

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
PATRICK BISSONNETTE

VERS UNE TYPOLOGIE DU PARRICIDE ADULTE PSYCHOTIQUE

DÉCEMBRE 2007

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Plusieurs auteurs ont analysé le phénomène du parricide, certains sous forme de vignettes cliniques ou d'études épidémiologiques, d'autres par des études cliniques descriptives ou comparatives. Depuis quelques années seulement, certains auteurs se sont intéressés à la typologie du parricide et de l'homicide psychotique. La majorité d'entre eux ont formé des regroupements de manière qualitative. À notre connaissance, seul Holcomb (2000) a fait une analyse typologique portant sur des parricides. Étant donné l'absence de ce type d'étude portant exclusivement sur les parricides adultes psychotiques, une analyse typologique a été réalisée à partir de 42 parricides hospitalisés à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ces homicides ont été commis entre 1976 et 2000. Cette analyse typologique a mené à la formation de trois regroupements. Plusieurs différences significatives au plan statistique ont été décelées entre ces regroupements. Des liens importants ont été établis avec le développement psychoaffectif qui permettent une meilleure compréhension du parricide et proposent une explication quant à la présence de ces trois regroupements. En conclusion, les résultats des analyses portant sur l'ensemble des parricides doivent être interprétés avec prudence puisqu'il semble exister trois regroupements et que ceux-ci se différencient des parricides en général. La compréhension du parricide ne semble pas être la même d'un regroupement à l'autre, ce qui justifie une approche diversifiée au niveau de l'intervention.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	6
Définitions, historique et statistiques	7
Définitions	8
Mythologie, littérature et histoire	11
Statistiques descriptives et comparatives	14
Théories psychologiques utilisées dans la compréhension du parricide	21
Recension des écrits	37
Études sur les homicides psychotiques	39
Vignettes cliniques	40
Études épidémiologiques	40
Études cliniques descriptives	41
Facteurs associés au parricide	44
Caractérisation de l'acte violent	45
Facteurs statiques	48

Facteurs situationnels.....	55
Facteurs dynamiques.....	58
Facteurs liés à l'état mental	60
Études cliniques comparatives	64
Parricides et tentatives de parricides	67
Adolescents et adultes parricides	67
Parricides et autres types d'homicides.....	68
Parricides et schizophrènes	69
Études typologiques	70
Question de recherche	74
Méthode	75
Participants	76
Instrument de mesure	77
Déroulement	77
Analyses statistiques	77
Résultats.....	85
Discussion	91
Présentation des trois regroupements	92
Comparaison avec les autres études typologiques	100
Limites et points forts.....	110
Suggestions de recherches futures	111
Conclusion	113

Références	116
Appendice A : Diagnostics des parricides des recherches cliniques publiées	126
Appendice B : Liste des variables	130

Liste des tableaux

Tableau

1	Nombre d'homicides par 100 000 habitants de différents pays	15
2	Pourcentage et nombre absolu d'homicides intrafamiliaux de différents pays ...	17
3	Taux de parricide par 100 000 habitants de différents pays	19
4	Comparaison des quatre formes de parricide au Canada, aux États-Unis, en France et en Australie	21
5	Études épidémiologiques sur le parricide	41
6	Études cliniques descriptives sur le parricide	42
7	Facteurs associés à l'acte violent	44
8	Études comparatives sur le parricide	65
9	Études typologiques sur le parricide	71
10	Fréquence des dix variables sélectionnées pour l'analyse typologique	81
11	Mesure d'association entre les dix variables sélectionnées	84
12	Nombre et pourcentage de participants par regroupement selon l'analyse typologique hiérarchique	87
13	Pourcentages des variables sélectionnées selon les trois regroupements	87
14	Pourcentages des variables significatives non sélectionnées initialement selon les trois regroupements	90

Liste des figures

Figure

1	Homicides, Canada, 1961-2003. Taux par 100 000 habitants	16
2	Homicides intrafamiliaux, Canada, 1993-2003. Taux par 100 000 habitants	18
3	Parricides, Canada, 1989-2003. Taux de par 100 000 habitants	20
4	Modèle cognitif des comportements pathologiques	23
5	Développement psychoaffectif	27
6	Différentes typologies de parricides sur un axe de fonctionnement psychique plus ou moins archaïque	102
7	Développement psychoaffectif par rapport aux trois regroupements	106

Remerciements

Cette thèse n'aurait cette consistance si je n'avais été choyé de pouvoir travailler avec une équipe aussi rigoureuse et ayant une expertise aussi variée. J'aimerais tout d'abord exprimer ma gratitude à madame Suzanne Léveillé, ma co-directrice de recherche, pour sa qualité d'analyse, ses questions amenant la réflexion, son travail acharné à faire le pont entre la recherche et la clinique et son support tout au long de ce processus de rédaction. J'aimerais mentionner à quel point j'ai apprécié le support de monsieur Jacques Marleau, mon co-directeur de recherche, pour sa rigueur, sa structure de travail, ses suggestions toujours pertinentes, de même que pour sa passion de la recherche, sa curiosité et sa disponibilité. Ce fut un plaisir de travailler en sa compagnie.

Je souhaite souligner la précieuse collaboration de monsieur Michel Bossé. Sa lecture rigoureuse, ses propositions justes et précises ainsi que son apport sur le plan clinique ont permis d'orienter l'approfondissement de plusieurs aspects de cette thèse.

Il va s'en dire que je suis grandement reconnaissant envers l'équipe de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et plus particulièrement envers le Dr Frédéric Millaud et madame Nathalie Auclair pour leur travail auprès des parricides et leur grande collaboration.

Pour leurs encouragements, leur soutien et leurs lectures, un grand merci à mes parents, ma conjointe et à madame Suzanne Laurier. Une pensée toute spéciale va à mon fils Adam.

Introduction

En 2003, 548 homicides ont été recensés au Canada, ce qui correspond à un taux de 1,7 homicide par 100 000 habitants. Ce taux est relativement stable depuis plusieurs années et il est inférieur à celui des États-Unis qui se situe à 5,7. Par ailleurs, 86% des homicides résolus au Canada en 2003 ont été commis par une personne connue de la victime (Dauvergne, 2004).

Wolfgang (1957) et Boudouris (1974) ont clairement démontré l'importance de la relation entre la victime et l'agresseur dans leurs études respectives de 588 et de 6389 homicides. Ce n'est pas par hasard que le nombre d'homicides de personnes connues de l'agresseur soit si élevé ; les homicides impliquent fréquemment une intense relation personnelle entre deux protagonistes. On peut dès lors distinguer deux types d'homicide : l'homicide d'une personne connue de l'agresseur et l'homicide d'une personne étrangère. Il existe deux catégories lorsqu'il est question d'homicide d'une personne connue : les homicides d'une connaissance et les homicides intrafamiliaux.

Les trois types d'homicides intrafamiliaux les plus fréquents sont le meurtre du conjoint (uxoricide), le meurtre des enfants par la mère ou le père (filicide) et le meurtre du père ou de la mère (parricide). Ils représentent respectivement 19%, 7% et 3% des homicides résolus au Canada en 2003 (Dauvergne, 2004).

Le parricide est un geste qui revêt un caractère singulier. Les résultats des recherches montrent une différence entre les parricides des adolescents et ceux des adultes : chez les adolescents, ce type d'acte est souvent commis dans un contexte de vengeance suite à de la violence subie (Ewing, 1997) ; chez les adultes, la pathologie psychotique est présente dans une proportion plus élevée et joue un rôle important (Millaud, Auclair, & Meunier, 1996). Par contre, mis à part ce cloisonnement entre les parricides adultes et adolescents, les auteurs qui ont analysé le phénomène du parricide semblent insinuer l'homogénéité de la population des parricides. Serait-il possible qu'il y ait plusieurs regroupements de parricides adultes aux prises avec une maladie mentale? Devaux, Petit, Perol et Porot (1974) ont proposé trois regroupements de parricides en tenant compte de la dynamique familiale : le parricide commis à l'intérieur de relations familiales conflictuelles, le parricide caractérisé par des problèmes familiaux de violence et de santé mentale, et le parricide sans prodrome commis par un individu présentant une maladie mentale grave. Heide (1992) ainsi que Hillbrand, Alexandre, Young et Spitz (1999) ont proposé des regroupements similaires de parricides chez l'adolescent : l'enfant abusé, l'enfant atteint d'une maladie psychiatrique sévère et l'enfant antisocial. Bien que fort intéressantes, ces diverses typologies sont fondées sur l'analyse qualitative de cas cliniques et ne proviennent pas d'une analyse typologique quantitative. Aussi, à notre connaissance, seul Holcomb (2000) a mené une analyse typologique des parricides à partir de variables dérivées de cas clinique. Son échantillon était composé de matricides provenant du milieu carcéral et du milieu psychiatrique comprenant autant des adultes que des adolescents. Par ailleurs, d'autres auteurs ont présenté une typologie

des homicides psychotiques. Trois regroupements sont généralement faits, soit les homicides présentant un trouble psychotique avec ou sans trouble de personnalité et ceux présentant uniquement un trouble de personnalité (Taylor, Leese, Williams, Butwell, Daly, & Larkin, 1998; Joyal Putkonen, Paavola, & Tiihonen, 2004; Pera, & Daillet, 2005). Ainsi, aucune analyse typologique n'a porté exclusivement sur des parricides adultes psychotique.

La présente recherche vise à faire une étude approfondie des parricides adultes psychotiques par une analyse typologique de 42 individus hospitalisés à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Les résultats devraient permettre de dégager une meilleure compréhension du parricide ainsi que des facteurs pouvant contribuer au passage à l'acte. La prévention auprès de l'individu à risque vivant intensément une souffrance psychologique ainsi qu'auprès de son milieu familial ne pourra qu'en être plus efficace. Il importe de signaler que ce projet doctoral fait partie d'une étude plus large sur l'homicide intrafamilial menée par l'équipe de recherche de madame Suzanne Léveillé, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Afin de situer globalement la problématique du parricide, cette recherche débutera par les différentes définitions du parricide ainsi que par une présentation de sa place dans l'histoire. Cette description du parricide d'époque en époque conduira jusqu'au XXe siècle, période au cours de laquelle les recherches scientifiques sur ce thème ont pris place. À partir des vignettes cliniques, des études épidémiologiques, des

recherches descriptives et comparatives, les principaux résultats seront présentés. Le contexte théorique se terminera par la présentation critique de quelques recherches ayant proposé des typologies de parricides, ce qui permettra la présentation de la question de recherche.

Contexte théorique

« Tu voulais tuer le père afin d'être toi-même le père.
Maintenant tu es le père, mais le père mort... »
(Freud, 1928, p.216)

Le parricide est un phénomène relativement peu connu de l'ensemble de la population. Dès lors, afin de rendre cet ouvrage le plus accessible possible, il s'avère pertinent de bien situer ce type de délit. Il importe dans un tout premier temps de considérer un ensemble de définitions, la place du parricide dans l'histoire ainsi que les statistiques descriptives et comparatives afin de pouvoir cerner le mieux possible le sujet de cette étude. Par la suite, les théories utilisées dans la compréhension du parricide, les résultats des différentes études sur le sujet ainsi que la question de recherche seront présentés.

DÉFINITIONS, HISTORIQUE ET STATISTIQUES

Pour que soit bien situé le sujet de cette thèse, des définitions du parricide, du matricide et du patricide seront présentées. Afin de bien le mettre en perspective, le régicide sera également exposé. Dans un deuxième temps, quelques oeuvres mythologiques et littéraires seront évoquées, ainsi que certains parricides célèbres. Finalement, différentes statistiques portant sur l'homicide en général, l'homicide intrafamilial et le parricide au Canada ainsi que dans différents pays seront présentées.

Définitions

Le terme parricide provient du latin parricida : parri qui signifie parent et cida, qui tue. Deux définitions sont ainsi rattachées à ce terme. Le parricide est, dans un sens, la personne qui commet un parricide et, dans l'autre, le meurtre du père ou de la mère ou de tout autre ascendant légitime (Le Petit Larousse illustré, 2005; Le Petit Robert, 2005). Cette définition englobe donc également le meurtre des grands-parents. Le Code criminel canadien ne fait pas référence au parricide en particulier ; l'infanticide étant le seul homicide intrafamilial spécialement circonscrit par la loi canadienne (article 229 dans Courmoyer, & Ouimet, 2003). En France, l'actuel article 299 du Code Pénal dit : « est qualifié parricide le meurtre des pères et mères légitimes, naturels ou adoptifs ou de tout autre ascendant légitime » (Schmouchkovitch, 1995). La définition du parricide qui sera adoptée dans la présente étude sera restreinte au meurtre du père ou de la mère, biologique ou adoptif.

Le matricide et le patricide sont tous deux des spécifications de ce qui est désigné par le parricide. Ainsi le matricide est le crime de celui ou de celle qui tue sa mère (Le Petit Larousse illustré, 2005; Le Petit Robert, 2005) et le patricide¹ est le passage à l'acte de la personne qui tue son père (Le Robert & Collins, 1993). Il est important de mentionner que le terme patricide n'est utilisé qu'au Canada, aux États-Unis et en Angleterre (Marleau, & Webanck, 1997; Singhal, & Dutta, 1990; Cooke, 2001; Shon, &

¹ Le terme patricide est un terme anglais qui ne se retrouve pas dans les dictionnaires de la langue française. Bien que le terme parricide soit utilisé dans la langue française pour désigner particulièrement l'homicide du père, lorsque le contexte s'y prêtera, le terme patricide, qui semble plus précis, sera utilisé.

Targonski, 2003). En France, le meurtre du père est appelé parricide (Schmouchkovitch, 1995; Nassif, & Bendjilali, 1998; Halberstadt-Freud, 1999) sauf exception (Bénézech, 1992), ce qui peut occasionner une confusion dans certains cas. Finalement, le double parricide renvoie au meurtre des deux parents par l'enfant.

Bien que le parricide soit, la plupart du temps, employé en référence au meurtre du parent, il est aussi utilisé dans un sens plus large. Symboliquement, les gens du peuple incarnent les fils et filles de la nation. De même, les rois, les reines, les dirigeants, etc. sont vus comme les pères et les mères de leur patrie. Leurs meurtres sont considérés par certains comme des parricides. Dans le *Petit Larousse illustré* (2005), le terme régicide (du latin rex, roi, et caedere, tuer), désigne autant l'assassin d'un roi que son meurtre. Certains appellent ces homicides des parricides déplacés (Zagury, 1992).

L'histoire est ponctuée de ce genre de drames. Certains d'entre eux seront évoqués en tenant compte de la notoriété des victimes. Il y a une distinction entre le régicide public et le simple assassinat des rois (Walzer, 1989). Le premier fait référence à la peine de mort émise par une assemblée qui s'est arrogée la légitimité pour prononcer cette sentence. Le régicide du « mauvais père » de la patrie est désiré par le peuple. Le second est celui de l'assassinat politique d'un monarque. Il fait référence à l'homicide du « bon père » perçu par les enfants de la nation comme étant juste et bon. Ainsi, ce meurtre ne reflète pas le sentiment du peuple et amène souvent désolation et tristesse.

Pour illustrer le premier type de régicide, celui de Charles 1^{er} (1600-1649) qui fut roi d'Angleterre, d'Écosse et d'Irlande (1625-1649) peut être cité. Suite à la guerre civile entre les partisans du roi et l'armée du Parlement, qui s'allia aux Écossais, Charles 1^{er} se rendit à ces derniers, qui le livrèrent au Parlement. Son évasion provoqua une seconde guerre civile. Il fut par la suite capturé et condamné à mort. Il fut décapité à Whitehall. Louis XVI (1754-1793) fut roi de France ; il était l'époux de Marie-Antoinette d'Autriche (1755-1793). Lors de la Révolution française (1789), le peuple le fera prisonnier de la Commune insurrectionnelle. Enfermé au Temple et accusé de trahison, il sera ensuite jugé par la Convention, condamné à mort et guillotiné le 21 janvier 1793 en compagnie de sa femme. Finalement, le dernier tsar de Russie, Nicholas 1^{er} (1868-1918), fut exécuté en compagnie de toute sa famille en 1918, après la Première Guerre mondiale, suite à la Révolution de février 1917. Cette exécution mit fin au règne de trois siècles de la famille Romanov.

Trois cas illustrent le deuxième type de régicide. Il y a tout d'abord Henri IV de France (1553-1610) qui était considéré comme un homme bon, compatissant et aimé par son entourage. Il fut tout de même assassiné à Paris par un fanatique appelé François Ravaillac. Il en fut de même de Gustav III (1746-1792) de Suède qui reçut une balle dans le dos par Jacob Johan Anckarström lors d'une mascarade à l'Opéra Royal de Stockholm. Il fut victime d'une large conspiration aristocratique. Umberto I d'Italie (1844-1900), surnommé « le Bon », régna pendant près de 22 ans avant d'être assassiné par un anarchiste, Gaetano Bresci.

Mythologie, littérature et histoire

Le désir de tuer le père est un fait reconnu depuis longtemps par la mythologie et la littérature. Il y a plus de deux mille ans, la mythologie grecque faisait référence au meurtre du père. Ce fut l'une des premières tentatives d'explication au parricide.

La tragédie grecque Œdipe-roi de Sophocle (430 av. J.-C.) aborde le thème du parricide. Elle met en scène Œdipe qui sans le savoir tuera son père et épousera sa mère. Dès qu'il découvre la vérité, il se crève les yeux. Le thème du parricide est également présent dans le mythe les Euménides d'Eschyle (458 av. J.-C). Ainsi, Oreste et Electre, fils et fille d'Agamemnon et de Clytemnestre, vengeront la mort de leur père en tuant leur mère et son amant, Égisthe, meurtrier d'Agamemnon. Dans plusieurs œuvres littéraires, le thème du parricide est également au cœur de l'intrigue : Hamlet de Shakespeare (1603) et les frères Karamazov de Dostoïevski (1880) sont deux chefs-d'œuvre qui abordent le parricide et la motivation entraînant les personnages principaux à commettre leur crime.

Beaucoup d'auteurs psychanalytiques ont utilisé la mythologie et la littérature pour étayer leur compréhension intrapsychique du comportement humain. Dans son article Totem et Tabou, le parricide fut l'un des thèmes abordés par Freud (1913). De même, la tragédie d'Œdipe est à la source de la conceptualisation freudienne du

complexe d'Oedipe, un de ses principaux apports à la psychologie. Bergeret (1984) a fait de même pour développer de sa notion de violence fondamentale².

Historiquement, il semble que le parricide, quoique peu fréquent, existe depuis fort longtemps. Les cas les plus lointains remontent à la période d'avant Jésus-Christ et impliquent des personnages célèbres de l'histoire humaine. C'est à Rome, au deuxième siècle avant Jésus-Christ que le parricide fut sanctionné pour la première fois : Lucius Ostius avait alors tué son père et sa mère (Le Brun de la Rochette, 1643). Dans la documentation, on retrouve plusieurs descriptions de parricides célèbres à travers l'histoire. Trois cas particuliers, en raison de leur motivation et de leur impact, ont été retenus et seront présentés ci-dessous.

Les deux premiers cas proviennent de l'époque romaine (Petit Larousse illustré, 2005). Marcus Junius Brutus (85-42 av. J.-C.) était considéré par César comme son fils adoptif. Alors qu'il était un homme politique romain, il entra dans la conspiration menant à la mort de César. Brutus se tua, deux ans plus tard, suite à une défaite face à Antoine et Octavien à Philippes. Néron (37-68 ap. J.-C.) fut le cinquième empereur de Rome et le dernier de la dynastie des Julio-Claudiens. Il était le fils d'un consul et d'Agrippine la Jeune, qui, en épousant en secondes noces l'empereur Claude 1^{er} en 49, lui fera adopter son fils. Quelques années plus tard, ce dernier épousera la fille de Claude 1^{er}, Octavie. En 54, après la mort de Claude et suivant les désirs et les complots

² Les œuvres de Sophocle et de Shakespeare furent analysées à la lumière des nombreux travaux réalisés par Freud. De cette analyse, la conception de violence fondamentale fut précisée.

d'Agrippine avec une partie de l'armée, Néron est proclamé empereur, aux dépens du propre fils de Claude, Britannicus. Le nouvel empereur n'a que dix-sept ans. Au cours de la décennie suivante, le pouvoir de Néron sera vécu sous le signe du meurtre : Néron, outre qu'il fait empoisonner Britannicus, fait aussi assassiner sa propre mère puis sa femme, afin d'épouser sa maîtresse Poppée Sabine. Il se suicidera en juin 68.

Le troisième cas est plus contemporain. L'histoire de Pierre Rivière (1815-1840) est évoquée dans plusieurs articles portant sur le parricide (Foucault, 1973). Le 3 juin 1835, vers midi, Pierre Rivière arrive à la ferme familiale, entre dans la pièce principale et tue alors de sang-froid, à coups de serpe, sa mère – enceinte de sept mois -, sa sœur âgée de dix-huit ans et son frère âgé de sept ans. Pierre Rivière est un enfant solitaire et taciturne. Les voisins, qui travaillent aux champs, s'inquiètent parfois de son comportement singulier, tels ses cris lorsqu'il marche seul dans la campagne et son habitude d'effrayer les enfants. On l'accuse de tuer de petits oiseaux, avec ses mains, pour le plaisir. L'enfant fait également plusieurs fugues du foyer familial. Plus tard, le procureur du roi décrira les « mouvements de répulsion » qu'éprouvait parfois Pierre Rivière en s'approchant de sa mère. Interné à la maison d'arrêt de Falaise, avant son procès, le jeune meurtrier s'emploie à la rédaction d'un mémoire d'une cinquantaine de pages : il décrit et explique l'événement survenu le 3 juin à Aunay, village de la Fautrie. La première partie du document s'intitule : « Résumé des peines et des afflictions que mon père a souffertes de la part de ma mère depuis 1813 jusqu'à 1835 ». Au juge d'instruction, Rivière explique que la Providence avait rallié les trois victimes

contre son père en vue de le persécuter. Il affirme en outre que c'est en suivant le commandement de Dieu qu'il avait agi. Il décède le 20 octobre 1840, après s'être pendu.

Statistiques descriptives et comparatives

Aujourd'hui on constate que globalement la situation de l'homicide a changé depuis quelques siècles. Plusieurs échantillons datant du XIII^e siècle en Angleterre établissent les taux d'homicides aux environs de 20 par 100 000 habitants par année. Les taux ont diminué à 15 vers 1600 puis tombèrent à 3 vers 1700. Aujourd'hui, ces taux se situent en deçà du 2 par 100 000 habitants (Cusson, 1998). La société a changé, certes, mais les homicides sont toujours présents. Dans la prochaine section, l'état actuel de la situation au Canada, les comparaisons avec d'autres pays et l'évolution de la situation au cours des trois dernières décennies seront décrits tant pour l'homicide en général, l'homicide intrafamilial que le parricide.

Au cours de l'année 2003, 548 homicides et 710 tentatives d'homicides ont été recensés au Canada. Les trois-quarts des affaires d'homicide ont été résolus³ par la police, soit 395 sur 548. En 2003, le taux d'homicide par 100 000 habitants se situe à 1,9 et il est relativement similaire à celui de l'Angleterre et des pays de Galles (1,9), de la France (1,7), ainsi que de l'Australie (1,6), mais est bien inférieur à celui des États-Unis qui se situe à 5,7 (Tableau 1).

³ On considère qu'une affaire est résolue lorsque l'enquête policière permet d'identifier un auteur présumé.

Tableau 1
 Nombre d'homicides par 100 000 habitants⁴ de différents pays

Pays	1997-1999 ^{a*}	1999-2001 ^{b*}	2003 ^c
Afrique du Sud	56,5	55,9	44,1
Russie	20,5	22,0	19,8
États-Unis	6,3	5,6	5,7
Angleterre et pays de Galles	1,5	1,6	1,9
Canada	1,9	1,7	1,7
France	1,6	1,7	1,7
Australie	1,9	1,9	1,6
Japon	1,0	1,0	0,5

^a Barclay, Tavares, & Siddique (2001)

^b Barclay, Tavares, Kenny, Siddique, & Wilby (2003)

^c Dauvergne (2004)

* Moyenne

Au Canada, les taux d'homicides ont fluctué depuis les années 60, atteignant un sommet de 3 homicides par 100 000 habitants à la fin des années 70. Le plus bas taux d'homicides enregistré au Canada se situe au début des années 60 où le taux était de 1,3 homicide par 100 000 habitants. Depuis une dizaine d'années, ce taux est relativement stable se situant en dessous de la barre des 2 homicides par 100 000 habitants (Figure 1).

⁴ Tous les taux présentés dans les tableaux de cette thèse sont des taux de victimes par 100 000 habitants.

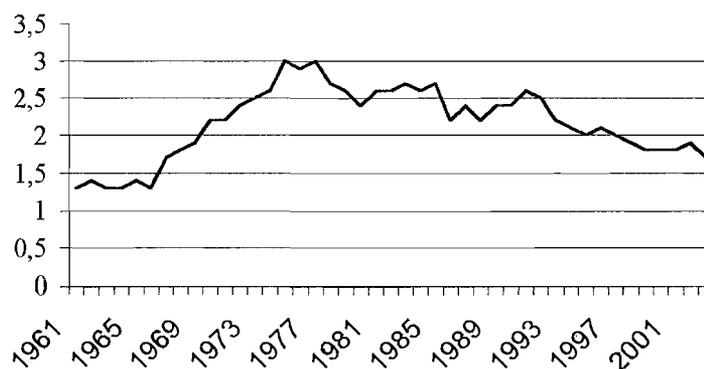


Figure 1. Homicides, Canada, 1961-2003. Taux par 100 000 habitants.

Au Canada, 139 homicides intrafamiliaux, incluant le lien de sang et le lien par alliance, ont eu lieu en 2003. Cela représente 34% des homicides résolus en 2003 alors que le pourcentage moyen était de 37% entre 1993 et 2002 (Dauvergne, 2004). Ce dernier pourcentage est différent de celui des États-Unis (Mueller, 2004) mais similaire à celui de l'Angleterre (Dodd, Nicholas, Povey, & Walker, 2005) et de l'Australie (Mouzos, & Rushforth, 2003) (Tableau 2).

Tableau 2
 Pourcentage et nombre absolu d'homicides intrafamiliaux de différents pays

Pays	Nombre d'homicides intrafamiliaux	Pourcentage des meurtres résolus	Taux par 100 000 habitants
Australie (1989-2002) ^a	129*	38%	0,71
États-Unis (2003) ^b	1804	13%	0,62
Canada (2003) ^c	139	34%	0,43
Angleterre et pays de Galles (1993-2004) ^d	192*	28%	0,33

^a Mouzos, & Rushforth (2003)

^b Mueller (2004)

^c Dauvergne (2004)

^d Dodd et al. (2005)

* Moyenne

Le taux des homicides intrafamiliaux était en 2003 de 0,43 par 100 000 habitants au Canada. Ce taux a varié entre 0,41 et 0,65 depuis les 11 dernières années (Dauvergne, 2004) (Figure 2).

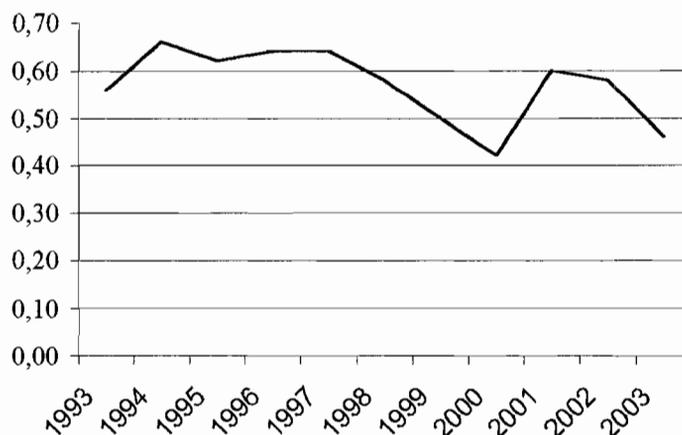


Figure 2. Homicides intrafamiliaux, Canada, 1993-2003. Taux par 100 000 habitants.

Les formes d'homicides intrafamiliaux les plus fréquentes sont les homicides du conjoint(e) (19,2%), de l'un ou des enfants (7,4%) ou de l'un ou des parents (3,4%) (Dauvergne, 2004). En Australie, de 1989 à 2001 (Mouzos, & Rushforth, 2003), les pourcentages sont presque similaires (22,8%, 6,5% et 3,4% respectivement).

Au Canada, 14 parricides ont été commis en 2003 (Dauvergne, 2004). À titre comparatif, 12 parricides, en moyenne, ont eu lieu à chaque année en Australie (entre 1989 et 2002) et 19 en Angleterre et aux pays de Galles (entre 1992 et 2003). Aux États-Unis, en 2004, il y a eu 234 parricides (Tableau 3). Ces données représentent entre 1,6% et 3,4% des homicides résolus dans les différents pays.

Tableau 3
Taux de parricide par 100 000 habitants de différents pays

Pays	Nombre absolu de parricides par année	Pourcentage des homicides résolus	Taux par 100 000 habitants
États-Unis (2004) ^a	234	1,6%	0,08
Australie (1989-2002) ^b	12*	3,4%	0,07
Canada (2003) ^c	14	3,4%	0,04
Angleterre et pays de Galles (1992-2003) ^d	19*	2,8%	0,04

^a Mueller (2004)

^b Mouzos, & Rushforth (2003)

^c Dauvergne (2004)

^d Dodd et al. (2005)

* Moyenne

Au Canada, le nombre de parricides se situe en moyenne à 19 parricides par année et ce, depuis 1989, mais on constate que 2001 et 2002 ont été des années où le nombre de parricides a été plus élevé, atteignant 25 parricides par année, soit 0,08 parricide par 100 000 habitants (Dauvergne, 2004) (Figure 3).

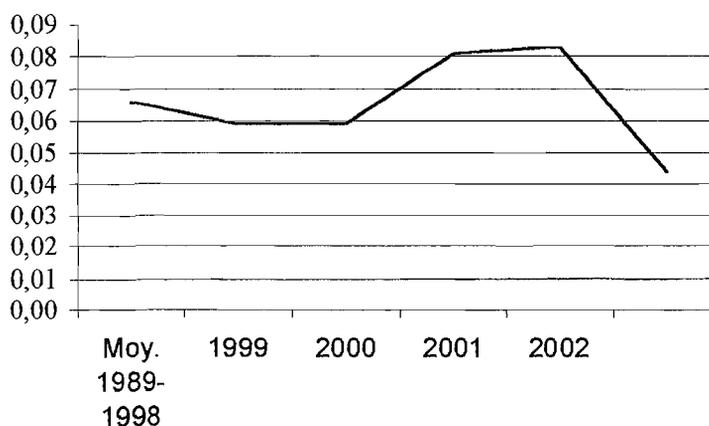


Figure 3. Parricides, Canada, 1989-2003. Taux par 100 000 habitants.

Il existe quatre formes de parricide : le patricide commis par le fils ou la fille et le matricide commis par le fils ou la fille. Au Canada, aux États-Unis et en France, le patricide commis par le fils est le plus fréquent ; il est suivi du matricide par le fils, du patricide par la fille et, finalement, du matricide par la fille (Tableau 4). En Australie, le matricide par la fille (8%) est plus fréquent que le patricide par la fille (3%) (Mouzos, & Rushforth, 2003). Toutefois, lorsqu'on prend en compte seulement les parricides psychotiques, le nombre de matricides serait égal ou plus élevé que le nombre de patricides (Zagury, & Millaud, 1998).

Tableau 4
 Comparaison des quatre formes de parricide au Canada, aux États-Unis, en France et en Australie

Agresseur-victime	Canada (1993-2002) ^a		États-Unis (1976-1998) ^b		France (1985-1986) ^c		Australie (1989-2002) ^d	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Fils - père	94	48%	3556	54%	39	59%	80*	53%
Fils - mère	80	41%	2184	33%	21	32%	54*	36%
Fille - père	10	5%	512	8%	4	6%	4*	3%
Fille - mère	10	5%	377	6%	2	3%	12*	8%
Total	194	100%	6629	100%	66	100%	150*	100%

^a Gannon (2003)

^b Shon, & Targonski (2003)

^c Stoessel, & Bornstein (1988)

^d Mouzos, & Rushforth (2003)

* Estimé à partir des pourcentages indiqués

THÉORIES PSYCHOLOGIQUES UTILISÉES DANS LA COMPRÉHENSION DU PARRICIDE

Avant d'aborder les différentes recherches sur le parricide, il est nécessaire de présenter les théories psychologiques retenues le plus souvent par les auteurs pour expliquer le parricide. Les chercheurs s'appuient sur ces théories pour choisir le type d'étude, pour sélectionner certaines variables et pour proposer des liens a posteriori entre leurs résultats.

L'explication du passage à l'acte, en particulier du parricide, est loin de faire l'unanimité. Les théories sur la violence sont nombreuses : Gelles et Straus (1979) en ont synthétisé une quinzaine. Quatre d'entre elles bénéficient d'une place prépondérante pour l'explication du parricide, soit la théorie cognitive-comportementale, la théorie de l'affirmation de soi, la théorie familiale systémique et la théorie psychanalytique. Toutes ces théories ont d'ailleurs été considérées par Holcomb (2000) pour l'explication du parricide.

La théorie cognitive-comportementale stipule que trois étapes distinctes se succèdent pour qu'un comportement soit émis : l'étape perceptive (stimulus), l'étape cognitive et l'étape comportementale (réponse) (Figure 4). Suite à la perception d'un stimulus, l'information est assimilée aux schémas centraux. Ces schémas centraux sont le résultat d'un ensemble de schèmes et constituent des structures cognitives profondes et stables qui permettent d'intégrer les connaissances et d'attacher une signification aux évènements. Chez les personnes ayant un certain degré de psychopathologie, ils prennent la forme d'une verbalisation intérieure ruminante et souvent négative : « Personne ne m'aime », « Je suis nul » « Je dois me méfier de tout le monde », « Je suis unique et spécial ». L'activation prédominante de certains schémas rigides, au détriment d'autres plus pertinents, est à l'origine de biais systématiques dans le traitement de l'information. Ces patterns de biais systématiques amènent des erreurs de jugement, des pensées irrationnelles et dysfonctionnelles et, plus pathologiques encore, des distorsions

cognitives. Dès lors il y a choix d'une stratégie de réponse qui se traduit en émotion ou en comportement (Debray, & Nollet, 1997).

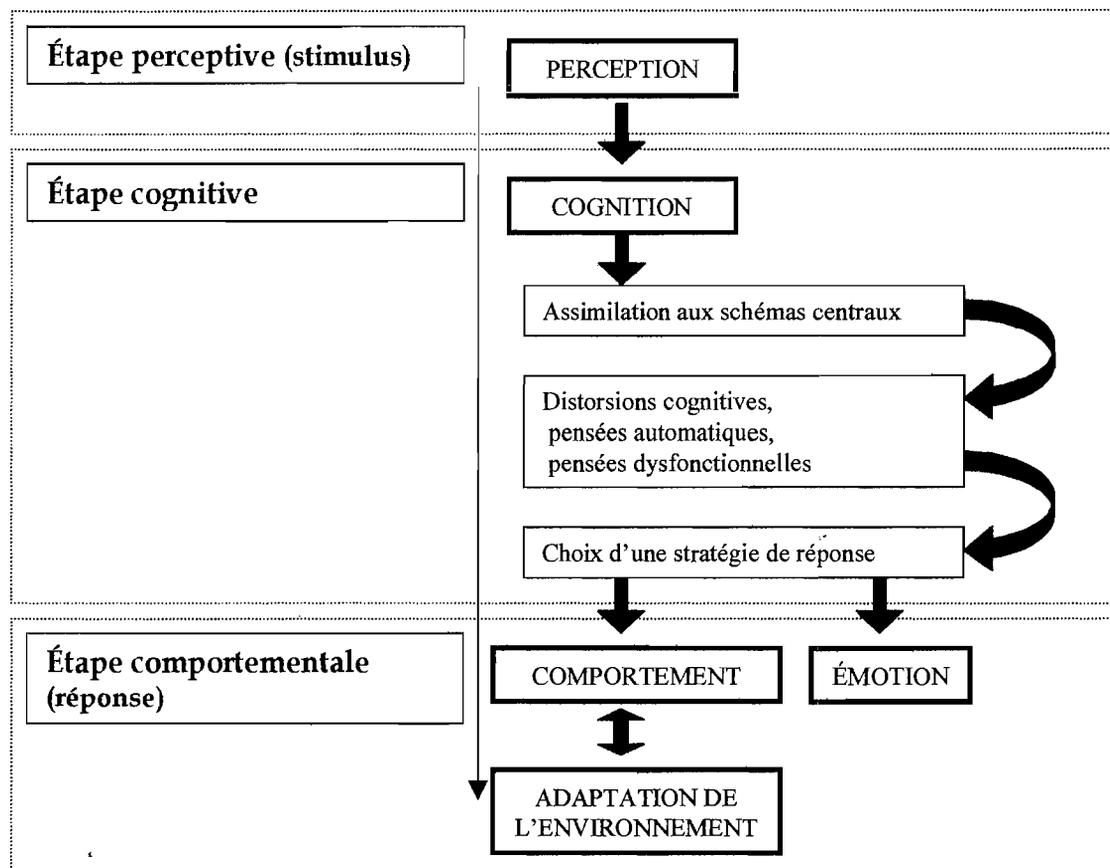


Figure 4. Modèle cognitif des comportements pathologiques.

Ellis et Gullo (1971) prétendent que la plupart des matricides ont une personnalité pathologique et qu'ils peuvent être diagnostiqués comme psychotiques. Ils indiquent que ceux-ci passeraient la majorité de leur temps à ruminer des pensées irrationnelles concernant leurs propres incapacités et leurs échecs, les défauts des autres et l'injustice dans le monde. Selon leur perspective, le matricide se produirait parce que,

soit les agresseurs sont paranoïdes et pensent que leur mère est contre eux, soit qu'ils ont souffert d'injustice à cause de leur mère, soit qu'ils auront une compensation monétaire à la mort de leur mère ou soit qu'ils sont trop intoxiqués ou trop décompensés pour savoir ce qu'ils font. Comme ils croient qu'ils sont dans une mauvaise situation et que celle-ci est intolérable, leur seule issue est de commettre un matricide. Ainsi, l'enfant tue sa mère parce qu'il s'efforce de vaincre des sentiments d'incapacité et une perception de soi des plus méprisables. Les processus de pensée irrationnelle, voire même quelques fois psychotiques, seraient la source principale du matricide. Les auteurs n'ont pas fait de lien avec le patricide.

La théorie de l'affirmation de soi (Steele, 1988) donne une explication inspirée de la théorie cognitive-comportementale. Ainsi, il existerait dans chaque personne un système de soi qui maintient une conception de soi positive et une image de soi compétente, bonne et libre. Lorsque ce système est menacé, il y aurait un processus qui permettrait de rétablir l'équilibre. Ainsi, le matricide serait une tentative pour restaurer l'image du soi, qui a été sévèrement endommagée. Holcomb (2000) soutient que les matricides présentent des pensées irrationnelles pour justifier et motiver leur geste. Il affirme que l'utilisation d'une violence disproportionnée dans les cas de matricide est due à un souci de rétablir la justice et de réaffirmer leur soi. Il ajoute que la honte d'être contrôlé et d'être utilisé fait surgir une rage poussant au passage à l'acte. Cette rage fournirait un soulagement à l'expérience de honte et permettrait au soi de se rééquilibrer.

Selon la théorie familiale systémique, le passage à l'acte découlerait de structure pathologique de la famille. Il y a deux approches dans cette théorie. Certains auteurs ont une vision d'ensemble des relations familiales, tandis que d'autres insistent sur une relation spécifique dans la famille ciblant principalement le lien entre l'agresseur et la victime.

Ainsi, certains auteurs étudient la situation familiale dans son ensemble. Post (1982) souligne que la présence de certains éléments favorise le parricide : un climat familial de confrontation, la présence de moyens violents pour régler les conflits, la notion de déni souvent présente dans la famille/communauté, la présence d'une arme à feu à la maison, ainsi que la présence d'abus physique, sexuel ou émotionnel. D'ailleurs, Heide (1992) mentionne que les parricides ne peuvent souvent pas s'échapper du système d'abus familial. Dans son enquête auprès d'avocats de Los Angeles, Hull (1987) a trouvé que plus de 90% des jeunes qui avaient tué leurs parents avaient été abusés physiquement, psychologiquement ou sexuellement par ceux-ci (Hull, 1987).

D'autres auteurs, partisans de la théorie familiale systémique, insistent sur le lien spécifique entre l'agresseur et les victimes. Ce lien serait très ambivalent : la peur et la haine d'un côté et la loyauté et l'amour de l'autre (Sadoff, 1971). Ainsi, cette relation ambivalente dans laquelle le parent-victime abuse de son enfant serait associée à une réaction violente explosive. Ce parricide est souvent qualifié de réactif. Sadoff, de même que Vaisanen et Vaisanen (1983), émettent l'hypothèse que certains cas de parricide

seraient en fait un suicide du parent qui utiliserait son enfant dans ce dessein. D'autres auteurs (Easson, & Steinhilber, 1961; Sargent, 1962) soutiennent qu'un des parents manipulerait consciemment ou non l'enfant afin de tuer l'autre parent.

Les auteurs de l'approche familiale systémique analysent le parricide en mettant en évidence l'aspect relationnel pathologique entre les membres de la famille, tel la violence, les abus intrafamiliaux, le déni de la problématique, etc. Néanmoins, cette théorie s'est basée presque exclusivement sur des cas d'adolescents parricides, ce qui limite sa généralisation à l'ensemble des parricides.

Plusieurs auteurs ont tenté de comprendre le parricide à partir de la théorie psychanalytique. Cette théorie est relativement complexe et exige que soient rappelés ici certains éléments concernant le développement psychoaffectif, éléments amplement détaillés par Kernberg (1979), Misès (1990) et Bergeret (1996). Les premières années de la vie de l'enfant permettent à la base de la personnalité de se constituer et de se structurer. Cette structuration de la personnalité, une fois en place, permet de saisir la dynamique intrapsychique d'un individu et de donner un sens à ses comportements. Ainsi, le développement psychoaffectif se déroule à travers trois phases distinctes (Figure 5).

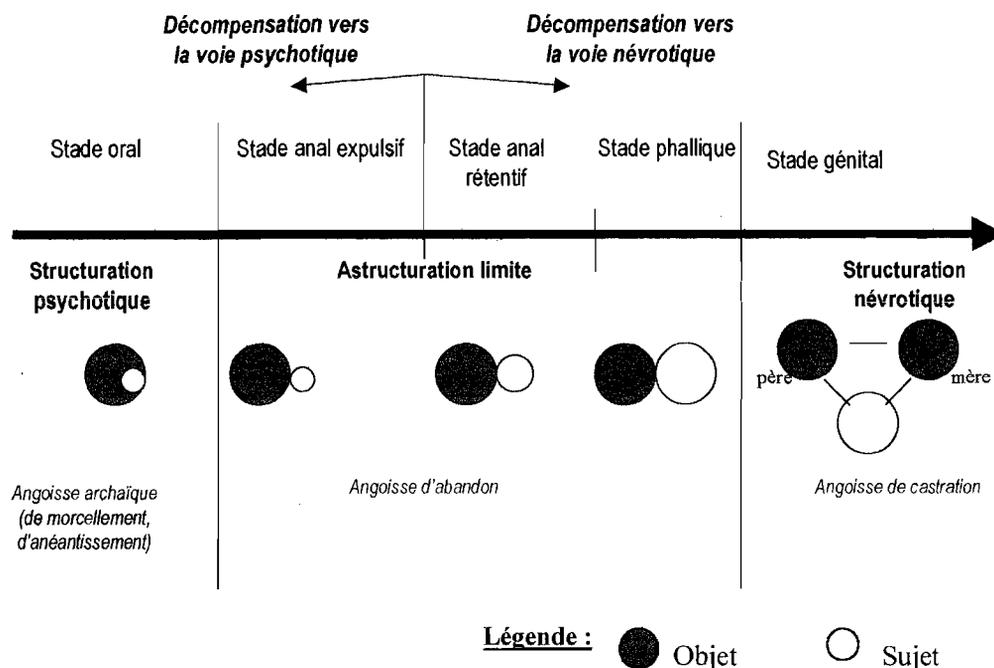


Figure 5. Développement psychoaffectif.

La première phase est appelée le stade oral : le bébé y est en relation symbiotique avec la mère : l'Objet⁵ est vu comme faisant partie du Sujet. L'angoisse inhérente est de morcellement, d'envahissement et de destruction. Ainsi sans l'Objet, le Sujet n'existe plus. Des lacunes importantes au niveau affectif peuvent compromettre le développement et entraîner à cette phase une structuration définitive de la personnalité autour d'un noyau psychotique. La structure de personnalité psychotique⁶ se caractérise

⁵ L'Objet en psychanalyse indique ce vers quoi est dirigé l'action ou le désir, ce qui est nécessaire au Sujet pour parvenir à la satisfaction instinctuelle, ce avec quoi le sujet établit une relation. La majuscule est employée afin de ne pas créer d'ambiguïté. Il en sera de même pour le Sujet.

⁶ Le terme psychotique est différent de celui utilisé dans le DSM-IV. En psychiatrie, il se limite à la présence de certains symptômes tels que les idées délirantes ou les hallucinations prononcées, tandis que selon la théorie psychanalytique, le terme fait référence aux angoisses, aux mécanismes de défense et aux relations d'objet à la source des comportements et des symptômes. Toutefois, il est à noter que un individu ayant un trouble psychotique (DSM-IV) présente la plupart du temps une structure psychotique.

par une difficulté de contact avec la réalité, par des angoisses archaïques (de morcellement et d'envahissement), une violence fondamentale constamment présente, et des mécanismes de défense archaïques tels le délire, l'hallucination et le déni.

La deuxième phase du développement est le stade anal. La relation avec le parent en est une de dépendance. L'angoisse rattachée est l'angoisse de perte d'objet, avec des éléments dépressifs en arrière-fond. À ce stade, l'enfant se détache psychologiquement de sa mère et devient une entité propre, faisant usage du mécanisme de clivage, entre autres. Le Sujet devient un être à part entière et l'Objet également. Ce processus de détachement, appelé séparation-individuation, a été clairement décrit par Mahler (1968). Une fixation à ce stade conduit la personnalité à se développer selon une astructuration limite (Bergeret, 1996). Le terme astructuration fait référence au fait que la structure de personnalité de l'individu n'est pas stable. L'individu dépense énormément d'énergie afin de ne pas sombrer dans la dépression et une surcharge émotionnelle peut entraîner une décompensation anaclitique qui penchera soit vers une psychose ou soit vers une névrose. Si le développement se déroule normalement, la phase phallique conclut la deuxième phase du stade anal. À ce niveau l'enfant en vient à se voir comme un grand par rapport à d'autres grands.

Le stade génital est la dernière phase du développement psychoaffectif. L'enfant, ayant acquis une sécurité affective suffisante, est confronté à un conflit complexe, le complexe d'Œdipe : il est en amour avec son parent du sexe opposé et il est en rivalité

avec le parent du même sexe. Par contre, le rival oedipien est tout autant aimé de l'enfant, ce qui place celui-ci dans une situation conflictuelle. Le garçon désirerait ainsi être avec sa mère, mais il ne peut pas puisque son père, qu'il aime, est avec elle. L'angoisse de castration prend alors naissance. L'enfant a peur des représailles de la part du père consécutivement aux sentiments amoureux éprouvés à l'endroit de la mère. Le surmoi et la capacité de culpabilité se forment à cette étape. De plus, à ce stade, l'enfant est maintenant capable de refoulement, de mentalisation⁷ et de sublimation de ses désirs et de son agressivité, caractéristiques qui ne sont absolument pas présentes dans les stades précédents. L'aboutissement final de ce stade est la résolution du conflit oedipien où l'enfant en vient à s'identifier au parent rival et oriente ses désirs amoureux sur des enfants de son âge et du sexe opposé. À l'âge adulte, l'individu qui atteindra ce stade aura une structure de personnalité névrotique.

Selon la théorie psychanalytique, un comportement peut avoir des explications différentes dépendant de l'organisation psychique de la personne – structuration psychotique, astructuration limite et structure névrotique (Bergeret, 1996). Il en est ainsi pour le parricide. La présente étude ayant spécifiquement des sujets adultes psychotiques, il est nécessaire d'exposer en quoi la structure de personnalité psychotique peut avoir un lien avec le parricide. Néanmoins, il est important de présenter brièvement d'une part, ce que le parricide peut représenter chez la personne ayant une structure de

⁷ La mentalisation est l'aptitude de l'appareil psychique à lier l'excitation pulsionnelle à travers les systèmes et réseaux de représentations, d'associations, d'idées diverses, et de réflexions chargées d'affects (Marty, 1976).

personnalité névrotique, et d'autre part, ce que le parricide peut signifier chez l'individu ayant une astructuration limite.

Pour les névrotiques, le fantasme parricide doit être distingué du passage à l'acte. Comme exposé ci-dessus, les névrotiques ont atteint le stade génital, caractérisé par le complexe d'Œdipe. Le fantasme parricide fait partie du complexe d'Œdipe. Freud (1928) l'a d'ailleurs abordé : le fils aime le parent du sexe opposé et il est en rivalité avec le parent du même sexe. Il souhaite ainsi prendre la place de ce dernier. Le meurtre représente l'apogée de ce souhait. Il en est de même pour la fille avec sa mère. Il est appelé le conflit d'Orestre : la rivalité s'installe avec la mère alors que l'Objet de désir est le père. Ce conflit oedipien peut aider également à mieux comprendre le fantasme parricide du parent du sexe opposé ; le processus mental devient ici pathologique chez l'enfant puisqu'il révèle chez celui-ci une tendance bisexuelle. Le garçon prend une perspective féminine à l'intérieur de laquelle il est en amour avec son père et en rivalité avec sa mère. Toutefois, il est important de souligner que pour les névrotiques, bien qu'il soit au cœur de leur dynamique, le parricide reste au niveau du fantasme.

L'explication du fantasme parricide présentée par Freud fut comprise de différentes façons par les auteurs, certains se limitant à une compréhension stricto sensu de la position freudienne. Ce fut le cas de Daly et Wilson (1988) qui ont rejeté l'hypothèse du complexe d'Œdipe. Ces auteurs ont stipulé que si cette hypothèse était vraie, les garçons tueraient davantage et ce, de manière significative, leur père, rival

oedipien, plutôt que leur mère, objet de désir oedipien et ce, à tout âge ; leurs résultats n'ont pas confirmé l'hypothèse de départ. La question demeure : est-ce que les sujets de leur étude étaient réellement névrotiques?

Chez le névrotique, la dynamique psychique est plus évoluée et possède, entre autres, une caractéristique distinctive des autres organisations de personnalité : la capacité de mentalisation. Cette capacité permet de gérer les conflits, les frustrations, les pulsions agressives. Ainsi, théoriquement, à moins d'une circonstance exceptionnelle, un individu ayant une structure de personnalité névrotique compensée ne risque pas de commettre un parricide.

Le type de relation de dépendance et l'angoisse de perte d'objet sont les caractéristiques psychiques d'un individu ayant une astructuration limitée. Il y a également chez ces gens une incapacité de mentalisation, entraînant des passages à l'acte⁸ de toutes formes. Le parricide est un passage à l'acte témoignant d'une incapacité à gérer une surcharge émotionnelle. Cette surcharge émotionnelle ingérable peut entraîner une décompensation psychotique (Bergeret, 1996).

La structure de personnalité psychotique mise en cause dans la compréhension du parricide doit être maintenant développée. Certains auteurs ont suggéré que la thématique de la mort et de la destruction est relativement commune chez les parricides,

⁸ Le terme passage à l'acte est nuancé par certains auteurs qui le différencient du recours à l'acte et de l'acting out.

de même que la perte de contrôle, la perte de contact avec la réalité et la présence d'idées de persécution (Mouridsen, & Tolstrup, 1988). Au niveau relationnel, d'autres auteurs mettent l'accent sur l'attachement excessif à la mère (Wertham, 1941; Anthony, & Rizzo, 1974). Ces éléments sont en lien avec une structure prépsychotique, voire carrément psychotique (Bergeret, 1996).

Tsalicoglou (1988) a fait une étude portant sur l'analyse psychodynamique d'individus ayant commis un matricide ; cette étude a révélé que l'univers des sujets se réduit à la dyade mère-enfant, caractérisée par les mêmes éléments mentionnés ci-haut. Ainsi, cette relation fusionnelle mère-enfant est génératrice d'une très grande angoisse et d'une extrême ambivalence (amour-haine). D'une part, c'est un lieu de quiétude protégé de toute agression extérieure, mais, d'autre part, ce lieu s'oppose au fait d'avoir une identité propre et indépendante de celle de la mère. La satisfaction régressive provoquée par une telle fusion comporte le danger de l'anéantissement du sujet. Un conflit fondamental apparaît donc entre le désir de fusion et l'angoisse de morcellement, d'anéantissement, de destruction. Selon Tsalicoglou (1988), le but visé serait d'effacer magiquement cette réalité insoutenable, le spectre de la fusion annihilatrice, en détruisant l'un des deux pôles : la mère, à la place de soi-même. Ce n'est pas un désir sexuel qui pousse ces sujets vers l'union avec la mère. D'ailleurs, "la troisième personne", facteur indispensable pour la constitution du scénario oedipien, n'entre jamais en scène, comme on a pu le constater. Le drame se joue uniquement au sein de la dyade mère-enfant. Tsalicoglou ajoute que l'anéantissement de la mère s'impose

inconsciemment comme un moyen d'éviter sa mort propre, juste avant qu'elle ne survienne. "C'est pour vivre que je l'ai tuée" affirme l'un d'eux. Malgré tout, la mère continue à hanter la vie fantasmagorique du sujet plusieurs années après sa mort. Cette analyse va dans le même sens que Shmouchkovitch (1995), qui interprète le parricide comme étant une déficience du principe de réalité. Il note un caractère archaïque des rapports qu'entretient le parricide avec ses objets, ainsi qu'un rôle important des frustrations précoces sur l'actualisation du passage à l'acte.

Le processus de séparation-individuation, proposé par Mahler (1968), est un processus grâce auquel la personne, le Sujet, devient une unité à part entière séparée de l'Objet. La limite entre le Sujet et l'Objet devient ainsi claire. Ce processus de séparation peut être entravé de différentes manières, et l'inceste est possiblement l'une des actions les plus néfastes ; l'enfant est victime d'une intrusion dans son intimité personnelle par la personne qui est souvent la plus significative pour lui. Sans entrer dans les détails psychanalytiques des impacts de ce genre d'actes, il est possible que l'inceste en bas âge entraîne des difficultés au niveau du développement de la personnalité et que ces difficultés soient associées au parricide. Le parricide représenterait le dernier effort du Sujet pour acquérir une certaine identité différente de l'Objet aimé, mais envahissant.

Bunker (1944) et Shmouchkovitch (1995) affirment que les fantasmes parricides et les fantasmes incestueux avec la future victime sont, sur un plan inconscient, très

similaires. De même, certains auteurs, dans leur analyse de quelques cas de parricide, suggèrent une association entre le parricide et les gestes à caractères incestueux (Anthony, & Rizzo, 1974; Corder, Ball, Haizlip, Rollins, & Beaumont, 1976; Lipson, 1986; D'Orban, & O'Connor, 1989). L'inceste pré-matricide, la nécrophilie post-matricide et l'hallucination auditive suggérant l'inceste ont été retrouvés dans 38% des 58 matricides masculins de l'échantillon de Green (1981). Dans sa recension de la documentation portant sur les histoires de cas de matricide, Holcomb (2000) a, quant à lui, trouvé que des interactions sexuelles entre l'agresseur masculin et sa mère étaient présentes dans quatre cas sur 25 (16%) seulement.

En résumé, selon la théorie psychanalytique, le fantasme de tuer le parent est en quelque sorte inhérent au développement tant normal que pathologique. Dans la plupart des cas, ce désir a été refoulé et transformé en fantasme au cours du développement psychoaffectif. Mais de multiples facteurs, constitutionnels, accidentels, biologiques, sociaux ou affectifs sont susceptibles d'entraver cette évolution. Ils sont responsables du blocage de la maturation affective au stade oral et des altérations profondes de la personnalité qui rendent la personne inapte à gérer le fantasme parricide. Chez ces personnes ayant une structure psychotique, la limite entre le fantasme et la réalité est poreuse ou du moins très fragile. Il suffit d'un incident où l'individu se sent menacé pour que son fantasme de destruction devienne ingérable par ses mécanismes de défense archaïques et que le passage à l'acte soit la seule issue possible à la survie intrapsychique de la personne (Ochonisky, 1963; Campion, Cravens, Rotholc,

Weinstein, Covan, & Alpert, 1985). Ainsi, le parricide ne serait pas la résultante d'une agressivité dirigée vers le parent, mais plutôt l'aboutissement d'une violence défensive sous-jacente (Bergeret, 1984)⁹.

Les différentes théories qui ont été prédominamment peuvent se résumer en quelques lignes. La théorie cognitivo-comportementale insiste sur les sentiments d'incapacité et la perception négative de soi des agresseurs. Les processus de pensées irrationnelles, les distorsions cognitives et même quelques fois les troubles psychotiques sont des éléments majeurs qui permettent de comprendre le parricide. La théorie de l'affirmation de soi propose plutôt que le parricide permet à l'agresseur d'augmenter sa propre estime de soi. La théorie familiale systémique insiste sur la structure pathologique de la famille, tel les abus, la violence, le déni, etc. Finalement, la théorie psychanalytique insiste sur la notion de fantasme parricide. La gestion de ce fantasme est un élément primordial dans la compréhension du parricide. Les individus avec une structure psychotique présenteraient des mécanismes de défense plus archaïques et la limite entre le fantasme et la réalité serait, par conséquent, plus fragile, surtout dans le contexte d'une pathogène.

L'utilisation d'une théorie, quelle qu'elle soit, teinte le choix des variables d'une étude et permet de faire des liens avec les résultats. Toutes les théories présentées ci-dessus apportent des éléments intéressants pour la compréhension du parricide. Dans le

⁹ Bergeret (1984) distingue la violence de l'agressivité. La violence est associée exclusivement au stade oral. La violence fondamentale n'est qu'un instinct primaire purement défensif de la vie qui a pour principale fonction la conservation du Sujet. L'agressivité, quant à elle, est réservée au stade ultérieur et n'existe qu'en relation avec l'Objet individualisé et différencié du Sujet.

cadre de cette thèse, la théorie psychanalytique est privilégiée afin de mieux comprendre le parricide pour trois raisons principales. Premièrement, contrairement aux auteurs psychanalytiques, ceux qui se sont attardés aux autres approches ont surtout abordé le parricide commis par les adolescents. Deuxièmement, la théorie psychanalytique a été utilisée par de nombreux auteurs pour expliquer le parricide (Jones, 1910; Freud, 1928; Kanzer, 1948; Lindner, 1948, Millaud, 1989b; Schmouchkovitch, 1995). Il en a été de même pour plusieurs chercheurs qui y ont accordé une place importante, tant dans leurs vignettes cliniques que dans leurs recherches empiriques (De Waele, 1957; Raizen, 1960; Ochonisky, 1963; Devaux, Petit, Perol, & Porot, 1974; Martorell, 1987; Daly & Wilson, 1988; Guiliani, & Raymond, 1988; Kottler, & Robbe, 1988; Tsalicoglou, 1988; Yvonneau, 1990; Lamothe, & Gravier, 1992; Marleau, Roy, Webanck, Laporte et Poulin, 1999; Estève, 2003). De même, Millaud, Roy, Gendron, & Aubut (1992) y font référence dans leur inventaire sur la dangerosité lorsqu'ils mentionnent les facteurs dynamiques associé au conflit intrapsychique à la base de la rage. Finalement, la théorie psychanalytique offre une compréhension dynamique intrapsychique du comportement et infère que tous les comportements, si similaires soient-ils, n'ont pas la même signification psychique (Lamothe, & Gravier, 1992). Dans le contexte d'un processus d'élaboration d'une typologie, cette théorie permettra d'expliquer les différences observées entre les regroupements.

RECENSION DES ÉCRITS

Dans cette section, les recherches sur l'homicide psychotique et celles ayant porté sur le parricide seront présentées. Il existe en fait plusieurs types d'études. Les premières publications correspondaient à des vignettes cliniques faisant un portrait souvent approfondi du parricide. Ces études de cas, qui remontent au début du siècle dernier, sont relativement nombreuses : Marleau (2002) en recense plus de 200 dans la documentation scientifique des 60 dernières années, de langues anglaise et française.

Les études épidémiologiques constituent la deuxième catégorie de publications. Celles-ci sont en lien avec les statistiques qui ont été présentées un peu plus tôt. Ce type de recherche vise à obtenir de l'information sur les parricides d'un pays donné pour une période précise. Ces recherches sont exhaustives et portent essentiellement sur des variables sociodémographiques (âge, sexe, etc.) et sur des variables criminologiques (arme employée, lieu, lien avec agresseur, etc.).

D'autres études ont plutôt porté sur de petits groupes de parricides qui ont été admis, pour la plupart, dans des hôpitaux psychiatriques. Il en existe deux types : les études cliniques descriptives et les comparatives. Les premières visent à dresser un portrait-type des parricides en mettant l'accent sur des variables psychologiques (la motivation, la dynamique, etc.) et psychiatriques (diagnostic, sémiologie, etc.). Les secondes comparent des parricides à des homicides ou à des individus souffrant de problèmes de santé mentale sur une série de variables. L'utilisation d'un groupe de

comparaison permet de déterminer les caractéristiques spécifiques et communes aux différents groupes étudiés.

En dernier lieu, certaines études, peu nombreuses, visent à déterminer s'il existe des catégories de parricides. Ces recherches typologiques ont débuté par des regroupements à partir d'observations qualitatives. Souvent, les études se basent sur deux groupes qui ont été comparés l'un à l'autre, comme, par exemple, les adultes et les adolescents parricides. Il existe peu de recherche typologique quantitative. À notre connaissance, seul Holcomb (2000) a effectué une analyse typologique quantitative à partir d'informations tirées de 25 cas de matricides publiés dans la documentation. Cette analyse a permis de cerner trois grandes catégories de matricides. Cette approche est novatrice dans le domaine de la recherche sur le parricide et vise à déterminer si certaines variables prises simultanément se retrouvent plus souvent dans certains regroupements.

Au cours des prochaines pages, les études portant sur les homicides commis par les individus psychotiques seront d'abord présentées. Ensuite, les études portant sur le parricide seront exposées plus en détails. Un bref survol des études utilisant les vignettes cliniques sera fait. Les études épidémiologiques seront ensuite présentées. Par la suite, la synthèse des recherches cliniques descriptives sera présentée. Les variables associées au parricide seront synthétisées à partir des études cliniques descriptives ainsi que des études épidémiologiques. Un survol des recherches cliniques comparatives suivra.

Finale­ment, les résultats des études axées sur la détermination de regroupements de parricides ou d'homicides psychotiques seront exposés.

Études sur les homicides psychotiques

Bien que la majorité des gestes de violence dans les sociétés ne soit pas attribuable au trouble schizophrénique et que la plupart des individus atteints de la schizophrénie ne posent pas ce genre de geste (Taylor, & Gunn, 1999), la schizophrénie est un facteur souvent associé à l'homicide en général (Hodgins, & Côté, 1990; Eronen, Hakola, & Tiihonen, 1996; Wallace, Mullen, Burgess, Palmer, & Browne, 1998; Woodward, Nursten, Williams, & Badger, 2000).

La plupart des homicides commis par des psychotiques sont intrafamiliaux, ou, du moins, la victime est connue de l'agresseur (Chiswick, 1981; Campion et al., 1985; Cravens, Campion, Rotholc, Covan, & Cravens, 1985; Stoessel et Bornstein, 1988; Joyal, Putkonen, Paavola, & Tiihonen, 2004; Proulx, Brault, Millaud, & Marleau, 2001). Plus particulièrement, il y aurait entre 20% et 34% des homicides commis par les individus psychotiques qui impliqueraient des adultes qui ont tué un ou deux de leurs parents (Bénézech, 1992; Millaud, 1989a). Par ailleurs, Nordström, & Kullgren (2003) observent que pour certaines variables en lien avec les antécédents psychiatriques, scolaires, criminels et de consommation, il n'y aurait pas de différence entre les homicides psychotiques intrafamiliaux et les homicides psychotiques extrafamiliaux.

Plusieurs auteurs ont étudié les facteurs associés à l'homicide psychotique, mais ceux-ci ne seront pas présentés dans cette thèse afin d'éviter la répétition de résultats qui seront exposés sur le parricide psychotique.

Vignettes cliniques

Les vignettes cliniques sont relativement nombreuses dans la documentation anglaise et française (Schwade, & Geiger, 1953; Beukenkamp, 1960; Raizen, 1960; Mohr, & McKnight, 1971; Anthony, & Rizzo, 1974; Sadoff, 1976; Lipson, 1986; Mouridsen, & Tolstrup, 1988). Marleau (2002) recense pas moins de 233 vignettes de parricides et de tentatives de parricide entre 1940 et 2000.

Bien qu'elles soient riches en informations, il est difficile d'en faire une synthèse compte tenu que les auteurs insistent sur certains éléments plutôt que d'autres, dérivés de leur cadre théorique de compréhension. Une autre difficulté provient du fait que la longueur des vignettes cliniques varie de façon considérable, allant de quelques lignes à plusieurs pages, rendant difficile une analyse systématique de certaines variables.

Études épidémiologiques

Comparativement aux écrits cliniques, les études épidémiologiques offrent une vision générale du phénomène du parricide et incluent de l'information sur l'ensemble des parricides d'un territoire donné pour une période précise. Le tableau ci-dessous présente quelques études épidémiologiques sur le parricide (Tableau 5). Les résultats de

ces études seront intégrés dans la prochaine section portant sur les facteurs associés au parricide.

Tableau 5
Études épidémiologiques sur le parricide

Auteurs	Année	Pays	<i>n</i>	Période
Devaux, Petit, Perol, & Porot	1974	France	61	1958-1967
Daly, & Wilson	1988	Canada	155	1974-1983
Stoessel, & Bornstein	1988	France	66	1985-1986
Mouzos, & Rushforth	2003	Australie	150	1989-2002

L'avantage de ce type de recherche réside dans le fait qu'il est possible d'obtenir de l'information sur l'ensemble des parricides, autant ceux dirigés vers le milieu psychiatrique ou carcéral, que ceux qui se sont suicidés suite au parricide. La principale lacune est que les informations collectées sont souvent limitées à certaines variables socio-démographiques et criminologiques.

Études cliniques descriptives

Les études cliniques proposent un bon compromis entre les vignettes cliniques et les études épidémiologiques. Ces études permettent d'obtenir un portrait spécifique des parricides en insistant sur plusieurs types de variables psycho-criminologique et psycho-psychiatrique.

Au cours des cinq dernières décennies, plusieurs recherches cliniques ont été publiées. Une recension des écrits révèle l'existence de huit recherches faites dans cinq pays/nation : le Canada (Millaud et al., 1996; Marleau, Millaud, & Auclair, 2003), l'Angleterre (O'Connell, 1963; Green, 1981), les États-Unis (Campion et al., 1985; Cravens et al., 1985), la Grèce (Tsalicoglou, 1988) et l'Écosse (Clark, 1993) (Tableau 6). Le nombre de participants varie de 8 à 58 (la majorité se situant entre 10 et 30 participants). Il est important de souligner que certains échantillons sont constitués d'adolescents parricides (ils étaient âgés de moins de 18 ans au moment du parricide). Plusieurs auteurs ont principalement décrit des fils qui ont tué leur mère ou leur père. Toutes les études ont porté sur des participants évalués ou hospitalisés dans un hôpital psychiatrique.

Tableau 6
Études cliniques descriptives sur le parricide

Auteurs	Année	Pays	<i>n</i>	Sujets	Agresseurs	Victimes	Milieu
O'Connell	1963	Angleterre et pays de Galles	13	Adu	H	M	Psy
Green	1981	Angleterre et pays de Galles	58	Adu	H	M	Psy
Campion et al.	1985	États-Unis	15	Adu	H	M	Psy
Cravens et al.	1985	États-Unis	10	Adu	H	P	Psy

Tableau 6
Études cliniques descriptives sur le parricide (suite)

Auteurs	Année	Pays	<i>n</i>	Sujets	Agresseurs	Victimes	Milieu
Tsalicoglou	1988	Grèce	8	Adu	H	M et P	Psy ^a
Clark	1993	Écosse	26	Adu et Ado	F et H	M	Psy et Pén
Millaud, Auclair, & Meunier	1996	Canada	12	Adu et Ado	H	P	Psy ^a
Marleau, Millaud, & Auclair ^b	2003	Canada	39	Adu	F et H	M et P	Psy ^a

Note. Les abréviations Adu (adultes), Ado (adolescents), H (hommes), F (femmes), P (père), M (mère), Psy (psychiatrique), P (pénitencier) seront utilisés pour alléger le tableau.

^a Sujets psychotiques seulement

^b Étude comparative dont les deux groupes de comparaison ont été synthétisés

Deux limites importantes se dégagent de ces recherches. La première est la tendance à la généralisation des résultats à l'ensemble des parricides (Green, 1981), laissant sous-entendre que les parricides seraient tous similaires et comparables. La deuxième est l'absence d'un groupe de comparaison afin de déterminer si les caractéristiques décrites sont spécifiques aux parricides.

Facteurs associés au parricide

Les facteurs associés aux parricides seront maintenant exposés. Ceux-ci ont été mis en évidence par les différentes recherches épidémiologiques et cliniques descriptives présentées ci-dessus, ainsi que de certaines études cliniques comparatives (McKnight, Mohr, Quinsey, & Erochko, 1966; D'Orban, & O'Connor, 1989; Singhal, & Dutta, 1990; Singhal, & Dutta, 1992; Baxter, Duggan, Larkin, Cordess, & Page, 2001; Marleau, 2003; Marleau et al., 2003) et une étude typologique (Holcomb, 2000). Cette intégration des différentes sources d'informations apporte une richesse à la compréhension générale du parricide. Millaud et al. (1992) ont proposé cinq types de facteurs associés à l'acte violent : (1) la caractérisation de l'acte violent, (2) les facteurs statiques, (3) les facteurs situationnels, (4) les facteurs dynamiques et (5) les facteurs liés à l'état mental (Tableau 7).

Tableau 7
Facteurs associés à l'acte violent

Facteurs	Descriptions
Caractérisation de l'acte violent	Caractéristiques du délit (lieu, moyen utilisé, etc.)
Facteurs statiques	Caractéristiques fixes de l'agresseur et de la victime (sexe, âge, etc.)
Facteurs situationnels	Stresseurs psycho-sociaux en rapport avec l'année ayant précédé le délit (Axe IV du DSM IV) ainsi qu'en rapport avec l'acte violent
Facteurs dynamiques	Conflit, angoisses sous-jacentes et mécanismes de défense
Facteurs liés à l'état mental	Diagnostic et sémiologie

Lorsque les données scientifiques le permettront, les caractéristiques des différents facteurs seront présentées pour les parricides adultes en commençant par les résultats des études épidémiologiques, puis ceux des études cliniques, en insistant sur les adultes psychotiques.

Caractérisation de l'acte violent

Les parricides ont tendance à se produire les fins de semaine. De même, près de 83% des parricides ont lieu entre octobre et avril, dont 41% dans les mois de mars et avril (McKnight et al., 1966). Mouzos et Rushforth (2003) ont observé que les parricides avaient surtout lieu le soir.

La très grande majorité des parricides ont lieu à la résidence de la victime (Mouzos & Rushforth, 2003). On constate le même phénomène chez les parricides hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques (McKnight et al., 1966; Baxter et al., 2001). D'ailleurs, chez 68% des sujets, le parricide a été commis dans la chambre ou la cuisine (McKnight et al., 1966; Green, 1981). Chez les parricides psychotiques, 63% avaient commis le geste dans la chambre à coucher (Campion et al., 1985).

Le moyen le plus souvent employé au Canada, en Angleterre et en Australie par les parricides est l'arme blanche (Marleau, 2003; Mouzos, & Rushforth, 2003), tandis qu'aux États-Unis, l'arme à feu est privilégiée (McKnight et al., 1966). Green (1981) met en lumière une relation entre le diagnostic de l'agresseur et le type

d'agression : les patients ayant un diagnostic de trouble dépressif tuent par asphyxie et strangulation, tandis que ceux qui présentent des troubles schizophréniques ou ceux ayant un trouble de la personnalité utilisent davantage une arme blanche et une arme à feu. Les individus psychotiques utilisent souvent un couteau pour tuer leur père ou leur mère (Marleau et al., 2003).

Les parricides hospitalisés en psychiatrie utilisent souvent une violence excessive¹⁰ lors du passage à l'acte. Les pourcentages varient entre 43% et 67% (McKnight et al., 1966; Green, 1981; D'Orban, & O'Connor, 1989; Holcomb, 2000). Chez les parricides psychotiques, la violence excessive est présente dans la très grande majorité des cas (Campion et al., 1985; Cravens et al., 1985). Certains auteurs avancent même que cette violence excessive serait en lien avec les délires persécuteurs paranoïdes. Toutefois, Marleau et al. (2003) ont trouvé, dans leur échantillon de parricides psychotiques, que seulement 18% avaient utilisé un excès de violence. Il faut par contre mentionner que 41% des individus de leur échantillon n'avaient pas complété leur parricide.

Le parricide est perpétré dans la plupart des cas lorsque la victime est seule avec l'agresseur. McKnight et al. (1966) ont observé que 50% se trouvaient seuls avec la victime au moment de l'homicide. Chez les parricides psychotiques, l'agresseur était seul avec la victime dans 66% des cas au moment du passage à l'acte (Marleau et al.,

¹⁰ La violence excessive, ou l'overkill, est décrite comme étant l'utilisation de deux moyens ou plus pour tuer quelqu'un (arme à feu, strangulation, arme blanche, objet contondant, etc.)

2003). McKnight et al. (1966) et Green (1981) constatent que dans environ le sixième des cas, une autre personne a été tuée. Dans la plupart des cas, ce sont des membres de la famille.

Les réactions suite au passage à l'acte parricide varient d'un individu à l'autre, mais il demeure que la plupart restent sur les lieux et ne tentent pas de fuir après le délit, ni de dissimuler le crime (McKnight et al., 1966; Green, 1981; D'Orban, & O'Connor, 1989). Toutefois, ceux ayant été diagnostiqués comme dépressifs montrent davantage de remords que les individus schizophrènes qui n'en montrent que peu ou pas (Green, 1981). Cette constatation n'est pas entièrement supportée par Singhal et Dutta (1990; 1992) qui ont montré que 38% des individus psychotiques ayant commis un parricide éprouvaient une certaine forme de remords. Les autres ont eu un sentiment de calme et de soulagement amenant une impression de liberté immédiatement après l'homicide.

Le suicide ou la tentative de suicide immédiatement après le délit est, en général, peu fréquent chez les parricides (Devaux et al., 1974; Cravens et al., 1985; Stoessel, & Bornstein, 1988). Toutefois, plusieurs auteurs observent des résultats différents. D'Orban et O'Connor (1989) notent que 29% des parricides de milieu carcéral et psychiatrique ont fait une tentative de suicide et 12 % ont eu des idées suicidaires après le passage à l'acte. Leurs données révèlent que les individus qui ont fait une tentative de suicide ont une probabilité élevée de récidiver plusieurs mois après l'événement. Chez les parricides hospitalisés en milieu psychiatrique, le pourcentage des individus ayant

fait une tentative de suicide après le délit varie d'une étude à l'autre. McKnight et al. (1966) observent que 8% ont fait une tentative de suicide, tandis que Green (1981) remarque que 19% ont tenté de mettre fin à leurs jours. Finalement, les études ayant porté sur les parricides psychotiques en arrivent également à des pourcentages divergents : entre 0% et 26% auraient fait une tentative de suicide suite au parricide (Campion et al., 1985; Craven et al., 1985; Millaud, Auclair, & Meunier, 1996; Marleau et al., 2003).

Facteurs statiques

Les facteurs statiques mettent en contexte le parricide et permettent de donner une perspective au geste, pour en permettre une meilleure compréhension. Les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents psychiatriques ainsi que les antécédents de violence sont les plus souvent mentionnés.

Chez les adultes, la presque totalité des parricides, soit neuf fois sur dix, sont commis par des hommes (Devaux et al., 1974; Daly, & Wilson, 1988; Stoessel, & Bornstein, 1988). Dans la population psychiatrique, le ratio hommes/femmes est également similaire (McKnight et al., 1966; Singhal, & Dutta, 1990; Holcomb, 2000; Baxter et al., 2001). Il en est de même chez la population psychiatrique psychotique (Marleau et al., 2003).

Pour les parricides adultes, l'âge moyen se situe près de la trentaine (Stoessel, & Bornstein, 1988; Clark, 1993). Chez les individus référés en institut psychiatrique, la moyenne d'âge des parricides varie entre 24 et 32 ans au moment de l'homicide (McKnight et al., 1966; Mohr, & McKnight, 1971; Green, 1981; Champion et al., 1985; Cravens et al., 1985; Baxter et al., 2001). Plus spécifiquement, Tsalicoglou (1988) et Marleau et al. (2003) ont rapporté que l'âge moyen des parricides adultes psychotiques était de 31 ans.

Le sexe est la caractéristique des victimes la plus souvent mentionnée dans la documentation scientifique. Précédemment, il a été mentionné dans les statistiques générales portant sur le parricide que le père est la victime dans 53% à 65% des cas, dépendant des pays. Les données sur les parricides psychotiques montrent que les mères sont plus souvent ou dans une proportion égales agressées que les pères (Millaud et al. 1996).

Dans l'ensemble de la population parricide, Devaux et al. (1974) et Daly et Wilson (1988) notent que 80% sont soit célibataires, soit séparés ou divorcés au moment du passage à l'acte. Ce pourcentage est assez près de celui de D'Orban et O'Connor (1989) qui révèlent que 70% sont célibataires et 18% sont séparés ou divorcés. Ce pourcentage est également observé chez les adultes parricides vivant en institution psychiatrique, où entre 60% et 100% n'ont jamais été mariés et près de la moitié de ceux qui ont connu le mariage étaient séparés au moment du drame (McKnight et al., 1966;

Green, 1981; Campion et al., 1985; Singhal, & Dutta, 1990; Clark, 1993; Baxter et al., 2001). Ces chiffres concordent également avec le pourcentage des adultes parricides ayant une maladie psychotique (Cravens et al., 1985; Tsalicoglou, 1988; Singhal, & Dutta, 1992; Marleau et al., 2003).

Aucune donnée n'a été trouvée dans les différentes études concernant l'occupation des parricides en général. Chez les parricides adultes institutionnalisés en psychiatrie, entre 64% et 80% sont sans emploi au moment de l'homicide (Campion et al., 1985; Cravens et al., 1985; Clark, 1993; Baxter et al., 2001; Marleau et al., 2003). De plus, il semble qu'ils ont majoritairement un statut socio-économique et un niveau éducatif plus bas que la population en général (Baxter et al., 2001). Cette caractéristique est également présente chez les adultes présentant un trouble psychotique. Dans leur étude, Marleau et al. (2003) et Tsalicoglou (1988) ont observé qu'entre 74% et 100% des sujets n'avaient pas d'emploi.

Quant au lieu d'habitation, 71% à 93% des parricides hospitalisés dans un institut psychiatrique demeuraient avec la victime au moment de l'homicide (Baxter et al., 2001; Green, 1981; Clark, 1993). Chez les parricides psychotiques, Singhal et Dutta (1992) dégagent que tous les agresseurs vivaient avec leur victime ; par contre Marleau et al. (2003) trouvent un pourcentage inférieur : seulement 56% vivaient avec la victime au moment du parricide. Cette différence peut s'expliquer, d'une part, par le fait que Singhal et Dutta ont étudié seulement les matricides ; d'un point de vue démographique,

les mères vivent plus longtemps que les pères ; ainsi les individus de leur échantillon ont possiblement eu davantage l'opportunité d'habiter avec leur parent.

Dans 46% à 76% des cas, l'agresseur habitait seul avec la victime lors du passage à l'acte (McKnight et al., 1966; D'Orban, & O'Connor, 1989; Clark, 1993). Par contre, dans leur échantillon de parricides psychotiques, Millaud et al. (1996) observent que seulement 17% vivaient seuls avec le parent.

Les caractéristiques de la fratrie des parricides ont été étudiées par Marleau (2002). Utilisant les données de 233 cas provenant de 79 articles publiés entre 1940 et 2000, l'auteur a fait la comparaison entre la fratrie des parricides adultes et adolescents. Les parricides adultes sont plus souvent précédés d'au moins un frère ou une sœur et ils sont plus souvent les derniers de famille que les parricides adolescents. Les données montrent aussi que chez les individus qui ont tué leur mère biologique, 79% d'entre eux étaient le seul garçon de la fratrie, comparativement à 54% pour ceux ayant tué leur père biologique.

Plusieurs parricides qui ont décompensé lors du délit avaient des antécédents psychiatriques (signes précurseurs et consultation psychiatrique). Le pourcentage varie grandement allant de 33% à 74%¹¹ chez les participants en milieu psychiatrique. Plus particulièrement, on retrouve dans l'étude de Green (1981) que 71% des participants

¹¹ Étant de 33% dans McKnight et al. (1966), 39% dans Baxter et al. (2001), 60% dans Clark (1993), 71% dans D'Orban et O'Connor (1989), et de 74% dans Marleau et al. (2003).

avaient des symptômes psychotiques en émergence dans la semaine précédant l'homicide. Champion et al. (1985) ainsi que Cravens et al. (1985) vont dans le même sens ; tous les sujets parricides avaient des symptômes psychotiques quelque temps avant l'homicide. Tsalicoglou (1988) indique que tous les participants de son étude avaient des antécédents psychiatriques, tandis que Marleau, Auclair et Millaud (2006) soutiennent qu'environ 75% en présentaient. La grande variation entre les diverses recherches peut s'expliquer par l'existence de différences dans la définition des antécédents psychiatriques. Pour l'un, c'est le fait d'avoir eu une décompensation psychotique dans les semaines précédentes ; pour l'autre, c'est le fait d'avoir déjà eu recours, une fois dans sa vie, à des services en milieu psychiatrique. Malheureusement, peu de recherches présentent une définition claire.

Chez les parricides vivant en milieu psychiatrique, dans 7% des cas, il y avait une histoire de trouble psychotique dans la famille (Green, 1981). Par contre, d'autres auteurs ont observé que plus de la moitié présentaient une histoire psychiatrique familiale (Champion et al., 1985). Chez les parricides psychotiques, environ la moitié avaient une histoire psychiatrique familiale (Millaud et al., 1996; Marleau et al., 2003). Il est impossible d'avoir de l'information sur l'ensemble des parricides.

Dans l'ensemble de la population parricide, D'Orban et O'Connor (1989) ont trouvé que 41% avaient une histoire d'abus d'alcool ou de drogue. En institut psychiatrique, les pourcentages varient considérablement. Green (1981) a trouvé que 3%

des cas de son échantillon avaient une histoire d'alcoolisme, tandis que Cravens et al. (1985) ont trouvé que 70% des participants de son échantillon avaient une histoire d'abus d'alcool ou de drogues. Chez les parricides souffrant de psychose au moment de l'homicide, plus de la moitié avaient une histoire de consommation d'alcool ou de drogue dans les 6 mois avant le passage à l'acte (Marleau et al., 2003).

Plusieurs études ont analysé les antécédents de violence et ce, à partir de différentes variables. Les menaces, les antécédents judiciaires ainsi que les antécédents familiaux de violence, les modèles familiaux de violence et le fait d'être victime de violence sont quelques-unes de ces variables. Tout d'abord, pour ce qui est de la présence de menaces physiques ou verbales envers la victime ou contre une autre personne, aucune donnée n'est disponible pour l'ensemble des parricides. Chez les parricides en milieu psychiatrique, Green (1981) note la présence de menaces de mort dans près de 41% des cas de son échantillon, dont 22% qui avaient préalablement attaqué leur mère avant l'homicide (Green, 1981). Dans l'étude de Baxter et al. (2001) 40% des agresseurs avaient fait une tentative de meurtre sur la victime avant le drame. Champion et al. (1985) observent, quant à eux, que 88% avaient déjà fait des agressions physiques envers le parent. Chez les parricides psychotiques, Marleau et al. (2003) ont observé la présence de menace de mort à l'endroit de la victime ou d'un autre membre de la famille dans 51% des cas et ce, dans les semaines précédant l'homicide. Toutefois, Singhal et Dutta (1992) et Millaud et al. (1996) notent que seulement 25% des cas

avaient fait des menaces ou des tentatives d'agression envers la victime ou une autre personne.

Les études épidémiologiques montrent que l'on retrouve quelquefois des antécédents judiciaires chez les parricides, mais rarement pour des crimes graves. Devaux et al. (1974) notent que seulement un sixième avait déjà eu des conduites agressives sanctionnées avant l'homicide, bien qu'ils ajoutent avoir trouvé qu'entre 35% à 41% avaient des antécédents judiciaires : la majorité pour des vols, possession de drogue ou état d'ivresse. Les parricides hospitalisés en institut psychiatrique ont, eux aussi, rarement de casier judiciaire : de 8% à 18% selon les études (McKnight et al., 1966; Baxter et al., 2001). Les résultats de Green (1981) et de D'Orban et O'Connor (1989) ne vont cependant pas dans ce sens : entre 35% et 41% des cas avaient un casier judiciaire. Toutefois, contrairement aux autres études portant sur des sujets parricides vivant en milieu hospitalier, une partie des cas de Green furent probablement évalués par les psychiatres de l'hôpital puis envoyés immédiatement en prison, ce qui laisse voir une différence quant à la technique d'échantillonnage. Les parricides hospitalisés étudiés par Champion et al. (1985) avaient en majorité (90%) une histoire de comportements violents et 70% avaient déjà été arrêtés. Chez les parricides psychotiques, 63% avaient des antécédents de violence personnelle (Marleau et al., 2006).

Les antécédents familiaux de violence, l'exposition à des modèles familiaux de violence ou le fait que l'individu parricide ait été victime de violence sont rarement

soulevés dans les différentes études. Marleau et al. (2003) observent, quant à eux, que 31% ont une histoire de violence ; à cela s'ajoutent 28% qui étaient exposés à des modèles familiaux de violence et que 18% avaient été victimes de violence quand ils étaient jeunes.

Facteurs situationnels

Les facteurs situationnels liés au parricide comprennent l'intoxication lors du passage à l'acte, l'arrêt ou la prise irrégulière de médicaments prescrits, la reconnaissance ou le déni de la pathologie par la victime, la mise de limites par la victime et les différentes demandes d'aide formulées, la présence de tentatives ou d'idées suicidaires avant le délit ainsi que le décès dans l'entourage.

Dans l'échantillon de D'Orban et O'Connor (1989) portant sur les parricides en milieu psychiatrique et carcéral, 12% des agresseurs étaient intoxiqués par l'alcool au moment du passage à l'acte. Dans l'étude de McKnight et al. (1966) portant cette fois-ci seulement sur les parricides vivant en milieu psychiatrique, l'alcool était présent dans un seul cas lors de l'acte mais cela ne fut même pas considéré comme un facteur majeur de l'homicide. Baxter et al. (2001), quant à eux, ont trouvé que 17% avaient consommé de l'alcool et que 7% étaient intoxiqués par des drogues illégales. Dans la population parricide psychotique, Marleau et al. (2003) observent que 18% des cas avaient consommé de l'alcool ou de la drogue au moment de l'agression.

Chez les parricides psychotiques, 25% avaient cessé leur médication (Millaud et al., 1996). Marleau et al. (2003) observent que 83% des parricides ayant une médication prescrite ont cessé de la prendre ou la prenaient irrégulièrement.

Dans leur échantillon de parricides présentant des troubles psychotiques, certains auteurs ont noté que de 50% à 55% des victimes n'avaient pas reconnu que leur enfant souffrait d'une pathologie psychiatrique (Millaud et al., 1996; Marleau et al., 2003; Marleau et al., 2006). Cet élément, a aussi été identifié par d'autres auteurs (Maas, Prakash, Hollender, & Regan, 1984; Lipson, 1986).

Il semble y avoir souvent une formulation de demande d'aide, mais de façon inadéquate ou confuse. Chez les parricides, le geste est souvent précédé d'une tentative de quitter le domicile familial ou d'une tentative de suicide. (Devaux et al., 1974; D'Orban, & O'Connor, 1989). De plus, près de 42% des parricides psychotiques avaient fait des démarches auprès d'un service psychiatrique quelques semaines avant le passage à l'acte (Millaud et al., 1996).

La formulation d'aide peut provenir également de l'entourage du parricide. McKnight et al. (1966) observent que dans 17% des cas les parents ont fait une demande en psychiatrie pour leur enfant quelques mois avant le passage à l'acte. Chez les parricides psychotiques, environ 70% des victimes avaient mis certaines limites entre

eux-mêmes et l'agresseur en insistant sur la possibilité d'une autre hospitalisation, la diminution de contacts ou la cessation de la cohabitation (Marleau et al., 2006).

La demande d'aide peut être exprimée quelquefois à travers des tentatives de suicide ou des idées suicidaires exprimées. Les données dans la population générale de Devaux et al. (1974) montrent que 8% ont fait une tentative de suicide avant le parricide, tandis que D'Orban et O'Connor (1989) mentionnent qu'en milieu hospitalier et carcéral, 65% ont fait des tentatives de suicide avant le parricide. Chez les parricides psychotiques, environ 50% ont fait une tentative de suicide avant le délit (Campion et al., 1985). Dans les études de Millaud et al. (1996) et Marleau et al. (2003) environ 17% avaient fait une tentative de suicide et 8% avaient exprimé des idées suicidaires avant le parricide.

La mort d'un proche peut être un facteur précipitant de l'acte parricide. Chez les parricides vivant en milieu psychiatrique et carcéral, 60% avaient perdu un de leurs parents avant le passage à l'acte (D'Orban, & O'Connor, 1989). Ce pourcentage est le même chez les parricides du milieu psychiatrique seulement (Green, 1981; Baxter et al., 2001). Dans l'étude de Millaud et al. (1996) les parricides psychotiques avaient perdu un proche dans une proportion de 33%.

Facteurs dynamiques

Les facteurs dynamiques sont en lien avec la théorie psychanalytique développée à l'origine par Freud. Ces facteurs aident à cerner le conflit intrapsychique qui est à la base du passage à l'acte. Peu de recherches ont étudié les facteurs dynamiques chez les parricides. La difficulté de mesurer ces facteurs n'y est certainement pas étrangère. Ainsi, exceptionnellement, dans cette section, les conclusions des vignettes cliniques ont été considérées comme apportant des éclaircissements sur certains facteurs dynamiques.

En général, certains affects constituent un facteur primordial à l'actualisation du parricide. La moitié des homicides sont motivés par la colère et le désespoir, et leur geste est rarement impulsif (Dauvergne, 2002). Les données sur le parricide de McKnight et al. (1966) montrent que dans 50% des cas, il n'y avait pas de provocation immédiate ou de facteurs précipitants. Par contre, Singhal et Dutta (1990) indiquent que dans 50% de leur échantillon, le père avait provoqué l'attaque. Ainsi, le parricide est possiblement le fruit d'une construction affective de longue date. Sans dire qu'elle est clairement préméditée depuis un long moment, il semble que l'idée du parricide est présente depuis longtemps, mais elle peut être déclenchée par un élément extérieur (Baxter et al., 2001). Il semble aussi que le parricide éprouve des sentiments d'ambivalence extrême, voire de clivage, entre la haine et l'amour face à son parent. La haine prenant une place prédominante avant l'homicide et, suite au passage à l'acte, l'équilibre se rétablit quand l'amour réapparaît (Anthony, & Rizzo, 1974; Proulx et al., 2001). De même, il est intéressant de constater que dans les cas où un parent est épargné,

l'hostilité envers lui est moins ambiguë et beaucoup plus facilement exprimée (Anthony, & Rizzo, 1974). L'environnement familial serait particulier chez les parricides et il constituerait un facteur déterminant au passage à l'acte. En effet, il y aurait une psychopathologie familiale marquée, un climat de violence, où l'expression de la colère serait faite par des actes plutôt que verbalement, de même que l'attribution du rôle de bouc émissaire à l'enfant (Anthony, & Rizzo, 1974; Lipson, 1986; Stoessel, & Bornstein, 1988).

Certains auteurs ont émis l'hypothèse d'une différence entre le matricide et le patricide en étudiant séparément les deux types de délits (Singhal, & Dutta, 1990; Singhal, & Dutta, 1992; Campion et al., 1985; Cravens et al., 1985). La dynamique relationnelle entre le parent et l'enfant, ainsi que certaines variables psychologiques, ont été abordées spécifiquement pour les patricides et les matricides.

Dans les cas de patricides, les pères sont souvent décrits comme dominants et agressifs. Ils sont plus enclins à punir que les mères et ils favorisent davantage les autres enfants que l'agresseur. La mère est plutôt décrite comme étant plus surprotectrice et tolérante que le père (Singhal, & Dutta, 1990).

Chez les matricides, la relation est dysfonctionnelle depuis plusieurs années indépendamment du diagnostic psychiatrique. Il semble que cette relation en est une de dépendance mutuelle marquée d'un fort sentiment d'hostilité et de ressentiment. La

mère est décrite comme autoritaire et dominante et le père comme passif et non impliqué (Green, 1981; Campion et al., 1985; D'Orban, & O'Connor, 1989; Singhal & Dutta, 1992; Baxter et al., 2001; Marleau, 2002). Singhal et Dutta (1992) ont aussi noté que le père était significativement absent. Par ailleurs, un nombre significatif de matricides avaient perdu leur père avant le passage à l'acte (Singhal, & Dutta, 1992; Holcomb, 2000). Cette caractéristique a été retrouvée chez près de 50% des sujets de l'étude de Holcomb (2000).

Plus particulièrement, les individus qui agressent leur mère semblent avoir une relation dépendante et hostile avec elle. L'enfant serait donc incapable de se libérer de l'attachement mère-enfant et de sa dépendance. Ainsi, le matricide est une échappatoire ultime d'une situation de dominance parentale où le problème de séparation fut transformé en « auto-défense » contre la mère (Chiswick, 1981; Green, 1981, Campion et al., 1985; D'Orban, & O'Connor, 1989; Shmouchkovitch, 1995).

Facteurs liés à l'état mental

Les facteurs liés à l'état mental font référence à toutes les caractéristiques ayant trait à la présence d'une psychopathologie. Plusieurs recherches donnent de l'information descriptive sur les troubles cliniques (Axe I), la sémiologie et les troubles de la personnalité (Axe II) des agresseurs. Les données seront synthétisées ci-dessous.

L'examen des écrits montre que deux systèmes nosographiques ont été utilisés : le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) et l'International Classification of Diseases (ICD). Pour faciliter la présentation, les différents diagnostics ont été regroupés selon l'Axe I et l'Axe II du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996).

À l'Axe I, trois troubles sont souvent mentionnés lorsqu'on analyse les résultats des recherches : la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, et les troubles associés à l'abus de substance. La schizophrénie et les autres troubles psychotiques sont sans aucun doute les diagnostics qui reviennent le plus fréquemment et ce, sous différentes appellations, comme schizophrénie, trouble délirant, maladie psychotique, etc. La proportion varie d'une étude à l'autre, variant entre 32% et 100%, que ce soit dans les études sur l'ensemble des parricides aussi bien que sur les parricides en milieu psychiatrique (voir Appendice A). La schizophrénie paranoïde semble être la pathologie la plus souvent notée. Le pourcentage est variable allant de 12% à 56% selon les études.

Les troubles de l'humeur font référence aux troubles dépressifs (trouble dépressif majeur, trouble dysthymique et trouble dépressif non spécifié), aux troubles bipolaires (trouble bipolaire I, trouble bipolaire II, trouble cyclothymique et trouble bipolaire non spécifié), ainsi qu'aux autres troubles de l'humeur (trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale, trouble de l'humeur induit par une substance et trouble de

l'humeur non spécifié) (American Psychiatric Association, 1996). Entre 8% et 29% des parricides présentent ce trouble au moment du passage à l'acte (voir Appendice A). Par ailleurs, les troubles des impulsions ont été observés chez certains parricides (Campion et al., 1985).

Les troubles liés à une substance tels l'alcool et les drogues sont présents entre 8% et 15% de l'ensemble des parricides (Clark, 1993; Weisman, & Sharma, 1997; Holcomb, 2000). Ces troubles se révèlent être également présents parmi la population psychiatrique, les pourcentages variant entre 6% et 27% (Campion et al., 1985; Cravens et al., 1985; D'Orban, & O'Connor, 1989).

Il est à noter que certains auteurs observent de la comorbidité chez plusieurs parricides à l'Axe I ou à l'Axe II (Millaud et al., 1996). Plus particulièrement, chez les parricides psychotiques, Millaud et al. (1996) ont observé que 41% avaient un trouble d'abus d'alcool ou de drogue et mentionnent que souvent ils sont associés avec d'autres troubles de l'Axe I, ceci contribuant possiblement à l'exacerbation de la psychopathologie psychotique (Millaud et al., 1996; Marleau et al., 2003).

Peu d'auteurs se sont intéressés à la sémiologie de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques chez les parricides. En milieu psychiatrique, quatre grands types

de sémiologie ont été notés : les idées délirantes de persécution¹², les idées délirantes de grandeur¹³ avec thèmes religieux, les idées délirantes dépressives altruistes¹⁴ et les idées délirantes de contrôle¹⁵ (Marleau et al., 2003). Ainsi, Marleau et al. (2003) ont découvert, dans leur étude portant sur 39 parricides psychotiques, que tous les patients avaient eu des idées délirantes ou des hallucinations au moment du passage à l'acte homicide. Plus particulièrement, les idées délirantes de persécution étaient présentes chez 51% de leurs participants. Les idées délirantes de grandeur avec thèmes religieux étaient observées dans 23% des cas. Les idées délirantes dépressives altruistes étaient notées dans une proportion de 13%. Finalement, les idées délirantes de contrôle étaient constatées lors du parricide dans 3% des cas. De plus, Marleau et al. (2003) spécifient que 36% avaient eu des hallucinations auditives impérieuses en plus des délires et hallucinations qui étaient en association avec les délires de persécution ou de contrôle essentiellement.

À l'Axe II, les troubles de personnalité varient entre 11% et 19% chez les individus qui ont commis un parricide (Clark, 1993; Weisman, & Sharma, 1997; Holcomb, 2000) (voir Appendice A). Plus spécifiquement en institut psychiatrique, le

¹² Les idées délirantes de persécution font référence à la perception irréaliste d'être victime de préjudices, d'agressions, de l'hostilité d'autrui. Le sujet persécuté pense être l'objet d'une machination ou d'une conspiration. Ce type d'idées est souvent associé au parricide (Green, 1981; D'Orban, & O'Connor, 1989; Singhal, & Dutta, 1992; Bénézech, 1992; Baxter et al., 2001).

¹³ Les idées délirantes de grandeur sont des idées d'énormité, de richesse, de filiation, de surestimation de ses capacités personnelles.

¹⁴ Il semble y avoir deux catégories de motivation mentale altruiste : la première ressemblant à un suicide élargi et la deuxième ressemblant à un agir altruiste (Green, 1981; D'Orban, & O'Connor, 1989).

¹⁵ Les idées délirantes de contrôle font référence à une perception pathologique d'un individu qui croit que d'autres personnes contrôlent certains aspects de sa personne.

pourcentage se situe entre 10% et 20% (Green, 1981; Singhal, & Dutta, 1990). Les individus ayant un trouble psychotique lors du passage à l'acte présente aussi dans une proportion de 30% un trouble de la personnalité (Millaud et al., 1996; Marleau et al., 2003). Seulement deux auteurs ont spécifié quels étaient les troubles de personnalité des parricides de leur recherche. Clark (1993) a constaté que le trouble de la personnalité schizoïde (8%) et le trouble de la personnalité antisocial (8%) étaient les deux troubles les plus souvent observés. Marleau et al. (2003) arrivent à la constatation que 28% de leurs sujets avaient un trouble de la personnalité et que de ceux-ci, 45% avaient un trouble ou des traits de la personnalité narcissique. Les maladies du système nerveux et le retard mental ont également été mentionnés dans la documentation comme étant un diagnostic quelquefois présent chez les parricides (Schwade, & Geizer, 1953; Winfield, & Osturk, 1959; McKnight et al., 1966; Mouridsen, & Tolstrup, 1988).

Études cliniques comparatives

Les études cliniques descriptives ont permis de bien cerner le phénomène du parricide. Les recherches cliniques comparatives ont pour objectif de relativiser les données observées et de bien comprendre l'ampleur de la problématique du parricide. Il en existe différents types (Tableau 8). Tout d'abord, certaines études comparent les individus qui ont commis un parricide à ceux qui ont fait une tentative de parricide. Il y a également des études comparatives portant sur les adolescents et les adultes parricides. Ensuite, il existe aussi quelques études comparatives entre les parricides et ceux ayant

commis d'autres types d'homicide. Finalement, quelques études ont porté sur les différences entre les parricides et les individus souffrant de schizophrénie.

Tableau 8
Études comparatives sur le parricide

Auteurs	Année	Pays	<i>n</i>	Sujets	Agresseurs	Victimes	Milieu	Groupe de comparaison	<i>n</i> groupe de comparaison
McKnight et al.	1966	Canada	12	Adu	H	M	Psy	Homicides	100
Corder et al.	1976	États-Unis	10	Ado	H et F	M et P	Psy et Pen	Homicides de connaissance et homicides d'étranger	10 et 10
D'Orban, & O'Connor	1989	Angleterre et pays de Galles	17	Adu et Ado	F	M et P	Psy et Pen	Filicides ¹⁶ et tentatives de filicide	89
Singhal, & Dutta	1990	Angleterre et pays de Galles	10	Adu	H	P	Psy	Schizophrènes	10
Singhal, & Dutta	1992	Angleterre et pays de Galles	16	Adu	H	M	Psy a	Schizophrènes	16
Weisman, & Sharma	1997	États-Unis	45	Adu et Ado	H et F	M et P	Psy et Pen	Tentatives de parricide	19
Weisman, & Sharma	1997	États-Unis	26	Adu et Ado	H et F	M et P	Psy	Parricides dirigés vers la prison	29

¹⁶ Le filicide est le meurtre de son enfant.

Tableau 8
Études comparatives sur le parricide (suite)

Auteurs	Année	Pays	<i>n</i>	Sujets	Agresseurs	Victimes	Milieu	Groupe de comparaison	<i>n</i> groupe de comparaison
Baxter et al.	2001	Angleterre et pays de Galles	98	Adu	H et F	M et P	Psy	Homicides d'étrangers	159
McCarthy et al.	2001	Angleterre et pays de Galles	53	Adu	H et F	M et P	Psy	Homicides d'étrangers	71
Marleau	2003	Canada	43	Adu	H et F	M et P	Psy a	Filicides de l'étude de Lewis et al. (1998)	60
Marleau et al.	2003	Canada	23	Adu	H et F	M et P	Psy a	Tentatives de parricide	16
Farooque et al.	2004	Etats-Unis	21	Adu	H et F	M et P	Psy	Filicides et Uxoricides ¹⁷	18 et 28
Marleau et al.	2006	Canada	43	Adu	H et F	M et P	Psy a	Adolescents parricides	12
Auclair, Marleau, Millaud, & Toutant	2007	Canada	12	Ado	H et F	M et P	Psy a	Homicides	13

Note. Les abréviations Adu (adultes), Ado (adolescents), H (hommes), F (femmes), P (père), M (mère), Psy (psychiatrique), P (pénitencier) sont utilisés pour alléger le tableau.

^a Sujets psychotiques seulement

¹⁷ L'uxoricide est le meurtre de sa conjointe.

Parricides et tentatives de parricide

Selon Marleau et al. (2003) et Weisman et Sharma (1997), il y aurait uniquement quelques différences significatives au plan statistique entre ceux qui ont fait une tentative de parricide et ceux qui ont complété le parricide. Les seules différences notées par Marleau et al. (2003) sont que les individus ayant commis une tentative de parricide ont fait davantage de menaces contre la victime, ont vécu une histoire familiale de violence, et qu'ils ont moins de pensées suicidaires que ceux ayant complété le parricide.

Adolescents et adultes parricides

En général, 21% des parricides sont commis par des adolescents, comparativement à 79% par des adultes. Il semble que le ratio patricide/matricide est plus élevé chez les adolescents et diminue significativement lorsque l'âge des parricides augmente (Daly, & Wilson, 1988; Heide, 1993). De même, les parricides adultes souffrent le plus souvent de troubles psychotiques que les parricides adolescents (Bénézech, 1992; Newhill, 1996; Hillbrand et al., 1999; Marleau et al., 2006). Finalement, les adolescents parricides sont plus souvent victime d'abus, physiques ou sexuels, de leur parent (Newhill, 1991; Hillbrand et al., 1999) tandis que les adultes parricides présentent davantage d'antécédents psychiatriques et de violence (Marleau et al., 2006).

Parricides et autres types d'homicides

Les résultats de ces études indiquent que, dans la majorité des cas, le parricide a eu lieu à la maison contrairement à l'homicide d'étrangers qui survient dans des lieux publics (Baxter et al., 2001) et que la violence excessive est davantage présente chez les parricides (McKnight et al., 1966). La proportion d'agresseurs masculins chez les parricides est similaire aux homicides d'étrangers, soit de 90%. De même, la proportion du sexe des victimes est relativement similaire entre les deux groupes se distribuant 50-50 (Baxter et al., 2001)

En regard aux antécédents personnels, psychiatriques et judiciaires, plusieurs différences ont été notées. Comparativement aux meurtriers d'étrangers, les parricides ont moins vécu une enfance turbulente. De même, la consommation d'alcool serait deux fois moins présente chez les parricides au moment du passage à l'acte, mais il n'y aurait aucune différence quant à la consommation de drogue (Baxter et al., 2001). Par ailleurs, les parricides ont moins d'antécédents judiciaires que ceux qui commettent des homicides d'étrangers (McKnight et al., 1966).

Pour Baxter et al. (2001), la schizophrénie serait le diagnostic le plus courant chez les parricides (79%) et le trouble de la personnalité est le diagnostic le plus courant pour les homicides d'étrangers (47%), suivi de près par la schizophrénie (43%),

Comparativement aux filicides et aux uxoricides, la schizophrénie et les troubles psychotiques sont plus fréquents chez les parricides (Baxter et al., 2001; Farooque, Stout, & Ernst, 2004) et ces derniers présentent davantage d'antécédents psychiatriques que les filicides (D'Orban, & O'Connor, 1989).

Parricides et schizophrènes

Singhal et Dutta (1990; 1992) ont fait deux études portant sur la qualité de la relation entre le parricide et ses parents à l'aide du EMBU inventory¹⁸; l'une comparant des patricides avec des schizophrènes n'ayant pas commis d'homicide, l'autre comparant des matricides avec également des schizophrènes n'ayant pas commis d'homicide. Dans leur première étude, ils ont trouvé que les patients qui ont commis le patricide ont une relation cruelle et inhabituelle avec leur père. Il semble y avoir une maltraitance excessive de la part du parent-victime qui entraînerait une réaction de violence explosive chez l'enfant. Le EMBU révèle que les pères sont plus punitifs et blâmants. Dans le groupe de comparaison, la majorité des patients décrivaient leur parent comme bon et affectueux. Dans leur seconde étude, moins de différences ont été retrouvées entre les matricides et les schizophrènes. Toutefois, chez les matricides, contrairement aux schizophrènes, une différence de perception envers la mère et le père serait présente. Dans plusieurs cas, la mère était vue comme sur-impliquée, tolérante et affectueuse, tandis que le père était plus abusif.

¹⁸ Le EMBU inventory est un instrument de mesure standardisé de l'environnement familial, faisant appel au souvenir de la personne afin de décrire sa relation avec ses parents.

Études typologiques

Dans cette partie, il n'est plus question de comparer des groupes d'individus, mais plutôt de présenter des résultats d'études typologiques. Les études typologiques de parricides et les études typologiques d'homicides adultes psychotiques seront considérées.

D'une part, il existe des études ayant porté sur les homicides souffrant d'une maladie mentale. La plupart indiquent la présence de trois regroupements : les individus présentant une maladie psychotique avec ou sans trouble de la personnalité et ceux présentant uniquement un trouble de la personnalité (Taylor, Leese, Williams, Butwell, Daly, & Larkin, 1998; Joyal et al., 2004; Pera, & Dailliet, 2005). Lewis, Scott, Baranoski, Buchanan et Griffith (1998) ont mis en lumière des regroupements d'individus quelques peu différents. Ils ont en effet dégagé quatre regroupements, composés respectivement de 4, 5, 25 et 30 sujets, chez les homicides intrafamiliaux de leur échantillon présentant une maladie mentale grave. Les deux derniers regroupements qui sont ressortis de leur analyse sont particulièrement intéressants, soit les individus qui ont été traités pour maladie mentale grave mais qui ont rarement été hospitalisés. Dans ce regroupement, l'incident violent n'a pas eu d'événement déclencheur ; il est arrivé soudainement. L'autre regroupement est composé d'individus présentant une maladie mentale sévère, persistante et ayant un haut risque de violence.

D'autre part, à notre connaissance, il existe uniquement quatre études axées sur un raisonnement visant à former des regroupements de parricides (Tableau 9). Dans ces études, les auteurs ont dérivé leur typologie à partir de l'analyse a posteriori de leurs données en insistant sur des éléments précis comme la présence ou non d'un problème de santé mentale. Holcomb (2000) est le seul qui a effectué une analyse typologique quantitative afin de déterminer des groupes d'individus qui ont tué spécifiquement leur mère.

Tableau 9
Études typologiques sur le parricide

Auteurs	Année	Sujets	Catégories de parricides
Devaux et al.	1974	Adu et Ado	1- Mécontentes et disputes suivies d'une symptomatologie délirante 2- Schizophrène avec violence 3- Maladie mentale grave et acte brutal sans prodrome
Heide	1992	Ado	1- Abusé 2- Personnalité antisociale 3- Maladie mentale
Hillbrand et al.	1999	Ado	1- Abusé 2- Personnalité antisociale 3- Maladie mentale
Holcomb	2000	Adu et Ado	1- Abusé 2- Abusé et maladie mentale 3- Maladie mentale

Note. Les abréviations Adu (adultes), Ado (adolescents) sont utilisées pour alléger le tableau.

Devaux et al. (1974) proposent, suite à leur étude portant sur l'ensemble des parricides commis en France entre 1958 et 1967, trois regroupements. Le premier

regroupement inclus des individus qui ne vivent que des mésententes et des disputes. C'est généralement au cours d'un épisode de calme apparent que survient l'homicide de façon brutale et violente. Le deuxième regroupement est caractérisé par un problème de santé mentale au niveau familiale. L'enfant se construit dans une relation ambivalente, d'hostilité et de violence dans laquelle l'idée de l'homicide est d'abord inconsciente puis devient consciente et éclate de façon violente et imprévisible. Le troisième regroupement est composé de parricides qui s'entendent bien avec leur victime et où il n'y a pas de désaccord, mais où le passage à l'acte surviendra de façon brutale et sans prodrome.

Dans une revue de dix études ayant examiné les adolescents qui avaient tué leur parent, Heide (1992) a proposé trois regroupements de parricide chez l'adolescent : l'enfant abusé, l'enfant antisocial et l'enfant atteint d'une maladie psychiatrique grave. L'auteur spécifie que le dénominateur commun de ces trois types de parricide est l'histoire d'abus dans l'enfance, aussi bien physique, sexuelle que verbal. L'auteur observe, par ailleurs, que l'abus dans l'enfance et la présence d'une maladie psychiatrique grave sont moins fréquents chez les adolescents parricides que chez les enfants antisociaux.

Hillbrand et al. (1999) ont suggéré, à travers leur analyse des différentes études portant sur le parricide, que l'abus dans l'enfance et la maladie mentale seraient associés respectivement aux parricides adolescents et aux parricides adultes. Ils en viennent ainsi

à dire qu'il y aurait une différence entre les adolescents et les adultes parricides. De même, chez les adolescents, trois groupes pourraient être constitués, ceux-ci ressemblent aux trois types de parricide proposés par Heide (1992) : le parricide relié à des abus lors de l'enfance, le parricide commis par un jeune ayant une personnalité antisociale et le parricide commis par une personne atteinte d'une maladie mentale. Ces trois catégories pourraient aussi s'appliquer aux adultes parricides (Ewing, 1997). Malgré leur intérêt, ces catégories n'ont pas été appuyées par des analyses statistiques.

À notre connaissance, Holcomb (2000) est le seul à avoir fait une analyse typologique quantitative. Il a examiné 25 cas de matricides publiés dans la documentation commis par des adolescents et des adultes, des hommes et des femmes, entre 1934 et 1997. Son analyse porte sur 13 variables sélectionnées à partir des histoires de cas. Il dégage trois types d'individus matricides : 1- L'adolescent qui est abusé dans sa famille, lequel a une mère dominatrice et souvent un père passif ou absent ; 2- l'individu qui a une maladie mentale et une famille abusive avec une mère dominatrice ; 3- l'individu qui a une histoire claire de maladie mentale avec présence de délire ou de psychose lors du passage à l'acte. Sept variables sur 13 permettent de distinguer les trois groupes : l'âge, la présence de psychose, la présence de délire au moment du meurtre, les antécédents psychiatriques, la dominance de la mère, l'abus dans la famille et l'excès de violence lors du passage à l'acte. Les résultats permettent de mieux comprendre le matricide. Cependant, il faut être prudent dans la généralisation des résultats puisque

Holcomb a travaillé uniquement avec des matricides et a aussi inclus des adolescents et des adultes dans l'analyse.

QUESTION DE RECHERCHE

L'ensemble des recherches concernant le parricide a été passé en revue et deux conclusions principales émergent. D'une part plusieurs facteurs semblent associés à ce délit et, d'autre part, les parricides ne formeraient pas un groupe homogène. Étant donné l'absence d'étude typologique portant exclusivement sur les parricides adultes psychotiques, l'objectif principal de cette thèse exploratoire est de déterminer l'existence de regroupements parmi cette population. Le cas échéant, cette typologie offrirait une meilleure description des parricides et des facteurs pouvant contribuer au passage à l'acte. Également, cette étude pourrait permettre l'élaboration de stratégies de prévention et de plans d'intervention mieux adaptés aux différents regroupements.

Méthode

Ce chapitre est consacré à la description des participants de l'étude et de l'instrument de cueillette de données ; en outre, le déroulement de la recherche ainsi que les analyses statistiques employées y seront présentés.

PARTICIPANTS

L'échantillon est composé de 46 parricides qui ont fait leur passage à l'acte sur le territoire de la province de Québec entre 1976 et 2000¹⁹. Ces parricides ont été commis par des individus présentant un trouble psychotique au moment du passage à l'acte ; ils ont été reconnus non criminellement responsables et ils ont par la suite été hospitalisés à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. L'échantillon est composé d'hommes à 96%. Par souci d'homogénéité et en raison de différences observées dans la documentation entre les adultes et les adolescents parricides (Ewing, 1997), seuls les agresseurs âgés de plus de 18 ans ont été retenus. D'ailleurs, la majeure partie de la population parricide de l'Institut Philippe-Pinel est âgée de 18 ans et plus lors du délit (79%). L'âge moyen des parricides adultes est de 31 ans, le plus jeune ayant 18 ans et le plus vieux, 59 ans. Dans cette étude, les individus ayant fait une tentative de parricide ont été inclus étant donné que selon Marleau, Millaud et Auclair (2003), il n'y a pas de différence notable avec ceux qui ont commis un parricide. Ces derniers constituent d'ailleurs 61% de la population à l'étude. Deux participants ont été exclus par manque d'information

¹⁹ Il est à noter que Marleau et al. (2003) ont fait une étude clinique descriptive sur 39 des 46 parricides du présent échantillon.

concernant les variables sélectionnées et deux autres n'ont pas été retenus puisqu'ils ont tués leurs deux parents. Les analyses seront donc effectuées à partir de 42 participants.

INSTRUMENT DE MESURE

Une grille de collecte de données, mise au point par Millaud, Roy, Gendron, & Aubut (1992), a permis de recueillir des informations sur les parricides. Plusieurs types de variables ont été retenus en fonction de leur association avec le passage à l'acte dans la documentation sur l'homicide en général et, plus spécifiquement, sur le parricide. Au total, trente-cinq variables majoritairement dichotomiques (oui/non) ont été colligées (voir Appendice B). Elles ont été regroupées à partir de quatre des cinq facteurs présentés dans le contexte théorique : la caractérisation du délit, les facteurs statiques, les facteurs situationnels et les facteurs liés à la maladie mentale.

DÉROULEMENT

Les données de cette recherche ont été colligées par un psychiatre et une criminologue à partir d'informations disponibles dans les dossiers des participants à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

ANALYSES STATISTIQUES

Compte tenu des objectifs de cette recherche, une analyse typologique hiérarchique a été faite. Il a été fixé à dix le nombre maximal de variables qui devaient

être retenues²⁰. Les variables de type nominal sélectionnées ont été ramenées en format dichotomique (oui/non) afin de pouvoir procéder à ce type d'analyse. Les dix variables considérées, ainsi qu'une brève justification de leur choix, seront maintenant présentées.

Aucune variable portant sur la caractérisation du délit n'a été retenue. Bien que ces variables donnent des observations intéressantes et un portrait juste de la réalité, celles-ci ne semblent pas assez importantes pour différencier les regroupements de parricides.

Concernant les facteurs statiques, quatre variables ont été retenues, soit le sexe de la victime, le lieu d'habitation, les menaces antérieures d'agression contre la victime et les antécédents personnels de violence. Le sexe de la victime semble être une variable importante ; en effet plusieurs chercheurs qui étudient uniquement le matricide ou le patricide suggèrent une différence majeure entre les deux formes de parricides. Le lieu d'habitation a souvent été évoqué dans les études antérieures. Théoriquement, cette variable est en lien avec la proximité physique, facteur jouant un rôle sur l'aspect psychologique du passage à l'acte chez certains psychotiques (Joyal, Putkonen, Paavola, & Tiihonen, 2004). Par ailleurs, selon certains auteurs, les comportements violents manifestés avant le passage à l'acte seraient un facteur pouvant distinguer les différents types d'homicides psychotiques (Tengström, Hodgins, & Kullgren, 2001; Joyal et al.,

²⁰ D'après Crauser, Harvatopoulos et Sarnin (1989), le nombre d'individus doit être au moins deux fois supérieur au nombre de variables qui permettent la formation de regroupements et réciproquement s'il s'agit de construire une typologie des variables.

2004). Les deux prochaines variables sélectionnées sont en lien avec ce facteur : les menaces antérieures d'agression contre la victime et les antécédents personnels de violence. La première donne de l'information sur la violence verbale sévère proférée envers la victime. La seconde donne des informations sur les comportements agressifs avant le passage à l'acte.

Quatre variables ont été choisies parmi les facteurs situationnels, soit l'intoxication lors du passage à l'acte, l'irrégularité ou la cessation de médication, la reconnaissance d'une pathologie psychiatrique par la victime et la mise de limite par cette dernière. Pour l'intoxication, certains chercheurs notent que la consommation joue un rôle important dans le parricide et aussi pour d'autres formes d'homicide tel que le filicide (D'Orban, & O'Connor, 1989). Il serait un facteur susceptible de différencier des regroupements d'homicides psychotiques (Tengström, et al., 2001; Pera, & Daillet, 2005). L'irrégularité ou la cessation de la prise de médication est également une variable importante (Millaud, & Dubreucq, 2005). Ce phénomène est observé chez plusieurs parricides psychotiques. La reconnaissance d'une pathologie psychiatrique par la victime est une autre variable retenue. On peut croire que la victime qui sait que son enfant souffre d'une pathologie psychiatrique agira différemment d'une autre qui ne reconnaît pas cette pathologie. La relation entre le parent et l'enfant ainsi que la perception du parent face à l'enfant est différentes. Cette variable permet de mieux comprendre et possiblement de mieux différencier les regroupements de parricides. La mise de limite par la victime est la dernière variable sélectionnée. Celle-ci donne de

l'information du point de vue de la victime. D'une part, cette mise de limite dénote la perception du danger par le parent face à l'enfant et sous-tend un malaise vécu par le parent dans la relation affective avec l'enfant. D'autre part, la mise de limite témoigne du comportement émis par le parent afin de se protéger de l'enfant.

Finalement, dans les facteurs reliés à l'état mental, deux variables ont été retenues soit la présence d'un trouble du spectre schizophrénique à l'Axe I²¹ et la présence de troubles ou de traits de personnalité du groupe B à l'Axe II²². La documentation scientifique a amplement montré que certains diagnostics de la lignée psychotique sont souvent présents chez les parricides. On retrouve moins de diagnostics de troubles de la personnalité, mais compte tenu qu'une comorbidité à l'Axe I et l'Axe II joue un rôle important dans le passage à l'acte pour d'autres formes de violence (Hodgins, & Côté, 1990; Eronen, Hakola, & Tiihonen, 1996; Wallace, Mullen, Burgess, Palmer, & Browne, 1998; Woodward, Nursten, Williams, & Badger, 2000), cette variable a été considérée. Le tableau 10 montre les pourcentages pour chacune des variables retenues.

²¹ L'Axe I sert à décrire l'ensemble des troubles ou des situations de la classification, à l'exception des troubles de la personnalité et du retard mental (figurant sur l'Axe II).

²² L'Axe II sert à indiquer les troubles de la personnalité et le retard mental. Les troubles de la personnalité sont regroupés en trois groupes fondés sur des similarités descriptives. Le groupe A inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques. Le groupe B inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques. Le groupe C inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles-compulsives.

Tableau 10
Fréquence des dix variables sélectionnées pour l'analyse typologique

Variabes	Fréquence	%
Patricide	19	45%
Vit avec la victime	23	55%
Menaces antérieures d'agression contre la victime	20	48%
Antécédents personnels de violence	27	64%
Intoxication lors du passage à l'acte	9	21%
Cessation ou irrégularité de la prise de médication	25	60%
Reconnaissance d'une pathologie psychiatrique par la victime	23	55%
Mise de limite par la victime	30	71%
Présence du spectre schizophrénique à l'Axe I	28	67%
Présence de troubles ou de traits de personnalité du groupe B à l'Axe II	9	21%

L'idée fondamentale de l'analyse typologique (Crauser, Harvatopoulos, & Sarnin, 1989) est de constituer des regroupements qui se ressemblent à partir de variables présélectionnées. On s'attend que ces regroupements soient cohérents et bien isolés. Par cohérents, on indique que les participants appartenant à un même regroupement auront de nombreux points en commun et donc se ressembleront fortement. Par isolés, on renvoie au fait qu'un participant ne peut appartenir qu'à un seul regroupement.

La façon la plus concrète d'évaluer la ressemblance entre les participants est de mesurer la distance qui les sépare dans un espace déterminé par l'ensemble des variables retenues. Il existe plusieurs mesures quantitatives de ressemblance. La distance euclidienne au carré sera la mesure utilisée ici, étant donné qu'elle permet de calculer les distances en standardisant les mesures, diminuant ainsi l'influence des plus grandes unités de mesure de certaines variables.

Une fois que la distance qui sépare chacune des unités observées de toutes les autres est déterminée, il faut ensuite procéder au regroupement comme tel. La méthode généralement employée est l'analyse typologique hiérarchique²³. Cette méthode peut être décrite en quatre étapes. À la première étape, la prémisse est qu'il existe autant de regroupements distincts qu'il y a de participants à classifier. À la seconde étape, les deux participants les plus proches dans l'espace se joignent dans un même regroupement. À l'étape suivante, deux autres se joignent et constituent un nouveau regroupement s'ils sont très proches l'un de l'autre ; cependant, il est aussi possible qu'un troisième participant aille se joindre à la dyade déjà présente dans le premier regroupement. Tout se décide en fonction de la distance la plus courte dans l'espace étudié. Finalement, à la quatrième étape, le processus se poursuit de la même façon jusqu'à épuisement des participants à regrouper. Au terme du processus, l'espace ne contiendra plus qu'un seul regroupement.

²³ Govaert (2003) utilise le terme méthode de classification hiérarchique.

Deux conditions, entre autres, sont essentielles pour utiliser de façon efficiente l'analyse typologique :

- 1- La représentativité de l'échantillon figure au premier plan. La typologie mise en évidence peut alors être généralisée uniquement si l'échantillon est représentatif. Compte tenu que la majorité des parricides psychotiques du Québec sont envoyés à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, cette condition semble amplement respectée.
- 2- La multicolinéarité ne doit pas être trop forte entre les variables car elle aura pour effet de les surpondérer dans la détermination des ressemblances. Ainsi, pour éviter ce genre de surpondération, il ne faut pas qu'il y ait de relations significatives au plan statistique trop fortes entre les dix variables sélectionnées (Tableau 11). L'examen du tableau indique uniquement que quatre mesures d'association²⁴ sont élevées entre 0,31 et 0,59. Toutefois, celles-ci ne sont pas assez élevées pour nuire à l'analyse typologique hiérarchique²⁵.

²⁴ La mesure d'association utilisée est le coefficient phi (Pett, 1997).

²⁵ Fournier & Plamondon (1996) ont établi qu'une corrélation de 0,70 et plus est élevée.

Tableau 11
Mesure d'association entre les dix variables sélectionnées

	Variables									
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Patricide	0,08	0,22	0,31*	0,11	0,11	0,08	0,02	0,11	0,01	
2. Vit avec la victime		0,17	0,22	0,09	0,24	0,01	0,17	0,10	0,14	
3. Menaces antérieures d'agression contre la victime			0,53**	0,20	0,28	0,01	0,12	0,17	0,06	
4. Antécédents personnels de violence				0,27	0,24	0,09	0,13	0,14	0,03	
5. Intoxication lors du passage à l'acte					0,00	0,09	0,22	0,35*	0,13	
6. Cessation ou irrégularité de la prise de médication						0,08	0,59**	0,09	0,04	
7. Mise de limite par la victime							0,26	0,19	0,10	
8. Reconnaissance d'une pathologie psychiatrique par la victime								0,13	0,16	
9. Présence du spectre schizophrénique à l'Axe I									0,17	
10. Présence de trouble ou de traits du groupe B de la personnalité à l'Axe II										

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Résultats

Ce chapitre exposera tout d'abord les résultats de l'analyse typologique hiérarchique. Par la suite, des analyses exploratoires de khi-deux seront présentées pour chacune des variables sélectionnées afin de déterminer si les pourcentages sont identiques selon les regroupements.²⁶ La description des regroupements sera faite en insistant sur les différences significatives aux tests de khi-deux. En dernier lieu, les variables non sélectionnées initialement pour l'analyse typologique seront comparées en fonction des regroupements en utilisant également des tests de khi-deux. Les résultats significatifs seront présentés selon les regroupements et permettront de compléter la description de chacun.

Suite au processus de l'analyse typologique hiérarchique, le résultat à trois regroupements a été choisi puisque les résultats à quatre ou cinq regroupements étaient composés d'un faible nombre de parricides. La sélection du résultat à trois regroupements permet de classer les quatre participants dans le regroupement III (Tableau 12). Les regroupements sont composés respectivement de 13 (31%), 19 (45%) et 10 (24%) parricides.

²⁶ Cette étape n'est pas essentielle et même superflue, mais elle permet de déterminer quelles variables diffèrent de façon significative au plan statistique et bonifie la description des regroupements. Compte tenu de la nature de l'analyse typologique, il est tout à fait naturel que les tests de khi-deux soient significatifs pour plusieurs variables.

Tableau 12
Nombre et pourcentage de participants par regroupement selon l'analyse typologique hiérarchique

Nombre de regroupements	Regroupement									
	I		II		III		IV		V	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
5 regroupements	13	31%	19	45%	6	14%	1	3%	3	7%
4 regroupements	13	31%	19	45%	6	14%	4	10%		
3 regroupements	13	31%	19	45%	10	24%				

Tableau 13
Pourcentages des variables sélectionnées selon les trois regroupements

Variables sélectionnées	Regroupement			χ^2
	I (<i>n</i> = 13)	II (<i>n</i> = 19)	III (<i>n</i> = 10)	
Patricide	39%	42%	60%	1,20
Vit avec la victime	69%	37%	70%	4,50
Menaces antérieures d'agression contre la victime	23%	42%	90%	10,57**
Antécédents personnels de violence	31%	68%	100%	12,06**
Intoxication lors du passage à l'acte	15%	5%	60%	12,07**
Cessation ou irrégularité de la prise de médication	8%	90%	70%	22,03**
Reconnaissance d'une pathologie psychiatrique par la victime	15%	95%	30%	22,87**
Mise de limite par la victime	77%	84%	40%	6,55*
Présence du spectre schizophrénique à l'Axe I	69%	90%	20%	14,28**
Présence du Groupe B à l'Axe II	7%	21%	40%	3,51

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Les résultats des tests de khi-deux indiquent que 7 valeurs sur 10 sont significatives au plan statistique avec une probabilité de 5% et moins (Tableau 13). Il n'y a pas de différence entre les pourcentages pour trois variables : le sexe des parents tués, le fait de vivre avec le parent et la présence d'un trouble ou de traits du groupe B.

Les parricides du regroupement I présentent souvent une maladie psychotique du spectre schizophrénique (69%) et ont souvent vécu une mise de limite de la part du parent - victime (77%). Aussi, quelques parricides ont menacé ce parent et présentent des antécédents personnels de violence. Très peu de parents ont reconnu que leur enfant présentait une pathologie psychiatrique. Finalement, très peu de parricides étaient intoxiqués ou avaient cessé/modifié leur médication lors du passage à l'acte.

Les parricides du regroupement II présentent plusieurs points en commun avec ceux du regroupement I, surtout en ce qui concerne la maladie psychotique (90%), la mise de limite (84%), les menaces antérieures et l'intoxication lors du passage à l'acte.²⁷ Les écarts de pourcentages sont importants entre les regroupements I et II pour certaines variables comme la reconnaissance d'une pathologie par la victime, la cessation/modification de la prise de médication et les antécédents de violence. Ainsi, les parricides du regroupement II ont des parents qui reconnaissent que leur enfant

²⁷ Il est impossible de comparer les fréquences des trois regroupements pour chacune des variables avec une méthode coutumière. Les deux méthodes les plus souvent employées sont le rassemblement de deux regroupements dans une perspective de comparaison avec un seul et la méthode des résidus standardisés (Pett, 1997). La première méthode donne effectivement de l'information, mais une information insuffisante, car d'une certaine façon elle travestit l'essence même de l'analyse typologique. La seconde méthode donne de l'information sur des cellules spécifiques pour un tableau 3 x 2 et cette information ne peut être interprétée que pour la cellule et non dans une perspective comparative.

présente un problème psychiatrique (95%), et cessent/modifient souvent leur médication (90%) et présentent des antécédents de violence (68%).

À l'intérieur du regroupement III, peu de parricides présentent une maladie du spectre schizophrénique, et aussi uniquement quelques-uns ont vécu des mises de limite de la part de leur parent – victime. Tous les parricides de ce regroupement ont des antécédents personnels de violence et la presque totalité ont proféré des menaces à la victime (90%). En dernier lieu, plusieurs parricides étaient intoxiqués (60%) et avaient cessé ou modifié leur médication (70%). Les parricides présentent uniquement quelques éléments en commun avec les deux autres regroupements tels que pour la cessation/modification de la médication (regroupement II) et la reconnaissance d'une pathologie par la victime (regroupement I).

Finalement, dans une autre analyse statistique comparative effectuée avec des tests de khi-deux, des différences significatives ont été notées pour trois variables non retenues initialement dans l'analyse typologique (Tableau 14). Des antécédents psychiatriques personnels se retrouvent très souvent chez les parricides des regroupements II et III (95% et 90% respectivement) comparativement aux parricides du regroupement I (31%). Des antécédents familiaux de violence sont également présents de manière importante chez 70% des individus du regroupement III comparativement aux individus des deux autres regroupements I et II. En dernier lieu, on

observe la même chose pour l'exposition à des modèles familiaux de violence, soit une proportion importante parmi les parricides du regroupement III.

Tableau 14
Pourcentages des variables non sélectionnées initialement selon les trois regroupements

Variables	Regroupement	Regroupement	Regroupement	χ^2
	I (n=13)	II (n=19)	III (n=10)	
Antécédents psychiatriques personnels	31%	95%	90%	18,12**
Antécédents familiaux de violence	15%	21%	70%	9,48**
Exposition à des modèles familiaux de violence	15%	21%	60%	6,47*

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Discussion

À l'intérieur de ce chapitre, une discussion des résultats présentés dans la partie précédente sera proposée. Cette discussion se fera en trois parties. La première portera sur la présentation des principaux résultats et de leurs interprétations ; les trois regroupements seront ainsi cernés. À partir de ce travail exploratoire, ces regroupements seront comparés avec ceux proposés par d'autres études. Par la suite, afin de mieux comprendre les différences entre les trois regroupements, une explication tirée de la théorie psychanalytique sera présentée. Finalement, dans la dernière partie les limites et les points forts de cette étude seront présentés ainsi que des pistes possibles pour la poursuite de recherches futures.

PRÉSENTATION DES TROIS REGROUPEMENTS

L'analyse typologique hiérarchique a permis de former trois regroupements à partir de l'échantillon de 42 adultes parricides présentant des troubles psychotiques au moment du passage à l'acte. Ces regroupements²⁸ permettent de dégager trois portraits de parricides.

²⁸ À partir des résultats de l'analyse typologique de cette étude portant sur les parricides adultes psychotiques, une suggestion quant à l'appellation des trois regroupements peut être émise : le regroupement I schizophrène placide, le regroupement II schizophrène agissant et le regroupement III agissant violent.

Le regroupement I est composé d'individus qui présentent une maladie schizophrénique et qui semblent n'avoir présenté aucun prodrome du parricide. Il y a, chez la plupart des individus, un contrôle des symptômes associés au trouble psychiatrique par la prise régulière de médication et une absence de comportements agissants²⁹ avant le délit. Plus particulièrement, la majorité des parricides de ce regroupement n'ont pas fait de menaces contre la victime, n'ont pas d'antécédents personnels de violence, n'ont pas d'antécédent familial de violence, n'ont pas été exposés à des modèles familiaux de violence, prennent leur médication de manière régulière et n'étaient pas intoxiqués lors du passage à l'acte. Cette absence de comportements agissants donne l'impression qu'il n'y avait pas de signes précurseurs pouvant laisser présager le parricide. Le seul élément majeur qui a pu être observé avant le passage à l'acte est la mise de limite faite par le parent à l'endroit de l'enfant.

On constate que bien qu'il y ait eu présence de mise de limite, la plupart des parents n'ont pas semblé reconnaître la présence d'un trouble psychiatrique chez leur enfant. Ainsi, la mise de limite ne semble pas en lien avec la reconnaissance de la pathologie psychiatrique. Ce comportement du parent indique toutefois une certaine prise de conscience du danger ou du moins la présence d'un malaise dans la relation avec son enfant. Par ailleurs, ce qui semble pertinent ici, c'est la perception de l'enfant face à la mise de limite imposée par le parent. On peut se demander s'il est possible que cette

²⁹ Les comportements agissants font référence à tous les types de passages à l'acte, qu'ils soient verbaux ou comportementaux, et témoignent d'une incapacité à gérer une situation conflictuelle relationnelle ou intrapsychique.

mise de limite soit devenue insoutenable pour l'enfant, voire même une menace à sa survie psychique, au point d'être un élément déclencheur du parricide. Les individus ayant une structure psychotique n'arrivent pas à faire une différenciation entre le Moi et l'Objet et ceux-ci sont dans une relation fusionnelle avec le parent. La limite du Moi (interne/externe) est ainsi très fragile. La distance imposée par l'Objet (le parent) à travers la mise de limite serait perçue comme une rupture du lien fusionnel et entraînerait un éclatement du Moi ainsi qu'une perte de contact avec la réalité. Afin de survivre psychiquement, une violence défensive en résulterait conduisant vers le parricide.

Le regroupement II rassemble des individus qui présentaient aussi des troubles schizophréniques lors du passage à l'acte et qui ont déjà attiré l'attention : plus de la moitié avaient des antécédents de violence et la plupart avaient cessé leur médication ou la prenaient d'une façon irrégulière. Comparativement aux individus du regroupement I, eux aussi ont vécu une mise de limite par leur parent. Par contre, ces limites ont possiblement été mises en raison de la reconnaissance du parent d'une pathologie psychiatrique chez leur enfant. En effet, chez les individus du regroupement II, la pathologie psychiatrique est reconnue par 95% des parents comparativement à 15% chez ceux du regroupement I. Les antécédents psychiatriques que l'on retrouve chez presque tous les parricides du regroupement II (95%) ont certainement aidé le parent à reconnaître la pathologie psychiatrique chez leur enfant. Aussi, la plupart n'ont pas d'antécédents familiaux de violence et n'ont pas été exposés à des modèles familiaux de violence. Ils ne semblent donc pas avoir grandi, eux aussi, dans un environnement

violent. Beaucoup de parricides ont possiblement réagi à la mise de limite, comme ceux du regroupement I. Toutefois, leurs antécédents personnels de violence indiquent qu'ils ont eu régulièrement tendance à répondre par des passages à l'acte pour diminuer leur tension interne. Cette tendance, en combinaison avec une prise irrégulière d'une médication prescrite afin de réguler leur pathologie psychiatrique, a possiblement joué un rôle dans la perte de contact avec la réalité et l'interprétation négative de la mise de limite instaurée par le parent.

Le troisième regroupement offre un portrait différent du regroupement I et II. Trois caractéristiques ressortent clairement chez les individus de ce regroupement : l'absence de schizophrénie, la présence de comportements agissants et la présence de violence. Dans un premier temps, la plupart des individus ne présentaient pas de trouble du spectre schizophrénique (80%) comparativement aux individus du regroupement I (31%) et du regroupement II (10%). Au moment du passage à l'acte, ces individus présentaient plutôt un ou plusieurs de ces troubles : trouble psychotique non-spécifié, trouble psychotique bref, trouble délirant (paranoïaque), trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, trouble bipolaire avec psychose, trouble lié à une substance ou trouble psychotique induit par une substance.

Dans un deuxième temps, il y a chez les individus du regroupement III une tendance à présenter régulièrement des comportements agissants. Ces comportements font référence à l'intoxication lors du passage à l'acte et à la cessation ou la prise

irrégulière de médication. D'une part, dans les études portant sur les parricides psychotiques, le pourcentage des parricides intoxiqués au moment du passage à l'acte se situe entre 12% et 18% (D'Orban, & O'Connor, 1989; Marleau, Millaud, & Auclair, 2003), comparativement à 21% des cas dans la présente étude. Toutefois, 60% des individus du regroupement III étaient intoxiqués lors du passage à l'acte, ce qui les distingue de l'ensemble de l'échantillon, mais aussi du regroupement I (15%) et du regroupement II (5%). D'autre part, la cessation ou la prise irrégulière de médication est présente chez 70% des individus du regroupement III. Cette caractéristique permet de distinguer assez bien les individus du regroupement I (8%) du regroupement II (89%) et III. Aussi, lorsque les deux caractéristiques en lien avec les comportements agissants sont prises en compte, les résultats de la présente étude indiquent que tous les parricides du regroupement III et près de 90% des individus du regroupement II étaient intoxiqués ou avaient cessé ou prenaient irrégulièrement leur médication, contrairement aux parricides du regroupement I (15%). Ainsi, pour les individus des regroupements II et III, l'intoxication par l'alcool ou la drogue et la cessation ou l'irrégularité de la prise de médication semblent être des facteurs de risque au passage à l'acte.

En dernier lieu, les individus du regroupement III se caractérisent, comparativement aux deux autres regroupements par la présence d'antécédents personnels de violence, d'antécédents familiaux de violence, l'exposition à des modèles familiaux de violence ainsi que la présence de menaces antérieures d'agression contre la victime. Plusieurs études ont montré que ces variables étaient très présentes chez les

parricides (Campion, Cravens, Rotholz, Weinstein, Covan, & Alpert, 1985; Marleau, Auclair, & Millaud, 2006). L'analyse typologique montre qu'en fait elles sont souvent présentes chez certains individus.

En plus des trois caractéristiques principales (l'absence de schizophrénie, la présence d'instabilité et de violence), deux autres caractéristiques ressortent : l'absence de reconnaissance d'une psychopathologie et de mise de limite par la victime. Plusieurs parents du troisième regroupement n'ont pas reconnu la présence d'une pathologie psychiatrique chez leur enfant, bien que la plupart aient des antécédents psychiatriques. De plus, les parents ont généralement mis peu de limite à leur enfant. Comme il a été mentionné précédemment, la mise de limite est surtout présente chez les individus du regroupement I et chez ceux du regroupement II. Il est possible que la présence de trouble du spectre schizophrénique ait amené le parent à mettre des limites, contrairement à ce qui est survenu chez les individus du regroupement III, qui ne présentaient pas de maladie du registre schizophrénique. Il est intéressant de constater que les éléments de violence présents chez les individus du regroupement III n'ont pas amené le parent à instaurer une limite entre eux et leur enfant. La banalisation des comportements agressifs de l'enfant pourrait expliquer cette réaction de la part du parent. Par ailleurs, il est également possible que les comportements agressifs de l'enfant masquent une souffrance ou une problématique plus importante que le parent n'a pu détecter.

Des dix variables utilisées dans l'analyse typologique hiérarchique initiale, trois ne permettent pas de distinguer les individus des trois regroupements. Ces trois variables sont le sexe de la victime, le lieu d'habitation et la présence d'un trouble ou de traits de personnalité du groupe B à l'Axe II.

Beaucoup d'auteurs ont étudié séparément le matricide et le patricide (Wertham, 1941; Green, 1981; Campion et al., 1985; Cravens et al., 1985; Singhal, & Dutta, 1990; Singhal, & Dutta, 1992), supposant ainsi que le matricide et le patricide étaient deux types de parricide distincts. L'analyse comparative des trois regroupements n'a pas permis de constater une différence à ce niveau. En effet, une proportion similaire de matricides et de patricides se retrouve dans chacun de ces regroupements. Cette similarité peut s'expliquer par le fait que tous les participants présentaient un trouble psychotique. Les manifestations symptomatiques de ce trouble sont pour la grande majorité en lien avec la structuration psychotique, dans laquelle il n'y a pas de différenciation sexuelle au niveau inconscient. Le père et la mère sont en fait, pour les parricides adultes psychotiques, bons ou mauvais, dans une relation duelle et fusionnelle (Misès, 1990; Bergeret, 1996). Le parricide ne serait donc pas associé au sexe du parent, mais plutôt à l'angoisse d'anéantissement vécue dans la relation avec ce parent.

La deuxième caractéristique à considérer concerne le lieu d'habitation de l'agresseur lors de l'homicide. Les résultats des différentes études indiquent qu'entre 71% et 93% des parricides hospitalisés en institut psychiatrique vivaient chez leur parent

au moment du passage à l'acte (Baxter, Duggan, Larkin, Cordess, & Page, 2001; Green, 1981; Clark, 1993). Dans l'échantillon de la présente étude, 55% des individus demeuraient chez le parent lors du parricide. Cette variable n'apparaît pas comme étant différente d'un regroupement à l'autre. Toutefois, l'hypothèse peut être émise quant au rôle de la proximité physique et émotionnelle (associé au fait d'habiter avec la future victime) pour les parricides psychotiques, contrairement aux homicides non psychotiques (Joyal, Putkonen, Paavola, & Tiihonen, 2004).

La dernière variable concernait la présence d'un trouble ou de traits de la personnalité du groupe B de l'Axe II (incluant la personnalité antisociale, borderline, histrionique et narcissique). Dans le présent échantillon, seulement 21% des individus avaient été diagnostiqués comme présentant un tel type de trouble ou de traits. Bien que dans le regroupement III, 40% des participants présentaient un trouble ou des traits, l'importance de cette variable n'est pas ressortie lors de l'analyse typologique.

En comparaison avec l'ensemble des études portant sur le parricide, deux constatations s'imposent suite à la présentation de cette typologie à trois regroupements. Dans un premier temps, les différences observées entre les regroupements I et II n'ont pas été soulevées dans la documentation. Dans un deuxième temps, bien que plusieurs caractéristiques associées aux regroupements I et II soient similaires à celles dégagées dans les études portant sur le parricide adulte psychotique, le profil des parricides du regroupement III contraste avec les écrits publiés sur le parricide adulte psychotique.

Ainsi, bien que la plupart des recherches aient analysé le parricide sous l'angle de l'homogénéité des individus, la distinction entre les regroupements de parricides permet un raffinement important quant à la compréhension du phénomène.

À partir de la théorie psychanalytique, l'analyse comparative des trois regroupements permet d'émettre l'hypothèse de l'existence d'un fonctionnement psychique plus ou moins archaïque, du regroupement I au regroupement III. La schizophrénie, les comportements agissants et la violence seraient les facteurs permettant de différencier le fonctionnement psychique des trois regroupements. D'une part, la plupart des individus du regroupement I et II manifestent un trouble du spectre schizophrénique, contrairement aux individus du regroupement III. D'autre part, les individus du regroupement I présentent peu de comportements agissants, tandis que les gens du regroupement II et III en présentent davantage. Finalement, peu d'individus des regroupements I et II ont vécu ou commis des comportements violents, contrairement aux parricides du regroupement III.

COMPARAISON AVEC LES AUTRES ÉTUDES TYPOLOGIQUES

La comparaison des résultats de l'analyse typologique hiérarchique avec les différentes études en se basant sur la théorie psychanalytique permet de compléter l'étude des résultats. Dans un premier temps, une comparaison de la présente typologie sera faite avec les autres typologies sur le parricide et l'homicide psychotique. Dans un deuxième temps, un lien sera proposé entre les trois regroupements et le développement affectif.

Il existe seulement un petit nombre d'études typologiques portant sur les parricides, dont une seule impliquant une analyse typologique (Holcomb, 2000). La plupart des chercheurs ont suggéré des regroupements à posteriori à partir d'éléments qui ressortaient des échantillons de parricides adultes et adolescents (Devaux, Petit, Perol, & Porot, 1974; Heide, 1992; Hillbrand, Alexandre, Young, & Spitz, 1999). Un rappel des principaux résultats de ces études doit être présenté.

Holcomb (2000) a dégagé trois regroupements de parricides basés sur trois éléments majeurs soit la présence de troubles psychotiques, la présence d'abus familial et l'atmosphère familiale pathogène. Heide (1992) et Hillbrand et al. (1999) ont fait l'hypothèse de la présence de trois regroupements de parricides adolescents à partir de leur expérience clinique : les parricides ayant une maladie mentale, ceux ayant une personnalité antisociale et finalement ceux ayant été abusés. Ces mêmes auteurs notent que la majorité des parricides adolescents ont été abusés de diverses façons (physiquement, sexuellement ou verbalement). Cette typologie comporte une limite principale dans le fait qu'un individu peut se retrouver dans plus d'un regroupement. Finalement, Devaux et al. (1974) présentent également trois regroupements dont la présence de problèmes psychiatriques est un facteur important et distinctif d'un regroupement à l'autre.

Afin de faire plus aisément des liens, les résultats de l'analyse typologique de la présente étude ainsi que les différentes catégories proposées par les chercheurs ont été placées sur un axe de fonctionnement psychique plus ou moins archaïque (Figure 6).

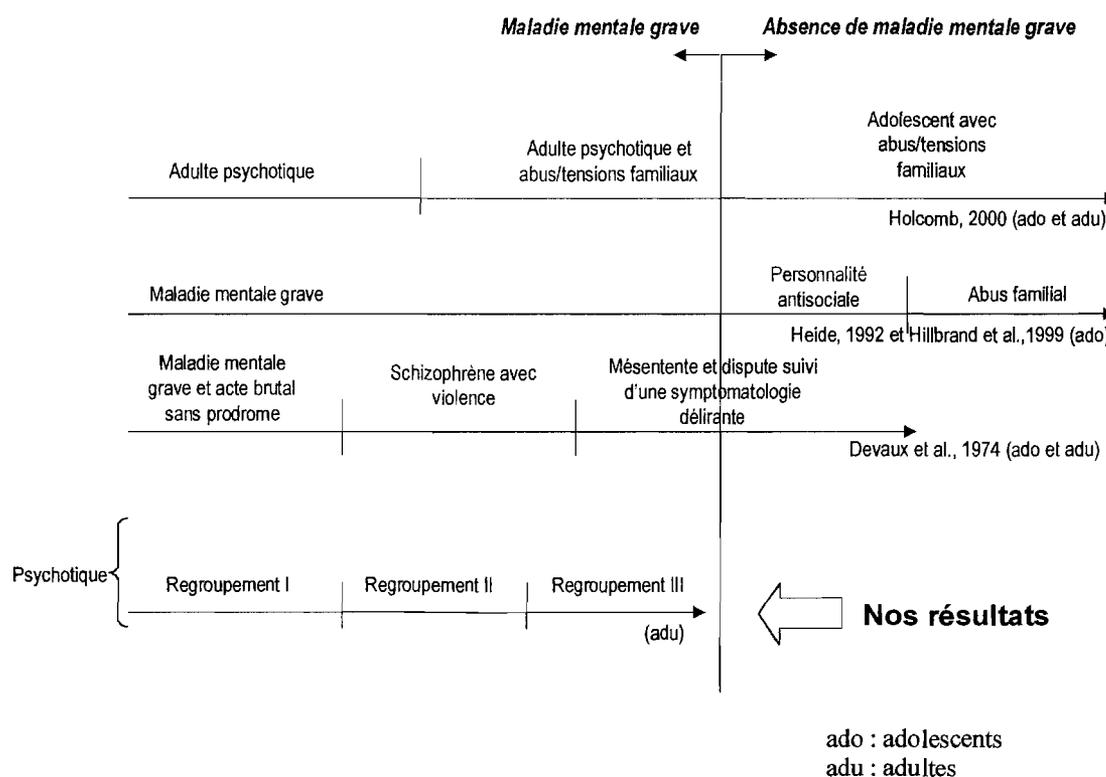


Figure 6. Différentes typologies de parricides sur un axe de fonctionnement psychique plus ou moins archaïque.

De prime abord, deux regroupements de parricides ressortent aux extrémités : les parricides qui souffrent d'une maladie mentale grave et ceux qui n'en souffrent pas. Ainsi, les trois regroupements formés dans cette présente étude doivent être placés sous la catégorie générale des parricides qui souffrent d'une maladie mentale grave.

Une seule équipe de recherche semble avoir suggéré trois regroupements plus ou moins semblables aux nôtres. En effet, des quatre études ayant proposé des regroupements, les résultats de Devaux et al. (1974) s'y rapprochent le plus. On retrouve dans leur typologie un élément commun, soit la maladie mentale grave, plus particulièrement la schizophrénie. Ces auteurs suggèrent la présence, dans un premier temps, d'un regroupement de parricides souffrant d'une maladie mentale grave et chez qui l'acte survient brutalement et sans prodrome, comme le regroupement I identifié dans cette étude. Dans un deuxième temps, ils suggèrent aussi la présence d'un regroupement de parricides ayant une maladie mentale grave et qui vivent dans une relation d'hostilité et de violence avec la future victime. Ce regroupement s'apparente également au regroupement II de la présente étude. Finalement, ils constatent l'existence d'un troisième regroupement de parricides provenant d'une famille conflictuelle où règnent la mésestime et les disputes et, suite au parricide, une symptomatologie délirante sera présente. Ce dernier regroupement peut être en lien avec le regroupement III. Heide (1992), Hillbrand et al. (1999) et Holcomb (2000) ont dégagé un regroupement d'individus présentant une maladie mentale grave, mais ils y ont introduit le facteur d'abus familial, ce qui vient limiter la comparaison avec les résultats de cette étude. Ce facteur est d'ailleurs souvent associé au parricide adolescent.

Bien que différents chercheurs, tels que Devaux et al. (1974), Heide (1992), Hillbrand et al. (1999) et Holcomb (2000), aient tenté de faire une typologie des parricides, la comparaison stricte avec les résultats de cette thèse reste difficile à faire.

D'une part, la population de parricides de leurs études comprenait des parricides adolescents et non psychotiques. D'autre part, les facteurs pris en considération par ces auteurs, tel les abus et les tensions familiaux, divergent de ceux utilisés dans la présente typologie et ceux-ci ont entraîné des regroupements différents. Toutefois, il semble y avoir, dans un premier temps, deux grands regroupements où la présence d'une maladie mentale joue un rôle premier. Dans un deuxième temps, à l'intérieur du regroupement présentant une maladie mentale, il semble y avoir une seconde division basée sur la présence de violence.

D'autres études typologiques portant sur les homicides psychotiques ont été réalisées et proposent trois regroupements comparables à ceux proposés dans cette thèse ; les individus psychotiques avec ou sans trouble de personnalité et ceux présentant uniquement un trouble de personnalité (Taylor, Leese, Williams, Butwell, Daly, & Larkin, 1998; Joyal et al., 2004; Pera, & Dailliet, 2005). Ces trois regroupements proposés par ces chercheurs peuvent être reliés grossièrement avec les regroupements I, II et III, respectivement, de la présente étude. Il est à noter que les individus du regroupement ayant uniquement un trouble de personnalité présentent souvent des comportements associés à la délinquance, tel les antécédents de violence, la violence dans la famille, etc. Bien que le pourcentage d'individus présentant un trouble de personnalité ne soit significativement pas différent d'un regroupement à l'autre dans cette thèse et que le regroupement III présente peu d'individus avec un trouble de personnalité du groupe B, certaines caractéristiques sont similaires.

Une des études typologiques les plus intéressantes est celle de Lewis, Scott, Baranoski, Buchanan et Griffith. (1998) qui ont mis en lumière des regroupements d'individus s'apparentant à ceux cernés par la présente étude. Ils ont en effet dégagé deux regroupements chez les individus qui ont tué un membre de leur famille. Le premier regroupement est composé d'individus qui ont été traités pour maladie mentale grave mais qui ont rarement été hospitalisés. Dans ce regroupement, comme dans le regroupement I, l'incident violent n'a pas eu d'événement déclencheur ; il est arrivé soudainement. Le deuxième regroupement est composé d'individus présentant une maladie mentale sévère, persistante et ayant un haut risque de violence. Ce regroupement s'apparenterait au regroupement II, de même qu'au regroupement III.

L'élaboration suivante est proposée davantage dans le but d'émettre certaines pistes de réflexion. Le développement psychoaffectif a été abordé un peu plus tôt ; il a été présenté comme correspondant à un continuum sur lequel pouvaient être dégagés différents stades. Il est possible de faire le lien entre le fonctionnement psychique plus ou moins archaïque des individus des trois regroupements et le développement psychoaffectif (Figure 4). Ce pont est intéressant, car il suppose que le symptôme comportemental devient secondaire au profit des enjeux intrapsychiques. Toutefois, la prudence est de mise quant aux liens qui peuvent être faits.

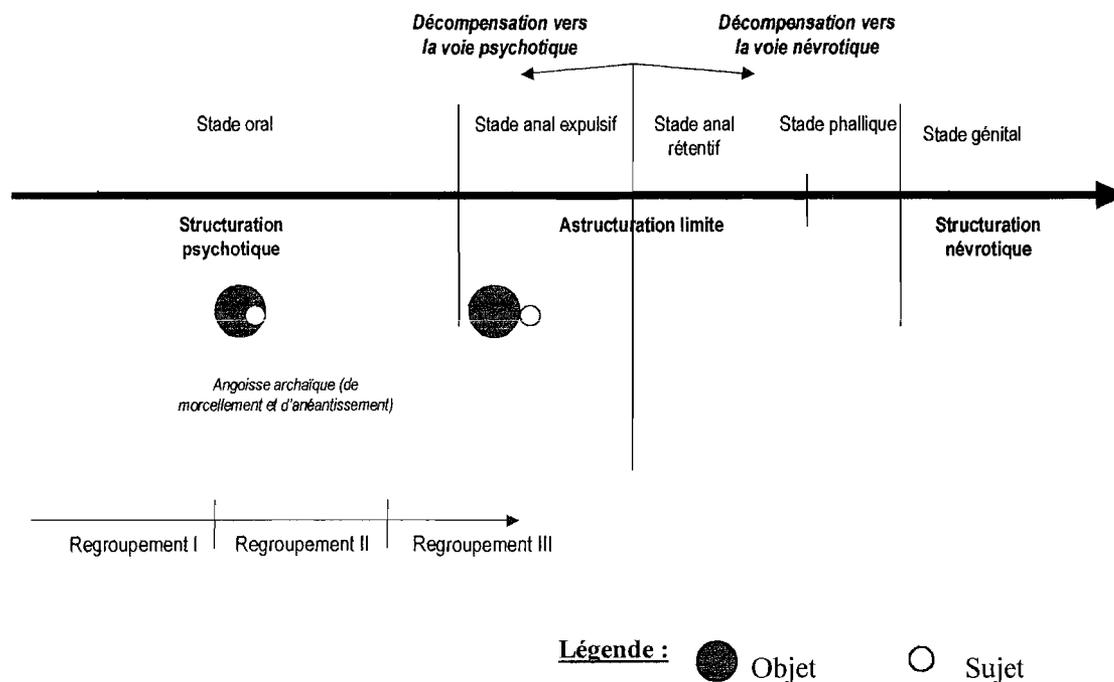


Figure 7. Développement psychoaffectif par rapport aux trois regroupements.

Les individus du regroupement I présentent peu de signes laissant présager le parricide. Le seul élément qui ressort est la mise de limite par la victime. Chez les individus ayant une structure psychotique, la relation objectale est fusionnelle et l'angoisse de destruction et d'anéantissement est omniprésente. Quand la relation demeure symbiotique et fusionnelle, l'individu présente une structure psychotique stable et compensée. Ainsi, cet individu peut être relativement adapté. Toutefois, la mise de limite pourrait signifier pour lui la séparation avec l'Objet et représenter une menace pour sa survie intrapsychique. L'angoisse pourrait devenir insoutenable et le passage à l'acte serait une tentative pour l'individu, incapable de la gérer, de retrouver un certain

équilibre. Le parricide serait donc une violence défensive visant le maintien de son intégrité (Bergeret, 1984).

Les individus du regroupement II présentent davantage de comportements agissants lesquels trahissent un désir plus ou moins conscient de mettre fin à la relation fusionnelle. En fait, il semble que les individus de ce regroupement soient plus enclins à la décompensation, ils seraient donc plus vulnérables au passage à l'acte. Bien que similaire au regroupement I, le niveau de fonctionnement psychique des individus du regroupement II paraît moins archaïque.

La plupart des individus du regroupement III ne présentent pas de trouble du spectre schizophrénique. Ils se caractérisent davantage par des comportements violents. Les pulsions agressives sont beaucoup plus présentes et continues. L'hypothèse peut être émise quant à la présence chez eux d'éléments suggérant une astructuration limite. Ces individus, ayant une organisation plus évoluée, connaîtraient une décompensation psychotique en raison d'une intoxication ou de la cessation ou d'une irrégularité de la prise de médication ou d'un stress intense qui aurait ébranlé leur dynamique interne. Au niveau du développement psychoaffectif, les individus de ce troisième regroupement auraient atteint un niveau plus élevé dans la séparation-individuation de l'Objet que les individus des deux autres regroupements.

Il va sans dire que ces résultats doivent être considérés avec une certaine prudence tant pour leur interprétation que pour leur généralisation. Plusieurs études ont noté des différences entre les adultes et les adolescents parricides. D'autres chercheurs ont aussi noté qu'il y avait une différence entre ceux réagissant à l'abus subi et ceux présentant une maladie mentale. Les résultats de cette étude montrent que même chez les individus présentant une maladie mentale sévère (troubles psychotiques), il y a des regroupements distincts offrant des caractéristiques très différentes. L'intervention et la prévention ne peuvent ainsi être les mêmes. Un diagnostic précis et rapide ainsi que des interventions adaptées pourraient faire en sorte de soutenir ces individus à risque et leur famille afin de mieux les aider dans leur souffrance souvent très intense.

Plus particulièrement, suite à une première catégorisation des individus psychotiques, des plans d'action préventive pourraient être mis en place. Ces plans d'action peuvent s'adresser à l'individu à risque de passage à l'acte, mais aussi à la victime potentielle. Le rôle de la victime dans le parricide est décisif dans le passage à l'acte. Le parricide n'est pas qu'un simple homicide ; il est un homicide dans lequel l'élément relationnel est au cœur même du passage à l'acte. Wolfgang (1957) avait attiré l'attention sur l'importance du rôle de la victime dans l'homicide intrafamilial. Dans cette recherche, les résultats dénotent l'importance du rôle de la victime chez l'ensemble des participants et constitue également un élément distinctif entre les trois regroupements. Dans le premier regroupement, la victime ne reconnaît pas la psychopathologie de son enfant et elle instaure une limite dans la relation. Dans le

deuxième regroupement, la victime met également une limite, mais de façon délibérée en connaissance de cause. Dans le troisième, la victime ne reconnaît pas la psychopathologie et elle ne met pas de limite avec son enfant. De même, la victime et l'enfant vivent tous deux dans un climat de violence. Ce climat de violence peut supposer des interactions agressives entre les deux protagonistes. Cette dynamique relationnelle devrait être à considérer lors des plans d'action préventive.

Ainsi, la prévention du parricide doit se faire auprès des deux principaux acteurs, soit le parricide et sa victime potentielle, le parent. Bien que peu de prodromes soient présents chez les parricides psychotiques du regroupement I, certaines actions préventives peuvent être mises en place. Dans un premier temps, un travail peut être fait auprès du parent quant à la reconnaissance de la psychopathologie chez son enfant. Dans un deuxième temps, il serait important d'intervenir auprès de ce parent afin de l'aider à instaurer, de façon graduelle et adéquate, des limites stables. Parallèlement, afin d'éviter que l'individu à risque de parricide ne vive la séparation comme un vide menaçant et brutal, un certain support doit être offert aux deux acteurs dans leur gestion de la distance relationnelle. Pour les individus du regroupement II, des actions visant un meilleur suivi au niveau comportemental (prise de médication et comportement inadéquat) seraient pertinentes. Un encadrement plus serré et un support aux parents seraient à recommander. Pour les parricides du regroupement III, il pourrait être efficace d'intervenir auprès d'eux ainsi qu'auprès de leurs parents. La sensibilisation et la conscientisation à la souffrance qui tenaille l'enfant seraient un pas dans la bonne direction.

LIMITES ET POINTS FORTS

Quelques limites sont présentes dans cette étude. Tout d'abord, la cueillette de données est exclusivement faite à partir d'informations de dossiers et aucune entrevue individuelle n'a été réalisée. L'utilisation de variables dichotomiques imposées par l'analyse typologique hiérarchique diminue la richesse des variables et simplifie la réalité. Également, l'absence d'une procédure d'accord inter-juges impliquant un autre psychiatre quant aux diagnostics peut être la source d'un certain biais. Il est à noter également que les participants de l'étude constituent un groupe homogène de parricides adultes psychotiques. Cette particularité fait en sorte que les résultats retrouvés sont spécifiques aux parricides adultes psychotiques, et qu'ils ne peuvent être généralisés à l'ensemble des parricides comprenant des individus adolescents et des individus non psychotiques.

D'un autre côté, cette étude comporte des points forts. Il faut rappeler que cette étude comprend pratiquement tous les parricides adultes psychotiques de la province de Québec de, 1976 à 2005 jugés non responsables criminellement, ce qui, en soi, est une grande force. Tous les diagnostics ont été basés sur le DSM comme manuel de référence. De même, à notre connaissance cette étude est la première portant sur la recherche de regroupements de parricides adultes psychotiques. Les trois regroupements de parricides, distincts entre eux, offrent une richesse pour la compréhension du parricide. Ces résultats ont permis de suggérer des pistes de réflexion sur la prévention et l'intervention auprès des individus à risque de parricide.

SUGGESTIONS DE RECHERCHES FUTURES

Cette étude constitue un premier pas dans la compréhension du parricide. Comme il a été présenté précédemment, l'existence des trois regroupements de parricides adultes psychotiques est supportée théoriquement. Toutefois, il serait pertinent de soumettre à nouveau à l'épreuve l'hypothèse de ces regroupements sur une plus grande population de parricides psychotiques. Une étude pan-canadienne, par exemple, permettrait de refaire des analyses typologiques. Par exemple, il est possible que l'accroissement du nombre de participants conduise à une différence significative entre les trois regroupements par rapport aux troubles de la personnalité du groupe B de l'Axe II incluant les troubles de la personnalité antisociale, borderline, histrionique et narcissique.

Des études portant sur la présentation de vignettes cliniques pourraient être présentées pour décrire chacun des trois regroupements. Cette façon de faire permettrait de bien illustrer les différences entre les trois regroupements et conduirait probablement à une réflexion clinique plus approfondie ainsi que sur des actions préventives et des interventions spécifiques sur chacun de ces trois regroupements.

En outre, il serait intéressant de faire une étude sur l'ensemble des parricides. Rares sont les études qui ont utilisé des échantillons en milieu carcéral et en milieu psychiatrique. Une étude approfondie sur le sujet au Québec et au Canada permettrait sans doute de mieux comprendre le parricide dans son ensemble. De même une étude de

ce genre pourrait éventuellement conduire à une analyse typologique de l'ensemble des parricides.

Finally, it is suggested that a typological analysis be conducted on individuals with psychosis who have committed a homicide. This study would allow the postulate of a greater similarity between psychotic murderers and psychotic parricides than between psychotic parricides and non-psychotic parricides. Nordström and Kullgren (2003) observed a certain similarity between familial and non-familial psychotic murders. Moreover, Ochoisky (1963) proposed the hypothesis that several homicides would be in fact parricides camouflaged by the displacement of aggression onto a lateral object of the primitively felt aggression towards parents.

Conclusion

À partir de l'ensemble des parricides adultes psychotiques hospitalisés à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal entre 1976 et 2000, une analyse typologique a été réalisée à partir de dix variables sélectionnées. Trois regroupements ont été constitués. Ces résultats ne furent pas une surprise en soi, puisque d'autres auteurs avaient suggéré ce même genre de classification. Toutefois, contrairement à la majorité de ces études, les résultats de cette présente thèse peuvent être supportés tant au niveau théorique qu'au niveau empirique.

L'originalité de cette étude réside dans le fait que la typologie et sa compréhension ne sont pas basées uniquement sur les comportements, mais davantage sur ce qui sous-tend le parricide. En tenant compte du développement psychoaffectif, la compréhension du parricide permet d'émettre l'hypothèse que la dynamique intrapsychique est à la source du parricide et que, comme l'avait proposé Ochonisky (1963), les regroupements retrouvés peuvent se transposer à d'autres types d'homicide commis par des adultes psychotiques.

Les résultats de cette recherche permettent de dégager ainsi deux points importants quant à l'intervention et la prévention auprès des parricides. D'une part, pour prévenir le passage à l'acte chez les parricides adultes psychotiques, la prise en compte des éléments comportementaux, mais aussi intrapsychiques expliquant les

comportements, est essentielle. D'autre part, la différenciation entre les parricides adultes psychotiques permet de nuancer les interventions auprès de ceux-ci. D'ailleurs, des études éventuelles devraient préciser différentes caractéristiques en lien avec ces trois regroupements afin de spécifier des moyens d'intervention.

Cette étude doit être vue comme faisant partie d'un processus plus large afin de mieux comprendre le parricide. Il existe plusieurs perspectives pour la recherche future. Dans un premier temps, des études sur d'autres types de parricides (par exemple, sur des individus vivant en prison) et de vignettes cliniques portant sur les trois regroupements proposés seraient certes pertinentes dans l'approfondissement du sujet. Dans un deuxième temps, afin de vérifier si les résultats de cette étude peuvent se généraliser à d'autres phénomènes connexes, des études typologiques portant sur l'homicide commis par des adultes psychotiques seraient avantageuses. Et finalement, il serait des plus intéressants de mener des recherches appliquées, portant sur la prévention et l'intervention, à partir de résultats de la présente étude.

Références

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Anthony, E., & Rizzo, J.A. (1974). La fille parricide. Dans Anthony, E.J., & Koupernik, C. (Éds), *L'enfant dans la famille* (Vol.2), (p. 275-289). Paris : Presses Universitaires de France.
- Auclair, N., Marleau, J., Millaud, F., & Toutant, C. (2007). Adolescents parricides : une comparaison avec des adolescents homicides. *Évolution Psychiatrique*, 71, 259-267.
- Barclay, G., Tavares, C., & Siddique, A. (2001). International comparisons of criminal justice statistics 1999. Issue 6/01. Récupéré le 18 mars 2006 de <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hosb601.pdf>.
- Barclay, G., Tavares, C., Kenny, S., Siddique A., & Wilby E. (2003). International comparisons of criminal justice statistics 2001. Issue 12/03. Récupéré le 18 mars 2006 de <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hosb1203.pdf>.
- Baxter, H., Duggan, C., Larkin, E., Cordess, D., & Page, K. (2001). Mentally disordered parricide and stranger killers admitted to high-security care : 1- A descriptive comparison. *Journal of Forensic Sciences*, 12 (2), 287-299.
- Bénézech, M. (1992). De quoi souffrent les parricides? *Perspectives Psychiatriques*, 31, 207-212.
- Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale. L'inépuisable Œdipe*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Bordas.
- Beukenkamp, C. (1960). Phantom patricide. *Archives of General Psychiatry*, 3, 282-288.
- Boudouris, J. (1974). A classification of homicide. *Criminology*, 11, 525-540.
- Bunker, H.A. (1944). Mother-murder in myth and legend : a psychoanalytic note. *The Psychoanalytic Quarterly*, 13, 198-207.
- Campion, J., Cravens, J.M., Rotholc, A., Weinstein, H., Covan, F., & Alpert, M. (1985). A study of 15 matricidal men. *American Journal of Psychiatry*, 142, 312-317.
- Chiswick, D. (1981). Matricide. *British Medical Journal*, 283, 1279.
- Clark, S.A. (1993). Matricide : the schizophrenic crime? *Medicine, Science and the Law*, 33, 325-328.

- Cooke, G. (2001). Parricide. *Journal of Threat Assessment*, 1, 35-45.
- Corder, B.F., Ball, B.C., Haizlip, T.M., Rollins, R., & Beaumont, R. (1976). Adolescent parricide : a comparison with other adolescent murder. *American Journal of Psychiatry*, 133, 957-961.
- Cournoyer, G., & Ouimet, G. (2003). *Code criminel annoté 2004*. Éditions Yvon Blais.
- Crauser, J.-P., Harvatopoulos, Y., & Sarnin P. (1989). *Guide pratique de l'analyse des données*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Cravens, J.M., Champion, J., Rotholz, A., Covan, F., & Cravens, R.A. (1985). A study of 10 men charged with patricide. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1089-1092.
- Cusson, M. (1998). *Les homicides d'hier et d'aujourd'hui*. Cahiers de recherche du CICC, Université de Montréal.
- Daly, M., & Wilson, M. (1988). *Homicide*. New York : Aldine de Gruyter.
- Dauvergne, M. (2004). L'homicide au Canada, 2003. *Statistique Canada*, 24, 6.
- Debray, Q., Nollet, D. (1997). *Les personnalités pathologiques : approche cognitive et thérapeutique*. Paris : Éditions Masson.
- Devaux, C., Petit, G., Perol, Y., & Porot, M. (1974). Enquête sur le parricide en France. *Annales Médico-Psychologiques*, 1, 161-168.
- De Waele, J.P. (1957). Two Rorschach tests of a parricide; contribution to the study of the danger stage. *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica* 57, 222-259.
- D'Orban, P.T., & O'Connor, A. (1989). Women who kill their parents. *British Journal of Psychiatry*, 154, 27-33.
- Dodd, T., Nicholas, S., Povey, D., & Walker, A. (2005). *Crime in England and Wales 2003/2004: Supplementary Volume 1. Homicide and gun crime*. Récupéré le 14 avril 2006 de <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs04/hosb1004.pdf>.
- Dostoïevski, F. (1880). *Les frères Karamazov*. Paris : Garnier, 1969.
- Easson, W.M., & Steinhilber, R.M. (1961). Murderous aggression by children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 4, 27-35.
- Ellis A., & Gullo J.M. (1971). *Murder and Assassination*. New York : Lyle Stuart.
- Eschyle (458 av. J-C.). *The Eumenides*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1970.

- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.
- Estève, D. (2003). Y a-t-il une prévention du parricide psychotique. *Perspectives Psychiatriques*, 42, 56-62.
- Ewing, C.P. (1997). *Fatal Families*. Thousand Oaks. Sage Publications.
- Farooque, R.S., Stout, R.G., & Ernst, F.A. (2004). Homicide at home : parental murder, child murder, intimate partner murder – a comparative study of ultimate violence in the family. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 25 (2), 5-24.
- Foucault, M. (1973). *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère... : un cas de parricide au XIXe*. Paris : Gallimard.
- Fournier, L., & Plamondon, J. (1996). *L'essentiel des méthodes quantitatives*. Québec : Guérin éditeur.
- Freud, S. (1913). *Totem et tabou : quelques concordances entre la vie psychique des sauvages et celle des névrosés*. Paris : Gallimard, 1993.
- Freud, S. (1928). Dostoïevski et la mise à mort du père. Dans Bourguignon A., Cotet, P., & Laplanche J. (Éds), *Sigmund Freud - Oeuvres complètes : Psychanalyse*. (Vol. XVIII), (2^e éd.), (pp. 205-225). Paris : Presses Universitaires de France, 2002.
- Gannon, M. (2003). La violence familiale au Canada : homicides dans la famille. *Statistique Canada*, 23, 40-58.
- Gelles, R.J., & Straus, M.A. (1979). Violence in the american family. *Journal of Social Issues*, 35, 15-39.
- Govaert, G. (2003). *Analyse des données*. Paris : Hermès sciences.
- Green, C. (1981). Matricide by sons. *Medicine, Science and the Law*, 21, 207-214.
- Guiliani, P., & Raymond, S.G. (1988). Le matricide ou ultime tentative. *Synapse*, 43, 26-36.
- Halberstadt-Freud, H.C. (1999). The relevance of Marcel Proust to psychoanalysis. Perversion and homosexuality : Parricide or matricide? *Revue Française de Psychanalyse*, 63, 585-602.
- Heide, K.M. (1992). *Why kids kill parents : child abuse and adolescent homicide*. Columbus, USA : Ohio State University Press.

- Hillbrand, M, Alexandre, J.W., Young, J.L., & Spitz, R.T. (1999). Parricides : characteristics of offenders and victims, legal factors, and treatment issues. *Aggression and Violent Behavior, 4*, 179-190.
- Hodgins, S., & Côté G. (1990). The prevalence of mental disorders among penitentiary inmates. *Canada's Mental Health, 38*, 1-5.
- Holcomb, W. (2000). Matricide : primal aggression in search of self-affirmation. *Psychiatry, 63*, 264-287.
- Hull, J.D. (1987). Brutal treatment, vicious deeds. *Time, 130*, 68-72.
- Jones, E. (1910). The Oedipus complex as an explanation of Hamlet's mystery. *American Journal of Psychology, 21*, 72-113.
- Joyal, C.C., Putkonen, A., Paavola, P., & Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine, 34*, 433-442.
- Kanzer, M. (1948). Dostoyevsky's matricidal impulses. *Psychoanalytic Review, 35*, 115-125.
- Kernberg, O.F. (1979). Les troubles limites de la personnalité. Toulouse : Privat.
- Kottler, C., & Robbe, G. (1988). Réflexions sur le passage à l'acte matricide des psychotiques. *Annales Psychiatriques, 3*, 231-234.
- Lamothe, P., & Gravier, B. (1992). Remarques sur l'évolution clinique du parricide. *Perspectives Psychiatriques, 31*, 229-234.
- Lebovici, S. (1974). Les enfants qui torturent et qui assassinent. Dans Anthony, E.J., & Koupernik, C. (Eds), *L'enfant dans la famille* (Vol. II), (pp. 249-262). Paris : Masson et cie, 1974.
- Le Brun de la Rochette, C. (1643). *Le procès civil et criminel, contenant la méthodique liaison du droit et de la pratique judiciaire, civile et criminelle.*(5^e éd.). Lyon : I.A. Candy, Imprimeur ordinaire du roy.
- Le Petit Larousse illustré.* (2005). Paris : Larousse.
- Le Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (2005). Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Le Robert & Collins : dictionnaire français-anglais, anglais-français senior.* (1993). Paris : Dictionnaires Le Robert.

- Lewis, M., Scott, D., Baranoski, M., Buchanan, J., & Griffith, E. (1998). Prototypes of intrafamily homicide and serious assault among insanity acquittees. *Journal of the American Academic of Psychiatry and Law*, 26, 37-49.
- Lindner, R. (1948). The equivalents of matricide. *Psychoanalytic Quartely*, 17, 453-470.
- Lipson, C.T. (1986). A case report of matricide. *American Journal of Psychiatry*, 143, 112-113.
- Mahler, M. (1968). *Psychose infantile*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Marleau, J. (2002). Parricide et caractéristiques de la fratrie des agresseurs. *Canadian Journal of Criminology*, 44, 77-96.
- Marleau, J. (2003). Methods of killing employed by psychotic parricides. *Psychological Reports*, 93, 519-520.
- Marleau, J., Auclair, N., & Millaud, F. (2006). Comparison of factors associated with parricide in adults and adolescents. *Journal of Family Violence*, 21, 321-325.
- Marleau, J., Millaud, F., & Auclair, N. (2003). A comparison of parricide and attempted parricide : a study of 39 psychotic adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 269-279.
- Marleau, J., Roy, R., Webanck, T., Laporte, L., & Poulin, B. (1999). Dans Proulx, J., Cusson, M., & Ouimet, M. (Eds), *Les Violences Criminelles* (pp. 107-129). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Marleau, J., & Webanck, T. (1997). Parricide and violent crimes : a canadian study. *Adolescence*, 32, 357-358.
- Martorell, A. (1987). Violence et parricide chez les jeunes ne présentant pas de pathologie psychiatrique caractérisée. *Soins Psychiatrie*, 85, 5-11.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris : Payot.
- Maas, R.L., Prakash, R., Hollender, M.H., & Regan, W.M. (1984). Double parricide – matricide and patricide : a comparison with other schizophrenic murders. *Psychiatric Quarterly*, 56, 286-290.
- McKnight, C.K., Mohr, J.W., Quinsey, R.E., & Erochko, J. (1966). Matricide and mental illness. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 11, 99-106.

- McCarthy, L., Page K., Baxter H., Larkin, E., Cordess, C., & Duggan C. (2001). Mentally disordered parricide and stranger killers admitted to high-security care : 2. Course after release. *Journal of Forensic Psychiatry, 12*, 501-514.
- Millaud, F. (1989a). L'homicide chez le patient psychotique : Une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *Revue Canadienne de Psychiatrie, 34*, 340-346.
- Millaud, F. (1989b). Comportements violents : réflexion psychodynamique. *Santé Mentale au Québec, 14*, 206-209.
- Millaud, F., Auclair, N., & Meunier, D. (1996). Parricide and mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry, 19*, 173-182.
- Millaud, F., & Dubreucq, J.L. (2005). Évaluation de la dangerosité du malade psychotique. *Annales Médico-Psychologiques, 163*, 852-865.
- Millaud, F., Roy, R., Gendron, P., & Aubut, J. (1992). Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. *Canadian Journal of Psychiatry, 37*, 608-615.
- Misès, R. (1990). *Les pathologies limites de l'enfance*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Mohr, J.W., & McKnight, C.K. (1971). Violence as a function of age and relationship with special reference to matricide. *Canadian Psychiatric Association Journal, 16*, 29-32.
- Mones, P. (1991). *When a Child Kills : Abused Children Who Kill Their Parents*. New York : Pocket Books.
- Mouridsen, S.E., & Tolstrup, K. (1988). Children who kill : A case study of matricide. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29*, 511-515.
- Mouzos, J., & Rushforth, C. (2003). Family homicide in Australia. *Eight Australian Institute of Family Studies Conference*, 1-6.
- Mueller, R.S. (2004). *Crime in the United States 2003*. U.S. Department of Justice. Federal Bureau of Investigation. Récupéré le 19 août 2006 de http://www.fbi.gov/ucr/cius_03/pdf/toc03.pdf
- Nassif, R., & Bendjilali, D. (1998). À propos d'une tentative de suicide... *Information Psychiatrique, 2*, 121-129.
- Newhill, C.E. (1996). Prevalence and risk factors for client violence toward social workers. *Families in Society, 77*, 488-495.

- Nordström, A., & Kullgren, G. (2003). Do violent offenders with schizophrenia who attack family members differ from those with other victims? *International Journal of Forensic Mental Health*, 2, 195-200.
- O'Connell, B.A. (1963). Matricide. *Lancet*, 1, 1083-1084.
- Ochonisky, A. (1963). Contribution à l'étude du parricide : à propos de douze observations cliniques. *Psychiatrie de l'Enfant*, 6, 411-487.
- Pera, B.S., & Dailliet, A. (2005). Homicide par des malades mentaux : analyse clinique et criminologique. *L'Encéphale*, 31, 539-549.
- Pett, M.A. (1997). *Nonparametric statistics for health care research*. London : Sage Publications.
- Pinard, A., Lavoie, G., & Delorme, A. (1977). *La présentation des thèses et des rapports scientifiques (normes et exemples)* (3^e éd.). Montréal : Institut de recherches psychologiques.
- Post, S. (1982). Murderous aggression by children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 445-455.
- Provost, M.A., Alain, M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (2006). *Normes de présentation d'un travail de recherche* (2^e éd.). Trois-Rivières : Les Éditions SMG.
- Proulx, F., Brault, J., Millaud, F., & Marleau, J. (2001). *Les homicides intra-familiaux chez une population psychiatrique*. Récupéré le 11 avril 2005 de <http://www.cpa.apc.org/>
- Raizen, K. (1960). A case of matricide-patricide. *British Journal of Delinquency*, 10, 277-295.
- Robbe, G., Lafargue, M.-M., & Kottler, C. (1992). Matricide du psychotique : la question de l'intentionnalité. *Perspectives Psychiatriques*, 31, 218-222.
- Sadoff, R. (1971). Clinical observations on parricide. *Psychiatric Quartely*, 45, 65-69.
- Sadoff, R. (1976). Parricide : the search for motivation. *Contemporary Psychology*, 21, 440-441.
- Sargent, D. (1962). Children who kill – a family conspiracy? *Social Work*, 7, 35-42.
- Schmouckovitch M. (1995). La psychopathologie du parricide. *Évolution psychiatrique*, 60, 339-349.

- Schwade, E.D., & Geiger, S.G. (1953). Matricide with electroencephalographic evidence of thalamic or hypothalamic disorder. *Diseases of the Nervous System*, 14, 18-20.
- Shakespeare, W. (1603). *Hamlet, prince of Denmark*. London : J.M. Dent, 1960.
- Shon, P.C.H., & Targonski, J.R. (2003). Declining trends in U.S. parricides, 1976-1998 : Testing the Freudian assumptions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 387-402.
- Singhal, S., & Dutta, A. (1990). Who commits patricide? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 40-43.
- Singhal, S., & Dutta, A. (1992). Who commits matricide? *Medicine, Science and the Law*, 32, 213-217.
- Sophocle (430 av. J.-C.) *Oedipe-roi*. Paris : Hatier, 1961.
- Steele, C.M. (1988). The psychology of self-affirmation : Sustaining the integrity of the self. *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, 261-302.
- Stoessel, T., & Bornstein, S.J. (1988). Enquête sur le parricide en France en 1985-1986. *Annales Psychiatriques*, 3, 222-229.
- Taylor, P.J., & Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness : myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, 9-14.
- Taylor, P.J., Leese, M., Williams, D., Butwell, M., Daly, R., & Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence. *British Journal of Psychiatry*, 172, 218-226.
- Tsalicoglou, F. (1988). Le matricide, paradis perdu du psychotique. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, 3, 332-344.
- Vaisanen, L., & Vaisanen, E. (1983). Matricide where the daughter was an instrument for the suicide of her mother. *Psychiatria Fennica (Suppl.)*, 119-122.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder : case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Walzer, M. (1989). *Régicide et révolution : le procès de Louis XVI*. Paris : Payot.
- Weisman, A.M., & Sharma, K.K. (1997). Forensic analysis and psycholegal implications of parricide and attempted parricide. *Journal of Forensic Sciences*, 42, 1107-1113.

- Wertham, F. (1941). The matricidal impulse : critique of Freud's interpretation of Hamlet. *Journal of Criminal Psychopathology*, 2, 455-464.
- Winfield, D.L., & Osturk, O. (1959). Electro-encephalographic findings in matricide. *Diseases of the Nervous System*, 20, 176-178.
- Wolfgang, M.E. (1957). Victim precipitated criminal homicide. *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, 48, 1-11.
- Woodward, M., Nursten, J., Williams, P., & Badger, D. (2000). Mental disorder and homicide : a review of epidemiological research. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9, 171-189.
- Yvonneau, M. (1990). Matricide et vampirisme. *Évolution Psychiatrique*, 55, 567-577.
- Zagury, D. (1992). Le double parricide, un crime d'autoengendrement. *Perspectives Psychiatriques*, 31, 235-248.
- Zagury, D., & Millaud, F. (1998). *Le passage à l'acte*. Montréal : Masson.

Appendice A

Diagnostiques des parricides des recherches cliniques publiées

	O'Connell*	McKnight et al.*	Green*	Campion et al.*	Cravens et al.*	Tsalicoglou*	Singhal & Dutta*	Singhal & Dutta*	Millard, Auclair & Meunier*	Marleau, Millard & Auclair*	Baxter et al.*	D'Orban & O'Connor**	Clark**	Weisman & Sharma**	Holcomb**	
Diagnostics	1963	1966	1981	1985	1985	1988	1990	1992	1996	2000	2001	1989	1993	1997	2000	
TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE																
Abus de psychotropes, drogues ou alcool					10%				42%	3%		6%	15%		8%	
Toxicomanie														8%		
Psychose toxique				27%												
SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES																
Schizophrénie	85%	83%	74%	53%	80%	100%	80%	94%			79%	35%	23%		32%	
Schizophrénie et trouble de la personnalité								6%								
<i>Schizophrénie catatonique</i>			50%											19%		
<i>Schizophrénie résiduelle</i>												6%				
<i>Schizophrénie hébéphrénique</i>												6%	7%			
<i>Schizophrénie paranoïde</i>		33%			40%				42%	56%		12%				
<i>Schizophrénie indifférenciée avec traits paranoïdes</i>					40%											
Trouble paranoïde									17%							
Trouble schizophréniforme					10%					3%						
Trouble schizo-affectif			9%							8%		12%				
Trouble délirant										5%						
Trouble délirant avec abus de psychotropes									17%							
Maladie psychotique														69%	12%	
Réaction psychotique aiguë										3%						
Trouble psychotique non-spécifié										3%						

(suite)

	O'Connell*	McKnight et al.*	Green*	Campion et al.*	Cravens et al.*	Tsalicoglou*	Singhal & Dutta*	Singhal & Dutta*	Millaud, Auclair & Meunier*	Marleau, Millaud & Auclair*	Baxter et al.*	D'Orban & O'Connor**	Clark**	Weisman & Sharma**	Holcomb**
Diagnostics	1963	1966	1981	1985	1985	1988	1990	1992	1996	2000	2001	1989	1993	1997	2000
RETARD MENTAL ET AUTRES															
Déficience intellectuelle		8%													
Autres															16%
Aucun diagnostic											2%	12%	27%		8%

Note. Dans certaines études, un sujet pouvait présenter plus d'un diagnostic psychiatrique.

* Milieu psychiatrique seulement

** Milieu psychiatrique et pénitencier

(Tableau des diagnostics à partir de Proulx, Brault, Millaud et Marleau, 2001)

Appendice B

Liste des variables

Facteurs	Variables	Type de variable	Modalité
Caractérisation du délit	1) Type de délit	Dichotomique	Complété ou tentative
	2) Méthode employée	Nominale (6)	Arme à feu, couteau, objet contondant, sans arme, voie de fait, ou autre
	3) Violence excessive lors du passage à l'acte	Dichotomique	Oui ou non
	4) Témoin au moment de l'agir	Dichotomique	Oui ou non
	5) Seconde victime autre que le parent	Dichotomique	Oui ou non
	6) Idées suicidaires suite au passage à l'acte	Dichotomique	Oui ou non
	7) Tentative de suicide suite au passage à l'acte	Dichotomique	Oui ou non
Facteurs statiques	1) Sexe de la victime	Nominale (3)	Mère, père ou les deux
	2) Statut des parents	Nominale (2)	Biologique ou adoptif
	3) Âge de l'agresseur	Continue	18 ans à 59 ans
	4) État matrimonial	Nominale (4)	Célibataire, marié(e)/conjoint(e) de fait, veuf(ve) ou divorcé(e)/séparé(e)
	5) Occupation	Nominale (4)	Sans travail, travail temps partiel, travail temps plein, étudiant(e)
	6) Lieu d'habitation	Nominale (4)	Avec la victime, seul en appartement, en foyer d'accueil ou en appartement avec quelqu'un
	7) Antécédents psychiatriques personnels	Dichotomique	Oui ou non
	8) Antécédents psychiatriques familiaux	Dichotomique	Oui ou non
	9) Consommation d'alcool ou de drogues dans les mois précédents	Dichotomique	Oui ou non
	10) Menaces antérieures d'agression contre la victime	Dichotomique	Oui ou non
	11) Menaces antérieures d'agression contre une autre personne	Dichotomique	Oui ou non
	12) Antécédents personnels de violence	Dichotomique	Oui ou non
	13) Antécédents familiaux de violence	Dichotomique	Oui ou non
	14) Exposition à des modèles familiaux de violence	Dichotomique	Oui ou non
	15) Victime de violence antérieure	Dichotomique	Oui ou non
	16) Idées suicidaires avant le délit	Dichotomique	Oui ou non
	17) Tentative de suicide avant le délit	Dichotomique	Oui ou non

(suite)

Facteurs	Variables	Type de variable	Modalité
Facteurs situationnels	1) Intoxication lors du passage à l'acte	Dichotomique	Oui ou non
	2) Prise de médicaments	Dichotomique	Oui ou non
	3) Cessation de médication	Nominale (3)	Oui, non ou ne prend pas de médication
	4) Prise irrégulière de médication	Nominale (3)	Oui, non ou ne prend pas de médication
	5) Reconnaissance d'une pathologie psychiatrique par la victime	Dichotomique	Oui ou non
	6) Mise de limite par la victime (projet d'hospitalisation, mise à distance, rupture relationnelle)	Dichotomique	Oui ou non
	7) Demande d'aide psychiatrique avant l'agression par l'entourage	Dichotomique	Oui ou non
	8) Décès dans l'entourage	Dichotomique	Oui ou non
Facteurs liés à l'état mental	1) Diagnostic de trouble du spectre schizophrénique à l'Axe I	Dichotomique	Oui ou non
	2) Sémiologie	Nominale (5)	Idée délirante de contrôle, idée délirante de grandeur, idée délirante de persécution, idée délirante dépressive altruiste, hallucination auditive impérieuse
	3) Diagnostic d'un trouble de la personnalité du groupe B à l'Axe II	Dichotomique	Oui ou non