide-suicide à travers ce concept de flux divergents. Stack expose la possibilité d'une réunification des flux dès lors que l'auteur ne peut vivre avec ou sans sa victime. Il s'agirait en effet de la principale frustration s'imposant au sujet, à l'origine de sentiments concomitants d'impuissance et de culpabilité.

- L'approche psychodynamique

Elle est initiée par Freud, décrivant le suicide comme « *le désir de tuer* », « *le désir d'être tué* », « *le désir de mourir* » et induisant un conflit entre le surmoi, le moi et le ça.

Menninger reprendra ce concept pour expliquer l'homicide par un désir de tuer (le ça) suivi du suicide par le désir de mourir (le surmoi). Henry et Short proposent l'éventualité « *d'un surmoi trop strict* » répondant par le suicide à une interdiction d'agresser autrui, alors même que la perte de l'objet (la victime) peut restaurer ou majorer la frustration (118).

- La théorie de l'intégration

Durkheim explique que l'attachement du sujet à son environnement et à sa société conditionne la survenue de passage à l'acte de type homicide ou suicide. Le suicide est d'autant plus fréquent que le sujet a peu de liens sociaux (118).

- Les théories évolutionnistes

Elles donnent un rôle prépondérant à la pathologie mentale, l'auteur commettant des actes opposés à la garantie de sa survie et de celle de sa descendance.

Ces phénomènes se distinguent ainsi des homicides-suicides perpétrés par des « beaux-parents » « *éliminant la progéniture de leurs concurrents* ». Le suicide est alors non systématique, en raison d'une culpabilité moins prégnante.

c - Modèles explicatifs

Chocard (2005) (19) propose un schéma psychopathologique propre à l'homicide-suicide.

- Facteurs spécifiques

Sont notamment mentionnés une absence d'élaboration mentale, un lien entre les protagonistes, la présence d'une agressivité, des circonstances particulières ou la survenue d'évènements de vie.

- Présence de troubles mentaux

Sont principalement retrouvés la dépression, la mélancolie, le trouble psychotique, la paranoïa par « *angoisse de déplétion narcissique* » (Zagury dans l'ouvrage de Millaud, 1998) (173).

- Perte d'objet

Lors du processus criminogène passionnel, le sujet ne peut se résoudre à la perte d'une relation « *objectivale narcissique* », initialement symbiotique et marquée par la dépendance affective et la possessivité. La rupture conjugale génère une profonde détresse psychique, une jalousie pathologique et une agressivité visant à combattre l'angoisse de séparation (Bénézech, 1987) (174).

Les travaux d'Estano et al. (119), (168) rendent compte d'un processus chronologique et d'une dynamique du passage à l'acte, au carrefour de la psychopathologie et de la criminologie.

Ils mettent en avant l'existence d'une phase préparatoire (contextes psychologiques - comportements préparatoires), d'une phase pré-passage à l'acte (mise en état ou désinhibition motrice rendant possible le geste létal - agitations - dysrégulations émotionnelles - effondrement de la peur - gonflement narcissique - accalmie suspecte - facteurs déclenchants tels que la perte d'objet/abandon, l'humiliation ou la déplétion narcissique, l'induction d'une séparation ou lutte contre l'intrusion) et de l'étude de la scène de crime (type de passage à l'acte - mode opératoire - identification des motivations). Ils soulignent en outre le rapport à la mort : son utilisation à des fins narcissiques, son caractère identitaire, les croyances anti-vie.

d - Les données spécifiques aux types d'homicides-suicides

Les différentes études font état de processus distincts selon le type d'homicide-suicide. Ils seront déclinés selon la classification habituelle (relation auteur-victime).

- Homicides-suicides conjugaux

Ce type d'homicide-suicide est volontiers qualifié de « possessif » par la plupart des auteurs mettant en avant une relation marquée par une dépendance affective excessive entre les conjoints. Les études les plus récentes soulignent la corrélation supposée entre la violence au sein d'un couple et l'uxoricide-suicide. Bien qu'il existe souvent une notion de préméditation, le passage à l'acte en lui-même garde un caractère impulsif et serait le plus souvent déclenché par le départ de l'un des conjoints (Morali et Baratta, 2012) (54). Quand la continuation de la relation est menacée, une percée de l'agression prend la forme d'un homicide-suicide (Dutton et Kerry (1999) ; Palermo (1994) (108)). « *La colère est un mécanisme de défense contre le rejet ou l'humiliation et est compensée par des fantasmes narcissiques d'une structure paranoïaque afin de supporter l'anxiété et la peur* » (Freud, 1911) (130).

La prépondérance de traits de dépendance interpersonnelle remet en question la définition du sous-groupe de Marzuk et al. (1992) (65), fondée sur la jalousie amoureuse.

L'agresseur « jaloux » de cette classification et l'auteur « dépendant » des études empiriques, semblent l'un et l'autre redouter la menace immédiate de retrait et d'éloignement qu'induirait le rejet du partenaire féminin.

Banks et al. (2008) (81) constatent que les auteurs d'uxoricides-suicides sont moins susceptibles d'être sous l'influence de l'alcool au moment de l'événement que les auteurs d'uxoricides simples. Ils suggèrent que les agresseurs, lorsqu'ils sont alcoolisés, seraient plus enclins à commettre des actes de violence impulsifs qu'un suicide planifié. D'autres auteurs imaginent le suicide plus réactif que prémédité puisqu'il résulterait de remords suite à l'homicide (Guttmacher, 1960, Henry et Short, 1954, Lester et Lester, 1971; Stack, 1997) (60).

Le constat de la faible représentation féminine dans ces actes tient au fait que celles-ci se suicident très peu souvent après l'homicide conjugal (98). Swatt et He (2006) (175) suggèrent que l'absence de comportement suicidaire peut être expliquée par un sentiment de libération dès lors qu'elles ont tué leur bourreau. La culpabilité ou le souhait d'être réunis avec la victime dans la mort semblent en revanche peu prégnants.

D'après Polk (1994), la surreprésentation des hommes auteurs se justifie par un élément de contrôle selon lequel le couple doit rester ensemble. Ces hommes, ne sont pas principalement axés sur la destruction de leur partenaire, mais envisagent, après avoir convenu de leur futur suicide, que leur conjointe doit également faire partie de cette décision. Selon ce point de vue, ces homicides-suicides conjugaux peuvent être qualifiés de « *suicides rationnels* », de « *suicides équilibrés* » ou de « *suicides épicuriens* » lorsque les avantages de la mort l'emportent sur ceux de la vie.

De la même façon, lorsque les auteurs sont mariés à la victime, ils sont plus enclins à se suicider après l'homicide, ce qui témoigne de l'influence de la nature de la relation sur les passages à l'acte (Smucker et al., 2018) (102).

Le phénomène de jalousie paranoïaque ou morbide est illustré par le syndrome d'Othello (Sokya, 1995 ; Sukru et al., 2004) faisant référence à la pièce de Shakespeare dans laquelle Iago cherche à influencer Othello, le poussant à tuer Desdemona sous l'illusion qu'elle l'avait trahi avec quelqu'un d'autre. En réalisant que sa mort est injuste, il se tue par honte et par regret. Les auteurs d'uxoricides-suicides souffrent fréquemment de dépression (90), les autres diagnostics par ordre de fréquence sont la jalousie morbide et l'idéation paranoïaque (66) (67). Cette notion est retrouvée dans la publication de Cechova-Vayleux et al. (2013) (98) soulignant que l'acte uxoricide-suicide est étroitement lié à la « *jalousie masculine et à la conviction de l'infidélité de la femme sous forme de ruminations obsessionnelles* ». Ces auteurs distinguent cette motivation des homicides altruistes du sujet mélancolique, pour lequel, à sa disparition, la survie de l'épouse n'est pas envisageable.

Il existe cependant des phénomènes culturels dans lesquels les concepts de la mort par suicide et de la perte d'un partenaire intime sont liés. Celui de Sati en est l'exemple, également connu sous le nom de veuvage. Cet événement se produit encore occasionnellement, principalement dans les zones rurales comme au Rajasthan, en Inde. Le « Sati authentique » est censé être volontaire : la veuve se doit d'accompagner son mari, à travers les flammes, sur le voyage imaginaire vers un autre monde dans lequel ils vivraient tous les deux ensemble. La pauvreté après le décès du mari, l'âge et les idéologies religieuses ont été mis en avant pour expliquer cette décision. Il existe également le Sati involontaire, caractérisé par la pression physique ou sociale contraignant la veuve à rejoindre son mari dans le feu. Le mode opératoire doit être le même afin de maintenir l'unité du mariage (Menski, 1998) (60).

Dans le sous-groupe des conjoints malades, les auteurs soulignent le rôle du stress financier (Milroy, 1995) et des problèmes de santé chez l'un ou les deux partenaires. L'un des partenaires, généralement l'homme, devient le proche aidant de l'autre, créant ainsi une unité spéciale inséparable. L'homicide-suicide peut survenir lorsque cette unité est menacée de dissolution (Cohen et al., 1998) (101). Le décès proche des conjoints dans le temps et l'endroit est également appelé « mort de Philémon et Baucis » (Ciesiolka et al., 2007), en référence au mythe grec d'un couple de personnes âgées qui aurait demandé à Zeus de mourir ensemble quand le moment serait venu pour l'un d'entre eux de décéder (60).

Estano et al. (2017) (119) le dénomment homicide-suicide marital de soulagement pour le différencier du pacte suicidaire, insistant sur la notion de projet meurtrier associé.

Cohen (2000) souligne la différence entre l'euthanasie et l'homicide-suicide chez les personnes âgées car il ne s'agit pas d'actes d'amour et d'altruisme mais davantage de désespoir et de dépression (60).

Enfin, les différents sous-types envisagés et leurs caractéristiques laissent envisager une corrélation entre l'âge, la motivation et l'intentionnalité initiale, permettant de manière

probablement inconstante de qualifier l'uxoricide d'assassinat et de dresser deux profils d'auteurs à l'instar de ceux proposés par Eliason.

- Homicides-suicides familiaux

- *Filicide-suicide*

D'après Trichet et al. (20), dans un contexte de mélancolie avec projet suicidaire, l'homicide s'impose dès lors que la mère envisage qu'elle et son enfant sont des êtres non-divisés. Cette réponse à une séparation impossible constitue en réalité un suicide élargi. Les processus pathologiques psychiatriques entourant ces phénomènes sont parfois associés à des antécédents de psychotrauma. La motivation est principalement altruiste et s'oppose au crime paranoïaque où « l'Autre » est vu comme « un objet réel » dont on doit se venger, sans être accompagnée du suicide de l'agresseur. Il se distingue également du filicide-vengeur, retrouvé dans la classification de Resnick (16), volontiers illustré par le syndrome de Médée (Netgen, 2010) (37). Le processus criminel, motivé par le désir de se venger de son conjoint, consiste à soustraire l'enfant issu du couple et à l'entraîner avec soi dans la mort. Le syndrome de Sardanapale correspond à un *modus operandi* spécifique de ce phénomène. Il est décrit dans plusieurs travaux dont ceux de Nahmani (2015) (36) et (2016) (128), par une mise en scène particulière : présence de lettres d'adieu et/ou de photos, parfois explicitement adressées au conjoint et laissées en évidence sur la scène de crime où sont généralement retrouvés les corps, partiellement calcinés.

Ce passage à l'acte ferait fréquemment suite à une annonce de séparation dans un contexte de dépression ou de trouble psychotique. Léveillé fait mention de traits narcissiques prépondérants dans les cas de filicides masculins de type vengeur lors d'une allocution au 3^{ème} Congrès international francophone de Psychiatrie et Violence (2017) (176).

D'autres facteurs dynamiques sont observés comme une identification ambivalente de ces femmes à leur mère, un sentiment d'hostilité ou une sur-identification à l'enfant, un déni du rôle maternel ou des troubles de l'identité féminine-masculine (Millaud et al. 2008) (177).

- *Familicide-suicide*

Liem (2012) (118) développe deux sous-catégories d'après la description de Frazier en 1975 :

- l'auteur dont la cible est le conjoint, considère les enfants comme une « extension » de ce dernier. Il s'agit du « *murder by proxy* ». Le suicide ensuite s'impose au sujet par culpabilité ou crainte de répercussions multiples ;

- l'auteur rencontre des difficultés pour subvenir aux besoins matériels de sa famille et envisage le suicide élargi comme unique moyen de protéger les siens de la souffrance ou de la ruine à sa mort. Il s'agit du « *suicide by proxy* ».

➤ *Autres*

L'inconstance du passage à l'acte suicidaire en cas de parricide s'explique par le dilemme du « lui ou moi ». Ainsi, le sujet ne peut envisager la séparation d'avec son père ou sa mère par l'homicide ou le suicide.

En cas de fraticide ou sororicide, l'auteur considérerait que l'homicide emporte une partie de lui-même dans la perte de son frère ou de sœur et que cela constitue d'ores et déjà un suicide (59).

• Homicides-suicides extrafamiliaux

➤ *Crash-suicides*

Selon Schwark et al. (2008) (148), il s'agit davantage d'un diagnostic d'élimination en l'absence de problème technique sur l'appareil. Il est évidemment objectivable si une lettre ou une note d'intention de mettre fin à ses jours a été retrouvée, et est envisagé en cas de recherche toxicologique positive chez l'auteur ou de maladie mentale identifiée. Selon Politano et al. (2016) (147), de manière générale, les passages à l'acte des hommes seraient plus violents que ceux des femmes, en raison des choix des moyens létaux mis à disposition ce qui semble expliquer la mise en cause de pilotes. En outre, les motivations originelles seraient probablement dissemblables. Dans de nombreux autres accidents touchant le milieu de l'aviation, il est permis de conclure à un comportement autodestructeur ou suicidaire. Les traits de personnalité narcissiques semblent prépondérants dans le choix de cette méthode de suicide (142). La couverture médiatique des incidents aériens est importante en raison de la publicité que ces événements génèrent (Laukkala, 2018) (178).

➤ *Tueries de masse*

Capellan (2016) (179) souligne en outre que les fusillades de masse s'apparentent davantage à un suicide qu'à un homicide « classique ».

Pour Auxéméry (2011) (135), l'impulsion suicidaire des meurtriers de masse explique un processus psychopathologique. Ils peuvent aussi induire un suicide indirect en contraignant les forces de l'ordre à les abattre, « *la transgression sociale ultime appelant la sanction ultime* ». Le crime constitue un point de rupture duquel fait régulièrement partie la crise suicidaire. Le meurtrier de masse présenterait des intentions suicidaires et meurtrières, inscrites dans un événement unique, dont l'expression exacerbée est l'homicide-suicide. En outre, la planification élaborée selon un processus d'imitation, pourrait être favorisée par l'identification issue d'un

modèle offert par les médias. Cette idée tend à considérer la modélisation liée aux médias comme un facteur potentiel dans l'émergence de ce type de crime. Selon d'autres auteurs, la dissémination de ces affaires criminelles n'aurait pas de réelle influence sur les futurs homicides, mais plutôt sur des projets suicidaires réactionnels (Stack, 1997) (135). On peut aisément faire l'analogie avec l'effet Werther puisque l'information, relayée de manière intempestive ou à visée sensationnelle, se révèle nocive, à la fois par l'interprétation qui en est faite et en raison de son accès facilité.

Dans les tueries scolaires, la genèse du passage à l'acte naît d'un sentiment de préjudice suite à des rejets ou des maltraitances répétés. D'après Hempel (135), elle serait nourrie par l'existence de traits de personnalité spécifiques (rigidité psychique, traits obsessionnels, paranoïaques, narcissiques) ou par identification dans un monde virtuel (jeux vidéos violents). Ce terrain permet l'éclosion et le maintien d'une rancœur intense envers la société, associée à un désir de réparation par la vengeance. Les menaces de passage à l'acte via différents supports (réseaux sociaux, blogs, lettres anonymes) font régulièrement partie du projet, au même titre que les recherches informatiques sur les procédés d'exécution des meurtres de masse.

Le contexte de dépression et de consommation de substances psychoactives vient encadrer le projet meurtrier. Celui-ci est motivé par un souhait d'imitation de faits antérieurs, favorisé par un accès facilité aux armes à feu et est déclenché par un événement précipitant telle une dispute familiale, le décès d'un proche ou une énième humiliation. Le suicide viendrait clore le projet meurtrier dans un souci d'imitation ou d'auto-punition pour avoir gravement transgressé les règles. Néanmoins, il s'agirait principalement d'un projet meurtrier prémédité et non suicidaire. En outre, ces criminels sont qualifiés de « prédateurs » en raison de la planification de leurs actes avec mise à distance des affects. Il se distinguent des agresseurs « affectifs » dont la charge émotionnelle est pourvoyeuse d'impulsivité (Meloy et al., 2001 (11,130) ; Aggrawal, 2005 (11)). Le crime serait ainsi plus « opportuniste » qu'« impulsif » (130). Les rares cas impliquant deux auteurs présentent des sujets complémentaires : un « instigateur » et un « suiveur » (135).

Frei (2016) (180) fait part d'un cas spécifique de tuerie de masse appelé « Amok » et restitue les données de l'autopsie psychologique, révélant que l'auteur était atteint d'un trouble psychotique avec éléments de persécution. Il insiste également sur une prévention ciblée concernant l'accès aux armes à feu qui serait problématique en Suisse. Selon Aggrawal (2005) (11), le syndrome d'Amok est lié à la culture, fortement associé à un meurtre de masse et provenant initialement de Malaisie au XVIème siècle. Ces syndromes peuvent avoir peu de support médical, mais sont fortement influencés par les codes sociaux. C'est plus ou moins un « comportement appris ». Généralement, quatre composants d'Amok sont reconnus : une période variable de dépression prodromique, une pulsion meurtrière soudaine et imprévisible

de plusieurs heures, une absence de motif personnel et une amnésie ultérieure à l'événement.

➤ *Terrorisme*

Pour la plupart des auteurs, la genèse du terroriste suicidaire semble être avant tout multifactorielle. Capellan (2016) (179) pose la problématique suivante : les terroristes "suicidaires" sont-ils poussés à leurs décès par des tendances suicidaires ?

Certains soutiennent que ces individus ne sont pas suicidaires, mais plutôt motivés par divers motifs tels que l'istishad (martyre au service d'Allah), la vengeance personnelle, la coercition et l'endoctrinement, associés ou non à un comportement stratégique rationnel (Hassan, 2001; Kushner, 1996; Pape, 2003). Pour Lankford (2013, 2014), les actes terroristes sont empreints d'intentions suicidaires. « Mourir pour tuer », telle semble être la caractéristique principale des terroristes suicidaires à l'origine de distorsions cognitives et émotionnelles et pouvant entraîner des comportements suicidaires et meurtriers très « gratifiants » (Marazziti et al., 2018) (159). Il s'agit de s'éloigner des constats faisant des phénomènes religieux l'unique substrat de la mission suicidaire et de mettre en avant « *l'enchâssement des logiques individuelles et des dynamiques de groupes dans l'usage ou non de l'attentat-suicide comme mode d'expression et de revendication politiques* » (Guittet, 2006) (157). Ces attaques ne seraient pas considérées comme l'expression d'une maladie mentale particulière mais le phénomène de radicalisation de ces auteurs doit intéresser le domaine de la santé mentale. En effet, ce processus trouve son explication partielle dans l'utilisation de schémas cognitifs biaisés lors de l'endoctrinement. Le biais d'attribution causal est un schéma dans lequel le sujet ne peut pas distinguer deux facteurs qui agissent simultanément, à savoir la part de chaque facteur dans la réalisation d'un objectif donné. Le biais de confirmation confère au sujet une propension à adhérer aux idées de sa propre pensée ou à celles de personnes partageant des valeurs culturelles identiques, en réfutant toute autre idée. Enfin, le biais de polarisation ou de division induit la fierté pour le sujet d'être membre d'un groupe culturel, ou au contraire la honte d'imaginer que ce groupe est attaqué sans qu'il soit en mesure de le sauver (Bou Khalil et Richa, 2018) (181). Certains auteurs font le constat d'un manque de compréhension par manque de preuves en raison de l'absence d'utilisation d'outils d'évaluation structurés et systématiques (Fekih-Romdhane et al., 2016) (161).

Estano et al. (2017) (119) mettent en évidence des modes opératoires multiples induisant des difficultés de compréhension du passage à l'acte ou d'établissement d'un profil unique. En effet, ils font part de la variété des victimes (ciblées ou non), des moyens utilisés (bombes, armes blanches, armes à feu), des lieux d'attaque et du nombre d'auteurs (unique ou non).

2 - Limites et biais méthodologiques

Le sujet traité est vaste et cette revue de la littérature présente nécessairement des biais directs ou indirects.

Les difficultés rencontrées et ayant pu constituer des limites à ce travail résident partiellement en des contrastes de définitions (délai entre l'homicide et le suicide, terrorisme, tueries de masse).

Différents travaux (Aggrawal, 2005 (11) ; Auxéméry, 2011 (135)) font état de difficultés de définition et de confusions récurrentes avec les meurtres en série ou à la chaîne.

Pour exemple, appréhender l'incidence nécessite de convenir d'une définition de l'acte homicide-suicide consensuelle puisqu'elle diffère d'un auteur à l'autre.

Comme l'explique Liem (2009) (59), certains considèrent que le délai entre l'homicide et le suicide n'excède pas 24 heures (Barber et al., 2008 (85) ; Carcach et Grabosky, 1998 (87) ; Harper et Voigt, 2007 (97) ; Logan et al., 2008 (93)).

Pour d'autres, il est de plusieurs jours (Felthous et Hempel, 1995) (67) ou d'une semaine (Campanelli et Gilson, 2002 (79) ; Chan, Beh, et Broadhurst, 2003 (182) ; Comstock et al., 2005 (99) ; Marzuk et al. 1992 (65)).

Enfin, certains auteurs s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas de limite de temps (Berman, 1979 (84) ; Dettling et al., 2003 (126) ; Hata et al., 2001 (183)).

Ceci a pour conséquence une disparité de critères d'inclusion et constitue de ce fait un biais méthodologique.

Par exemple, il apparaît que les études des filicides-suicides portent essentiellement sur les femmes, ce qui limite les données relatives aux auteurs masculins (Millaud, 2008) (177).

Morali et Baratta (2012) soulignent la distinction des données asiatiques de la littérature américano-européenne habituellement retrouvée : les travaux chinois indiquent une prépondérance des problèmes économiques (25 % des cas) devant les violences domestiques, l'absence d'actes d'euthanasie au sein des couples de personnes âgées, une plus forte prévalence du filicide-suicide et enfin une fréquence plus faible de commission par arme à feu.

Ces premières données concernant une population asiatique mettent en lumière le rôle non négligeable des facteurs culturels sur les conditions et les modalités de réalisation d'un acte d'homicide-suicide.

Pour exemple, l'influence de la religion bouddhiste qui est majoritaire dans cette région du monde.

Ces premiers résultats nécessitent d'être reproduits par d'autres équipes ultérieurement pour préciser l'influence des facteurs sociologiques.

Les chiffres concernant les consommations de substances psychoactives sont probablement sous-estimés en raison de l'absence d'information à ce sujet dans les rapports médicaux (Eliason, 2009) (53).

Les recherches régulières (presse, Google, Wikipédia) concernant les tueries de masse par certains auteurs constituent probablement un biais d'information (Auxéméry, 2011) (135).

Au sujet des pilotes auteurs de crash-suicide, la mise en cause du sexe masculin expliquée par le choix de moyens létaux violents soulève un biais de sélection puisque les pilotes sont le plus souvent des hommes (147).

Felthous et Hempel (1995) (67), dans leur analyse des homicides-suicides entre personnes âgées, soutiennent que les états dépressifs et les traits paranoïaques augmentent avec l'âge. En outre, ils affirment qu'un agresseur plus âgé aura eu davantage le temps d'établir une relation intime basée sur la dépendance, la tourmente et l'instabilité.

En Afrique du Sud, parmi les auteurs d'uxoricides, 19,4 % s'étaient suicidés dans la semaine suivant le meurtre, ce qui est plus faible que les chiffres internationaux. Néanmoins, les homicides étant la deuxième cause de mortalité en Afrique du Sud, les taux d'uxoricides-suicides demeurent plus élevés que dans la plupart des pays.

D'après la fraction attribuable, 91,5 % des décès des détenteurs légaux d'arme à feu et de leurs victimes auraient pu être évités si les meurtriers n'avaient pas détenu une telle arme.

En outre, l'Afrique du Sud présente un taux d'uxoricides-suicides qui dépasse les taux rapportés pour les autres pays (Mathews, 2008) (105).

3 - Stratégies et perspectives de prévention

Il paraît présomptueux de penser pouvoir procurer des méthodes concrètes visant à endiguer la survenue d'actes aussi imprévisibles que complexes. Néanmoins, le caractère dramatique qui les entoure, en raison du nombre important de victimes, de leur brutalité ou de l'atteinte du symbole familial, ne peut que justifier une réflexion autour de pistes de prévention.

Il existe plusieurs lignes de prévention en place. Par exemple, les réseaux de victimologie ou de périnatalité, accordant toute leur vigilance au risque de survenue de violences intrafamiliales.

D'autres axes sont en discussion ou en évolution, qu'il s'agisse de pistes de recherche ou de renforcement du cadre légal.

Il s'agit également de distinguer, par souci de clarté, les stratégies communes aux axes plus spécifiques, ce qui induit des redondances : pour exemple, les armes à feu ou l'impact médiatique.

a - Stratégies de prévention communes

Des outils tels que « les autopsies psychologiques » (méthode admise dans les années 60), développent des stratégies de prévention dans le domaine de la suicidologie par l'étude de l'état mental avant le décès et notamment les motivations du passage à l'acte. Ils peuvent avoir leur intérêt dans l'acte homicide-suicide dont les déterminants ne sont pas clairement identifiables, l'auteur s'étant donné la mort (184). Le recueil de ces analyses peut contribuer à l'élaboration de classifications et l'identification de potentiels facteurs de risque dans le but de valider un protocole de prévention (Knoll et Hatters-Friedman, 2015) (167).

La détection de la dépression, sa prise en charge et l'identification de facteurs précipitants ou favorisants (séparation, accès aux armes à feu, maladie grave ou perte d'autonomie, difficultés

financières, harcèlement scolaire, violences conjugales antérieures) sont primordiales au regard de sa représentation dans l'homicide-suicide : de 36 à 75 % selon les études, d'après l'Audition publique de 2010 au sujet de la dangerosité psychiatrique (Le Bihan, 2010) (185). En effet, bien que la dépression fasse craindre le plus communément des passages à l'acte auto-agressifs, les professionnels de santé doivent garder à l'esprit le potentiel criminogène de ces patients (17) (42).

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) au sujet de la dangerosité psychiatrique, il convient de prendre en compte les signes d'alerte suivants dans les troubles de l'humeur (186) (187) :

- importance de la douleur morale, de la détresse exprimée et du désespoir ;
- idées délirantes congruentes ou non à l'humeur ;
- idées de ruine et d'indignité ;
- anesthésie affective.

« Au décours d'un état dépressif, en particulier s'il est de nature mélancolique ou s'il existe des troubles de la personnalité de type narcissique, on peut craindre des passages à l'acte graves : infanticide, suicide, homicide altruiste, mise en danger de la collectivité (par exemple dans un suicide au gaz), etc » (HAS, 2011) (186) (187).

Cette notion témoigne de la nécessité de rechercher des comorbidités telles que certains traits de personnalité ou troubles de l'usage de substances psychoactives.

L'ensemble des facteurs de risque identifiés est restitué dans un tableau descriptif (*cf.* annexes).

L'existence de ces facteurs et les données de la littérature mettent en évidence l'incapacité du sujet à faire face à des événements de vie jugés insurmontables et précipitant le passage à l'acte. Ce processus évoque un défaut de résilience que le suivi doit prendre en charge (Landelle, 2017) (170).

Dans sa démarche d'évaluation de la dangerosité d'un sujet, le clinicien pourra compléter son appréciation par l'utilisation d'outils actuariels (VRAG : *Violence Risk Appraisal Guide*) ou les instruments de jugement structurés (facteurs de risque *versus* facteurs de protection). La Haute Autorité de Santé insiste, en outre, sur la mise en place de ces facteurs protecteurs (alliance thérapeutique, suivi long et régulier, *insight* (conscience des troubles) de qualité ou encore capacité à solliciter de l'aide).

De plus, il est important de ne pas sous-estimer la verbalisation ou expression de toute forme de menaces de mort ou de projets de suicide élargi (17). Les idées suicidaires sont normalement perçues comme un problème d'abus de soi mais il est crucial de reconnaître que les sujets suicidaires peuvent nuire à autrui. L'évaluation du risque suicidaire demeure donc essentielle et se doit d'être systématique dans l'intérêt du patient mais aussi de ses proches (notamment son conjoint) (Salari, 2007) (110).

Richard-Devantoy et al. (2010) (165), insistent également sur la pertinence d'une appréciation du risque homicidaire dans une démarche ciblée sur la clinique du passage à l'acte à l'instar de la crise suicidaire.

En ce sens, en sus d'un suivi rapproché, l'instauration d'un traitement médicamenteux pourrait se révéler protectrice. Les résultats des études au sujet de l'utilisation d'antidépresseurs de type ISRS

(inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) à visée préventive de l'agressivité sont contrastés. L'apport exogène du tryptophane serait efficace pour élever la teneur cérébrale en sérotonine, des travaux ayant démontré les effets favorables de sa supplémentation chez des adolescents violents (Beaurepaire, 2012) (169).

Par ailleurs, bien que la récidive soit rare, la prise en charge en milieu pénitentiaire s'avère être une réponse thérapeutique mais aussi préventive.

Il convient néanmoins de demeurer attentif au moment de la libération du détenu (en particulier si sa situation sociale est précaire) et d'assurer la pérennité d'un suivi en ambulatoire.

Les données précédentes mentionnent l'utilisation de l'arme à feu à la fois dans l'acte homicide et le suicide. Sa présence au domicile favoriserait donc la survenue de ces passages à l'acte, entraînant logiquement une réflexion autour de son accessibilité.

Cette démarche doit conduire au renforcement des lois afin de limiter la détention d'armes à feu, de restreindre leur maintien au domicile ainsi que de les mettre hors de portée des mineurs ou adolescents du foyer.

La détention de permis de chasse doit également faire l'objet d'une réglementation accrue car la plupart des événements sont marqués par l'usage de fusils présents au domicile.

b - Homicides-suicides conjugaux

Au sein d'un couple de personnes âgées dans lequel l'un des conjoints est le proche aidant, il est nécessaire de se renseigner sur l'apport d'aides extérieures en plus d'être vigilant en cas de glissement, de dépression et d'accès facilité aux armes à feu. Ainsi, une attention particulière doit être apportée aux couples vieillissants dont la perte d'autonomie et/ou la maladie chronique et évolutive peuvent s'accompagner d'un épisode dépressif réactionnel voire d'une mélancolie. Les sentiments d'incurabilité, les idées de ruine et la péjoration de l'avenir sont pourvoyeurs de passages à l'acte altruistes.

Dans les autres homicides-suicides entre conjoints, l'association de violences conjugales à une décision de séparation peut précipiter un passage à l'acte (188). Il paraît indispensable d'accompagner de manière pluridisciplinaire le conjoint exposé sur le plan victimologique. En parallèle, la prise en charge du conjoint violent est également nécessaire.

Depuis novembre 2015, un médecin référent des « violences faites aux femmes » doit être présent dans les services d'urgence afin de les dépister et de proposer un accompagnement aux victimes (189) (190) (191) (192).

Les résultats obtenus concernant les homicides-suicides conjugaux induisent l'importance des programmes de prévention et l'application des lois existantes sur la violence domestique (Pereira et Santos, 2010) (103).

En outre, un renforcement du cadre légal et une meilleure application des règles en vigueur en matière de détention d'armes à feu s'avèrent nécessaires lorsque des violences conjugales ont été objectivées (Barber et al., 2008) (85).

Des recommandations pour les cliniciens sont issues d'une étude de Salari (2007) (110) sur les uxoricides-suicides.

Tableau 6. Détection et prévention des uxoricides-suicides chez les personnes âgées (Salari, 2007) (110).

Vulnérabilités du sujet	Stratégies pour le clinicien
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de stress majeurs dans la vie • Difficultés à trouver une issue à une situation compliquée • Expériences récentes de deuil • Symptomatologie dépressive - troubles du sommeil • Traits de personnalité : flexibilité vs. la nécessité d'un contrôle strict • Connaissance et volonté d'utiliser des services vieillissants • Déception au sujet des services ou des soins à domicile • Tentative de suicide antérieure ou menace de suicide • Violence domestique antérieur • Majoration d'un comportement abusif • Colère, recherche de vengeance et réactions violentes • Quête de pouvoir et de contrôle sur son conjoint • Relation obsessionnelle - possessive • Comportement de harcèlement • Menaces de mort à l'égard du partenaire • Intervention policière ou judiciaire (ordonnances restrictives) • Possession d'armes (collections d'armes à feu, fusils de chasse, etc.) • Antécédents d'utilisation d'une arme dans une dispute • Soumission d'un des partenaires concernant les décisions du couple • Isolement social • Séquestration dans la maison • Conflits, éloignement ou absence soutien de la famille • Perspectives narcissiques • Opinions patriarcales ou misogynes • Manque d'empathie pour les autres • Incapacité à accepter l'autonomie du partenaire • La croyance que la mort serait une issue favorable à l'autre conjoint 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître et tenter de traiter la dépression • Reconnaître les signes avant-coureurs du suicide • Reconnaître l'existence d'un processus d'imitation (faits antérieurs) • Être disponible pour prêter assistance à un ou aux deux conjoints • Poser des questions directes sur les intentions suicidaires • Absence de jugement face aux projets de suicide - mais agir pour enlever des moyens • Évaluer l'accès aux armes à feu et prendre des mesures pour en limiter la disponibilité • Renseignez-vous sur les stocks de pilules, les poisons • Utiliser l'aide du réseau familial • Utiliser l'aide d'un professionnel de la santé mentale • Utiliser des intervenants religieux / spirituels • Reconnaître un mauvais état de santé comme facteur prédisposant • En cas de mauvaise santé, favoriser l'utilisation de services d'aide à domicile • Ne pas dépouiller le pouvoir décisionnel des potentielles victimes • Donner aux victimes les moyens de prendre leurs propres décisions • Reconnaître que quitter une relation abusive est un processus - à ne pas engager à la hâte • Appeler la police ou les services de protection des adultes pour enquête d'abus envers soi-même ou sa famille • Examiner l'utilisation de services de logement (qui parfois ne convient pas aux personnes âgées) • Traiter les personnes âgées comme des adultes - ne pas banaliser ou infantiliser • Faire en sorte que l'idéation suicidaire soit connue des réseaux de soutien plus importants • Appel des lignes dédiées à la prévention du suicide et l'aide aux victimes de violences domestiques • Sollicitation des services de soins palliatifs pour les malades en phase terminale

c - Homicides-suicides familiaux

L'épisode dépressif majeur ainsi que le trouble psychotique chez une femme au décours ou en amont du post-partum invite à une surveillance clinique rapprochée avec sollicitation des équipes de périnatalité afin de prévenir un éventuel filicide-suicide notamment dans une configuration

monoparentale. Cette notion fait l'objet d'une recommandation par l'HAS en mars 2011 au sujet de la dangerosité psychiatrique (187).

D'après Kivivuori et al. (2003) (68) et Gartner et al. (2008) (69), les actes homicides-suicides tendent à diminuer. Liem (2009) (59) justifie cette baisse dans les phénomènes intrafamiliaux au cours du XX^{ème} siècle par :

- une disponibilité accrue des contraceptifs ;
- un effectif familial réduit ;
- un plus grand accès à l'acceptation sociale du divorce ;
- un soutien financier plus important auprès des familles monoparentales ;
- un accès facilité aux consultations de santé mentale.

La survenue d'un événement dans la vie du sujet avec impact matériel sur son foyer (perte d'un emploi, endettement, maladie grave) peut remettre en question la « souveraineté » familiale. Ainsi, l'entourage intime ou médical doit se montrer vigilant et informer le sujet de la nécessité d'accéder à des soins psychiatriques.

d - Homicides-suicides extrafamiliaux

Au sujet des tueries de masse, Auxéméry (2011) (135) et Vossekul et al. (2004) (138) privilégient la notion de trajectoire criminelle dynamique, en induisant que le désamorçage est possible à partir de l'étude conjointe de facteurs statistiques et psychodynamiques. Auxéméry inclut également la notion de corrélation entre la prévention des tueries de masse et celle du suicide simple.

Par ailleurs, des pistes spécifiques peuvent également être envisagées.

- Accès aux armes à feu

L'accès facilité aux armes à feu est le support de débats récurrents en matière de prévention des meurtres aux États-Unis. Dans certains États, il y a plus d'accidents de chasse que d'accidents de la route mais davantage de permis chasse que de permis de conduire (193). Malgré l'intention de renforcer le nombre de contrôles ou de limiter la détention ou l'accès aux mineurs d'armes à feu, les citoyens américains demeurent très réticents à cette atteinte de leur liberté consacrée par le II^{ème} amendement de la Constitution (193).

En Europe, certains pays (Finlande, Suisse) sont le terrain de questionnements autour de l'accès légal mais aussi la détention illicite d'armes à feu (194).

En France, la réduction de la disponibilité des armes à feu apparaît comme une priorité en tant que moyen de prévention primaire efficace. Des études récentes au Canada et au Royaume-Uni démontrent le rôle préventif suite à des renforcements législatifs en matière de détention et d'acquisition des armes à feu. Dans ces deux pays, les taux de suicide et d'homicide au moyen d'une arme à feu auraient fortement diminué. En France, une nouvelle réglementation impose l'intervention du psychiatre et la rédaction d'un certificat de non-contre-indication pour les sujets ayant des antécédents psychiatriques. D'autres articles de loi prévoient la nécessité de déclarer les armes du domicile ou encore impliquent leur saisie par le préfet en cas de danger (*cf.* annexes).

La recommandation de nouvelles mesures législatives plus strictes semble essentielle, notamment en ce qui concerne la transmission générationnelle des armes, ou le stockage des armes à feu à domicile (arme vide séparée des munitions, non continuellement chargée, dans un coffre-fort, stockée démontée). L'article 6 de la loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 prévoyait d'ailleurs que les armes, les munitions et leurs éléments des 5^{ème} et 7^{ème} catégories devaient être conservés hors d'état de fonctionner immédiatement (Humeau et Senon, 2007) (195).

La possibilité pour les professionnels de santé ou de l'action sociale de signaler une situation de dangerosité envers autrui d'un sujet détenant ou souhaitant acquérir une arme, nonobstant le secret professionnel auquel ils sont astreints (art. 226-14 du Code pénal) (196).

Par ailleurs, l'évaluation des risques cliniques via une enquête spécifique sur les armes à feu peut être pertinente pour identifier les individus. Une atténuation de ces risques cliniques axée sur les armes à feu se justifierait également (Pinals et Anacker, 2016) (197).

- Prévention autour des adolescents

L'attrait pour les jeux vidéo violents peut s'avérer nocif sur adolescents en raison d'un discernement incomplet. Par un processus d'identification, le projet meurtrier se développe de manière insidieuse. En ce sens, l'Allemagne tente d'apporter une réponse concrète en matière de prévention : la diminution de la fréquence des publicités pour ces jeux ainsi qu'un blocage de leur accès pour les mineurs (198).

La vigilance accrue lors de l'expression de menaces de passage à l'acte semble primordiale. Bon nombre de meurtres de masse sont prémédités et ont fait l'objet d'annonces via divers moyens de communication.

La prévention du harcèlement scolaire et sa prise en charge ont également leur place au regard de son rôle favorisant dans l'élaboration de projets meurtriers.

Pour Preti (2008) (137), la prévention des tueries scolaires se rapproche en grande partie de celle du passage à l'acte suicidaire. Elle réside notamment en la résolution acceptable de la crise psychique traversée par le sujet.

- Impact des médias

Selon Auxéméry (2011) (135), la prévention des tueries de masse serait en réalité proche de celle du suicide. Ce propos peut aisément s'appliquer au rôle des médias. Les informations relayées par les médias devraient faire l'objet de contrôles afin d'endiguer des processus d'imitation. La consultation des archives des modes opératoires devrait également se voir restreinte. Selon le même auteur, l'axe de prévention au sujet des médias serait à la fois productif (informer le grand public de la vigilance à adopter, procurer les numéros d'urgence dédiés) et restrictif (s'abstenir de fournir des informations précises sur l'affaire ou de livrer une interprétation du crime). L'objectif de cette proposition est de lutter contre l'identification au meurtrier et son imitation, en évitant notamment la communication de modes opératoires

précis. En ce sens, le but est de conférer aux médias un effet protecteur face à ces drames, comme pour l'effet Papageno dans le suicide.

- Homicides-suicides des pilotes d'avion en vol

Le principal axe de prévention est la rigueur lors de l'évaluation de l'aptitude des pilotes, au décours de leur recrutement et pendant l'exercice de leurs fonctions (144).

En outre d'après Zagury, la surveillance de l'état mental du personnel navigant se doit d'être aussi soutenue que celle de l'état physique (143).

L'arrêté du 27 janvier 2005 prévoit des conduites à tenir notamment en cas de diminution de l'aptitude physique et mentale :

« (a) Tout détenteur d'un certificat médical doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence, des qualifications ou autorisations correspondantes dès qu'il est conscient d'une diminution de son aptitude médicale susceptible de le rendre incapable d'exercer en toute sécurité les dits privilèges.

(b) Les détenteurs d'un certificat médical doivent s'abstenir de piloter quand ils prennent un médicament prescrit ou non, ou une drogue, ou qu'ils suivent tout autre traitement, à moins que le prescripteur de ce médicament, cette drogue ou ce traitement ne leur assure que cela n'aura pas d'effet sur leur capacité à piloter.

(c) En cas de doute, l'avis du CEMA (Centre d'expertise de médecine aéronautique) doit être demandé. »

L'importance des facteurs psychologiques semble indéniable dans ces événements catastrophiques et doit impliquer les psychiatres et les médecins-examineurs. La détermination de composantes efficaces de prévention du suicide semble utile à la détection de membres d'équipage plus susceptibles de mettre en œuvre ce type de passage à l'acte (Saxena et al., 2016) (199).

Au-delà de la sensibilisation, il s'agit de former les médecins examineurs en aéronautique à la clinique dédiée à la santé mentale (200).

Les suicides par avion sont des phénomènes exclusivement masculins associés parfois à un meurtre de masse. La vigilance autour d'événements de vie (divorce) et/ou de menaces à la masculinité se veut inhérente à un programme de prévention efficace (Rice et Sher, 2016) (201).

Des centaines de pilotes en exercice présenteraient des symptômes dépressifs sans traitement, par crainte de répercussions néfastes sur leur carrière. Les organisations internationales de transports aériens doivent pouvoir fournir leur soutien aux traitements préventifs proposés par la santé mentale. La recherche autour de la prise en charge des troubles du sommeil et du rythme circadien s'avère également importante (Wu et al., 2016) (151).

Néanmoins, la principale limite à ces stratégies de prévention est le pilote lui-même. Craignant d'être déclaré inapte, il se refuserait à exprimer des angoisses, des troubles du sommeil ou un fléchissement thymique (R. Bor et al., 2002) (202).

L'AMA (*Aerospace Medical Association*), dans un commentaire issu d'un groupe de travail et envoyé à la FAA (*Federal Aviation Administration*), invite à la sensibilisation des pilotes, de leur entourage et des médecins agréés en aéronautique chargés de les examiner, en matière de santé mentale (200).

En mars 2016, le BEA (Bureau d'enquêtes et d'analyses pour la sécurité de l'aviation civile) a publié un rapport d'enquête après le crash de l'A320 de la Germanwings, se clôturant par onze recommandations à visée préventive (203,204) :

- « *évaluation médicale des pilotes présentant des problèmes de santé mentale* ;
- *l'analyse régulière des incapacités en vol* ;
- *l'atténuation des conséquences de la perte de licence* ;
- *les médicaments antidépresseurs et l'aptitude au vol* ;
- *l'équilibre entre secret médical et la sécurité publique* ».

Ce crash soulève également la question des dérogations du secret médical et de la vigilance autour de sujets souffrant de dépression et exerçant dans le secteur public (Soubrier, 2016) (153).

Au sortir des attentats du 11 septembre 2001, fut instauré le verrouillage automatique de la porte blindée séparant le cockpit du reste de l'appareil afin d'empêcher les détournements d'avion. Cette mesure de protection aurait malheureusement permis au copilote Andreas Lubitz de s'enfermer dans le cockpit, qui n'a pu être réintégré par le commandant de bord.

En réponse, l'EASA (*European Aviation Safety Agency*) recommande de manière temporaire la présence obligatoire de deux personnes dans le cockpit afin de rassurer les passagers (205–207).

Par ailleurs, les caractéristiques d'une stigmatisation explicite médiatique de la pathologie mentale, ont été trouvées dans 31,5% des articles de presse concernant le crash de l'A320 de la Germanwings. L'expertise professionnelle des psychiatres et une interprétation cohérente des directives journalistiques, pourraient tendre vers l'atténuation de ces effets imprévus de la stigmatisation (von Heydendorff et al., 2016) (208).

- Cas spécifiques des militaires

Plusieurs militaires, vétérans pour la plupart ont été impliqués dans des tueries de masse. Elle pose la question du renforcement de la prise en charge de sujets susceptibles de souffrir d'un état de stress post-traumatique.

- Cas des attentats-suicides

Bou Khalil et Richa (2018) (181) mettent en évidence la responsabilité de schémas cognitifs biaisés dans le processus de radicalisation. Les approches visant à sensibiliser les individus aux effets néfastes de ces systèmes pourraient donc théoriquement réduire le risque de commettre des attentats-suicides. Cependant, les tentatives de « déradicalisation » impliquant des moyens technologiques de communication ou la mise en place de centres sociaux de

« réintégration » requièrent une étude scientifique et pluridisciplinaire de ces approches avant de se généraliser L'étude du profil psychopathologique des terroristes suicidaires devrait avoir des implications cliniques et préventives.

XII - CONCLUSION

L'homicide-suicide est un évènement rare, dramatique, spécifique, complexe et multivoque. En effet, l'altruiste ne suffit plus à expliquer à lui seul le processus de ces passages à l'acte.

La revue de la littérature récente confirme une stabilité des incidences dans le temps et la détermination d'un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques communes mais également spécifiques à chaque type d'homicide-suicide. En outre, certaines constantes ont été individualisées : le profil type de l'auteur désigne presque exclusivement un homme déprimé, utilisant une arme à feu pour tuer sa conjointe ou son ex-conjointe pour ensuite se donner la mort. Ces évènements font fréquemment suite à des facteurs précipitants tels qu'une séparation, une maladie grave ou un licenciement.

L'étude de ces phénomènes témoigne des relations d'interdépendance que semblent entretenir les classifications et les caractéristiques propres aux homicides-suicides. En effet, si la perspective de catégoriser est en partie permise par l'individualisation de critères, par souci de clarté et au regard des multiples données retrouvées, les auteurs tendent à établir des typologies.

La mise en évidence de ces conceptions et de leurs influences réciproques, oeuvre pour la modélisation d'axes de prévention auxquels les intervenants en santé mentale doivent être sensibilisés. Néanmoins, l'homicide-suicide apparaît comme un enchevêtrement d'éléments idéologiques, psychopathologiques, sociaux et sociétaux. Par son caractère multifactoriel, il ne saurait trouver une compréhension exhaustive et des perspectives préventives efficaces sans une conception transdisciplinaire du phénomène.

XIII - BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Définitions : homicide - Dictionnaire de français Larousse.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/homicide/40228>
2. Articles 221-1 et 221-2 du Code pénal | Legifrance
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165276&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20160804>
3. Tremblay J-M. Les classiques des sciences sociales : Émile Durkheim : Le suicide. Étude de sociologie. (1897).
http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/suicide/suicide_tdm.html
4. Tremblay J-M. Les classiques des sciences sociales: Émile Durkheim: Le suicide.
http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/suicide/suicide_Introduction.html
5. OMS | Prévention des suicides.
<http://www.preventionsuicide.info/priorites/oms.php>
6. Cours_10_Le_suicide.
<https://fr.scribd.com/document/272380718/Cours-10-Le-Suicide>
7. Définitions : média, médias - Dictionnaire de français Larousse.
http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9dia_m%C3%A9dias/50085
8. 2^{ème} Congrès International de balistique lésionnelle. 6 et 7 juin 2016.
<http://www.congres-balistique-lesionnelle.fr/fr/accueil-2/>
9. Larousse É. Définitions : terrorisme - Dictionnaire de français Larousse.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/terrorisme/77478>
10. Active Shooter Incidents. Federal Bureau of Investigation.
<https://www.fbi.gov/about/partnerships/office-of-partner-engagement/active-shooter-incidents>
11. Aggrawal A. Mass Murder. 2005.
Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine. 2005;3:216-23.
12. Serial Murder: Pathways for Investigations. Federal Bureau of Investigation.
<https://www.fbi.gov/file-repository/serialmurder-pathwaysforinvestigations.pdf/view>
13. Serial Murder. Federal Bureau of Investigation.
<https://www.fbi.gov/stats-services/publications/serial-murder>
14. Douglas JE. Crime classification manual: a standard system for investigating and classifying violent crimes. 2nd ed. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 2006. 555 p.
15. Cusson M. Beaulieu N. Cusson F. Les homicides. 2006.
http://classiques.uqac.ca/contemporains/cusson_maurice/homicides/homicides.pdf
16. Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. Am J Psychiatry. sept 1969;126(3):325-34.
17. Chocard AS. L'acte homicide-suicide. 2005. Thèses de psychiatrie de la Faculté de médecine Angers.
<http://psyfontevraud.free.fr/theses/chocard2005.htm>
18. Chocard AS. Juan F. Les meurtres-suicides. Revue de la littérature. 2002.

<http://docplayer.fr/53020626-Sur-les-meurtres-suicides-revue-de-la-litterature.html>

19. Chocard AS. Approche psychopathologique du passage à l'acte homicide-suicide. *Imagin Inconsc.* 2005;no 16(2):183-98.

20. Trichet Y. Dupont AS. Logique des homicides dits altruistes. *Clinique de l'infanticide.* Bull Psychol. 27 janv 2012; Numéro 514(4):347-57.

21. Esquirol É. Note sur la monomanie homicide, par M. le Dr Esquirol. Paris: J.-B. Baillière ; 1827.

<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k10251686>

22. Esquirol É. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. vol. I Paris : J.-B. Baillière, 1838.

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?cote=34169x01&p=581&do=page>

23. Sullivan WC. Médecine légale des Aliénés. Par R. von Krafft-Ebing. Édition française, traduite par le Dr. A. Rémond. 1er Fascicule; Partie criminelle. Paris: Octave Doin, 1900, 8vo, pp. 544. Price (of the complete work) 20 fr. *J Ment Sci.* oct 1900;46(195):793-4.

24. Porret M. La « mère dénaturée » ou la folie de Jeanne Lombardi, égorgée nocturne de ses quatre enfants en mai. 1885.

<https://docplayer.fr/75893559-La-mere-denaturee-ou-la-folie-de-jeanne-lombardi-egorgeuse-nocturne-de-ses-quatre-enfants-en-mai-1885.html>

25. Porret M. Le drame de la nuit : enjeux médico-légaux du quadruple égorgement commis en 1885 à Genève par une mère sur ses enfants. *Rev Hist XIXe Siècle Société Hist Révolution 1848 Révolutions XIXe Siècle.* 1 déc 2003;(26/27):305-29.

26. De Clérambault G. Œuvre psychiatrique tome 2. 1942.

https://psychia.ru/fr/clerambault/1942/oeuvre_psychiatrique_vol_210.html

27. Deshaies G. Psychologie du suicide. PUF (Biblio. de Philosophie Contemporaine), 1947, - AbeBooks.com

<https://www.abebooks.com/Psychologie-suicide-DESHAIES-G-PUF-Biblio/8900706838/bd>

28. Mullier A. Le Droit Face À la Mort Volontaire. Editions universitaires européennes EUE; 2011. 120 p.

29. Blocher H. Du suicide. 1993.

<http://www.servir.caef.net/?p=6674>

30. Lagache D. La jalousie amoureuse. 1947

https://www.puf.com/content/La_jalousie_amoureuse

31. Lagache D. L'amour et la haine (1939). 1977. pp. 269-314.

http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=84489

32. Heuyer G. Psychoses collectives et suicides collectifs. 1973.

http://bibliotheque.bordeaux.fr/in/faces/details.xhtml?id=mgroup%3Ap+unimarcmbmb_949382&&jscheck=1

33. Verrechia B. Psychoses collectives, phénomènes de panique et suicides de masse. 2003.

<http://psyfontevraud.free.fr/AARP/psyangevine/publications/psychoses-collectives.htm>

34. Scherrer P. et Maillard M. « Altruistic » homicide or accompanied suicide : a propos of a case. *Ann Med Psychol (Paris)*. nov 1975;2(4):734-44.

35. Scherrer P. Crimes et violences dans la famille. 1980. pp. 371-457.

http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=85801

36. Nahmani I. Scolan V. Fiechter-Boulevard F. Paysant F. Vittini P. Filicide-suicide non altruiste : un cas clinique évoquant un syndrome de Sardanapale ? *Eur Psychiatry*. 1 nov 2015;30(8):S134-5.

37. Netgen. Le syndrome de Médée, parcours sadique de la perte d'amour. *Revue Médicale Suisse*. 2010.

<https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-236/Le-syndrome-de-Medee-parcours-sadique-de-la-perte-d-amour>

38. Roure L. Aspects dangereux des états dépressifs. *Psychiatr Prat Médecin*. 1988;(54).

39. Le Bihan P. Dépression et homicide, revue de la littérature à propos de dix observations, thèse n° 3082, Bordeaux, 1993.

40. Coutanceau R. Smith J. *Violences aux personnes : Comprendre pour prévenir*. Dunod; 2014. 584 p.

<https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/violences-aux-personnes-comprendre-pour-prevenir>

41. Beaurepaire C. Bénézech M. Kottler C. *Les dangers: de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. John Libbey Eurotext; 2004. 446 p.

42. Bénézech M. Depression and crime. Review of the literature and original cases. *Ann Méd-Psychol*. févr 1991;149(2):150-65.

43. Lecomte D. Fornes P. Homicide followed by suicide : Paris and its suburbs, 1991-1996. 1998. *J Forensic Sci*. juill 1998;43(4):760-4.

44. Homicide-suicide in Tours, France (2000–2005) – description of 10 cases and a review of the literature. 2008.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X0700039X>

45. Freud S. Deuil et mélancolie. 1917. *Sociétés*. 2004;no 86(4):7-19.

46. Dagenais D. Le suicide comme meurtre d'une identité. *Rech Sociographiques*. 2007;48(3):139-60.

47. Lombroso C. *L'homme criminel. Étude anthropologique et psychiatrique*. 1887.

http://classiques.uqac.ca/classiques/lombroso_cesare/homme_criminel_1887/homme_criminel_1887.html

48. *Le suicide, entre interdit et légitimité*. 2016.

<http://www.humus-plume.fr/suicide/>

49. Comte A. *Catéchisme positiviste ou sommaire exposition de la religion universelle en onze entretiens systématiques entre une femme et un Prêtre de l'Humanité*. 1852.

http://classiques.uqac.ca/classiques/Comte_auguste/catechisme_positiviste/catechisme_positiviste.htm

50. Disselkamp A. Halbwachs vs Durkheim. Une critique de l'individu pur (et de la sociologie). 2005. *Rev Eur Sci Soc Eur J Soc Sci*. 1 févr 2005;(XLIII-131):115-33.
51. Baechler J. Les suicides, préface de Raymond Aron. 1976.
https://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1976_num_31_1_293703_t1_0140_0000_002
52. Van Vyve M. La notion de suicide.1954.
https://www.persee.fr/doc/phlou_0035-3841_1954_num_52_36_4517
53. Eliason S. Murder-Suicide : A Review of the Recent Literature. 2009. *J Am Acad Psychiatry Law Online*. 1 sept 2009;37(3):371-6.
54. Morali A. Baratta A. L'homicide-suicide. Caractéristiques cliniques et épidémiologiques. Illustration à propos d'un cas clinique. 2012. *Inf Psychiatr*. 15 nov 2012;me 87(4):321-8.
55. Large et al. The epidemiology of homicide followed by suicide: a systematic and quantitative review. 2009.
https://www.researchgate.net/publication/259624085_The_epidemiology_of_homicide_followed_by_suicide_a_systematic_and_quantitative_review
56. Caman S. Sturup J. Homicide-suicide offences: description, classification and short case studies. 2015. *J Crim Psychol*. 3 août 2015;5(3):177-87.
57. Regoezci WC. Gilson T. Homicide–Suicide in Cuyahoga County, Ohio, 1991–2016. 2018. *J Forensic Sci*. 8 janv 2018.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1556-4029.13729>
58. Liem M. Barber C. Markwalder N. Killias M. Nieuwebeerta P. Homicide-suicide and other violent deaths: an international comparison. 2011. *Forensic Sci Int*. 15 avr 2011;207(1-3):70-6.
59. Liem M. Homicide followed by suicide: A review. 2009.
http://www.academia.edu/25838206/Homicide_followed_by_suicide_A_review
60. Liem M. Homicide followed by Suicide : An empirical analysis. 2010.
<http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/40161>
61. Liem M. Nieuwebeerta P. Homicide followed by suicide: a comparison with homicide and suicide. 2010. *Suicide Life Threat Behav*. avr 2010;40(2):133-45.
62. Liem et Oberwittler. Homicide Followed by Suicide in Europe. 2011.
https://www.researchgate.net/publication/227028897_Homicide_Followed_by_Suicide_in_Europe
63. West DJ. Murder followed by suicide : an inquiry carried out for the Institute of Criminology, Cambridge. 1965.
<https://trove.nla.gov.au/version/45527553>
64. Coid J. The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychological Medicine*. 1983.
<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/epidemiology-of-abnormal-homicide-and-murder-followed-by-suicide/AE09ED0FBBA7F096ABEC1BD3CB741EA5>

65. Marzuk et al. The Epidemiology of Murder-Suicide | JAMA | JAMA Network. 1992.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/397893>
66. Milroy CM. The epidemiology of homicide-suicide (dyadic death).1995.
<http://www.sciencedirect.com.docelec.u-bordeaux.fr/science/article/pii/0379073894016480>
67. Felthous AR. Hempel A. Combined Homicide-Suicides : A Review. 1995.
J Forensic Sci. 1 sept 1995;40(5):846-57.
68. Kivivuori J. Lehti M. Homicide Followed by Suicide in Finland: Trend and Social Locus. 2003. J Scand Stud Criminol Crime Prev. 1 déc 2003;4:223-36.
69. Gartner R. Mc Carthy B. Twentieth-century trends in homicide followed by suicide in four North American cities. 2008.
<https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&q=Twentieth-century+trends+in+homicide+followed+by+suicide+in+four+North+American+cities+&btnG=&lr=>
70. Bernard P. Homicides-suicides au Québec : analyse de génogrammes d’auteurs d’homicide-suicide dans le contexte conjugal. 2009.
<https://archipel.uqam.ca/2345/>
71. l’Intérieur M de. Insécurité et délinquance en 2017 - premier bilan statistique - Les homicides.
<http://www.interieur.gouv.fr/fr/Interstats/Themes/Homicides/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique-Les-homicides>
72. Épidémiologie – Infosuicide.org
<https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/>
73. De Koning E. Piette MH. A retrospective study of murder–suicide at the Forensic Institute of Ghent University, Belgium: 1935–2010. 2014. Med Sci Law. 1 avr 2014;54(2):88-98.
74. Travis AR, Johnson LJ, Milroy CM. Homicide-suicide (dyadic death), homicide, and firearms use in England and Wales. Am J Forensic Med Pathol. déc 2007;28(4):314-8.
75. Flynn S. A Mixed Methods Study of Homicide followed by suicide. 2013.
<https://www.escholar.manchester.ac.uk/uk-ac-man-scw:198287>
76. Palermo GB. Smith MB. Jenzten JM. Henry TE. Konicek PJ. Peterson GF. et al. Murder-suicide of the jealous paranoia type: a multicenter statistical pilot study. Am J Forensic Med Pathol. déc 1997;18(4):374-83.
77. Malphurs JE. Cohen D. A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. Am J Geriatr Psychiatry. 1 janv 2005;13(3):211-7.
78. Bossarte RM. Simon TR. Barker L. Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003–04. Inj Prev. déc 2006;12(Suppl 2):ii33-8.
79. Campanelli C. Gilson T. Murder-suicide in New Hampshire, 1995-2000. Am J Forensic Med Pathol. sept 2002;23(3):248-51.
80. Malphurs JE. Cohen D. A newspaper surveillance study of homicide-suicide in the United States. Am J Forensic Med Pathol. juin 2002;23(2):142-8.

81. Banks L. Crandall C. Sklar D. Bauer M. A comparison of intimate partner homicide to intimate partner homicide-suicide: one hundred and twenty-four New Mexico cases. *Violence Women*. sept 2008;14(9):1065-78.
82. Bridges F. Mean ages of homicide victims and victims of homicide-suicide. 2010. https://www.researchgate.net/publication/43199897_Mean_ages_of_homicide_victims_and_victims_of_homicide-suicide
83. Panczak R. Geissbühler M. Zwahlen M. Killias M. Tal K. Egger M. Homicide-suicides compared to homicides and suicides: systematic review and meta-analysis. *Forensic Sci Int*. 10 déc 2013;233(1-3):28-36.
84. Berman AL. Dyadic Death: Murder-Suicide. 1979. *Suicide Life Threat Behav*. 9(1):15-23.
85. Barber CW. Azrael D. Hemenway D. Olson LM. Nie C. Schaechter J. Walsh S. Suicides and Suicide Attempts Following Homicide: Victim–Suspect Relationship, Weapon Type, and Presence of Antidepressants. 2008. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1088767908319597>
86. Stack S. Homicide followed by suicide : an analysis of Chicago data. 1997. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1745-9125.1997.tb01224.x>
87. Carcach C. Grabosky PN. Murder-suicide in Australia. 1998. [https://www.safelylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds\[\]=citjournalarticle_228283_38](https://www.safelylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds[]=citjournalarticle_228283_38)
88. Liem M. Postulart M. Nieuwebeerta P. Homicide-Suicide in the Netherlands: An Epidemiology. 2009. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1088767908330833>
89. Hatters Friedman S. Hrouda DR. Holden CE. Noffsinger SG. Resnick PJ. Filicide-suicide: common factors in parents who kill their children and themselves. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2005;33(4):496-504.
90. Rosenbaum M. The role of depression in couples involved in murder-suicide and homicide. *Am J Psychiatry*. août 1990;147(8):1036-9.
91. Selkin J. Rescue Fantasies in Homicide-Suicide. 1976. *Suicide Life Threat Behav*. 6(2):79-85.
92. Malphurs JE. Eisdorfer C. Cohen D. A comparison of antecedents of homicide-suicide and suicide in older married men. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 2001;9(1):49-57.
93. Logan J. Hill HA. Black ML. Crosby AE. Karch DL. Barnes JD. et al. Characteristics of Perpetrators in Homicide-Followed-by-Suicide Incidents: National Violent Death Reporting System--17 US States, 2003-2005. *Am J Epidemiol*. 18 sept 2008;168(9):1056-64.
94. Flynn SM SN. Homicide followed by suicide: a cross-sectional study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2009;20(2):306-321. 2009. <https://www.escholar.manchester.ac.uk/uk-ac-man-scw:66537>

95. Wallace A. Homicide : the social reality. 1986.
<https://catalogue.nla.gov.au/Record/67258>
96. Hanzlick R. Koponen M. Murder-suicide in Fulton County, Georgia, 1988-1991. Comparison with a recent report and proposed typology. *Am J Forensic Med Pathol.* juin 1994;15(2):168-73.
97. Harper DW. Voigt L. Homicide Followed by Suicide: An Integrated Theoretical Perspective. 2007.
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1088767907306993>
98. Cechova-Vayleux E. Leveillee S. Lhuillier J-P. Garre J-B. Senon J-L. Richard-Devantoy S. Singularités cliniques et criminologiques de l'uxoricide : éléments de compréhension du meurtre conjugal. *L'Encéphale.* déc 2013;39(6):416-25.
99. Comstock RD. Mallonee S. Kruger E. Rayno K. Vance A. Jordan F. Epidemiology of homicide-suicide events: Oklahoma, 1994-2001. *Am J Forensic Med Pathol.* sept 2005;26(3):229-35.
100. Saleva O. Putkonen H. Kiviruuu O. Lönnqvist J. Homicide-suicide - an event hard to prevent and separate from homicide or suicide. *Forensic Sci Int.* 2 mars 2007;166(2-3):204-8.
101. Cohen D. Llorente M. Eisdorfer C. Homicide-suicide in older persons. *Am J Psychiatry.* mars 1998;155(3):390-6.
102. Smucker S. Kerber RE. Cook PJ. Suicide and Additional Homicides Associated with Intimate Partner Homicide: North Carolina 2004–2013. *J Urban Health.* 18 avr 2018;1-7.
103. Pereira et S. Intimate partner homicide-suicide - a 5-year case review (2004-08). 2010.
https://www.researchgate.net/publication/292966525_Intimate_partner_homicide-suicide_-_a_5-year_case_review_2004-08
104. Liem M. Roberts DW. Intimate Partner Homicide by Presence or Absence of a Self-Destructive Act. *Homicide Stud.* 2009;13(4):339-54.
105. Mathews S. Intimate femicide-suicide in South Africa: a cross-sectional study.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18670666>
106. Lidberg L. Tuck JR. Åsberg M. Scalia - Tomba GP. Bertilsson L. Homicide, suicide and CSF 5-HIAA. *Acta Psychiatr Scand.* 1 mars 1985;71(3):230-6.
107. Koziol-McLain J. Webster D. McFarlane J. Block CR. Ulrich Y. Glass N. et al. Risk factors for femicide-suicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Violence Vict.* févr 2006;21(1):3-21.
108. Palermo GB. Murder-Suicide - An Extended Suicide. 1994.
https://www.researchgate.net/publication/240690243_Murder-Suicide-An_Extended_Suicide
109. Hannah S. Turf EE. Fierro MF. Murder-suicide in central Virginia : a descriptive epidemiologic study and empiric validation of the Hanzlick-Koponen typology.1998.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Murder-suicide-in-central-Virginia%3A-a-descriptive-Hannah-Turf/335504cae771a1e5787f9ddf6fe498dbffa3e2db>
110. Salari S. Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: Strategies for prevention. *Clin Interv Aging.* sept 2007;2(3):441-52.

111. Cheung G. Hatters Friedman S. Sundram F. Late-life homicide-suicide: a national case series in New Zealand. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc.* janv 2016;16(1):76-81.
112. Milroy CM. Reasons for Homicide and Suicide in Episodes of Dyadic Death in Yorkshire and Humberside. *Med Sci Law.* juill 1995;35(3):213-7.
113. Bell CC. McBride DF. Commentary: Homicide-suicide in older adults--cultural and contextual perspectives. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2010;38(3):312-7.
114. Le Bihan P. Bénézec M. Pactes suicidaires : une revue de littérature. *Ann MEDICO Psychol.* 2006;4 vol 164:292-303.
115. Jensen LL, Gilbert JD, Byard RW. Coincident deaths: double suicide or murder-suicide? *Med Sci Law.* janv 2009;49(1):27-32.
116. Salari S. Sillito C. Intimate partner homicide suicide: Perpetrator primary intent across young, middle, and elder adult age categories. *Aggress Violent Behav.* 1 déc 2015;26.
117. Byard RW. Knight D. James RA. Gilbert J. Murder-suicides involving children: a 29-year study. *Am J Forensic Med Pathol.* déc 1999;20(4):323-7.
118. Liem M. *Familial Homicide-Suicide.* 2012.
<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199738403.001.0001/oxfordhb-9780199738403-e-8>
119. Estano N. Vandevoorde J. Painset G. Homicide-Suicide: Revue Clinique et hypothèses psychologiques. *L'Encéphale, In Press* (2016). *Encéphale.* 9 août 2017;43:382-93.
120. Ewing CP. Ewing CP. *Fatal families: the dynamics of intrafamilial homicide.* 1997.
<https://trove.nla.gov.au/version/46662589>
121. Websdale N. *Understanding Domestic Homicide.* UPNE; 1999. 308 p.
122. Liem M. Koenraadt F. Familicide: a comparison with spousal and child homicide by mentally disordered perpetrators. *Crim Behav Ment Health CBMH.* 2008;18(5):306-18.
123. Milroy CM. 1. Homicide Followed by Suicide (Dyadic Death) in Yorkshire and Humberside. *Med Sci Law.* avr 1993;33(2):167-71.
124. Holland KM. Brown SV. Hall JE. Logan JE. Circumstances Preceding Homicide-Suicides Involving Child Victims: A Qualitative Analysis. *J Interpers Violence.* févr 2018;33(3):379-401.
125. Friedman SH. Holden CE. Hrouda DR. Resnick PJ. Maternal Filicide and Its Intersection With Suicide. *Brief Treat Crisis Interv.* 1 août 2008;8(3):283.
126. Dettling A. Althaus L. Haffner H-T. Criteria for homicide and suicide on victims of extended suicide due to sharp force injury. *Forensic Sci Int.* 8 juill 2003;134(2-3):142-6.
127. Liem MCA. Pridemore WA. *Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, and Country Studies.* Springer Science & Business Media; 2011. 508 p.
128. Nahmani I. *Le filicide-suicide non altruiste: l'homicide psychique du conjoint survivant? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2016.*
129. Sanchez A. *An Analysis of Terrorism and Mental Health in Mass Shootings as Perceived by the Media.* Electron Theses Diss. 2018.
<http://stars.library.ucf.edu/etd/5852>

130. Meloy JR. Hempel AG. Mohandie K. Shiva AA. Gray BT. Offender and Offense Characteristics of a Nonrandom Sample of Adolescent Mass Murderers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juin 2001;40(6):719-28.
131. Newman K. Fox C. Repeat Tragedy: Rampage Shootings in American High School and College Settings, 2002-2008. 2009.
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0002764209332546>
132. Newman K. Fox C. Roth W. Mehta J. Harding D. Rampage: The Social Roots of School Shootings. 2005.
<https://www.amazon.com/Rampage-Social-Roots-School-Shootings/dp/0465051049>
133. Wike TL. Fraser MW. School shootings: Making sense of the senseless. *Aggress Violent Behav*. mai 2009;14(3):162-9.
134. Meloy JR. Hempel AG. Gray BT. Mohandie K. Shiva A. Richards TC. A comparative analysis of North American adolescent and adult mass murderers.(Serial and Mass Homicide). *Behav Sci Law*. 1 mai 2004;22(3):291-309.
135. Auxéméry Y. Le meurtrier de masse. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mai 2011;169(4):237-42.
136. Declercq F. Audenaert K. A case of mass murder: Personality disorder, psychopathology and violence mode. *Aggress Violent Behav - AGGRESS VIOLENT Behav*. 18 mars 2011;16.
137. Preti A. School Shooting as a Culturally Enforced Way of Expressing Suicidal Hostile Intentions. *J Am Acad Psychiatry Law Online*. 1 déc 2008;36(4):544-50.
138. Vossekuil. The Final Report and Findings of the Safe School Initiative: Implications for the Prevention of School Attacks in the United States. 2004.
https://www.researchgate.net/publication/253143845_The_Final_Report_and_Findings_of_the_Safe_School_Initiative_Implications_for_the_Prevention_of_School_Attacks_in_the_United_States
139. Lester D. Murder-suicide in workplace violence. *Psychol Rep*. août 2014;115(1):28-31.
140. Lester D, Stack S, Schmidtke A, Schaller S, Müller I. The deadliness of mass murderers. *Psychol Rep*. juin 2004;94(3 Pt 2):1404.
141. Lester D. Suicide in Mass Murderers and Serial Killers. *Suicidol Online*. 1 janv 2010;
142. Mäulen B. An aeronautic suicide attempt (3). *Suicide and self-destructive behavior in aviation. Crisis*. 1993;14(2):68-70, 82.
143. Germanwings : au coeur d'un crash hors du commun. 2016.
<http://www.programme-tv.net/programme/culture-infos/r365353-germanwings-au-coeur-d-un-crash-hors-du-commun/8065037-germanwings-au-coeur-d-un-crash-hors-du-commun/>
144. Arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile (FCL 3) - Article Annexe | Legifrance
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?jsessionid=B2ECE10EB17D8DF65A2043F52279CA76.tpdila17v_1?idArticle=LEGIARTI000027199300&cidTexte=JORFTEXT000000632346&categorieLien=id&dateTexte
145. EUR-Lex - 32011R1178 - EN - EUR-Lex.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32011R1178>

146. Bills CB. Grabowski JG. Li G. Suicide by aircraft: a comparative analysis. *Aviat Space Environ Med.* août 2005;76(8):715-9.
147. Politano PM. Walton RO. Analysis of NTSB Aircraft-Assisted Pilot Suicides: 1982-2014. *Suicide Life Threat Behav.* avr 2016;46(2):234-8.
148. Schwark T. Severin K. Grellner W. « I am flying to the stars »-Suicide by aircraft in Germany. *Forensic Sci Int.* 6 août 2008;179:e75-8.
149. Ungs TJ. Suicide by use of aircraft in the United States, 1979-1989. *Aviat Space Environ Med.* oct 1994;65(10 Pt 1):953-6.
150. Pasha T. Stokes PRA. Reflecting on the Germanwings Disaster: A Systematic Review of Depression and Suicide in Commercial Airline Pilots. *Front Psychiatry.* 2018;9:86.
151. Wu AC. Donnelly-McLay D. Weisskopf MG. McNeely E. Betancourt TS. Allen JG. Airplane pilot mental health and suicidal thoughts: a cross-sectional descriptive study via anonymous web-based survey. *Environ Health Glob Access Sci Source.* 15 déc 2016;15(1):121.
152. O'Hagan AD. Issartel J. Nevill A. Warrington G. Flying Into Depression. *Workplace Health Saf.* mars 2017;65(3):109-17.
153. Soubrier J-P. Self-Crash Murder–Suicide. *Crisis.* 1 sept 2016;37(6):399-401.
154. Kenedi C. Friedman SH. Watson D. Preitner C. Suicide and Murder-Suicide Involving Aircraft. *Aerosp Med Hum Perform.* avr 2016;87(4):388-96.
155. Bor R. Field G. Scragg P. The mental health of pilots: An overview. *Couns Psychol Q.* 1 sept 2002;15:239-56.
156. Vuorio A. Laukkala T. Navathe P. Budowle B. Eyre A. Sajantila A. Aircraft-Assisted Pilot Suicides: Lessons to be Learned. *Aviat Space Environ Med.* août 2014;85(8).
<https://trid.trb.org/view.aspx?id=1317823>
157. Guittet E-P. Les missions suicidaires, entre violence politique et don de soi ? *Cult Confl.* 1 nov 2006;(63):171-4.
158. Sheehan IS. Are suicide terrorists suicidal? A critical assessment of the evidence. *Innov Clin Neurosci.* sept 2014;11(9-10):81-92.
159. Marazziti D. Veltri A. Piccinni A. The mind of suicide terrorists. *CNS Spectr.* avr 2018;23(2):145-50.
160. Post JM. Ali F. Henderson SW. Shanfield S. Victoroff J. Weine S. The psychology of suicide terrorism. *Psychiatry.* 2009;72(1):13-31.
161. Fekih-Romdhane F. Chenoufi L. Cheour M. Les terroristes suicidaires : qui sont-ils ? *Annales médico-psychologiques*, Volume 174, n° 4, pages 274-279 (mai 2016)
<http://www.em-consulte.com/en/article/1048020>
162. Cheour M. Fekih-Romdhane F. Chenouffi L. Le profil des terroristes suicidaires. *Eur Psychiatry.* 1 nov 2015;30(8, Supplement):S141-2.
163. Bouzar D. Martin M. Pour quels motifs les jeunes s'engagent-ils dans le djihad ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 oct 2016;64(6):353-9.

164. Huyghe F-B. Kamikazes : la contagion de la mort. *Médium*. 2005;(5):78-89.
165. Richard-Devantoy S. Voyer M. Gohier B. Garré J-B. Senon J-L. La crise homicide : pendant de la crise suicidaire ? Particularités chez le sujet schizophrène. *Ann Medico-Psychol - ANN MEDICO-PSYCHOL*. 1 févr 2010;168:62-8.
166. Ducher J-L. Germanwings flight... the psychiatrists without word. *L'Encephale*. 2 mars 2016;42.
167. Knoll JL. Hatters-Friedman S. The Homicide-Suicide Phenomenon: Findings of Psychological Autopsies. *J Forensic Sci*. sept 2015;60(5):1253-7.
168. Estano N. Vandevorode J. Homicide maquillé et suicide : complémentarité de la suicidologie, de la criminologie et de la médecine légale. *Rev Med Leg*. 16 sept 2016;
169. Beaurepaire. Neurobiologie de la violence - lettre psychiatre N5 oct2012. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PG_16xdA3eMJ:www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/19022.pdf+&cd=3&hl=fr&ct=clnk&client=firefox-b-ab
170. Landelle T. Les homicides-suicides : d'une revue de littérature à l'analyse de cas cliniques. *Lille 2*; 2017
<http://pepите.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-9383>
171. Hamon. Neurobiologie de l'impulsivité, de l'agressivité et de la violence – Neurobiology of impulsiveness, aggressiveness and v. 2008
<http://newdev.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/14495.pdf>
172. Narvaes. Aggressive behavior and three neurotransmitters: dopamine, GABA, and serotonin—a review of the last 10 years. 2014.
<http://psycnet.apa.org/fulltext/2014-56250-020.html>
173. Millaud F. Le passage à l'acte. 1998.
https://www.unitheque.com/Livre/elsevier/_masson/Medecine_et_psychotherapie/Le_passage_a_l_acte-28396.html
174. Bénézech M. La perte de l'objet en clinique criminologique ou la passion selon Werther. *Ann MEDICO Psychol*. 1987;4 vol 145:329-40.
175. Swatt M. He P. Exploring the Difference Between Male and Female Intimate Partner Homicides: Revisiting the Concept of Situated Transactions. 2006.
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1088767906290965>
176. Psychiatrie et violence : Soigner, évaluer, protéger, respecter dans un cadre légal en évolution – 3ème Congrès international francophone, Université de Lausanne, 19 – 21 avril 2017.
<https://wp.unil.ch/psychiatrieviolence2017/>
177. Millaud F. Violence homicide intra-familiale | *Érudit* | Psychiatrie et violence v8 n1 2008 |
<https://www.erudit.org/revue/pv/2008/v8/n1/018664ar.html>
178. Laukkala T, Vuorio A, Bor R, Budowle B, Navathe P, Pukkala E, et al. Copycats in Pilot Aircraft-Assisted Suicides after the Germanwings Incident. *Int J Environ Res Public Health*. 11 mars 2018;15(3).

179. Capellan JA. Looking Upstream: A Sociological Investigation of Mass Public Shootings [Internet]. City University of New York (CUNY) CUNY Academic Works; 2016. https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2455&context=gc_etds a sociological investigation of mass public shooting
180. Frei A. The Psychological Autopsy as a Means to Analyse Cases of Mass-murder and Homicide-suicide. *Univers J Psychol.* 1 juill 2016;4:184-93.
181. Bou Khalil R. Richa S. On cognitive debiasing and the judgment of suicide-attackers. *L'Encephale.* 23 mars 2018;
182. Chan CY. Beh SL. Broadburst RG. Homicide-suicide in Hong Kong, 1989-1998. *Forensic Sci Int.* 10 mars 2004;140(2-3):261-7.
183. Hata N. Kominato Y. Shimada I. Takizawa H. Fujikura T. Morita M. et al. Regional differences in homicide patterns in five areas of Japan. *Leg Med Tokyo Jpn.* mars 2001;3(1):44-55.
184. Inserm. Suicide : Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/62>
185. Audition publique, 10-12-2010 - Textes des experts. https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1007197
186. Haute Autorité de Santé - Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-l-humeur
187. Evaluation de la dangerosité psychiatrique - Recommandations. https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1069269
188. Delbreil A. Homicide conjugal : profil de l'auteur et facteurs prédictifs de passage à l'acte. | Base documentaire | BDSF. 2011. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/440467/>
189. Instructions et circulaires récentes | Legifrance. <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=40284>
190. Actions de GSF contre les VFF. <http://gynsf.org/actions-de-gsf-contre-les-vff/>
191. Profil de poste de coordinateur médical du Centre régional violences faites aux femmes. <http://www.gynsf.org/imprimables/ReferentMedVFF%20.pdf>
192. Prise en charge des femmes victimes de violences intrafamiliales par les professionnels de santé au sein des hôpitaux. Projet de coordination médicale Santé Femmes Victimes de Violences. <http://www.gynsf.org/imprimables/ProjetreferentVFF.pdf>

193. La tuerie de l'Arkansas relance le débat sur les armes. Les États-Unis détiennent le record du monde des morts par armes à feu, dont le port est garanti par la Constitution.
http://www.liberation.fr/planete/1998/03/27/la-tuerie-de-l-arkansas-relance-le-debat-sur-les-armes-les-etats-unis-detiennent-le-record-du-monde-_231312
194. La tuerie de Kauhajoki relance le débat de la législation sur les armes à feu en Finlande.
<http://unes.blogs.courrierinternational.com/archive/2008/09/24/la-tuerie-de-kauhajoki-relance-le-debat-de-la-legislation-su.html>
195. Humeau M. Senon J-L. Pour un meilleur contrôle de la disponibilité des armes à feu en France. *Inf Psychiatr.* 2007;me 83(4):265-8.
196. Article 226-14 du Code pénal.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417946&dateTexte=&categorieLien=cid>
197. Pinals DA. Anacker L. Mental Illness and Firearms: Legal Context and Clinical Approaches. *Psychiatr Clin North Am.* 2016;39(4):611-21.
198. Allemagne : la tuerie d'Erfurt ravive la polémique sur les jeux vidéo.
<http://www.zdnet.fr/actualites/allemande-la-tuerie-d-erfurt-ravive-la-polemique-sur-les-jeux-video-2109579.htm>
199. Saxena A. Sharma V. Walia A. Sharma P. Over, but not out-recognition and preventing aircraft-assisted murder-suicide by Aircrew. *Eur Psychiatry.* 1 mars 2016;33:S755-6.
200. Aerospace Medical Association Working Group on Pilot Mental Health. Pilot Mental Health: Expert Working Group Recommendations - Revised 2015. *Aerosp Med Hum Perform.* mai 2016;87(5):505-7.
201. Rice TR. Sher L. Preventing plane-assisted suicides through the lessons of research on homicide and suicide-homicide. *Acta Neuropsychiatr.* août 2016;28(4):195-8.
202. Bor R. Field G. Scragg P. The mental health of pilots: An overview. *Couns Psychol Q.* sept 2002;15(3):239-56.
203. BEA. Accident d'un Airbus A320-211 immatriculé D-AIPX exploité par Germanwings, vol GWI18G, survenu le 24/03/15 à Prads-Haute-Bléone.
<https://www.bea.aero/les-enquetes/les-evenements-notifies/detail/event/descente-commandee-sous-pilote-automatique-collision-avec-le-relief/>
204. Rapport final BEA2015-0125. Mars 2015.
https://www.bea.aero/uploads/tx_elydrapports/BEA2015-0125-LR.pdf
205. EASA recommends minimum two crew in the cockpit.
<https://www.easa.europa.eu/newsroom-and-events/news/easa-recommends-minimum-two-crew-cockpit>
206. EASA Airworthiness Directives Publishing Tool.
<http://ad.easa.europa.eu/ad/2015-04>
207. Qui impose désormais deux personnes dans le cockpit ?

http://www.liberation.fr/futurs/2015/03/30/les-compagnies-ou-pays-qui-imposent-deux-personnes-dans-le-cockpit_1231465

208. von Heydendorff SC. Dreßing H. Medial Stigmatization of Mentally Ill Persons after the « Germanwings »-Crash. Psychiatr Prax. avr 2016;43(3):134-40.

ANNEXES

Tableau 7. Caractéristiques les plus fréquentes des homicide-suicides (Morali et Baratta, 2012) (54).

Agresseur	Homme, plus âgé que sa victime
Victime(s)	Femme, plus jeune que l'agresseur
Nombre de victime(s)	2 dans la majorité des cas (1 agresseur + 1 victime)
Type de relation	Entre (ex-)conjoints, dans un contexte de rupture
Lieu	Au domicile
Moyen	Arme à feu
Dépression	Fréquente chez l'agresseur (connue ou de découverte tardive→lettre)
Préméditation	Fréquente

Tableau 8. Caractéristiques des intentions initiales des homicides-suicides conjugaux (Salari et al. 2015) (116).

Projet initial meurtrier	Projet initial suicidaire
Violences conjugales antérieures	Humeur triste/dépression
Menaces à la victime	Tentatives ou idées de suicide antérieures
Victime isolée	Difficultés financières, addiction aux jeux
Contrôle et pouvoir sur la victime	Agitation, Confusion
Surveillance et enlèvement	Lettre d'adieu, préparations du suicide
Répression/Victime effrayée pour sa sécurité	Victime inconsciente du danger
Violences aux personnes	Auteur calme, gentil, épuisé, santé fragile
Lésions sévères	
D'autres victimes (nouveau compagnon/membres de la famille de la victime)	

Classification des tueries de masse (Douglas) (108) :

- familiaux ;
- classiques.

Profil du meurtrier de masse (Dietz, 1986) (11,135) :

- les tueurs familiaux avec auteur dépressif et notion d'abus de substances psychoactives et d'alcool ;
- les pseudo commandos, fascinés par les armes à feu et qui préméditent leurs crimes pour exprimer leur colère, leur rancœur ;
- les « set and run murderers » qui fuient avant de voir le résultat de leurs actes (poison, explosifs).

Classification à laquelle s'est ajoutée celle de Holmes et Holmes (1992) (11) :

- les disciples (ceux qui suivent l'instigateur) ;
- les employés rancuniers.

Motivations des meurtriers de masse (Kelleher) (135) :

- crime passionnel ;
- crime haineux avec idéologies politiques ;
- crime sexuel ;
- crime par vengeance ;
- exécution de masse ;
- troubles mentaux (à noter que peu de tueurs ont été irresponsabilisés) ;
- non connues.

Du type de victime et de sa relation avec l'auteur (Muller) (135) :

- famille ;
- collègues ;
- inconnus d'une même catégorie religieuse ou ethnique ;
- inconnus non ciblés.

Type de crime et motivations du meurtre de masse (Petee)(11,135) :

- vengeance d'une personne ciblée ;
- vengeance dans un lieu ciblé ;
- vengeance sur une cible élargie ;
- domestique/conjugal ;
- règlement de compte ;
- opportuniste ;
- appartenance à un gang ;
- par idéologie politique ;
- motivations inconnues (profils de troubles graves de la personnalité).

Motivations (Levin et Fox) (11) :

- vengeance ;
- altruisme ;
- profit.

Selon les motivations (Mc Gee et De Bernardo) (135) :

- familial ;
- opportuniste ;
- vengeance.

Typologie des motivations (Red Meloy) :

- familiaux ;
- vengeances scolaires ;
- crimes opportunistes ;
- pont entre l'anéantissement familial et la vengeance scolaire ;
- motivations inconnues.

Conditions d'aptitude psychiatrique au recrutement des pilotes de l'aviation civile :

« (a) Le candidat ne doit pas avoir d'antécédents médicaux avérés, ni présenter de signes cliniques d'une quelconque maladie ou incapacité, état ou désordre psychiatriques, aigus ou chroniques, congénitaux ou acquis, susceptibles d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées.

(b) Une attention toute particulière doit être portée sur ce qui suit :

(1) Symptômes évoquant une psychose ;

(2) Troubles thymiques et du caractère ;

(3) Troubles de la personnalité, notamment des troubles suffisamment graves pour avoir entraîné à plusieurs reprises des actes manifestes qui seraient susceptibles de mettre le candidat dans l'impossibilité d'exercer avec sécurité les privilèges de la licence sollicitée ou détenue ;

(4) Troubles mentaux et névroses ;

(5) Alcoolisme ;

(6) Usage ou abus de médicaments, drogues psychotropes ou de toute autre substance, avec ou sans dépendance. »

Conditions d'aptitude psychologique au recrutement des pilotes de l'aviation civile :

« (a) Le candidat ne doit pas présenter de déficiences psychologiques avérées susceptibles d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences concernées. Un examen psychologique peut être demandé par le CMAC (Conseil médical de l'aviation civile), s'il est indiqué comme complément ou partie d'un examen psychiatrique ou neurologique spécialisé.

(b) Si un bilan psychologique s'impose, il est fait appel à un psychologue reconnue par le CMAC.

(c) Le psychologue doit soumettre au CMAC un rapport écrit justifiant de façon détaillée son diagnostic et ses recommandations. »

Conditions encadrant la limitation OML multipilote :

« Traitement de plus de 4 semaines dans un établissement spécialisé ;

une expertise psychiatrique par un psychiatre reconnu par le CMAC ; et,

une évaluation continue, comportant des examens sanguins et des comptes rendus fournis par l'environnement professionnel pendant une période de trois ans. »

« La limitation multipilote OML peut être reconsidéré par le CMAC 18 mois après la date de renouvellement de l'aptitude. »

L'article 82 de la loi, repris dans l'article L.2336-3 du code de la défense (Humeau et Senon, 2007)

(195) :

« toute personne sollicitant la délivrance d'une autorisation d'acquisition ou de détention de matériels, d'armes ou de munition des 1^{re} et 4^e catégories, ou faisant une déclaration de détention d'armes des 5^e et 7^e catégories, doit produire un certificat médical attestant que son état de santé physique et psychique n'est pas incompatible avec la détention de ces matériels, armes ou munitions. Dans le cas où la personne suit ou a suivi un traitement dans un service ou un secteur psychiatrique, l'autorité administrative lui demande de produire également un certificat délivré par un médecin psychiatre ».

L'article 83 de la loi :

« le préfet peut, pour des raisons d'ordre public ou de sécurité des personnes, ordonner à tout détenteur d'une arme soumise au régime de l'autorisation ou de déclaration de s'en dessaisir ».

L'article 47 du décret 95-589 du 6 mai 1995, modifié par le décret du 23 novembre 2005 :

« toute personne physique en possession d'une arme ou d'un élément d'armes du II de la 5^e catégorie ou du I de la 7^e catégorie, trouvé par elle ou qui lui est dévolu par voie successorale, ou qu'il acquiert à l'étranger, fait sans délai une déclaration, sur l'imprimé conforme au modèle fixé par l'arrêté prévu à l'article 121, au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie du lieu de domicile. Cette déclaration est accompagnée d'une copie d'un permis de chasser délivré en France ou à l'étranger, ou de toute autre pièce tenant lieu de permis de chasser étranger, revêtu de la validation de l'année en cours de l'année précédente où, dans les conditions du 4^e du II de l'article 39, d'une licence d'une fédération sportive ayant reçu au titre de l'article 17 de la loi du 16 juillet 1984, délégation du ministre chargé des sports pour la pratique du tir. À défaut de l'un de ces titres, elle est accompagnée d'un certificat médical datant de moins de 15 jours et attestant que l'état de santé physique et psychique du déclarant n'est pas incompatible avec la détention de ces armes et éléments d'armes. La déclaration accompagnée de l'un de ces titres ou du certificat médical placé sous pli fermé est transmise par le commissariat de police ou la brigade de gendarmerie au préfet du département du domicile du déclarant ».

Processus d'enrôlement (Estano et al., 2017) (119) :

- 1 – contrôle du milieu et des communications ;
- 2 – utilisation d'un jargon de groupe ;
- 3 – recherche d'une pureté et d'une croyance ;
- 4 – confession de la recrue ;
- 5 – manipulation mystique (tu as été choisi) ;
- 6 – domination de la doctrine sur l'individu ;
- 7 – science sacrée des leaders historiques respectés ;
- 8 – offre d'une réponse existentielle (appartenance groupe élite, gonfler le narcissisme par une mission).

Composants de l'enrôlement dans une entreprise terroriste (Estano et al., 2017) (119) :

- susciter un sentiment de révolte morale ;
- utiliser un discours sur les origines, les racines originelles ;
- valoriser la communion culturelle ;
- établir qu'une guerre est dirigée contre le groupe, la religion de ce dernier, ces valeurs ;
- établir un monde binaire en « bien/mal, eux/nous » ;
- développer un réseau ;
- créer l'absolu autour d'eux dont les recrues rêvent ;
- renvoyer à des expériences personnelles du sujet ;
- sélectionner et trier des recrues ;
- fusionner l'identité avec le groupe, la suppression des signes d'originalité individuelle ;
- utiliser l'isolement, l'éloignement de l'entourage, la rupture des liens ;
- uniformiser la pensée (pensée groupale) ;
- utiliser l'emprise, l'endoctrinement, la propagande ;
- utiliser une puissance religieuse et un discours sur l'après-mort ;
- attribuer des rôles et des missions ;
- préparer la recrue ;
- utiliser l'entraînement physique et psychologique ;
- dévaloriser l'ennemi (ex. : nos ennemis sont des chiens) en invoquant une caution religieuse, et présenter les victimes comme de potentiels agresseurs et/ou soutien de l'« oppresseur » ;
- établir des adages : « les terroristes sont des combattants de la liberté » ;
- apprendre la discrétion pour éviter de se faire repérer ;
- utiliser la drogue (exemple du Captagon) ;
- utiliser la récompense sexuelle (avoir des femmes dans cette vie ou dans l'autre) ;
- utiliser le pouvoir (avoir des terres).

Tableau 9. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles de l'humeur.
(HAS 2011, Évaluation de la dangerosité psychiatrique - Recommandations)

Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
<p>Facteurs sociodémographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat 	<p>Diagnostic actuel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble bipolaire type 1 > type 2 - Épisode dépressif caractérisé - Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide - Personnalité antisociale comorbide - État mixte - Épisodes dépressifs récurrents brefs
<p>Antécédents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédent d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédent de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence - Antécédents de victimation - Retard mental 	<p>Symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idées délirantes de ruine, de culpabilité, de grandeur ou mégalomaniaques ou idées délirantes non congruentes à l'humeur, persécution - Impulsivité, hostilité - Symptomatologie mélancolique - Idées suicidaires - Péjoration de l'avenir, incurabilité
<p>Facteurs contextuels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année 	<p>Facteurs liés aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Dénier des troubles et faiblesse de l'insight - Durée d'évolution avant le diagnostic - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture du suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le
Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)