



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Les homicides-suicides : D'une revue de littérature à l'analyse de cas cliniques**

Présentée et soutenue publiquement le 4 Décembre 2017 à 18h00

au Pôle Formation

**Par Thomas Landelle**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre Thomas**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva**

**Monsieur le Professeur Olivier Cottencin**

**Madame le Docteur Nidal Nabhan Abou**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Nidal Nabhan Abou**

Avertissement :

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



## **Table des matières**

1.	Introduction .....	1
2.	Les homicides-suicides : définitions et approches théoriques.....	2
2.1.	Définitions .....	2
2.2.	Données épidémiologiques .....	4
2.3.	Questionnement sur le motif des homicides-suicides .....	5
2.4.	Une classification des homicides-suicides.....	8
2.5.	Les différentes théorisations sur les cas d’homicide-suicide .....	9
2.5.1.	Approche neurobiologique.....	11
2.5.2.	Attribution theory .....	11
2.5.3.	Approche psychopathologique .....	12
3.	Revue de littérature sur les homicides-suicides .....	16
3.1.	Etudes.....	16
3.2.	Les données générales sur les homicides-suicides.....	18
3.2.1.	L’agresseur.....	18
3.2.2.	La victime.....	19
3.2.3.	Moyen utilisé.....	19
3.2.4.	Caractéristiques médico-légales.....	20
3.2.5.	Délai entre l’homicide et le suicide .....	20
3.3.	Homicides-suicides et troubles mentaux .....	20
3.4.	Les différents profils.....	22
3.4.1.	Homicides-suicides entre partenaires intimes des couples jeunes .....	23
3.4.2.	Homicides-suicides entre sujets âgés.....	24
3.4.3.	Le cas particulier du filicide-suicide.....	30
3.4.4.	Les familicides-suicides.....	35
3.4.5.	Les homicides-suicides extrafamiliaux (13,30).....	36
4.	Cas cliniques .....	37
4.1.	Cas clinique n°1 .....	37
4.1.1.	Antécédents .....	37
4.1.2.	Biographie .....	38
4.1.3.	Entretien d’entrée .....	39
4.1.4.	Rappel des faits .....	39
4.1.5.	Evolution dans le service .....	40
4.1.6.	Discussion diagnostique .....	41
4.2.	Cas clinique n°2 .....	42
4.2.1.	Antécédents .....	43

4.2.2. Biographie .....	43
4.2.3. Lors de l'entretien .....	44
4.2.4. Rappel des faits .....	44
4.2.5. Discussion diagnostique .....	45
4.3. Cas clinique n°3 .....	46
4.3.1. Antécédents.....	46
4.3.2. Biographie.....	47
4.3.3. Lors de l'entretien .....	48
4.3.4. Rappel des faits .....	48
4.3.5. Discussion diagnostique .....	49
4.4. Cas clinique n°4 .....	49
4.4.1. Antécédents.....	49
4.4.2. Biographie.....	50
4.4.3. Lors de l'entretien .....	50
4.4.4. Rappel des faits .....	51
4.4.5. Discussion diagnostique .....	52
5. Discussion.....	52
6. Conclusion .....	54

# **1.Introduction**

L'homicide-suicide est défini par le meurtre suivi du suicide ou de la tentative de suicide de son auteur dans un bref délai. Ces crimes sont presque systématiquement accompagnés d'un phénomène de surmédiation qui donne l'impression qu'ils se produisent fréquemment. Pourtant ces événements sont rares comparés aux homicides ou aux suicides. La dimension dramatique qui les accompagne ainsi que l'incompréhension et la colère qu'ils suscitent expliquent probablement l'intérêt tout particulier que lui vouent les médias. La majorité des cas sont commis au sein même d'une famille et le lien de sang entre l'auteur et la victime est presque systématique. L'impact sur l'entourage est dévastateur et le meurtrier du fait de son suicide ne peut être poursuivi ce qui donne ainsi l'impression de court-circuiter le système judiciaire et rend encore plus difficile tout travail de deuil. Ces actes qui suscitent l'effroi s'accompagnent de nombreux questionnements. Celui qui revient le plus souvent est : pourquoi un sujet tue-t-il un être cher avant de se suicider ? Bien évidemment, il n'existe pas une seule réponse à cette interrogation puisque chaque situation est différente et a trait à la personnalité, mais aussi à l'histoire personnelle et familiale de chaque individu. Cette importante hétérogénéité des situations cliniques retrouvées rend l'étude des cas d'homicides-suicides complexe. Le motif du passage à l'acte est évidemment une donnée centrale lorsque l'on s'intéresse aux cas d'homicides-suicides et il soulève de nombreuses questions.

Existe-il plusieurs formes d'homicides-suicides, peut-on identifier certaines situations, certains profils ou un contexte donné pouvant conduire à ce type de passage à l'acte ? Quelles sont les caractéristiques socio-démographiques à la fois des auteurs mais aussi des victimes ? Existe-t-il un lien entre les troubles mentaux et les homicides-suicides ? Existe-t-il des explications théoriques permettant de comprendre la survenue de ce type de passage à l'acte ? Trouver des réponses à ces questions permettrait probablement d'identifier des situations comme étant à risques et donc de penser à des stratégies préventives de ce type de passage à l'acte. Précisons que dans le cadre de ce travail, les homicides-suicides extra-

familiaux tels que les attentats terroristes ou les tueries de masse ne seront pas abordés puisqu'ils constituent une entité à part entière.

Nombre d'études portent sur le suicide, d'autres sur les cas d'homicides. De ce fait, ces entités sont bien connues, mais il existe peu de recherches sur les cas d'homicides-suicides qui restent donc relativement méconnus. Aussi ce travail se propose-t-il de faire le point sur les connaissances actuelles par le biais d'une revue de littérature, puis d'aborder des situations cliniques de sorte à interroger le lien entre connaissances théoriques et approche clinique dans la perspective de notre questionnement.

## **2. Les homicides-suicides : définitions et approches théoriques**

### **2.1. Définitions**

La définition la plus couramment utilisée est la suivante « tout meurtre suivi du suicide de son auteur dans les 24 heures suivant son passage à l'acte ». Toutefois, il n'existe pas de définition consensuelle de l'homicide-suicide. Certains auteurs considèrent, par exemple, que le meurtre ou le suicide peut ne pas forcément avoir abouti et donc utiliser le terme de « tentative » de meurtre ou de suicide pour les qualifier.

Dans ce travail, on intégrera les cas d'homicides-suicides où le geste suicidaire est avéré et n'aboutit pas forcément. Ces sujets qui survivent à cet acte peuvent nous apporter a posteriori des éléments de compréhension et de réponse par rapport à leur motivation ou au contexte ayant conduit à ce passage à l'acte. Les expertises psychiatriques de ces sujets permettent également d'évaluer la présence

ou non d'une pathologie psychiatrique ou d'un éventuel trouble de la personnalité. De plus, il est important pour nous psychiatres de nous questionner sur le devenir de ces personnes sur le plan judiciaire mais aussi d'avoir une réflexion sur une éventuelle prise en charge de ces personnes quand le lien avec un trouble psychiatrique est prouvé et qu'il n'y a pas de condamnation judiciaire mais une mesure de placement en milieu psychiatrique.

De même, la temporalité de 24h est discutée et l'on considère parfois également que le suicide peut n'intervenir que dans la semaine voire même dans l'année qui suit. Toutefois, une certaine unité de temps semble essentielle à prendre en compte pour comprendre ce qui a amené le sujet à agir ainsi. Cette notion essentielle de continuité dans le passage à l'acte est importante puisque ces deux gestes sont indissociables l'un de l'autre et ne doivent pas être analysés séparément mais comme étant le prolongement l'un de l'autre. On peut en revanche se demander si c'est le geste homicidaire qui provoque ensuite le geste suicidaire ou bien si c'est l'intention suicidaire qui conduit au meurtre.

Ces précisions quant à la définition même de l'homicide-suicide sont importantes puisque l'on s'aperçoit que les études ne portent pas toutes sur la même définition ce qui peut rendre difficile toute comparaison.

Il existe aussi de multiples terminologies et la littérature psychiatrique foisonne de différentes dénominations, notamment : le meurtre-suicide, le suicide-élargi, le suicide étendu, le suicide collectif, le suicide altruiste, le suicide assorti d'homicide, le suicide-homicide, le double suicide. Dans cet écrit, nous utiliserons la dénomination d'homicide-suicide qui demeure la plus répandue mais aussi parce qu'elle rappelle la chronologie des faits quand bien même il pourrait exister des situations où les idées suicidaires préexistent au passage à l'acte.

## 2.2. Données épidémiologiques

Tous les auteurs s'accordent à dire que l'incidence des cas d'homicide-suicide varie globalement peu à travers le temps. Toutefois, il existe certaines disparités selon les pays qui peuvent s'expliquer, en partie, par des divergences culturelles et notamment l'accès individuel aux armes à feu.

Selon Sandra Flynn (1), l'incidence annuelle en Angleterre et au Pays de Galles est historiquement de 0.05 cas pour 100.00 habitants soit 23 cas par an. Dans leur étude menée sur une période de deux ans entre 2006 et 2008, les auteurs retrouvent une incidence annuelle assez proche, puisqu'elle est de 0.04 cas pour 100.000 habitants. Elle rapporte également que 4% des sujets commettant un homicide se suicident ensuite.

En Italie (2) une étude menée entre 1985 et 2008 retrouve 662 cas ce qui correspond à une incidence annuelle de 0.04 cas pour 100.000 habitants.

Aux Etats-Unis, l'incidence annuelle serait située entre 0.2 et 0.3 cas pour 100.000 habitants. Une autre étude menée en Floride montre des chiffres allant de 0.3 à 0.7 pour 100.000 chez les sujets de moins de 55 ans et 0.4 à 0.9 pour 100.000 pour les sujets de plus de 55 ans (3).

Dans d'autres pays l'incidence est encore plus élevée et notamment en Afrique du Sud avec une incidence de 0.89 pour 100.000 habitants (4).

Ainsi, comparés aux homicides et aux suicides, les homicides-suicides restent des événements très rares. Plusieurs auteurs ont soutenu le fait que le taux d'homicides-suicides variait moins entre les pays que le taux d'homicides (5, 6), de sorte que l'homicide-suicide en pourcentage de tous les homicides était corrélé négativement au taux d'homicide. Toutefois, l'association entre ces deux taux a été récemment réexaminée dans une revue de littérature menée par Large et coll (7). Ils ont ainsi pu démontrer qu'aux Etats-Unis le taux d'homicide-suicide était parfaitement corrélé à celui des homicides. Toutefois, cette corrélation n'a pu être démontrée dans

d'autres pays en dehors des Etats-Unis. Selon eux (8), dans les régions où le taux d'homicide est élevé, des mesures visant à diminuer ce taux d'homicides auraient également un impact direct sur le nombre d'homicides-suicides qui devrait également diminuer.

### 2.3. Questionnement sur le motif des homicides-suicides

D'un point de vue épistémologique, l'homicide-suicide est lié à la notion d'altruisme comme l'a introduit Genil-Penin (9). Effectivement, la majorité des auteurs classiques considèrent que ces passages à l'acte sont la résultante d'un épisode mélancolique et de motivations supposées « altruistes » corollaires d'une symptomatologie délirante congruente à l'humeur. Ainsi l'homicide est perçu par son auteur, à travers le spectre de son délire, comme étant dans l'intérêt de la victime. En 1923, Perrussel en donne la définition suivante : « Cette réaction paradoxale a pour cause l'inclination sympathique intense pour la victime (amour maternel, filial, conjugal) et la conviction que le meurtre de celle-ci est le seul moyen de lui éviter un sort pire que la mort ».

Evidemment cette notion « d'altruisme » est très ambiguë et comme l'a montré Deshais (10) la dimension agressive que revêtent ces passages à l'acte demeure centrale. Mais il faut comprendre qu'elle est à rattacher, dans ce contexte, à l'expression clinique d'une pathologie psychiatrique mélancoliforme. En revanche, contrairement à ce qu'exprimaient les auteurs classiques, on ne peut réduire les actes d'homicides-suicides uniquement à ce type de cas.

Il existe peu de théorisations du phénomène homicide-suicide et la plupart du temps il est perçu comme étant une variation du comportement homicidaire où le suicide, consécutif à l'homicide, résulterait d'un sentiment de culpabilité ou de peur des conséquences judiciaires d'un tel acte. Il est également perçu comme pouvant être une variation au comportement suicidaire dans lequel la victime est « prise »

dans le suicide de son auteur. La question du sens que l'on peut donner à cet acte est donc un élément de compréhension central.

Pourquoi les auteurs de ce crime entraînent-ils un proche dans leur suicide ? Une explication donnée pourrait être que ces sujets ayant des idées suicidaires initiales peuvent penser que leur partenaire souffrirait trop sans eux, et donc prendre la décision unilatérale de mettre fin aux jours des deux parties. Ainsi, l'idée que l'agresseur fait une faveur à la victime se rattache à une conception « altruiste » du crime que dément la violence exercée sur la victime. L'utilisation du qualificatif « d'égoïste » pour le qualifier serait plus appropriée.

Un autre motif serait le consentement mutuel dans le cadre d'un pacte suicidaire ou en cas d'une maladie sévère qui constitue une forme d'euthanasie. Toutefois, ces cas « d'euthanasie » comme l'ont démontré Malphurs et Cohen (11) sont plutôt rares.

Il est important de voir que dans d'autres cas l'intention principale est l'homicide, notamment dans les cas de violences domestiques, plutôt qu'un motif autodestructeur. Il est bien connu dans la littérature que le moment qui suit la rupture est le plus dangereux pour la victime de violences domestiques. On reviendra en détail sur ces cas de violences domestiques par la suite.

Il est donc essentiel que l'on ait connaissance de ces différents motifs potentiels et de repérer notamment ces situations de violences domestiques afin de protéger la victime et éviter qu'elles entraînent la mort.

On peut également se demander si le suicide consécutif à l'acte homicide ne serait pas l'expression d'un remords. Un auteur comme Milroy (12) a travaillé sur cette question spécifique dans le cadre de cas d'homicides-suicides. Il a démontré à travers une étude que seulement 4% des sujets qui se suicidaient le faisaient en raison de remords à la suite de l'acte homicide. Ainsi, ces cas où le remords prédomine sont clairement minoritaires et, selon Milroy, il est donc essentiel de chercher d'autres éléments de réponse permettant d'expliquer la survenue de la majorité de ces gestes.

Le fait de n'avoir que très peu de connaissances empiriques ou théoriques adéquates a des conséquences en matière de justice pénale lorsque l'auteur survit à

son geste suicidaire mais aussi en termes de santé publique et lorsqu'il va être question de penser la prévention.

Sur le plan pénal, il faut être en mesure de distinguer les auteurs d'homicides qui tentent de se suicider de ceux dont le comportement suicidaire prime et entraîne l'homicide. Cette question de l'intentionnalité renvoie à la notion de préméditation. Ce point est important car sur un plan pénal le jugement peut aboutir à des conclusions différentes : assassinat, homicide ou bien à l'homicide involontaire. Les conséquences judiciaires sont donc bien évidemment différentes pour l'auteur du crime. Un auteur qui survit à ce passage à l'acte fera l'objet notamment de plusieurs expertises psychiatriques dont le rôle sera de déterminer la présence ou non d'un trouble psychiatrique et de savoir s'il altère ou non significativement son jugement. La décision judiciaire sera donc éclairée par l'expertise psychiatrique. Elle pourra aboutir soit à une condamnation, soit à la notion d'irresponsabilité pénale. L'individu qui en est l'auteur deviendra donc ou un détenu ou un patient dont la prise en charge posera nécessairement question pour le service de psychiatrie qui l'accueillera.

Concernant la question de santé publique, Durand et coll en 1995 ont publié une étude sur les détenus dans laquelle ils ont démontré qu'une charge de meurtre ou de tentative de meurtre entraîne un important risque suicidaire. Ils ont ainsi démontré que les détenus accusés de meurtre ou de tentative de meurtre sont 8 fois plus à risque de suicide que le reste de la population générale aux Etats-Unis.

Tout l'enjeu est donc de comprendre si l'acte d'homicide-suicide doit être vu comme un homicide, comme un suicide, ou comme une catégorie à part. Dès lors qu'il va s'agir de penser à une prévention de ces actes, il devient nécessaire de classer cette entité et de savoir si l'on doit appliquer les mesures de prévention des homicides, des suicides, ou s'il peut exister des mesures de prévention à part entière des homicides-suicides.

## 2.4. Une classification des homicides-suicides

Plusieurs classifications sur la question des homicides-suicides existent. Celle élaborée par Marzuk et coll (13) en 1992 est la plus parlante :

### **Type de relation victime/meurtrier**

#### I Relation d'Epoux ou d'Amants

##### *Agresseur*

2. Epoux
3. Amant

##### *Type d'homicide*

- i. Uxoricide (meurtre de l'époux (se))
- ii. Meurtre de l'amoureux (de l'amant)

#### II Relation Familiale

##### *Agresseur*

1. Mère
2. Père
3. Enfant (de moins de 16 ans)
4. Autre membre de la famille (de plus de 16 ans)

##### *Type d'homicide*

- i. Nourrison de moins de 24h
- ii. Enfant de plus de 1 jour et de moins de 1 an
- iii. Enfant de 1 à 16 ans
- iv. « Adulte » membre de la famille (de plus de 16 ans)

#### III Relation extra-familiale

### **Catégorie**

- A. Jalousie amoureuse (amorous jealousy)
- B. Euthanasie (mercy killing), en lien avec une santé déclinante
- C. « Altruisme ou suicide élargis »
- D. Problèmes financiers ou sociaux dans la famille
- E. Représailles
- F. Autre
- G. Non spécifié

Cette classification permet de coter avec précision chaque acte d'homicide-suicide en fonction de la relation unissant l'auteur à sa victime, et en catégorisant chaque type de crime en fonction du motif à l'origine du passage l'acte.

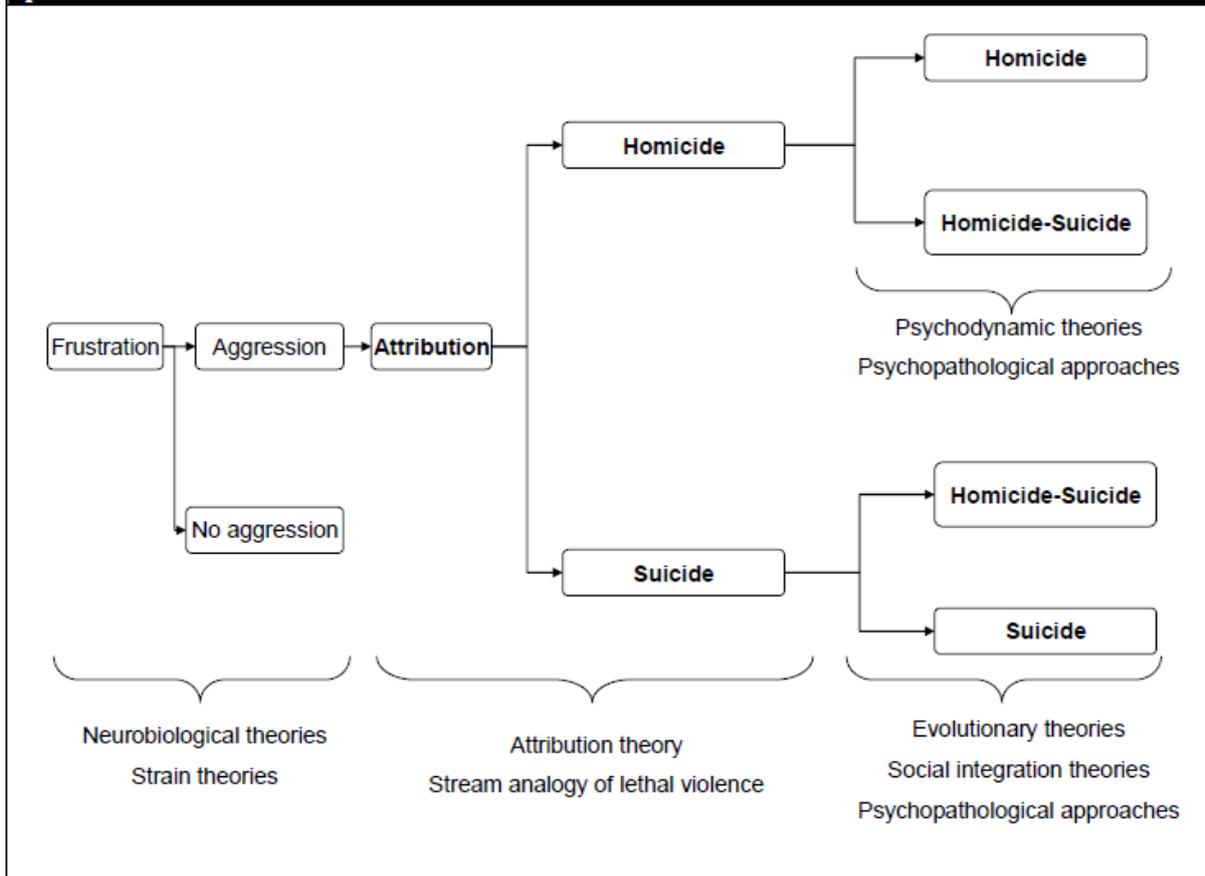
## 2.5. Les différentes théorisations sur les cas d'homicide-suicide

De nombreuses théories ont été formulées à propos de la survenue des homicides-suicides. Nous nous intéresserons aux plus importantes offrant des éléments de compréhension concernant l'événement, l'auteur et la victime. Ce sont ces éléments qui sont supposés expliquer la survenue de cet événement plutôt que d'un homicide ou un suicide seul, beaucoup plus répandus.

Elles pourraient être sous-divisées en trois catégories : les théories relatives à l'origine de l'agression, les théories liées à la direction de l'agression, et les théories relatives au résultat de l'agression.

Le schéma suivant est un exemple intéressant utilisé par Liem (14) et permettant de théoriser le phénomène des homicides-suicides puisqu'il englobe différentes théories et laisse penser que la survenue de ce type d'acte est probablement multifactorielle.

**Figure 3.1 Schematic overview of existing theoretical approaches to the homicide-suicide phenomenon**



Ce schéma met en valeur l'hypothèse selon laquelle l'homicide-suicide constitue une combinaison d'un homicide et d'un suicide qui tous les deux résultent d'impulsions agressives.

La première partie du schéma est constituée par l'origine de l'agression qui est directement liée à une frustration. Les théories neurobiologiques suggèrent que l'agression envers soi-même et envers autrui sont liées à des facteurs neurobiologiques.

La seconde partie du schéma est liée à la direction de l'agression que l'on peut mettre en lien avec *the attribution theory*, où l'impulsion agressive se fera plutôt vers soi ou vers autrui selon l'attribution et la place accordée à certaines normes sociales.

La troisième partie du schéma décrit des théories qui se réfèrent explicitement au résultat de l'agression. L'homicide-suicide fait donc suite à une agression ayant conduit initialement à l'homicide ou au suicide. Ces théories perçoivent donc

l'homicide-suicide comme une variation d'un comportement homicidaire ou suicidaire.

### *2.5.1. Approche neurobiologique*

Le point de vue de certains neurobiologistes est que le comportement homicidaire et suicidaire peut être expliqué par un fondement biologique. Cesare Lombroso a été le premier à émettre cette hypothèse au 19<sup>ème</sup> siècle. Il estimait que la criminalité était héréditaire et que les criminels pouvaient être détectés par des éléments biologiques. Depuis Lombroso, de nombreuses recherches ont été effectuées dans le domaine de la neuropsychiatrie, de la neurobiologie et de la biochimie.

Il apparaît que de nombreuses structures cérébrales ont été mises en cause dans le développement de l'agressivité et que le cortex pré-frontal apparaît comme le régulateur de celle-ci. Certains neuromédiateurs tiendraient un rôle dans l'agressivité. Ainsi, la sérotonine, la GABA et la noradrénaline interviendraient dans l'inhibition de comportements agressifs, alors que le glutamate et la dopamine auraient un rôle excitateur. Selon qu'il y ait un excès ou un manque de l'une de ces substances, l'hypothèse est faite qu'il y aurait une influence directe sur un éventuel comportement agressif.

Ainsi, plusieurs travaux de recherche montrent qu'une faible concentration dans le liquide céphalo rachidien en acide 5-hydroxyindoléacétique (5-HIAA), principal métabolite de la sérotonine, est retrouvée chez des personnes ayant des comportements suicidaires de nature impulsive et violente.

Pour Benezech et coll., les travaux menés sur la sérotonine montrent qu'une faible concentration en 5-HIAA dans le LCR pouvait entraîner une agressivité excessive, une incapacité à contrôler des pulsions agressives, et une impulsivité.

### *2.5.2. Attribution theory*

Henry et Short (15) sont les auteurs du premier modèle intégré concernant à la fois la question des homicides mais aussi celle des suicides, et qui a longtemps

été considéré comme une référence dans ce domaine. Selon cette théorie, les homicides et les suicides sont une réponse alternative à la frustration. Le choix entre l'homicide et le suicide dépend de l'importance accordée aux normes sociales selon ce qui a été nommé *the attribution theory*. Ainsi le geste suicidaire résulte d'impulsions violentes dirigées contre soi-même alors qu'elles sont dirigées vers autrui dans l'homicide.

Chez une personne dont le comportement se conforme rigoureusement aux attentes et exigences des autres personnes, la probabilité du geste suicidaire comme réponse à la frustration est plus importante.

A l'inverse, lorsque le comportement est libéré de l'exigence de conformité, la probabilité de commettre un homicide en cas de frustration est plus élevée que celui d'un geste suicidaire.

Selon eux, dans les classes de bon niveau socio-économique le risque de suicide sera de facto plus important que dans les classes de bas niveau socio-économique, car les hétéro-agressions sont plus réfrénées.

Toujours selon cette logique, le risque de suicide consécutif à un homicide est plus important dans les populations de bon niveau socio-économique car elles seraient plus habituées à restreindre l'agressivité extérieure. L'homicide dans ce cas est perçu comme l'échec à se conformer au tabou de l'agression d'autrui et donc le besoin d'autopunition apparaît ensuite et se matérialise par le geste suicidaire. Dans cette théorie, l'homicide-suicide est séparée en deux étapes distinctes.

Néanmoins cette théorie est contestable car elle souffre d'un manque de réponses empiriques et n'a pu être réellement soutenue par des résultats scientifiques.

### 2.5.3. Approche psychopathologique

Comme on a pu l'expliquer, l'acte homicide-suicide comporte systématiquement une dimension agressive. Cette agressivité est une constante dans tout meurtre. Dans l'homicide elle se manifeste par une hétéro-agressivité. Dans le suicide, l'agressivité est plutôt centrée sur soi, dimension auto-agressive,

mais il y a aussi toujours une dimension d'hétéro-agressivité pour les tiers qui subissent la perte d'un être cher avec beaucoup de violence.

Millet et Vives (16) ont étudié dix situations cliniques de suicides assistés, dont neuf se sont terminés par le suicide de l'auteur et correspondent donc à des cas d'homicide-suicide. Ils ont fait apparaître certaines caractéristiques présentes dans chacune d'entre-elles. Tout d'abord un lien singulier unit les deux protagonistes, ensuite l'agressivité est constante et enfin il existe des circonstances favorisantes.

- Le lien privilégié entre les protagonistes

Partant de leurs observations, ils ont pu constater qu'il existait toujours des modalités relationnelles spécifiques entre l'auteur et la victime d'un homicide-suicide. Ils retrouvent presque systématiquement un lien privilégié, immature, de type anaclitique entre ces deux personnes. Ce lien anaclitique est retrouvé dans les relations « parasitaires » entre le sujet et son objet. Le désir éprouvé par le sujet à l'encontre de son objet est contraignant et ambivalent. Le lien qui les unit est tellement intense que la peur de la perte d'objet amène le sujet anaclite à éprouver une jalousie, du ressentiment, de la colère et même de la haine à l'encontre de celui-ci. C'est ainsi que des mécanismes d'agressivité peuvent se mettre en place au sein de ce couple.

- L'agressivité

Dans leur étude, cette notion d'agressivité était présente dans toutes les situations cliniques. La signification auto-agressive est évidente dans le suicide, mais celui-ci comporte également une importante composante hétéro-agressive. De la même manière l'homicide constitue la destruction de l'autre et revêt également souvent une importante dimension auto-agressive.

Selon les auteurs, d'autres sentiments sont retrouvés tels que la haine et la colère qu'ils distinguent l'un de l'autre. La haine correspond au ressentiment, de longue date, dans le cadre d'un lien fusionnel ou anaclitique, souhaité ou réalisé, puis déçu. Elle entraîne le désir de destruction de l'autre, ce qui génère également

l'autodestruction, puisque étant la conséquence de la disparition de l'objet privilégié. La colère, elle, survient en réaction avec le sentiment d'avoir été méprisé par l'autre et vise à se réhabiliter auprès de lui. De sorte que le coléreux ne cherche pas à détruire l'autre mais uniquement à lui faire du mal. Malheureusement, il arrive que l'acte dépasse l'intentionnalité et conduise au meurtre.

- Les circonstances du passage à l'acte

Bien que le passage à l'acte ait bien souvent été prémédité sur le plan fantasmatique, il semblerait qu'il se produise des circonstances particulières amenant le sujet à ce passage à l'acte. Effectivement, les auteurs ont repéré un vécu inhabituel pour le sujet au moment des faits. Ils évoquent notamment une forme de perturbation des facteurs de vigilance et de conscience qu'ils mettent en lien avec une forte tension émotionnelle, à l'origine d'une angoisse, de troubles du sommeil et de modification neurovégétative. Selon eux, cet acte agressif pourrait se situer « hors du sujet » et « hors du temps », dans une forme « d'état second » pouvant même aller jusqu'à une amnésie des faits. Parmi les éléments à l'origine de cette angoisse majeure, on retrouve : une notion de rupture, de séparation ou de perte notamment dans les passages à l'acte entre conjoints.

Comme le rappelle Chocard (17) on retrouve également souvent une absence d'élaboration mentale au moment du passage à l'acte. Il s'agit d'une évacuation totale ou presque de toute mentalisation, de mise en sens par le sujet. Cette hypothèse de carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte a été reprise par plusieurs cliniciens. M.Tardif (18) a d'ailleurs observé cette carence d'élaboration psychique chez les personnalités ayant une propension plus marquée aux passages à l'acte.

Un travail important a été effectué en 1987 par Benezech (19) qui a tenté d'objectiver la notion de perte d'objet dans le processus criminogène passionnel qui s'applique donc parfaitement aux cas d'homicides-suicides.

Il a ainsi pu identifier la personnalité de ce qu'il nomme les « criminels passionnels ». Ces individus sont, selon ses termes, « anxio-émotifs, timides, jaloux, susceptibles,

arrogants ». Il ajoute que chez ces individus on retrouve le chevauchement de traits de différents types de troubles de personnalité : histrionique, borderline, paranoïaque, et narcissique.

Il poursuit en caractérisant les principales manifestations des perturbations dans leurs relations interpersonnelles :

- La dépendance et le besoin de réassurance
- Des relations oscillant entre l'idéalisation et la dévalorisation d'autrui
- L'égoïsme
- Le sentiment « d'avoir droit »
- Le manque d'empathie à l'égard des sentiments d'autrui
- L'incapacité à supporter l'abandon

Il rapporte comme étant constante la relation objectale à la victime. Cette relation est possessive mais s'accompagne aussi d'une importante dépendance du sujet envers cet objet. Lorsque la perte de ce lien « parasitaire » intervient, le sujet s'efforce de maintenir la relation, quel qu'en soit le prix. L'attachement à l'objet est également marqué par l'ambivalence, le sujet passant rapidement de l'amour à la haine. Une potentielle rupture est perçue comme une réelle menace pour le sujet et peut parfois aboutir au meurtre et même aller jusqu'au suicide de son auteur.

Cette menace de rupture réelle ou imaginaire de cette relation objectale narcissique entraîne un danger vital pour le criminel passionnel. Ceci constitue une réelle atteinte narcissique qui entraîne : angoisse, haine, jalousie pathologique, révolte en grand désarroi, car le sujet est perdu sans cet objet. C'est à ce moment-là que les mécanismes d'agressivité s'installent. Quand l'objet qui fait figure d'attachement résiste aux avertissements, tels que des menaces orales, et à l'état de détresse parfois manifesté de façon spectaculaire par le sujet, ce dernier tente de se détacher de lui pour échapper à l'angoisse de séparation. Toutefois cette tentative de deuil psychique est impossible pour le sujet car l'essai d'introjection de l'objet perdu est voué à l'échec. Dans la mesure où le sujet est incapable de tuer l'objet sans mourir lui aussi, il ne peut que disparaître avec lui dans la mort. La fusion du sujet et de l'objet dans la mort est donc réalisée à travers ce meurtre suivi du suicide.

Benezech a décrit d'autres formes d'homicides-suicides d'un point de vue psychopathologique faisant appel à la notion de perte d'objet :

- Chez le « borderline », où il y a une relation anaclitique avec angoisse dépressive de perte d'objet.
- Chez le « mélancolique », caractérisé par les événements suivants : perte d'objet, identification narcissique, retournement de la haine et du sadisme sur le sujet après introjection, suicide. Si l'objet ne peut pas être entièrement introjecté alors le sujet est obligé de tuer les mauvais objets extérieurs.
- Chez le « déprimé jaloux », où la conduite agressive surgit quand le sujet déprimé présente ce statut d'objet perçu en dehors, mais vécu en dedans comme lui appartenant. Ainsi, dans le suicide accompagné, le déprimé s'attaque par alter-ego interposé.
- Chez certains « prépsychotiques », où l'échec du délire en tant que défense contre l'objet génère le passage à l'acte meurtrier.
- Chez les auteurs d'homicides-suicides ayant une relation anaclitique avec l'objet, et dont le risque de perte génère un processus criminogène proche de celui retrouvé dans le crime passionnel.

On vient d'aborder par une approche théorique le phénomène des homicides-suicides et de voir comment peuvent survenir ces passages à l'acte. Nous allons consacrer la seconde partie de ce travail aux résultats des différentes études qui se sont intéressées à cette question. Nous pourrons alors dégager les différents profils de criminels et identifier les situations cliniques conduisant à ces gestes.

### **3. Revue de littérature sur les homicides-suicides**

#### **3.1. Etudes**

Peu d'études ont été menées sur la question des homicides-suicides et notamment en Europe. C'est aux Etats-Unis que l'on retrouve le plus de données

mais souvent à l'échelle d'une ville ou d'un état. Malheureusement, il existe très peu d'études à l'échelle nationale. De plus, la majorité des études se tiennent sur un temps très limité et sont pour la plupart descriptives. Les échantillons sont dès lors réduits ce qui en termes statistiques entraîne un manque de puissance et donc réduit le « poids » scientifique des résultats obtenus par certaines d'entre-elles.

Ensuite, le recueil de données dans certains pays est fait de telle manière qu'il est peu compatible avec la recherche. Par exemple, quand l'auteur décède suite à ce geste d'homicide-suicide, son cas n'est pas traité par la justice criminelle comme les autres cas d'homicides mais est renvoyé au bureau du coroner dans les pays nord-américains. D'ailleurs comme le rappelle Sonia Salari (20), il n'existe actuellement pas encore aux Etats-Unis un système de comptage qui lie les décès par homicides et suicides l'un à l'autre. Ces événements sont donc traités séparément l'un de l'autre ce qui constitue un véritable obstacle lorsqu'il va s'agir d'étudier ce phénomène mais aussi lorsqu'il va être question de penser à la prévention de ce type d'acte. Beaucoup d'études sont donc basées sur des éléments de presse peu compatibles avec la recherche.

Par définition, dans la majorité des homicides-suicides, l'auteur succombe à son geste et il devient donc plus difficile d'en comprendre le sens puisque le principal intéressé est absent. Cela ne permet pas toujours de comprendre le motif, la dynamique au moment du drame au sein de ce binôme, ainsi que les facteurs précipitants.

De ce fait, il est aussi essentiel et intéressant de s'appuyer sur les sujets ayant survécu à cet acte, que ce soit l'auteur ou la victime, et de les intégrer dans les études. Il est aussi possible de pratiquer des autopsies psychiques post-mortem en s'appuyant notamment sur l'interrogatoire direct des proches, afin d'obtenir des éléments de réponse.

Rappelons que les critères de temps retenus entre le passage à l'acte hétéro-agressif et l'acte auto-agressif diffèrent d'une étude à l'autre, ce qui rend difficile de regrouper des cas de situations qui peuvent s'avérer différentes ou incomparables. Certaines études n'utilisent même aucun critère de temps.

De plus, parmi ces études, très peu comparent directement les données par rapport aux homicides ou aux suicides seuls, ce qui n'aide pas à avoir une vision d'ensemble de ce phénomène et à pouvoir penser sa singularité afin d'en dégager une ligne conductrice préventive.

Ce manque de connaissances scientifiques avéré permet de laisser le champ libre aux médias qui peuvent apporter des explications non scientifiques, subjectives et spéculatives à ces actes et donc diriger le grand public vers des informations erronées. Néanmoins, si l'on se réfère aux données de la littérature, certains traits dominants peuvent être dégagés. Nous les présenterons de manière synthétique avant de nous intéresser plus en détail à la question du lien éventuel entre trouble mental et homicide-suicide. Nous envisagerons également les différents types d'homicides-suicides en fonction du lien qui unit l'agresseur à la victime.

### 3.2. Les données générales sur les homicides-suicides

Dans la grande majorité des cas, les homicides-suicides ont lieu entre les membres d'une même famille ou tout du moins entre personnes qui se connaissent intimement, exclusion faite des cas de meurtres de masse.

#### *3.2.1. L'agresseur*

Comme on l'a décrit ces actes d'homicides sont choquants et le criminel n'a pas le profil habituel d'un dangereux tueur. Il ressemble plutôt à une personne ordinaire, bien éduquée et employée, selon les propos de tiers souvent relatés par voie de presse.

Bridges et Lester (21) affirment d'ailleurs qu'ils « diffèrent du meurtrier ou du suicidaire typique en termes de caractéristiques socio-démographiques ».

Un profil d'agresseur se dégage des différentes études. Il s'agit, dans 85% à 97%, des cas d'un homme la majorité du temps plus âgé que sa victime et en général âgé de moins de 50 ans.

Toutefois, on retrouve d'autres profils spécifiques, notamment des sujets âgés de plus de 55 ans dans des situations bien précises, et aussi de jeunes mères dans le cadre des filicides suicides.

Selon Roma et coll (22) le trouble mental varie de 20 à 75% selon les différentes études avec essentiellement des syndromes dépressifs.

Sur un échantillon national en Angleterre et au Pays de Galles, Sandra Flynn (1) démontre que 38% des auteurs d'homicides-suicides avaient des antécédents de violences conjugales.

Par rapport à l'ensemble des auteurs d'homicides, ceux commettant un homicide-suicide présentent moins de facteurs de risques sociaux. De ce fait, ils passent plus souvent inaperçus. Ces sujets appartiennent en général à la classe moyenne et il existe peu d'antécédents de criminalité parmi cette population. De même, avoir un emploi ne constitue aucunement un facteur protecteur.

### *3.2.2. La victime*

Il est établi que dans 75% des cas la victime a une relation « intime » avec son agresseur. Dans 80% des cas la victime est une femme adulte. Dans la plupart des cas, elle est l'ex-conjointe de son agresseur. On retrouve en seconde position les enfants parmi les victimes. Les femmes adultes ou les enfants sont en pourcentage plus victimes au cours des homicides-suicides que dans n'importe quel autre type d'homicide (25).

### *3.2.3. Moyen utilisé*

Les études montrent que l'arme à feu est la méthode la plus couramment utilisée pouvant même aller jusqu'à 90% des cas. Viennent ensuite l'asphyxie et l'arme blanche. De manière générale, le même moyen est utilisé à la fois pour l'homicide puis pour le suicide.

Dans les cas d'utilisation d'arme à feu, le tir est généralement unique, soit en région céphalique, soit en région thoracique.

#### *3.2.4. Caractéristiques médico-légales*

Il a lieu dans 90% des cas au domicile de l'auteur qui est également souvent celui de la victime. La chambre et le salon étant les deux lieux les plus communs. Il existe deux fois moins d'abus d'alcool ou d'autres toxiques dans les cas d'homicides-suicides par rapport aux cas de suicides et d'homicides (23). Ainsi, selon Sonia Salari (24), seulement 3% des sujets étaient sous l'emprise de l'alcool au moment de leur passage à l'acte. Le recours aux toxiques ne peut donc constituer une source d'explication de passage à l'acte de ce type.

#### *3.2.5. Délai entre l'homicide et le suicide*

Comme l'on a pu l'expliquer cette définition diffère d'une étude à l'autre et parfois sont inclus des cas où le suicide a lieu plusieurs mois après l'homicide. Toutefois, dans la majorité des études ce délai reste assez court puisqu'il est en général inférieur à 24h.

### 3.3. Homicides-suicides et troubles mentaux

Dans une large revue de littérature Roma et coll (22) retrouvent une incidence des troubles mentaux variant considérablement de 18 à 75%. Toutefois, les critères établis pour définir les troubles psychiatriques diffèrent d'une étude à une autre ce qui peut expliquer en partie la grande diversité de ceux-ci. De plus, ces résultats sont souvent basés sur des études reposant sur un faible échantillon et à l'échelle d'une ville ou d'une région pour la plupart, ce qui tend à diminuer la puissance en termes statistiques de leur résultat mais aussi de leur représentativité.

Sandra Flynn et coll (1) ont mené une étude à l'échelle nationale portant spécifiquement sur les homicides-suicides et le rôle des troubles mentaux. Ils ont pu s'appuyer sur les données collectées par le *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness*. Il s'agit d'une base de données unique utilisée en Angleterre et au Pays de Galles regroupant tous les cas d'homicides-suicides. Ils ont donc obtenu un échantillon national sur trois ans, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 décembre 2008, constitué de 60 cas.

Ils retrouvent 62% des sujets pour qui un diagnostic psychiatrique avait été porté. 85% des cas de troubles psychiatriques étaient représentés par des syndromes dépressifs, ce qui fait qu'en tout 53% des sujets commettant un homicide-suicide souffrent de dépression. Les autres troubles psychiatriques étaient donc rares.

On notera que seulement 30% des sujets présentant un trouble psychiatrique avéré avaient une prescription de psychotrope. Pourtant l'étude montre que ces sujets avaient un suivi médical régulier, puisque les trois quarts avaient consulté leur médecin généraliste dans l'année et même 40% dans le mois précédant les faits. Un tiers avait consulté pour un motif psychiatrique dans l'année et un quart dans le mois écoulé. Seulement 11% des sujets avaient consulté un spécialiste dans l'année écoulée.

Cette étude permet de faire ressortir deux sous-groupes. Le premier est celui où les symptômes psychiatriques sont présents avec en très grande majorité des syndromes dépressifs. Le second groupe, 38 % des cas, est constitué de sujets commettant des violences domestiques. Parmi ceux-ci, les deux tiers avaient déjà été condamnés pour des faits de violences domestiques.

L'absence de capacité de résilience est un facteur clé dans la majorité des cas d'homicides-suicides mais celle-ci est malheureusement peu étudiée. Cette incapacité de l'individu à faire face à des événements stressants, en atteste leur réaction à des expériences similaires par de la violence contre eux-mêmes ou contre autrui, est donc un paramètre qui mériterait de plus amples études.

Il semble toutefois difficile de prévenir ce genre de cas à part entière parce qu'ils sont très rares et que peu de cliniciens sont réellement sensibilisés et formés à cette question. En revanche, certaines mesures pourraient permettre indirectement de réduire le nombre de cas. Une meilleure prise en charge diagnostique et médicamenteuse en soins primaires, notamment des dépressions, aurait

certainement un impact indirect. L'étude de Sandra Flynn montre que seulement un quart des sujets qui ont éprouvé une détresse psychologique dans la semaine précédant ont contacté leur médecin traitant.

D'ailleurs, certaines études (25) ont pu montrer que les patients font face à une certaine stigmatisation des soins psychiatriques et de ce fait sont plus réticents à consulter un médecin pour ce type de motifs. Des campagnes de déstigmatisation des troubles psychiatriques et de sensibilisation aux possibilités de questionnement pourraient aussi avoir un effet bénéfique.

### 3.4. Les différents profils

Les différents profils des victimes renvoient directement à la relation entre la victime et son agresseur et seront étudiés à part entière :

- Homicide-suicide au sein d'un couple désuni ou avec un partenaire intime
- Homicides-suicide entre sujets âgés
- Filicide-suicide
- Familicides-suicides
- Les homicides-suicides extra-familiaux.

Bien que Marzuk et coll (13) aient clairement fait la distinction entre les homicides-suicides motivés par un amour marqué par la jalousie et les cas liés à une maladie chronique de la victime, peu d'études empiriques font une telle dichotomie dans leur analyse ce qui rend l'interprétation des résultats plus difficile. Pour notre part, nous émettons l'hypothèse que le moment de la vie au cours duquel ce passage à l'acte se produit peut avoir une influence, c'est pourquoi nous avons fait le choix de faire notre analyse en fonction de l'âge de l'auteur et de la victime. D'une part les couples jeunes de moins de 55 ans, d'autre part les couples de plus de 55 ans, et enfin les cas de filicides-suicides.

### 3.4.1. Homicides-suicides entre partenaires intimes des couples jeunes

L'homicide du partenaire intime est le type d'homicide domestique le plus fréquent et constitue également le cas le plus fréquent d'homicide-suicide. Dans la grande majorité des cas, c'est le mari qui tue son épouse dans un contexte de rupture conjugale (5, 26). Dans les faits 30% des hommes qui tuent leur épouse se suicident par la suite (27). Par ailleurs, bien qu'il arrive que des femmes tuent aussi leur mari, il est très rare qu'elles se suicident par la suite. Swatt et He (28) suggèrent que l'absence, presque constante, de comportement suicidaire de ces femmes peut s'expliquer par une forme de libération qu'elles ressentent après le meurtre de leur bourreau plutôt qu'un sentiment de culpabilité ou de désir d'être réunis après la mort.

Myrna Dawson (29) montre que ces cas d'homicides-suicides entre partenaires intimes étaient plus souvent prémédités que les homicides du partenaire intime sans geste suicidaire successif. De même, il existe moins de consommation d'alcool que dans les homicides seuls ce qui va dans le sens d'actes prémédités plutôt qu'impulsifs.

Le point commun de la presque totalité de ce type de passage à l'acte est la perte du partenaire intime qu'elle soit effective ou seulement au stade de menace, qu'elle soit réelle ou imaginaire. En effet, l'éloignement récent d'un partenaire intime augmente le risque d'homicide mais aussi d'homicide-suicide (38).

Marzuk et coll (13) classifiaient ce type par « *Amorous Jealousy* » alors que Felthous et Hempel (30) parlaient de « *Consortial Homicide-Suicide, Possesive* ». Ces notions de jalousie et de possessivité semblent être une question centrale pour décrire à la fois la personnalité de l'auteur mais aussi le type de relation qui unissait ces deux êtres.

Une étude menée par Knoll et Hatters-Friedman (31) à Dallas mérite d'être citée car elle a été conçue à partir des autopsies psychologiques en faisant appel à l'entourage familial. Tout d'abord, dans 50% des cas, un membre de la famille a rapporté que l'auteur du crime avait révélé par oral ou par écrit à la victime ou un proche son intention de passage à l'acte. Ce chiffre est étonnant et montre que la préméditation et l'intentionnalité sont souvent présentes.

Parmi les 18 cas recueillis, les deux-tiers correspondaient à cette situation d'homicide-suicide entre partenaires intimes. Dans 92% des cas le mari est l'auteur et la femme la victime. Les auteurs bien que jeunes étaient plus âgés que la victime, ils avaient en moyenne 32.4 ans contre 30.5 ans pour la victime. 67% des sujets avaient annoncé leur intentionnalité.

Dans 92% des cas il y avait des critères cliniques de dépression mais seulement 42% des sujets avaient reçu des soins psychiatriques.

Dans toutes ces situations on retrouve une histoire de couple tumultueuse, marquée par de multiples séparations, des violences domestiques ou des antécédents connus de violences de l'auteur. Au moment des faits, dans chaque cas, on retrouvait la notion de rupture conjugale.

Cette étude malgré le fait qu'elle soit unicentrique permet de faire ressortir certains critères qui pourraient constituer des facteurs de risques. Ainsi des antécédents de ruptures conjugales, associés à de la violence et à une symptomatologie dépressive, doivent susciter la vigilance. Toutefois, ces signes sont loin d'être pathognomoniques des cas d'homicides-suicides et il faut donc rester prudent quant à leur utilisation.

### *3.4.2. Homicides-suicides entre sujets âgés*

La définition de la limite à partir de laquelle on considère un sujet comme étant âgé varie selon les études entre 50 et 65 ans. Toutefois, l'âge le plus couramment utilisé est situé à 55 ans, donc nous retiendrons ce chiffre dans la suite de ce travail.

Une étude menée aux USA (32) montre que dans un tiers des cas d'homicides-suicides au sein d'un couple, l'auteur est âgé de plus de 55 ans.

Richman (33) suggère que les impulsions d'idées de mort, les idées d'homicide, les pactes suicidaires et les idées d'homicides-suicides sont plus souvent présentes que ce que l'on pense communément.

Historiquement, ce type de passage à l'acte est systématiquement associé à la maladie du sujet âgé et à des motivations « altruistes » du mari épuisé par la maladie chronique de son épouse. Or de récentes études démontrent que si ces cas

existent, il y a d'autres situations telles que les violences conjugales chroniques qui peuvent également aboutir aux cas d'homicides suicides.

Ce phénomène a fait l'objet de peu d'études et souffre d'un manque de connaissances. En revanche, il existe des données sur les violences subies par les personnes âgées ainsi que les homicides dans cette population.

#### 3.4.2.1. Liés à des violences domestiques chroniques

La plupart des homicides du sujet âgé ont lieu au domicile. Alors que le nombre d'homicides domestiques diminue depuis les années 90, il semblerait au contraire que les cas d'homicides du sujet âgé soient en augmentation dans divers pays tels que les Etats Unis, le Canada ou le Royaume Uni (34, 35). Dans la mesure où il existe un vieillissement de la population ce nombre de cas devrait continuer à augmenter d'où la nécessité d'étudier ce phénomène afin d'élaborer des stratégies préventives.

De manière générale, les violences domestiques sont une constante dans la population mondiale et les personnes âgées en sont également victimes.

Aux Etats-Unis (36), une étude montre qu'une personne âgée de plus de 60 ans sur dix est victime de violences domestiques et que dans 90% des cas l'auteur des violences est un membre de la famille. De plus, ce chiffre pourrait être plus important comme cela a été démontré dans une étude menée par Brennan (37), puisque seulement 46% des violences domestiques subies par des personnes âgées sont déclarées à la police au Canada.

Il a été démontré (38) que les femmes âgées se comportaient différemment des femmes jeunes face à ces violences conjugales, ce qui s'explique par un écart générationnel. Par exemple, elles seraient davantage enclines à se rendre responsables des violences subies et à se sentir impuissantes face à celles-ci. De même, elles signalent moins les problèmes de santé relatifs à ces abus et sont plus sujettes à l'anxiété et la dépression. Salari (20) ajoute que ces femmes ont vécu leur

socialisation à une époque où les traitements des troubles mentaux étaient plus stigmatisés, les victimes n'étaient pas encouragées à signaler à la police des violences conjugales, et les victimes d'abus ne bénéficiaient pas des protections actuelles telles que les mesures d'éloignement. Le mari avait le rôle du chef de famille dominant que devaient accepter ces femmes.

Par ailleurs, les violences domestiques sont rarement un événement isolé et bien souvent se poursuivent tout le long de la relation entre les époux. Johnson et Ferraro (39) considèrent que l'auteur le plus dangereux des violences domestiques est ce qu'ils dénomment le « terroriste intime » qui utilise des menaces, des violences, et un pouvoir de contrôle pour isoler totalement sa victime. Ce sont typiquement des hommes, utilisant une image patriarcale, qui blâment les autres et ne se tiennent aucunement responsables de leurs actes, dont le potentiel homicide est élevé. Selon eux, le suicide est dans ce cas secondaire à l'idée initiale d'homicide et serait un moyen d'échapper aux poursuites judiciaires. Pour l'entourage familial notamment, il est parfois difficile de reconnaître ce « terroriste intime » du fait qu'il s'agisse d'une personne âgée.

Ces violences répétées peuvent donc avoir un impact sur la santé de la personne qui en est victime puisqu'on retrouve des céphalées ou douleurs chroniques mais aussi des syndromes de stress post-traumatique dans ces populations victimes de violences conjugales chroniques.

Il ne faut pas non plus oublier que ces sujets âgés souffrent d'un relatif isolement social, et qu'ils ont souvent moins de capacités à se mouvoir du fait de leur limitation physique. Ces personnes sont donc davantage exposées aux risques d'abus du fait de leur importante vulnérabilité. Toutefois, parmi les violences chroniques subies par les sujets âgés toutes ne sont pas l'œuvre de leurs époux puisqu'il y a d'autres situations où ce sont les enfants qui en sont les auteurs. Ces violences domestiques sont reconnues comme étant un facteur de risque de survenue d'homicide au domicile, ce qui nécessite absolument qu'elles soient détectées le plus rapidement possible.

Ainsi dans ces cas de violences conjugales aboutissant à l'homicide-suicide, on retrouve des caractéristiques similaires aux homicides-suicides entre partenaires intimes qui peuvent être considérés comme des facteurs de risque (11). A savoir que c'est presque toujours le mari qui commet ces actes, qu'il souffre souvent de dépression, qu'il existe une histoire de violences domestiques chroniques, qu'il y a un accès à une arme à feu et qu'il y a aussi la crainte d'une séparation.

#### 3.4.2.2. Liés à la maladie chronique

Ce sous type est généralement classifié sous les termes de « *Declining Health* » (13) ou de « *Ailing* » (30), relatifs à la notion de maladie chronique et de souffrance.

Ce type d'homicide-suicide est très difficile à différencier des cas de pactes suicidaires, mises à part les situations où un écrit est laissé. D'ailleurs, certains auteurs considèrent que dans le pacte suicidaire il y a toujours un des deux membres du couple qui contraint le second à ce geste, et que la volonté manifeste et simultanée n'est pas la règle mais est plutôt exceptionnelle. Ainsi, les pactes suicidaires demeurent des cas très rares.

Il s'agit plutôt du cas classique d'un couple généralement isolé sur le plan social et dont au moins l'un des deux souffre d'une maladie. Généralement, l'un des deux membres du couple, plus souvent le mari, occupe un rôle de soignant envers l'autre conjoint, ce qui génère un lien unique et spécial. Le meurtre intervient généralement quand le couple est menacé d'une séparation, ou alors quand surviennent des difficultés financières. Par exemple, les cas où le malade en raison de sa santé nécessite une hospitalisation ou bien une institutionnalisation. Toutefois, la notion d'altruisme de ces actes a été remise en cause et il s'agit plutôt d'actes d'un mari à la fois déprimé mais aussi désespéré (40). Ainsi, le but n'est pas nécessairement de mettre fin à la souffrance de la personne malade mais plutôt à leur propre souffrance qui prend fin avec la mort du conjoint malade.

### 3.4.2.3. Les résultats d'études

Dans l'étude menée au Canada par O'Neil (41) sont comparés deux groupes distinguant des homicides domestiques et des homicides-suicides domestiques. Dans le premier groupe sont regroupés 70 sujets ayant entre 30 et 50 ans et dans le second 22 sujets ayant plus de 55 ans. Statistiquement les homicides-suicides étaient beaucoup plus présents chez le groupe des sujets âgés, et la dépression, l'antériorité de geste suicidaire, la possession d'une arme à feu ont pu être reconnus comme des facteurs de risques propices à ce type d'acte. Contrairement au groupe des sujets jeunes ces couples étaient rarement séparés (13% vs 41%).

Dans leur étude Bourget et al (34) ont étudié au Québec sur une période de 15 ans les cas d'homicides, dont certains homicides-suicides, parmi les sujets de plus de 65 ans et recueilli 27 situations. 93% des auteurs étaient de sexe masculin, 89% des victimes étaient de sexe féminin, et 85% l'actuelle épouse du meurtrier. 93% des meurtres se tenaient au domicile de la victime. 74% de sujets présentaient un trouble psychiatrique et 55% une dépression.

Parmi ces 27 situations, il y a eu 19 tentatives de suicides à la suite de l'homicide dont 13 ont abouti à la mort de l'auteur. Parmi ces 13 sujets auteurs d'un homicide-suicide abouti, 85% étaient des hommes. 79% des sujets ayant fait une tentative d'homicide-suicide présentaient un trouble psychiatrique et 68% des sujets avaient des critères cliniques de dépression. Ils rapportent peu de consommations de toxiques dans cette population. Par ailleurs, 80% des victimes de l'homicide-suicide avaient une maladie somatique connue. Il a par ailleurs été démontré que porter des soins quotidiens à un époux âgé malade augmentait considérablement le risque de dépression dans l'entourage (42).

Dans son étude menée aux Etats-Unis entre 1999 et 2005, Salari (20) rapporte 225 cas d'homicides suicides entre sujets âgés de plus de 60 ans, avec en tout 22 cas où l'un des deux survit et 16 cas où il existe une victime additionnelle. Il y a donc eu 444 décès en tout.

Dans 96% des cas l'auteur du crime est le mari. La grande majorité des victimes n'ont pas consenti à l'acte et celles s'étant aperçu du danger ont tenté de se

défendre. Mais la plupart étaient occupées au moment du passage à l'acte qui avait lieu principalement pendant leur repas ou leur sommeil.

Dans 87% des cas une arme à feu a été utilisée et le suicide qui a suivi utilisait également ce moyen, même si sont mentionnés plusieurs cas de pendaison. Généralement le coup de feu avait lieu au niveau de la tête et souvent à la partie postérieure ce qui démontre que la victime ne s'attendait pas à ce geste.

Concernant les éventuels problèmes de santé, ils ont retrouvé 55% des cas où au moins un membre du couple avait une maladie chronique, et donc 45% de cas où il n'y avait pas de pathologie. Dans 34% des cas seule la victime avait un problème de santé, alors que dans 30% des cas seul l'auteur en avait un. 36% des couples souffraient tous les deux d'une maladie chronique.

Parmi les situations où le motif initial apparaissait clairement, dans 74% l'intention suicidaire primait, dans 22% c'était l'homicide et dans 4% il s'agissait d'un pacte suicidaire.

Il est avéré que dans 14% des cas il y avait des violences chroniques connues, et dans 12% des cas, le mari correspondait à la définition du « terroriste intime ». Il est probable que le nombre de violences chroniques soit en réalité plus important dans la mesure où la moitié des gens qui en sont victimes ne le font pas savoir.

Dans 13% des cas les couples rencontraient d'importantes difficultés, soit ils étaient divorcés, ou sur le point de l'être, ou étaient séparés. Ce chiffre pour une population âgée de plus de 60 ans est élevé aux Etats-Unis en comparaison avec le reste de la population générale.

Aucun lien n'a pu être établi entre les consommations de toxiques, les démences ou les décompensations psychotiques et le passage à l'acte. En revanche, la dépression de l'auteur joue un rôle central dans leur survenue.

Cette étude permet donc de démontrer l'impact important qu'ont les idées suicidaires chez le sujet âgé et le danger potentiel qu'il représente pour leur partenaire. Il existe peu de cas d'euthanasie et la majorité du temps la prise de décision est uniquement l'œuvre de l'auteur du crime.

### 3.4.3. Le cas particulier du filicide-suicide

Les cas de filicide-suicide sont à prendre en considération car c'est, après les situations du partenaire intime, la seconde situation la plus fréquente d'homicide-suicide comme le démontrent de nombreuses études.

Le terme de « filicide » a pour la première fois été employé par Resnick en 1969 et fait référence à l'homicide d'un enfant par l'un de ses parents ou titulaire de l'autorité parentale avant ses 18 ans. Les « infanticides » sont des homicides commis sur des enfants de moins de 1 an. Enfin les « néonaticides » consistent en l'homicide d'un nouveau-né dans ses 24 premières heures de vie.

Les filicides sont des crimes à part qui ont fait l'objet de nombreuses études visant à décrire ce phénomène. Beaucoup de classifications ont vu le jour et la plupart sont construites en fonction du motif ayant conduit au filicide. La classification de référence demeure celle décrite par Resnick en 1969 :

- 1- Filicide altruiste où le parent tue son enfant car il pense que c'est dans son intérêt  
A : acte associé à des idées suicidaires du parent qui pense que le monde est trop cruel pour l'enfant pour le laisser après sa propre mort.  
B : acte destiné à soulager la souffrance de l'enfant. Si l'enfant a un handicap réel ou imaginaire que le parent trouve intolérable.
- 2- Filicide intervenant au cours d'un accès psychotique aigu du parent, sans aucun motif rationnel.
- 3- Filicide d'un enfant non désiré et qui pouvait être perçu comme un obstacle pour les parents. Ceci inclut également les parents pour qui le décès de l'enfant représente un bénéfice (toucher un héritage, se marier à un partenaire qui ne désirait pas de beaux-enfants).
- 4- Filicide accidentel. La plupart du temps ce sont des enfants battus à mort sans qu'il y ait l'intention de tuer.
- 5- Filicide perçu comme une revanche envers le conjoint.

Si l'on se réfère à cette classification, il existe certaines situations où le motif a un lien évident avec un trouble psychiatrique. Toutefois, la pathologie psychiatrique n'est pas toujours présente. Les résultats des différentes études portant sur le lien entre troubles psychiatriques et filicides divergent puisque l'incidence de ces troubles varie beaucoup d'une étude à une autre, et ce notamment en raison de biais de recrutement, selon que l'étude ait été menée sur une population psychiatrique, ou carcérale ou à partir de registres judiciaires. On citera principalement une étude récente qui apporte un éclaircissement quant à l'incidence des troubles psychiatriques parmi les sujets auteurs de ce type de passage à l'acte. Elle a été menée par Sandra Flynn (43) en Angleterre et au Pays de Galles entre 1997 et 2006 et regroupe, à cette échelle nationale, 297 cas de filicides. Il ressort de celle-ci que sur la totalité des sujets, 40% présentent un trouble psychiatrique. Toutefois, ces troubles sont plus fréquents chez les femmes puisque 66% d'entre elles en sont atteintes contre seulement 27% des hommes. Ces résultats viennent tout de même confirmer la forte proportion de pathologie psychiatrique chez les auteurs de filicide et le lien est fréquent entre manifestations psychiatriques et filicides. Toutefois, on ne peut réduire les filicides à l'expression d'une maladie psychique puisque 60% des sujets qui commettent un filicide n'en sont pas atteints.

Lorsque l'on étudie les motifs en lien avec le filicide, on s'aperçoit qu'ils diffèrent considérablement en fonction du sexe du parent en cause.

Chez les mères, le filicide peut être mis en lien avec deux motifs fréquents. Tout d'abord comme on l'a vu, pour une forte proportion d'entre elles, il y a un lien évident avec un trouble psychiatrique. Plus fréquemment, il s'agit de décompensations psychotiques aiguës ou bien d'épisodes dépressifs avec parfois des caractéristiques mélancoliques.

L'autre motif fréquent est lié à des jeunes mères isolées sur le plan social et ayant des difficultés financières suite à la naissance d'un enfant.

Chez les pères, on retrouve deux autres motifs distincts. Tout d'abord des pères pour qui la mort de l'enfant est souvent involontaire et consécutive à des violences qui pour la plupart du temps sont répétées. C'est le cas fréquent de familles où les violences intra-familiales sont fortement banalisées.

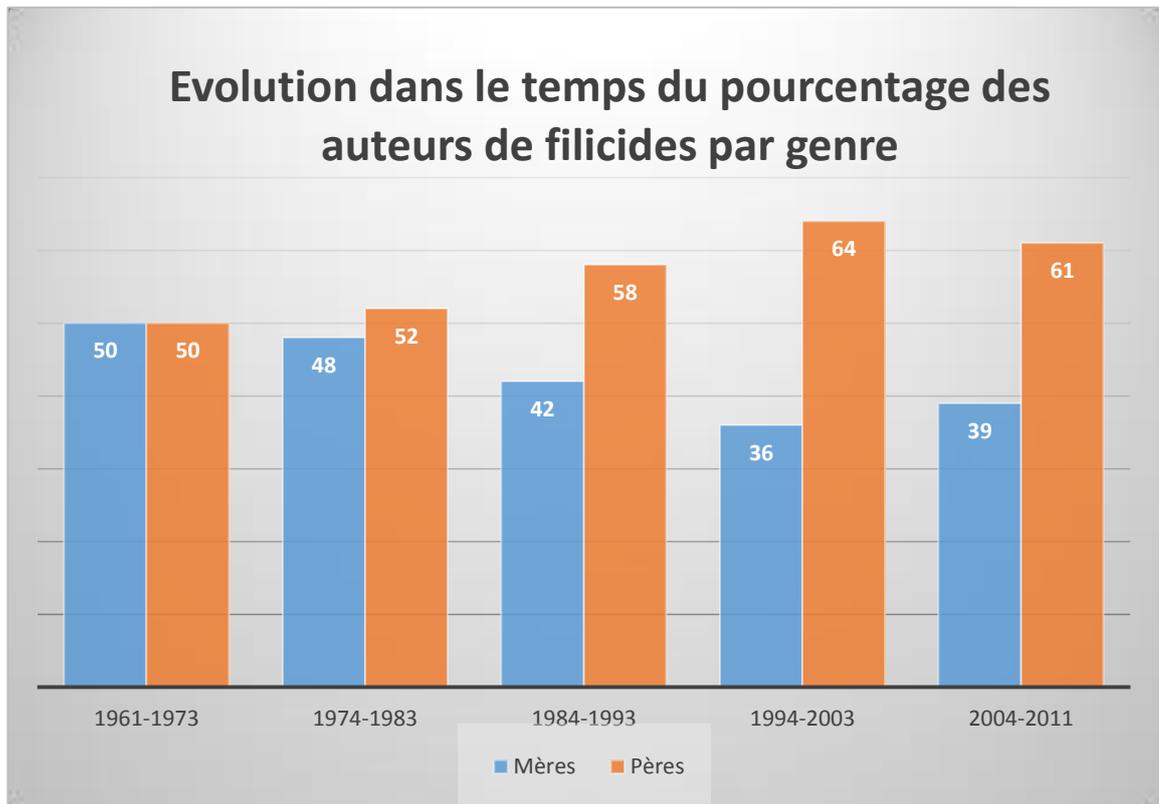
Enfin il y a des situations où le filicide est consécutif à un contexte de conflits conjugaux. Cette problématique conjugale se retrouve dans près de 40 à 50% des filicides paternels. La revanche, suite à la séparation, la colère ou la jalousie sont régulièrement en cause.

Les néonaticides et les infanticides sont beaucoup plus souvent commis par les mères que les pères, comme cela a été démontré par différents auteurs. Beaucoup d'études laissent également penser que les filicides dans leur ensemble étaient plus fréquemment un passage à l'acte maternel.

Une étude de grande ampleur a été menée au Canada par Myrna Dawson (44) et porte sur la question des filicides en faisant une comparaison des données selon le sexe de l'auteur du passage à l'acte. Elle a effectivement étudié, à l'échelle nationale, tous les cas de filicides au Canada sur une période de 50 ans entre 1961 et 2011. Il y a au total 1612 cas répertoriés de filicides sur cette période. Les résultats sont sans équivoque puisque les pères sont les auteurs dans 57% des cas de filicides contre 43% pour les mères. Ces résultats sont importants car ils contredisent les résultats de la plupart des autres études dans ce domaine.

L'étude va même plus loin en démontrant que cet écart ne cesse d'augmenter dans le temps puisqu'au maximum dans 64% des cas ce sont des pères à l'origine du passage à l'acte contre seulement 36% de mères.

Les résultats de l'évolution de cette répartition à travers le temps sont présentés dans le graphique ci-dessous :



La méthodologie employée pour cette étude ainsi que l'importance de l'échantillon utilisé, et ce à l'échelle nationale, donnent une forte valeur scientifique à ces résultats. D'ailleurs, l'étude récente de Sandra Flynn (43) vient confirmer la tendance de ces résultats, puisque sur ces 297 cas de filicides, 66% sont commis par les pères.

Ces études ont donc permis de démontrer que les pères sont désormais plus souvent auteurs de filicides que les mères et que cet écart ne cesse de se creuser au fil du temps. Ce phénomène d'ampleur grandissante est donc à prendre en considération d'autant qu'il semblerait que la question du filicide paternel ait longtemps été ignorée ou méconnue.

Sur ces 1612 cas de l'étude de Myrna Dawson (44), il y a 500 situations, où l'auteur se suicide après son passage à l'acte, ce qui constitue 31% de l'ensemble de l'échantillon. Parmi ces sujets qui commettent un filicide puis se suicident, 73% sont des pères contre 27% pour les mères. Mais ceci veut aussi dire que 39.6% des pères qui commettent un infanticide se suicident à la suite de leur acte contre 19.6% des mères. Cette étude diachronique permet aussi d'avoir un regard sur l'évolution

des homicides-suicides et démontre que ce phénomène diminue au cours du temps. Ainsi, c'est sur la période 1984-1993 que ces actes sont plus fréquents. Chez les pères on passe donc de 42% à 28% et chez les mères de 28% à 11%.

Une autre étude a été menée au Canada par Bourget et Gagné (45) sur des cas de filicides paternels. Parmi les 77 cas, ils ont dénombré 60% de tentative de suicide et un total de 40% de suicide réussi, ce qui se rapproche des chiffres de l'étude de Dawson.

Enfin l'étude menée par Hatters Friedman (46) aux USA et portant spécifiquement sur l'étude des filicides-suicides retrouve parmi les 30 cas étudiés 67% de pères contre 33% de mères.

Plusieurs études ont démontré que plus l'enfant victime du filicide était âgé, plus le risque était important qu'il soit accompagné du suicide du parent auteur de ce crime. Ainsi Daly et Wilson (47) l'ont démontré pour des mères auteurs du filicide. Bourget (48) de son côté s'est attaché à la question du filicide paternel et pour les enfants âgés de 1 à 4 ans il y a 13% de gestes suicidaires alors que pour ceux âgés de 4 à 15 ans il y a 50% de gestes suicidaires.

Plusieurs études concernant le filicide maternel démontrent que le risque suicidaire maternel est majoré quand le motif psychiatrique est en cause (49, 50). A contrario Holden et coll (51) ont prouvé que les autres catégories telles que celles des enfants non désirés en cas de difficultés socio-économiques ou les cas de violences physiques répétées aboutissant à la mort de l'enfant étaient rarement accompagnés du suicide de la mère auteure du filicide. Léveillé et coll (52) se sont aussi intéressés au lien entre le motif du filicide et la présence ou non de comportements autodestructeurs. Ainsi, les mères qui ont commis un homicide-suicide avaient à la base des motivations « altruistes » alors que les pères étaient plus sujets à une dépression que ceux qui ne se suicidaient pas. Les parents qui n'avaient pas de conduites autodestructrices étaient essentiellement ceux qui avaient commis un filicide dans le cadre de maltraitances chroniques.

Les cas de filicides-suicides s'accompagnent souvent de la mort de plusieurs enfants. Ainsi, dans son étude Friedman retrouve 1.9 enfants décédés par cas de filicide-suicide et d'ailleurs parmi les 30 situations cliniques, 7 autres enfants ont été blessés mais ne sont pas décédés. Seulement 2 enfants parmi les 51 décédés avaient une maladie grave.

Ces résultats démontrent deux choses. Tout d'abord, même si les pères sont de manière générale plus souvent auteurs d'un filicide, ils présentent encore plus le risque de se suicider à la suite de ce geste que leurs homologues féminins. Ensuite, il semblerait que le nombre de sujets se suicidant suite à un filicide diminue dans le temps.

#### *3.4.4. Les familicides-suicides*

Le terme de familicide se réfère au fait de tuer à la fois son conjoint et au moins un de ses enfants. On emploie parfois le terme « d'exterminateur familial » pour désigner l'auteur de ces crimes.

Il s'agit là encore d'un phénomène peu étudié et la distinction est rarement faite entre les cas de familicides qui se terminent par le suicide de son auteur de ceux où il n'y a pas de suicide.

Ils sont quasiment exclusivement commis par le père de famille et l'on peut distinguer essentiellement deux situations : celle où le motif initial est à mettre en relation avec une intentionnalité homicide et celle où c'est plutôt l'intentionnalité suicidaire qui prédomine.

Dans le premier cas, la motivation principale vient d'une perte de contrôle sur le partenaire intime. En ce sens, ces situations sont très proches des cas d'homicides-suicides entre partenaires intimes puisque la cible principale est la compagne plutôt que les enfants. Certains auteurs (53) affirment que la colère et la revanche sont liées à des pensées paranoïaques qui conduisent le sujet à se venger de sa femme en la tuant elle et ses enfants. Ceci se produit par exemple dans les situations où la femme menace de s'en aller et d'emmener avec elle les enfants. De ce point de vue ces actes répondent avant tout à une volonté homicide. Le geste

suicidaire qui suit est plutôt à mettre en lien avec la crainte de subir les conséquences judiciaires de cet acte.

Dans le second cas, il peut également y avoir une rupture, mais ce qui est systématique ce sont des difficultés financières. La crainte qu'a le père est que sa famille et donc ses enfants ne puissent s'en sortir financièrement sans son soutien économique. Ce motif est plus à mettre en lien avec des motivations supposées « altruistes » puisqu'il cherche ainsi à protéger sa famille bien aimée d'un futur catastrophique marqué de souffrances. Dietz (53) affirme que des pensées paranoïaques peuvent déclencher un tel motif altruiste. De ce point de vue, le familicide-suicide peut avant tout être un geste suicidaire.

Ewing (54) rapporte que l'auteur typique d'un familicide est caractérisé par un désir de contrôle sur sa famille qu'il considère comme le prolongement de lui-même. Marzuk (13) souligne que l'auteur des familicides commande la vie de sa famille et se perçoit comme étant la seule personne pouvant satisfaire les besoins de ses victimes. Face à des menaces importantes, séparation ou difficultés financières, qui mettent en danger ce rôle central, ils deviennent désespérés, suicidaires et homicides.

#### *3.4.5. Les homicides-suicides extrafamiliaux (13,30)*

Ils constituent une catégorie totalement à part que l'on va décrire brièvement. Ces cas sont la plupart du temps classifiés sous le terme « *Adversarial* » parce qu'il s'agit là essentiellement d'un homicide-suicide à l'encontre d'une personne perçue comme un adversaire par l'auteur du crime. Cette relation « d'adversaire » n'est en revanche pas toujours réellement établie et est plus souvent le fruit de l'imaginaire ou du fantasme de l'auteur qui perçoit cette personne comme un ennemi.

On retrouve deux situations plus fréquentes. Tout d'abord, celle où l'adversaire est un rival amoureux, et celle où un employé est motivé par la haine, suite à une situation de stress récente amplifiée par le sentiment d'avoir été rabaisé.

Ces individus sont enclins à se sentir persécutés et cherchent à se venger. C'est dans cette catégorie que l'on peut retrouver les tueurs de masse.

## **4. Cas cliniques**

Après avoir vu les spécificités que revêtent les homicides-suicides à travers une revue de littérature, nous allons maintenant pouvoir discuter de ces éléments théoriques en les confrontant à l'étude de plusieurs cas cliniques.

### **4.1. Cas clinique n°1**

Monsieur C est un patient rencontré à l'UHSA de Seclin admis en soins libres dans un contexte de tentative d'autolyse. Au moment de ce geste il était alors détenu en mandat de dépôt à la maison d'arrêt de Valenciennes où il était incarcéré depuis trois mois pour un infanticide volontaire sur la personne de sa fille âgée de 8 ans. Il est âgé de 36 ans au moment de son admission.

#### *4.1.1. Antécédents*

On ne retrouve pas de pathologie somatique personnelle. Il existe une consommation quotidienne de 10 cigarettes par jour et une consommation ponctuelle mais pouvant être massive d'alcool, qu'il a tendance à banaliser. Il ne fait pas mention d'autre consommation de toxiques.

D'un point de vue psychiatrique, il s'agit d'une première hospitalisation en milieu spécialisé. Il n'a par ailleurs jamais bénéficié de suivi ambulatoire. Il avait déjà commis une tentative de suicide au moment de l'infanticide. Ce geste n'avait pu aboutir mais l'intentionnalité suicidaire était réellement présente.

Sur le plan familial, on retrouve plusieurs décès par suicide. Son demi-frère, s'est pendu suite à une rupture conjugale. Un oncle a commis un homicide-suicide par arme à feu en assassinant sa femme, toujours dans un contexte de séparation. On retrouve également une mère décédée à la suite de troubles des conduites alimentaires et usage de coupe-faim. Son père avait une addiction à l'alcool qui s'était considérablement majorée suite au décès de son épouse.

#### *4.1.2. Biographie*

Monsieur C est le 3<sup>ème</sup> enfant d'une fratrie composée de quatre. Il a un demi-frère aîné du côté maternel, un frère décédé par suicide et une sœur cadette.

Il décrit une enfance où il s'est souvent senti isolé, son frère occupant majoritairement l'attention maternelle. Il est difficile de savoir s'il s'agit là de la réalité ou de son vécu. Il rapporte peu de souvenirs de son enfance et évoque son adolescence comme une période difficile, notamment due au fait que sa mère ait présenté un début tardif d'anorexie mentale, avec le passage d'un poids de 130kg à 38 kg en 18 mois selon ses propos. Il évoque notamment l'usage intensif de coupe-faim prescrits par différents médecins qu'elle allait consulter. Il avait 14 ans quand elle est décédée. Son père a alors sombré dans l'alcoolisme, il rapporte d'importantes violences de celui-ci à son encontre et notamment une scène où son père l'aurait poursuivi, un couteau à la main, afin qu'il lui donne de l'argent pour acheter de l'alcool.

Il a interrompu sa scolarité à l'âge de 15 ans sans obtention de diplôme. Puis, après divers petits boulots, il a été définitivement employé au service des espaces verts de sa commune.

Sur le plan affectif, il n'a jamais eu de petite amie avant de rencontrer à 26 ans la compagne avec laquelle il a vécu pendant 10 ans et eu une fille. Il est intéressant de s'arrêter sur le fonctionnement de ce couple. Il décrit à la fois sa grande dépendance vis-à-vis de sa compagne, que ce soit dans la gestion du quotidien, mais aussi sur le plan affectif avec la crainte presque permanente qu'elle ne le quitte. Il précise aussi qu'il éprouvait un besoin de maîtrise sur elle, qu'il lui arrivait de la menacer, de chercher à lui faire peur. Il l'avait déjà avertie qu'elle devait se méfier de

lui, qu'il pouvait être violent. Il ne rapporte pas de réelles violences domestiques physiques mais plutôt de grandes crises de colères et cette emprise psychologique qui constituait une forme de violence. Il décrit aussi sa tendance à la jalousie et le fait qu'il voyait d'un mauvais œil que sa femme ait des contacts avec l'extérieur. De son côté, il rapporte qu'il avait une vie sociale en dehors du domicile et qu'il était peu présent le week-end puisqu'il lui arrivait souvent de faire le tour des brocantes ou des sorties en boîte de nuit mais toujours sans elle. Son discours donne l'impression qu'elle lui appartenait comme si elle était son objet.

#### *4.1.3. Entretien d'entrée*

Le patient est dans le premier temps de l'entretien calme et de bon contact puis rapidement s'effondre en larmes à l'évocation du motif de son incarcération.

Il présente une symptomatologie dépressive légère puisque l'on retrouve : tristesse de l'humeur, ralentissement psychomoteur et des idées suicidaires marquées et scénarisées. Il n'y a pas non plus de projection dans l'avenir. D'ailleurs, il exprime clairement cette intentionnalité suicidaire et sa volonté de chercher des moyens pour parvenir à ses fins. On ne retrouve pas d'anhédonie, ni de retentissement instinctuel, ni d'angoisse. Il n'existe pas de propos délirants, ni de symptomatologie dissociative qui seraient en faveur d'une décompensation psychotique.

#### *4.1.4. Rappel des faits*

Trois mois avant son hospitalisation Monsieur C a tué sa fille et essayé de se suicider. Cet épisode est l'aboutissement de quatre semaines où il a vécu ce qu'il décrit comme une sorte de désespoir. Il avait jusque-là toujours vécu, avec crainte, l'idée que sa femme rencontre une autre personne et ne l'abandonne. Il recherchait d'ailleurs régulièrement des signes d'adultère en fouillant dans ses affaires et notamment son téléphone jusqu'au jour où il est tombé sur des sms lui prouvant qu'elle avait un amant. Madame n'a pas alors nié cet adultère et a décidé de quitter le domicile conjugal bien que Monsieur dise avoir tout fait pour l'en empêcher. Il

rapporte un effondrement dépressif marqué à cette période avec des troubles du sommeil, ainsi qu'un amaigrissement lié à la perte d'appétit. Il se sentait dépérir s'enfonçant de plus en plus dans la dépression allant probablement jusqu'à un état mélancolique marqué par le désespoir, la culpabilité, et une anhédonie totale. Il rapporte aussi toutes ses difficultés à s'occuper de leur fille et à faire face à certaines interrogations. Madame serait revenue au domicile et il dit avoir espéré qu'elle reste avant qu'elle ne reparte définitivement au bout de quelques jours. Il décrit aussi avoir ressenti toute la détresse de sa fille et avoir lu dans ses yeux le souhait de mourir et de rejoindre sa grand-mère paternelle. C'est alors qu'il a souhaité mettre fin aux souffrances de sa fille et aux siennes. Il a d'abord tenté de tuer sa fille avec une carabine à plomb, sans y parvenir, avant de la poignarder à de multiples reprises. Par la suite, il a utilisé le même procédé envers lui et a survécu bien qu'il se soit donné plusieurs coups de couteau dans le ventre. Il est important de noter qu'avant son passage à l'acte, il dit avoir appelé sa femme pour lui dire qu'elle ne verrait plus jamais sa fille. C'est lui qui a alerté la police après son passage à l'acte.

#### *4.1.5. Evolution dans le service*

Durant son hospitalisation il a présenté d'importantes fluctuations thymiques mais toujours sur un versant dépressif. L'intentionnalité suicidaire était importante et il a d'ailleurs plusieurs fois tenté de mettre fin à ses jours. Il a, par exemple, fabriqué à plusieurs reprises une corde avec ses draps, faisant un chantage au suicide si on la lui retirait. Il expliquait se ressentir paradoxalement rassuré à l'idée de garder cet objet avec lui.

La prise en charge de ce patient était difficile puisque nous ne savions pas réellement si l'intentionnalité suicidaire était réelle. Sur le plan pharmacologique il a bénéficié de prescriptions d'antidépresseurs, d'antipsychotiques, d'anxiolytiques sans qu'il y ait de totale amélioration clinique, ces effondrements thymiques accompagnés d'idées suicidaires revenant constamment. La symptomatologie et la fluctuation thymique semblent sous-tendues par un trouble de personnalité sous-jacent.

Il a alterné les périodes où il investissait le suivi psychothérapeutique et les ateliers thérapeutiques avec des périodes de rejet et d'opposition active où il restait parfois

mutique. Il était difficile de comprendre ce fonctionnement qui n'était par ailleurs pas nécessairement lié à son humeur.

Au décours d'un entretien il dira qu'il lui était impossible de ne pas ressentir de tristesse face à son passage à l'acte, comme si cette tristesse était convenue et répondait à un attendu social. Il n'a que très rarement exprimé une réelle tristesse en évoquant la mort de sa fille alors qu'il semblait en revanche beaucoup plus attristé par la séparation avec sa compagne. Il a d'ailleurs plusieurs fois exprimé qu'il espérait qu'elle accepte de poursuivre leur relation. Il était difficile de lui faire entendre qu'il était peu probable que cela se produise et il donnait l'impression de nier qu'elle puisse ressentir la moindre souffrance liée à la perte de leur fille. Il a d'ailleurs affirmé qu'il l'estimait autant voire même plus responsable que lui de ce passage à l'acte qui ne se serait jamais produit s'il n'y avait pas eu cet adultère.

Aux dernières nouvelles, ce patient était de nouveau hospitalisé et en attente de son jugement.

#### *4.1.6. Discussion diagnostique*

Il est évident que Monsieur C a présenté un syndrome dépressif sévère, voire même mélancolique au moment de son passage à l'acte. Lors de son admission à l'UHSA, il présentait également des symptômes de dépression.

Par ailleurs, certains points sont importants à relever dans son histoire personnelle, son vécu, et dans la constitution d'un trouble de personnalité.

Il a tout d'abord vécu une enfance carencée sur le plan affectif et certainement intellectuel. Il a vécu différents traumatismes, la perte de sa mère qui constitue une forme de suicide, et l'abandon total de son père qui a alors sombré dans l'alcoolisme. Il y a également le suicide de son demi-frère dans un contexte de séparation conjugale et l'homicide-suicide de son oncle aussi en situation de séparation. Dans cette famille on remarque la difficulté à pouvoir vivre le deuil et le peu de capacité de résilience. A chaque situation de deuil correspond une réponse agressive que ce soit envers soi ou envers autrui ou même les deux. Ce sont les « modèles » avec lesquels Monsieur C a dû se construire et qui expliquent certainement cette crainte qu'il avait d'être abandonné. La relation établie avec sa compagne fait écho à une

relation de type anaclitique et parasitaire comme présenté dans la première partie. On perçoit ce lien à la fois privilégié mais aussi immature qui les unit et cette crainte permanente de perte d'objet amenant Monsieur à éprouver jalousie, ressentiment, colère et même haine à l'encontre de celle-ci. On retrouve ensuite la mise en place du processus agressif à la suite de la séparation. Monsieur C m'avait lui-même fait part d'un vécu d'étrangeté, d'état second au moment de son passage à l'acte que j'avais interprété comme un vécu de dépersonnalisation que l'on peut retrouver dans la mélancolie, mais qui semblerait plutôt correspondre aux circonstances du passage à l'acte décrit par Millet et Vives.

Sur le plan de la personnalité, il apparaît évident que Monsieur C a un fonctionnement pathologique, mais il était difficile d'en définir les contours avec certitude puisque plusieurs diagnostics ont été proposés du fait de la présence à la fois de traits passifs-agressifs, mais aussi borderline. Le profil de personnalité du criminel passionnel décrit par Benezech pourrait également correspondre puisque l'on retrouve clairement chez Monsieur C : la dépendance et le besoin de réassurance, le sentiment « d'avoir droit », le manque d'empathie à l'égard des sentiments d'autrui, l'incapacité à supporter l'abandon, et les relations oscillant entre idéalisation et dévalorisation. En revanche, la notion d'égoïsme semble nettement moins évidente.

Nous n'avons pas connaissance des suites judiciaires concernant ce patient, mais il est probable qu'il soit statué sur une altération du jugement.

#### 4.2. Cas clinique n°2

Monsieur M a bénéficié d'une expertise pénale au bout de dix mois d'incarcération en maison d'arrêt où il se trouvait en mandat de dépôt. Il a été mis en examen pour « tentative de meurtre par une personne étant ou ayant été conjoint, concubin ou partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ».

#### *4.2.1. Antécédents*

Monsieur M a pour seul antécédent somatique une fracture de la jambe droite. Il n'a aucun antécédent psychiatrique. Sur le plan addictif, il consommait de l'alcool de manière occasionnelle mais on ne retrouve pas de dépendance à une substance psycho-active.

#### *4.2.2. Biographie*

Monsieur M est le troisième d'une fratrie composée de six enfants. Son père est décédé à la suite d'un AVC et il le décrit comme absent, froid, austère, autoritaire et peu investi dans son rôle paternel. Sa mère est décrite comme peu maternante, selon lui « elle ne savait pas exprimer ses émotions, ses sentiments ». Il confie entretenir de bonnes relations avec sa fratrie qu'il verrait régulièrement. Alors qu'il était enfant, ses parents se sont installés en Belgique. Vers l'âge de 12 ans son père a été muté dans l'Oise et il a été le seul de la fratrie à partir vivre avec lui. Il explique avoir mal vécu cette séparation d'un an et ne toujours pas comprendre le choix de ses parents.

Il a obtenu son baccalauréat, puis a passé un an en IUT Technique Commerciale, avant de partir en Belgique s'occuper de son parrain alcoolo dépendant. Il a débuté une activité professionnelle de gérant adjoint de supermarché. Puis il a été conducteur de bus et aurait passé un CAPES en parallèle, en prenant des cours du soir. Il a ensuite été enseignant dans un lycée à Charleroi mais a été licencié. Suite à des difficultés financières, il est revenu vivre en France en 2015 où il a travaillé en tant que chauffeur de bus.

Sur le plan sentimental il a une première relation amoureuse à l'âge de 27 ans durant 7 ans. Il est à l'origine de la séparation dont les circonstances restent floues. Après 6 ans de célibat, il a rencontré sa seconde compagne Madame H. La relation était au début stable, sans conflit mais leur relation s'est dégradée du fait de difficultés financières dont il n'avait pas osé parler à sa compagne. « J'ai commencé à perdre les pédales, je ne voulais pas lui dire, je voulais la protéger », expliquant que les deux précédents maris de Madame H avaient eu des problèmes financiers. C'est à cette époque qu'ils sont revenus en France, d'abord Monsieur M s'est installé

seul dans une maison appartenant à sa mère puis Madame H l'y a rejoint mais elle n'a pu trouver de travail, « j'essayais de faire au mieux pour qu'elle soit bien, d'être un compagnon agréable ». Mais il y a ensuite eu de plus en plus de difficultés relationnelles. Un soir, ils avaient évoqué « leurs blessures d'enfance, ça a fait plus de mal que de bien, ça s'est dégradé ».

#### *4.2.3. Lors de l'entretien*

Monsieur M présente une franche tristesse de l'humeur, associée à un ralentissement psychomoteur. Son discours est marqué de pessimisme et de propos autodépréciatifs, « je suis triste d'avoir fait du mal, ce qui ne va pas c'est que j'ai détruit sa vie, elle méritait quelqu'un d'autre que moi ». A cela s'ajoute une aboulie et une anhédonie. Il explique avoir eu des idées suicidaires dès le début de son incarcération, et en avoir encore. Des ruminations anxieuses perturbent son sommeil.

Il tient aussi des propos à tonalité mélancoliforme à thématique de ruine, d'autoaccusation, marqués de culpabilité intense « j'ai parfois le sentiment d'être une pourriture, je regrette, je mérite une sanction lourde ».

Il ne présente pas de trouble du cours de la pensée, pas de barrage, le discours est construit et compréhensible. Il ne présente pas de syndrome dissociatif. Son discours n'est pas délirant, il ne présente ni hallucinations, ni automatisme mental et donc pas de pathologie psychotique.

#### *4.2.4. Rappel des faits*

Quelques jours avant les faits, il faisait beaucoup de cauchemars, « ils allaient venir me chercher, j'étais terrorisé », faisant référence à la reviviscence du vécu anxieux de sa circoncision, expliquant avoir été marqué par le fait que ses parents le laissent seul à l'hôpital. Le patient est incapable de dire quelle était la religion de ses parents et la raison pour laquelle il avait été circoncis. « Je me suis toujours demandé si j'étais juif, si j'étais le fils de mon père », rappelant qu'il n'y avait pas de ressemblance physique et qu'il avait toujours senti son père absent, distant.

Il a ressenti le besoin d'avoir de l'aide en lien avec ses troubles du sommeil et a consulté son médecin généraliste et pris rendez-vous avec une psychologue. Il a eu des idées suicidaires scénarisées par AVP furtives, une souffrance morale intense et un profond sentiment de culpabilité étant persuadé qu'il faisait souffrir sa compagne et qu'il en était le seul responsable.

Le soir du 26 mai, Monsieur M a fait une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire non médicalisée.

Dans la nuit du 26 au 27 mai 2016, Monsieur M serait entré dans la chambre de sa compagne Madame H, alors que le couple faisait chambre à part à l'époque. Il aurait été muni d'un couteau et aurait porté un coup à sa compagne, en région cervicale. Celle-ci se serait défendue et aurait réussi à fuir du domicile et à se réfugier chez les voisins. Il a d'abord essayé de la rattraper pour essayer de l'aider avant de se rendre compte du mal qu'il lui avait fait. Monsieur M aurait alors pris sa voiture et aurait été à l'origine d'un accident volontaire en s'encastant dans un poteau électrique. « Je voulais mourir par rapport à tout ce qui avait précédé ». Il a été retrouvé par les secours en train de se stranguler avec sa ceinture de sécurité.

L'examen psychiatrique réalisé au service des urgences a conclu à « une tentative de meurtre et suicide altruiste dans un contexte de mélancolie délirante ». Il a alors été hospitalisé en SDT péril imminent puis été placé en détention provisoire.

#### *4.2.5. Discussion diagnostique*

Monsieur M présentait, au moment des faits, une mélancolie délirante congruente à l'humeur à thématique de ruine, de culpabilité et d'indignité. La symptomatologie dépressive semblait évoluer depuis quelques mois, probablement en lien avec les difficultés professionnelles et financières, ayant elles-mêmes été à l'origine d'un conflit conjugal. Quelques jours avant les faits il avait consulté son médecin traitant pour d'importants troubles du sommeil, ainsi qu'une symptomatologie anxio-dépressive. Il semble qu'il ait réalisé un premier passage à l'acte suicidaire par intoxication médicamenteuse volontaire dans la soirée précédant les faits, puis qu'il aurait tenté de tuer sa compagne par arme blanche dans la nuit, avant de réaliser une double tentative de suicide par accident sur la voie publique et

strangulation. Ces faits sont directement en lien avec la symptomatologie dépressive sévère qu'il présentait et les idées délirantes qui l'envahissaient.

L'examen pratiqué aux urgences par un psychiatre conclut à une mélancolie délirante et à la nécessité d'une hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique. Lors des différentes évaluations psychiatriques, le même diagnostic est porté, un traitement antidépresseur est initié et la thymie s'améliorera progressivement permettant sa sortie d'hospitalisation un mois après les faits.

L'expertise psychiatrique a donc conclu à une abolition du discernement du fait des troubles psychiatriques décrits.

### 4.3. Cas clinique n°3

Monsieur B est âgé de 43 ans, incarcéré en maison d'arrêt, et rencontré dans le cadre d'une expertise pénale suite à un double homicide.

#### *4.3.1. Antécédents*

Sur le plan chirurgical, il a été opéré d'une hernie inguinale, a subi une cautérisation de la tache vasculaire nasale, et été victime d'une fracture de l'avant-bras gauche.

Sur le plan médical, il n'a jamais été atteint de maladie grave.

Sur le plan addictif, on retrouve une consommation de tabac. Il rapporte une consommation d'alcool, notamment des apéritifs, majorée suite au décès de son père 6 ans auparavant. Il n'a jamais consommé d'autres toxiques.

Sur le plan psychiatrique, il a été victime de plusieurs épisodes dépressifs pour lesquels il était soigné. Bien qu'il ait eu des idées suicidaires plusieurs années après le décès de son père, il n'est jamais passé à l'acte.

Au niveau familial, son père a souffert de dépression et il a également un frère qui a été suivi en psychiatrie pour dépression.

#### 4.3.2. *Biographie*

Monsieur B est le cinquième enfant d'une fratrie composée de six. Il a 4 frères et une sœur cadette. Il évoque une enfance heureuse et dit avoir eu de bons rapports avec ses parents et avec l'ensemble de la fratrie, en dehors du frère aîné. Il rapporte des faits de violences conjugales dont était victime sa mère de la part de son père et ce jusqu'à la mort de ce dernier. Toutefois, les enfants n'ont pas été victimes de violences.

Sur le plan scolaire, il s'est arrêté avant le brevet et a directement intégré une entreprise agricole. Il a exercé plusieurs métiers dont deux ans en tant que carrossier. Par la suite, il a suivi une formation et obtenu un BTA agricole et il est devenu agriculteur.

Sur le plan sexuel et affectif, il rapporte deux épisodes à 12 et 15 ans où il a été victime de tentatives d'attouchements sexuels.

Il a eu sa première expérience sexuelle à 17 ans mais est longtemps resté célibataire. C'est seulement vers l'âge de 40 ans qu'il dit être tombé amoureux de Madame D qui était alors en couple avec un de ses amis, Gaël. Il rapporte des faits de violences physiques de Gaël envers Madame D lors d'épisodes d'alcoolisation à la suite desquels elle serait venue se réfugier chez lui, trois mois après leur rencontre, débutant ainsi leur relation. Cette relation a duré 10 mois, et il se décrit comme très amoureux d'elle, accepte ses 5 enfants et évoque le projet d'avoir un enfant avec elle. Toutefois, leur relation s'est vite dégradée, il précise « une fois elle est partie chercher des choses chez lui, elle est partie un moment, elle a tardé, elle est revenue, elle avait bu, ils avaient pris un apéritif ensemble » puis « quand on est fâché avec quelqu'un, qu'on est parti de chez lui, on ne prend pas l'apéritif ensemble, je n'appréciais pas, je lui en avais parlé, elle m'avait répondu : qu'est-ce que tu vas imaginer ? Ça ne s'est pas arrêté là, il lui envoyait des textos ». Il rapporte être devenu méfiant, l'avoir surveillée, et s'être rendu compte qu'elle retournait chez Gaël. C'est à ce moment-là qu'elle l'a quitté définitivement. Il explique alors l'effondrement de l'investissement qu'il avait élaboré autour du lien avec Madame D et l'apparition d'un syndrome dépressif.

#### *4.3.3. Lors de l'entretien*

Il ne présente pas de symptomatologie du registre psychotique puisqu'il n'y a ni symptomatologie dissociative, ni symptomatologie délirante ou hallucinatoire.

La symptomatologie dépressive est quant à elle marquée, avec douleur psychique, tristesse de l'humeur, anhédonie, émotions négatives, idées suicidaires et projections négatives dans l'avenir. Il rapporte un scénario suicidaire par pendaison dans sa cellule.

On ne retrouve pas d'éléments en faveur d'un trouble de personnalité antisocial, ni impulsivité pathologique.

#### *4.3.4. Rappel des faits*

Dans les jours qui précèdent les faits, on retrouve un état dépressif majeur caractérisé mélancoliforme, avec la présence de douleurs morales, de visions négatives, de ruminations morbides, de préoccupations noires, d'idées de ruine, notamment en ce qui concerne la ferme et l'exploitation mais pas d'idées délirantes mélancoliques franches, pas de culpabilité ou d'autoaccusations. Il recherchait de l'aide mais restait envahi par des idées suicidaires de pendaison vivant le départ de Madame D comme une blessure importante, une perte d'un projet de vie, d'une image sociale à laquelle il avait tant œuvré.

Les deux jours précédant les faits, il n'a pas dormi et explique qu'il ne parvenait plus à faire son travail. Il raconte le soir des faits avoir été voir deux amis avec qui il a bu un kir puis deux pastis « ça n'allait toujours pas, j'ai voulu demander de l'aide et j'ai sonné pour voir le Maire à 22h ». Celui-ci a tenté de l'apaiser avant qu'il ne rentre chez lui et prenne 3 comprimés d'hypnotique. « Je me suis réveillé vers minuit avec l'idée du fusil. J'ai pris ma voiture, j'ai téléphoné à mon copain Roland, j'en avais marre de tout, je lui ai dit, je pensais qu'il allait téléphoner aux gendarmes, qu'ils allaient m'arrêter avant ». Puis il rapporte s'être rendu chez Gaël et l'avoir abattu ainsi que Madame D avec son fusil et avoir rappelé son ami Roland et lui avoir dit « c'est fait ». « J'avais l'idée de me tuer, j'ai repris la voiture puis roulé en campagne. Je voulais me tuer, je me suis arrêté pour le faire, j'ai pensé à ma mère qui me disait toujours : je ne veux pas perdre un enfant, je ne veux pas partir ayant vu un mal sur

un de mes enfants. J'avais fait cette promesse à ma mère, je suis allé chez elle, je suis arrivé à 2h du matin. Dans la nuit, j'ai vu les lumières, c'était les gendarmes, ils étaient gentils avec moi, ils m'ont mis en garde à vue ».

#### *4.3.5. Discussion diagnostique*

On retrouve plusieurs épisodes d'altération thymique dans les années et mois précédant le passage à l'acte. Bien qu'il ait consulté un généraliste et qu'il ait eu un traitement anti-dépresseur, on retrouve une mauvaise observance de celui-ci. Suite à la séparation avec Madame D, il y a eu une aggravation des consommations d'alcool concomitante avec l'effondrement dépressif pour aboutir à un épisode dépressif majeur caractérisé mélancoliforme mais sans idéations délirantes. Dans les heures qui précèdent les faits, il oscille entre l'auto et l'hétéroagressivité et cherche de l'aide. Cet état émotionnel intense aggravé par l'alcoolisation déclenche le passage à l'acte.

Lors de son incarcération il existe toujours la présence d'une symptomatologie dépressive avec un risque suicidaire important et il vit avec beaucoup de culpabilité son passage à l'acte.

L'expertise conclut à une altération du discernement en lien avec la symptomatologie psychiatrique décrite.

### 4.4. Cas clinique n°4

Madame F est âgée de 58 ans et est hospitalisée aux urgences médicales suite à une tentative d'homicide-suicide commise la veille. Elle présente de multiples fractures du rachis et des troubles de l'hémodynamique liés à l'hémorragie.

#### *4.4.1. Antécédents*

Sur le plan médical, elle ne présente pas de pathologie somatique lourde mais seulement une sciatique. Elle a subi une seule intervention chirurgicale à savoir une amygdalectomie dans son enfance.

Au niveau psychiatrique, elle était récemment suivie par un psychiatre pour un syndrome dépressif grave réactionnel à l'assassinat de sa fille. Elle bénéficiait d'un traitement par antidépresseur et anxiolytique.

#### *4.4.2. Biographie*

Elle est le deuxième enfant d'une fratrie de quatre et a donc trois frères avec qui elle a toujours entretenu de bons liens. Enfant, elle a été confiée à sa grand-mère maternelle qui l'a élevée et ce en raison de l'activité professionnelle de ses parents. Il n'y a jamais eu de rupture de lien avec ceux-ci puisqu'elle les voyait tous les jours. Elle n'exprime pas de souffrance liée à son enfance.

Sur le plan scolaire, elle a obtenu son CAP sténodactylo puis a travaillé toute sa carrière comme secrétaire dans différentes banques ou entreprises.

Sur le plan affectif, elle n'a pas connu d'autre homme que son mari avec qui elle a eu une fille puis un fils. Elle a toujours été proche de sa fille et de son petit-fils V. En revanche, elle a eu peu de contact avec son fils et son petit-fils E à cause des mauvais rapports qu'elle entretenait avec sa belle-fille.

#### *4.4.3. Lors de l'entretien*

D'emblée le discours est marqué par un trouble grave de l'humeur. On retrouve effectivement un ralentissement psychomoteur majeur associé à une inhibition et surtout une douleur morale intense envahissante. Madame F présente des idées mélancoliques marquées, se sent misérable, coupable et surtout incurable. Il existe des idées délirantes congruentes à l'humeur dont la thématique principale est centrée sur sa fille et le deuil non accompli de cette dernière. Elle exprime une douleur intense concernant la perte de sa fille et d'une manière lancinante, répétitive et stéréotypée, répète cette souffrance durant toute l'expertise. Elle est dans l'incapacité d'élaborer une défense pour comprendre son assassinat, toujours interrogative autour du mobile de cet acte dont sa fille a été victime 14 mois auparavant. Cette souffrance est présente en elle depuis et elle décrit la mort de sa fille comme étant un assassinat prémédité par son gendre, la veille de ses 30 ans.

Elle présente une auto-concentration douloureuse et un rapport erroné au temps, se situant toujours lors de l'entretien au moment du décès de sa fille.

Lors des tentatives pour la ramener à la réalité des faits, notamment s'être jetée dans la Mayenne avec son petit-fils, elle recentre toujours le discours autour de la disparition de sa fille.

Elle présente des idées délirantes d'incurabilité, convaincue qu'elle ne peut s'en sortir, que son petit-fils V ne peut s'en sortir et que la seule issue possible c'est pour l'enfant d'aller rejoindre sa mère, et pour elle de retrouver sa fille, par la mort. Elle exprime une culpabilité intense quant à sa fille, se sentant responsable de sa mort « il l'a tuée avec un couteau : c'était le couteau qu'on lui avait offert pour couper la volaille, il a coupé autre chose. Je voulais la protéger quand elle était chez nous elle était protégée mais quand elle est partie au travail il l'a eue, moi j'étais pas à la hauteur, je n'ai pas pu la protéger ».

#### *4.4.4. Rappel des faits*

Quatorze mois avant son passage à l'acte, Madame F a perdu sa fille assassinée par son gendre à l'arme blanche avant que celui-ci ne se suicide. Elle a depuis eu la garde exclusive de son petit-fils V. Elle investissait beaucoup cet enfant, tout comme son mari. La veille des faits, elle a rencontré le Juge des affaires familiales qui a prononcé une ordonnance de placement de l'enfant chez son fils et sa belle-fille. Elle a vécu cette décision comme un choc et comme une perte de l'enfant, convaincue d'une manière délirante qu'il serait malheureux auprès de son fils, qu'il ne pourrait pas survivre dans cette famille. Elle rentre chez elle et rumine toute la nuit, ne pouvant dormir, elle tente de trouver une solution pour garder l'enfant. Emerge en elle au petit matin l'idée de mourir et d'emporter dans la mort son petit-fils pour le délivrer de la souffrance de la vie et surtout pour le rendre à sa mère, la seule capable selon elle de l'élever. Au matin et dès son réveil elle demande à l'enfant s'il a envie de revoir sa mère, ce dernier lui exprime son approbation puisqu'elle interprète un sourire de sa part comme étant un oui. Elle parle de cette idée envahissante à son mari, ce dernier, selon elle, s'écroule et pleure, mais la quitte tout de même pour aller récolter les pommes de terre dans l'ancienne maison de leur fille.

C'est alors qu'elle a pris son véhicule pour se rendre au bord de la Mayenne. Elle rapporte « j'ai dit à V, viens voir Mamie, veux-tu aller voir ta Maman, et il était content, moi aussi, je l'ai pris, j'étais pour le rendre à sa maman, et moi retourner avec ma fille. J'ai jamais accepté qu'elle meure, je voulais le délivrer et me délivrer de cette souffrance insupportable, il devenait de plus en plus malheureux quand il grandissait, il demandait de plus en plus à voir maman, tellement on avait mal, tellement on avait de souffrances, que seule la mort pouvait arrêter ça. Il n'y avait plus rien à faire d'autre, j'ai cogité toute la nuit » puis de poursuivre « il a enjambé tout seul, moi je ne voyais pas d'issue, je l'ai laissé tomber, je voulais mourir, j'ai sauté derrière. Je me suis réveillé ici dans cette chambre ». Madame F n'exprimait pas de culpabilité quant à ce geste et elle restait déterminée verbalisant sa volonté de mourir.

#### *4.4.5. Discussion diagnostique*

L'examen psychiatrique révèle un épisode mélancolique caractérisé par une souffrance morale intense, une douleur envahissante, et un sentiment d'incurabilité. Elle a réalisé son geste, poussée par ses convictions délirantes mélancoliques, d'une manière altruiste, voulant sauver l'enfant, la personne la plus chère au monde pour elle, convaincue de manière délirante de le rendre ainsi à sa mère. Elle voulait également rejoindre sa fille, obsédée par le suicide, voulant mourir.

L'expertise conclut à une abolition totale du discernement en lien avec les troubles psychiatriques décrits.

## **5. Discussion**

L'étude des cas cliniques permet de dégager certains éléments que l'on ne perçoit pas à travers des études théoriques ou statistiques. Même si l'on ne peut pas tirer de conclusions en termes statistiques à partir de l'étude de quatre cas cliniques seulement, certaines données peuvent être comparées à celles retrouvées dans la littérature.

Tout d'abord on s'aperçoit de la singularité de chaque histoire de vie et de l'existence systématique d'un facteur déclenchant précédant chaque passage à l'acte. Dans le premier cas, l'on retrouve une rupture conjugale, dans le second des difficultés financières liées à des problèmes professionnels, dans le troisième cas il y a également une rupture et enfin dans la quatrième il existe un contexte de deuil. Face à ces événements douloureux, chacun d'entre eux a présenté une symptomatologie dépressive que l'on pourrait qualifier de réactionnelle, plus ou moins marquée, allant même pour certains d'entre eux jusqu'à un véritable tableau mélancolique avec des idées délirantes congruentes à l'humeur. L'effondrement thymique pour certains se fait sur plusieurs semaines quand il est brutal dans d'autres situations. Seul l'un d'entre eux avait eu des contacts avec son médecin généraliste par rapport à des éléments dépressifs antérieurs et un seul avait un suivi psychiatrique. Il est intéressant de constater qu'ils ont tous recherché de l'aide. Dans le cas n°2, le patient consulte son médecin généraliste car il perçoit le mal-être lié à l'installation de la dépression et les troubles du sommeil qui en résultent. Dans le cas n°3, le patient cherche de l'aide le soir de son passage à l'acte auprès d'amis et du maire, alors que les idées suicidaires l'envahissent. Dans le cas n°4 la patiente avait un suivi psychiatrique. Dans le cas n°1, le patient supplie à plusieurs reprises sa compagne de revenir, l'appel à l'aide est cette fois-ci indirect, mais il lui exprime tout son désespoir.

Dans tous ces cas, il n'y a pas de préméditation ni de préparation du geste homicide qui constitue un geste impulsif. La prévention de ce type de passage à l'acte apparaît donc difficile au regard de ces situations cliniques. C'est plus souvent l'entourage proche qui est confronté à la souffrance de ces personnes, l'isolement social constituant un facteur certainement aggravant.

Par ailleurs, dans ces cas cliniques, le geste suicidaire ou l'intentionnalité suicidaire suit immédiatement le geste homicide ce qui est bien décrit dans la littérature.

La symptomatologie dépressive est un facteur clé dans la survenue de ces passages à l'acte, rappelons que selon les études elle touche plus d'un sujet sur deux auteur d'un homicide-suicide.

De même, la rupture conjugale est une période particulièrement à risque dans ce type de passage à l'acte et on la retrouve ici dans deux des quatre situations cliniques.

Si l'utilisation de l'arme à feu est plus rare que décrit dans la littérature, ceci s'explique par des raisons culturelles. La possession d'une arme à feu est beaucoup moins fréquente en France qu'aux Etats-Unis ou dans d'autres pays.

## **6. Conclusion**

Les homicides-suicides sont un phénomène rare et relativement peu étudié malgré la surmédiasation dont ils font l'objet. Ce manque de connaissance découle, en partie, du faible nombre de cas et donc des petits échantillons étudiés, puisque l'incidence est située autour de 0,04 cas pour 100000 habitants dans les pays européens.

Toutefois, après avoir procédé à une large revue de littérature, certaines données apparaissent constantes et elles permettent de mieux comprendre ce type de crime. Des théories à la fois neurobiologiques mais aussi psychopathologiques permettent d'apporter des éléments de réponses quant à la contextualisation de survenue de ces passages à l'acte. Si chaque situation est unique et liée à une histoire à la fois personnelle et familiale, certains profils d'auteurs de ce type de crime ressortent. La majorité est commise au sein même d'une famille, on retrouve alors les cas suivants : l'homicide-suicide entre partenaires intimes, l'homicide-suicide entre sujets âgés, les filicides-suicides et enfin les familicides-suicides. Chaque sous-type présente, comme on a pu le voir, des spécificités. En revanche, ce qui est presque constant, c'est que dans 90% des cas l'auteur du crime est un homme et la victime dans 85% des cas de sexe féminin. L'auteur est généralement plus âgé que la victime et commet son crime au domicile majoritairement dans la chambre ou dans le salon. Le procédé utilisé pour l'homicide et le suicide est presque toujours le même et l'arme à feu est utilisée dans 90% des cas, viennent ensuite l'arme blanche et l'asphyxie. Il existe la plupart du temps un facteur déclenchant du passage à l'acte, le plus souvent une rupture conjugale. Une symptomatologie dépressive est très fréquente pouvant aller jusqu'à la mélancolie.

Les autres troubles psychiatriques sont plutôt rares, de même que les comorbidités addictives sont moins présentes que dans les cas d'homicide ou de suicide seuls.

Même s'ils sont rares ces crimes sont d'une telle violence pour la victime et son entourage qu'il est essentiel de tout mettre en œuvre pour les prévenir. Cette prévention doit à la fois être la préoccupation des services sociaux mais aussi médicaux. Si le médecin généraliste est souvent en première ligne, le psychiatre doit être à même de repérer des situations à risques mais encore faut-il que ces sujets consultent et demandent de l'aide. On peut penser que des campagnes de déstigmatisation des soins psychiatriques pourraient avoir un impact positif indirect afin d'apporter de l'aide à ces sujets en souffrance et parfois, lorsque cela est nécessaire, il serait opportun de proposer une mise à distance du milieu familial par une prise en charge en milieu psychiatrique.

On a pu observer, à partir de l'étude de ces cas cliniques, la difficulté des sujets à faire face à des événements traumatiques, et à vivre avec ceux-ci dans les heures, jours ou semaines qui précèdent le passage à l'acte. Ceci fait directement écho à la question de la résilience, capacité de l'individu à faire face à une situation difficile ou génératrice de stress. Une étude plus approfondie de l'enfance de ces sujets, et de leur relation avec leurs parents, apporterait certainement des éléments de réponses quant au développement ou non de cette faculté, qui rappelons-le n'est pas innée. C'est aussi tout l'enjeu des psychothérapies que de rendre possible cette résilience.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1 FLYNN S, GASK L, APPLEBY L, SHAW J. Homicide–suicide and the role of mental disorder: a national consecutive case series. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Jun;51(6):877-884.
- 2 ROMA P, SPACCA A, POMPILI M, LESTER D, and col. The epidemiology of homicide-suicide in Italy : a newspaper study from 1985 to 2008. *Forensic Sci Int*. 2012 Jan 10;214(1-3):e1-5.
- 3 CHOCARD AS, JUAN D. Les meurtres-suicides. Revue de la littérature. *Forensic*. 2002;13: 47-52.
- 4 ROBERTS K, WASSENAAR D, CANETTO S. Homicide-suicide in Durban, South Africa. *J Interpers Violence*. 2010 May;25(5):877-899.
- 5 MILROY CM. The epidemiology of homicide-suicide (dyadic death). *Forensic Science International*.1995 Jan 30;71(2):117–122.
- 6 COID J. The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol Med*.1983 Nov;13(4):855–860.
- 7 LARGE M, SMITH G, NIELSSEN O. The epidemiology of homicide followed by suicide: a systematic and quantitative review. *Suicide Life Threat Behav*.2009 Jun;39(3):294–306.
- 8 LARGE M, SMITH G, NIELSSEN O. High rates of homicide are associated with high rates of homicide-suicide. *J Forensic Leg Med*.2010;17:225–226.
- 9 GENIL-PERRIN G. L'altruisme morbide. *Année Psychol*.1910 ;17(1):233-250.
- 10 DESHAIES G. Psychologie du suicide. *Bibliothèque de philosophie Contemporaine*.1947.
- 11 MALPHURS JE, COHEN D. A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.2005 Mar;13(3):211-217.
- 12 MILROY CM. Homicide followed by suicide: remorse or revenge? *J Clin Forensic Med*.1998 Jun;5(2):61-64.
- 13 MARZUK PM, TARDIFF K, HIRSCH CS. The epidemiology of murder-suicide.

JAMA. 1992 Jun;267(23):3179–3183.

14 LIEM M. Homicide followed by suicide. An empirical analysis. *Thèse de médecine*. 2010.

15 HENRY AF, SHORT JF. Suicide and Homicide. *Glencoe: The Free Press*. 1954.

16 MILLET L, VIVES P, MORON P, DUGUET AM, ARBUS L. Contribution à l'étude du suicide accompagné. *Médecine Légale, Toxicologie*.1980;23(2) :123-134.

17 CHOCARD AS. Approche psychopathologique du passage à l'acte homicide-suicide. *Imaginaire et inconscient*.2005;2(16):183-198.

18 TARDIF M. Le déterminisme de la carence d'élaboration dans le passage à l'acte. In : Millaud F. Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques. *Ouvertures psy*.Editions Masson.1998;25-40.

19 BENEZECH M. La perte d'objet en clinique criminologique ou la passion selon Werther. *Ann Méd Psychol*. 1987;145(4):329-339.

20 SALARI S. Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: Strategies for prevention. *Clin interv aging*.2007;2(3):441-452.

21 BRIDGES F, LESTER D. Homicide-suicide in the United States, 1968–1975. *Forensic Sci Int*.2011;206(1–3):185–9.

22 ROMA P, SPACCA A, POMPILI M, LESTER D, and col. Mental illness in homicide-suicide : a review. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2012;40(4):462-468.

23 BELFRAGE H, RYING M. Characteristics of spousal homicide perpetrators: A study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Criminal Behavior and Mental Health*.2004;14(2):121-133.

24 SALARI S. Intimate partner homicide suicide: Perpetrator primary intent across young, middle, and elder adult age categories. *Agression and violent behavior*.2016 Jan-Feb;26:26-34.

25 CORRIGAN PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clin Psych Sci Prac*. 2000 Mar;7(1):48–67

- 26 MALPHURS JE, COHEN D. A newspaper surveillance study of homicide-suicide in the United States. *Am J Forensic Med Pathol*. 2002;23(2):142–8.
- 27 BOSSARTE RM, SIMON TR, BARKER L. Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003–04. *Inj Prev*.2006;12(suppl 2):33-38.
- 28 SWATT M, HE N. Exploring the Difference between Male and Female Intimate Partner Homicides. *Homicide Studies*. 2006 Nov;10(4):279-292.
- 29 DAWSON M. Intimate Femicide followed by Suicide: Examining the Role of Premeditation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005 Feb;35(1):76-90.
- 30 FELTHOUS AR, HEMPEL A. Combined homicide-suicides: a review. *J Forensic Sci*. 1995;40(5):846–857.
- 31 KNOLL JL, HATTERS-FRIEDMAN S. The Homicide–Suicide Phenomenon: Findings of Psychological Autopsies. *J Forensic Sci*. 2015 Sep;60(5):1253-1257.
- 32 COHEN D. Homicide-suicide in older persons. *Psychiatr Times*.2000;17(2):49 – 52.
- 33 RICHMAN J. Family therapy with elderly suicidal patients: Communication and crisis aspects. *Omega: Journal of Death and Dying*,2001;44:361–370.
- 34 BOURGET D, GAGNE P, WHITEHURST L. Domestic Homicide and Homicide-Suicide:The Older Offender.*J Am Acad Psychiatry Law*.2010 Sep;38(3):305–311.
- 35 BRENNAN S, BOYCE J. Family-related murder-suicides. Family violence in Canada: A statistical profile. *Statistics Canada Catalogue*.2013;85.
- 36 STUTTS JJ. Domestic violence in later life. *The Judges' Journal*.201;53(2):20-23.
- 37 BRENNAN S. Victimization of older Canadians,2009.*Juristat Statistics Canada Catalogue*.2012;85.
- 38 FISHER BS, REGAN SL. The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*.2006 Apr;46(2):200-209.
- 39 JOHNSON M, FERRARO KJ. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and Family*.2000;62:948–963.

- 40 COHEN D. An Update on Homicide-Suicide in Older Persons: 1995-2000. *Journal of Mental Health & Aging*. 2000;6:195-199.
- 41 O'NEIL BL. Domestic homicide and homicide-suicide in the older population. *The university of western Ontario. Thèse de médecine*. Mars 2016.
- 42 COHEN D, EISDORFER C. Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*.1988 Oct;36(10):885–9.
- 43 FLYNN SM, SHAW JJ, ABEL KM. Filicide: mental illness in those who kill their children. *Plose One*.2013 Apr4;8(4).
- 44 DAWSON M. Canadian trends in filicide by gender of the accused, 1961-2011. *Child abuse and neglect*.2015;162-174.
- 45 BOURGET D, GAGNE P. Paternal filicide in Québec. *The journal of American academy of psychiatry and the law*.2005;33(3):354-360.
- 46 HATTERS FRIEDMAN S, HROUDA DR, HOLDEN CE, NOFFSINGER SG, RESNICK P. Filicide-suicide: common factors in parents who kill their children and themselves. *J Am Acad Psychiatry Law*.2005;33(4):496-504
- 47 DALY M, WILSON M. The evolutionary social psychology of family violence. In C. Crawford, & D. L. Krebs (Eds.), *Handbook of evolutionary psychology* (pp. 431–456). Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
- 48 BOURGET D, GRACE J, WHITEHURST L. A review of maternal and paternal filicide. *J Am Acad*.2007;35(1):74-82.
- 49 ALDER C, POLK K. Child victims of homicide. Cambridge, UK: Cambridge University Press. *Psychology*.2001 Jul25;2(4).
- 50 MESZAROS K, FISCHER-DANZINGER D. Extended suicide attempt: Psychopathology, personality and risk factors. *Psychopathology*.2000 Jan-Feb;33(1):5–10.
- 51 HOLDEN CE, BURLAND AS, LEMMEN, CA. Insanity and filicide: Women who murder their children. *New Directions in Mental Health Services*.1996 Spring;(69):25–34.

52 LEVEILLEE S, MARLEAU JD, DUBE M. Filicide: A comparison by sex and presence or absence of self-destructive behaviour. *Journal of Family Violence*.2007;22:287–295.

53 DIETZ PE. Mass, Serial and Sensational Homicides. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1986 Jun;62(5):477-491.

54 EWING CP. Fatal families: the dynamics of intrafamilial homicide. *Newbury Park, Calif: Sage* 1997.

**AUTEUR : Landelle**

**Thomas**

**Date de Soutenance : 4 Décembre 2017**

**Titre de la Thèse : Les homicides-suicides : D'une revue de la littérature à l'analyse de cas cliniques**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : *Psychiatrie***

**DES + spécialité : *Psychiatrie***

**Mots-clés : homicide-suicide, revue de littérature, cas cliniques, théorisation, troubles mentaux.**

**Résumé :** Contexte : L'homicide-suicide est défini par tout meurtre suivi du suicide de son auteur dans un bref délai. Bien que rare, ce phénomène est surmédiatisé et ces crimes suscitent effroi et indignation. Pourtant ils ont été peu étudiés et beaucoup d'interrogations demeurent. Le but de ce travail est donc d'apporter des éléments de réponses quant aux motifs et aux différents profils de ces sujets passant à l'acte.

Méthode : Une large revue de la littérature a été effectuée sur cette question complétée d'une analyse clinique par le biais de l'étude de cas.

Résultats : Il existe différentes approches théoriques, notamment neurobiologique et psychopathologique, permettant d'apporter des éléments de réponses à la survenue de ce type d'actes. Dans les faits, 90% des auteurs sont des hommes et il existe une relation intime avec la victime qui, la plupart du temps, est une femme. Le meurtre se déroule au domicile et l'usage de l'arme à feu est presque constant. On retrouve la présence de troubles psychiatriques et essentiellement des syndromes dépressifs chez presque deux tiers des auteurs de ces crimes. Différents profils existent, avec leur propre spécificité, selon la nature de la relation qui unit l'auteur et la victime. On retrouve notamment des cas d'homicide-suicide entre partenaires intimes, entre sujets âgés, des cas de filicides-suicides et de familicides-suicides.

Conclusion : Cette analyse de cas cliniques est un complément essentiel à une revue de littérature permettant d'alerter le psychiatre sur des situations cliniques à risques d'homicide-suicide.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Thomas Pierre**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Vaiva Guillaume**

**Monsieur le Professeur Cottencin Olivier**

**Madame le Docteur Nabhan Abou Nidal**

