



**HAL**  
open science

# Etude comparative entre les passages à l'acte patricides et matricides : à propos de 32 patients hospitalisés à l'UMD de Sarreguemines

Aurélie Kalt

► **To cite this version:**

Aurélie Kalt. Etude comparative entre les passages à l'acte patricides et matricides : à propos de 32 patients hospitalisés à l'UMD de Sarreguemines. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01732011

**HAL Id: hal-01732011**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732011>**

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



## AVERTISSEMENT

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

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

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

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

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

**THESE**

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

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

par

**Aurélie KALT**

le 18 octobre 2013

**ETUDE COMPARATIVE ENTRE LES PASSAGES A  
L'ACTE PATRICIDES ET MATRICIDES**

**A PROPOS DE 32 PATIENTS HOSPITALISES  
A L'UMD DE SARREGUEMINES**

Examineurs de la thèse :

|                   |                       |                        |
|-------------------|-----------------------|------------------------|
| M. J.P. KAHN      | Professeur            | Président et Directeur |
| M. B. KABUTH      | Professeur            | Juge                   |
| M. L. MARTRILLE   | Maître de Conférences | Juge                   |
| M. J.L. SENNINGER | Praticien Hospitalier | Juge et Directeur      |

# UNIVERSITÉ DE LORRAINE

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

**Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI**

**Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD**

**Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ**

**Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN**

**Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT**

### Assesseeurs :

|  |  |
|--|--|
| - 1 <sup>er</sup> Cycle :  | <b>Professeur Bruno CHENUÉL</b>            |
| - « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales » | <b>M. Christophe NÉMOS</b>                 |
| - 2 <sup>ème</sup> Cycle :   | <b>Professeur Marc DEBOUVERIE</b>          |
| - 3 <sup>ème</sup> Cycle :   |  |
| « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »  | <b>Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI</b>   |
| « DES Spécialité Médecine Générale »   | <b>Professeur Paolo DI PATRIZIO</b>        |
| - Filières professionnalisées :  | <b>M. Walter BLONDEL</b>                   |
| - Formation Continue :   | <b>Professeur Hervé VESPIGNANI</b>         |
| - Commission de Prospective :  | <b>Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT</b>  |
| - Recherche :  | <b>Professeur Didier MAINARD</b>           |
| - Développement Professionnel Continu :  | <b>Professeur Jean-Dominique DE KORWIN</b> |
| <b>Assesseeurs Relations Internationales</b>   | <b>Professeur Jacques HUBERT</b>           |

### DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

### PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY  
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -  
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre  
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard  
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD  
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET  
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -  
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS Michel  
MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET- VAUTRIN  
- Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS  
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT -  
Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER Daniel SCHMITT -  
Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET  
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ  
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

### PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE  
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN  
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD  
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL  
Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY  
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER  
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)**

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Ophthalmologie*)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ**

**Médecine Générale**

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

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

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)**

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)**

Docteur Aude BRESSENOT

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)**

Docteur Damien MANDRY

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)**

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)**

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Madame Marie MACHOUART

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

**2<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**

Docteur Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**4<sup>ère</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)**

Docteur Nicolas JAY

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)**

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)**

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteur Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)**

Docteur Stéphane ZUILY

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)**

Docteur Laure JOLY

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**3<sup>ème</sup> sous-section :**

Docteur Olivier MOREL

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteur Elisabeth STEYER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER



**19<sup>ème</sup> section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -

- Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert

UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*

Professeur Paul MICHIELSEN (1979) *Université Catholique, Louvain (Belgique)*

Professeur Charles A. BERRY (1982)

*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) *Brown*

*University, Providence (U.S.A)*

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

Harry J. BUNCKE (1989)

*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

*Université de Montréal (Canada)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)

*Université de Dundee (Royaume Uni)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) *Institut*

*d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS

(1996)

*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

*Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur James STEICHEN (1997) *Université d'Indianapolis (U.S.A)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997) *Centre*

*Universitaire de Formation et de*

*Perfectionnement des Professionnels de Santé*

*d'Hô*

*Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005) *Institute of*

*Technology, Atlanta (USA)*

Professeur David ALPERS (2011)

*Université de Washington (USA)*

Professeur Yunfeng ZHOU (2009) *Université de*

*WUHAN (CHINE)*

**A notre Maître, Président et Directeur de thèse**

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

Professeur de Psychiatrie d'adultes

Nous vous remercions du très grand honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement clinique et théorique au cours de notre internat, ainsi que de vos précieux conseils dans la direction de ce travail. Nous avons admiré vos qualités, tant sur le plan humain que pédagogique, ainsi que votre rigueur intellectuelle.

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

**A notre Maître et Juge**

**Monsieur le Professeur B. KABUTH**

Professeur de Pédopsychiatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de participer à notre jury de thèse.

Nous avons apprécié, tout au long de nos études, votre enseignement riche et dynamique, le partage de votre expérience, ainsi que votre disponibilité.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre respectueuse estime et notre gratitude.

**A notre Maître et Juge**

**Monsieur le Docteur L. MARTRILLE**

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier  
Chef du Service de Médecine Légale du CHU de Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de participer à notre jury de thèse et espérons que notre travail saura retenir votre intérêt.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre reconnaissance et notre gratitude.

**A notre Juge et Directeur de thèse**

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

Psychiatre des hôpitaux - Chef de Pôle

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites de participer à notre jury de thèse et à votre soutien bienveillant au cours de l'élaboration de ce travail.

Durant notre internat, nous avons pu apprécier votre sens clinique et vos compétences scientifiques. Nous vous remercions de votre sympathie et de votre disponibilité. Nous vous sommes très reconnaissante de la confiance que vous nous faites en nous accueillant prochainement au sein de votre service.

Votre passion pour la psychiatrie légale et l'addictologie est un exemple.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude, de notre profond respect et de notre admiration.

## **A nos Maîtres de stage**

Madame le Docteur M. BIRIG

Madame le Docteur S. ZEYBEK

Monsieur le Docteur L. ABREU

Monsieur le Docteur L. DEFRANOUX, pour son enseignement bien particulier de la psychanalyse grâce à ses exemples cliniques et au Petit Chaperon Rouge qui égayent nos midis.

## **A leurs collaborateurs qui ont participé à notre formation**

Monsieur le Docteur S. PEZZOLO, le 3<sup>ème</sup> Dalton !

Madame le Docteur V. MATEI

Monsieur le Docteur D. MARCOT

Monsieur le Docteur A. KHIRECHE

Monsieur le Docteur B. SCHEIFLER, pour son soutien et son aide précieuse.

Monsieur le Docteur D. MEYER, pour sa gentillesse et sa bienveillance.

Monsieur le Docteur A. MILOSESCU, pour sa bonne humeur.

Monsieur le Docteur F. DAGNEAU

Monsieur le Docteur E. VELASCO, number two ! Un vrai père pendant ce semestre de pédopsychiatrie ! J'espère que vous apprécierez les gambas, profitez-en c'est gratuit aujourd'hui !

Madame le Docteur C. FLORY

Monsieur le Docteur D. MOREL

Madame le Docteur M. BERTE

Monsieur le Docteur G. SCHNEIDER

Nous vous remercions de nous avoir accompagnée dans notre formation.

Que ce travail témoigne de notre gratitude et de notre profond respect.

**Aux équipes des 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> services du CHS de Sarreguemines, du CHU, des Glacis et du CMP enfants de Sarreguemines.**

**A Cordut,** « mon maître de la psychiatrie »,

Merci pour ta patience, ta sympathie et ces bons moments. On se rappellera longtemps de ce premier entretien avec un psychotique... Et de ton goût pour Lady Gaga !

**A Françoise,**

Merci pour ton soutien, ces journées passées à farfouiller aux archives et ta relecture minutieuse. « Mais c'est qui ce al ?! ».

**A Maryse,**

Merci pour ton aide, pour ces appels aux quatre coins de la France et tes conseils fashion !

**A mes co-internes,**

Marie « la muppet » et Jilani « le padawan » pour leur soutien sans faille.

Michael et Hakima, Samuel, Andrei, Lucie, Léonie, Pierre, Maureen, Valérie, Julie, Charles, Guillaume...

pour leur présence et le partage de leurs expériences.

**A ma mère, à mon père,**

**A mon beau-père,**

pour leur soutien inconditionnel et permanent, pour leur confiance, ainsi que pour leur présence bienveillante et aimante.

**A mes grands-parents,**

pour leur gentillesse, pour leur soutien exemplaire et pour tous ces moments partagés ensemble.

**A ma famille,**

avec toute ma tendresse.

Je suis très heureuse et très fière de vous avoir à mes côtés aujourd'hui.

Merci pour tout.



**A Anne-Claire**, pour son amitié éternelle, son écoute et sa joie de vivre. « Je serai là, toujours pour toi... » ☺ !

**A Jeanne-Marie**, pour tous ces moments passés ensemble, les quatre cents coups !

**A Philippine**, ma filleule, pour sa bonne humeur et son joli sourire.

**A Suzanne**, pour son soutien, son écoute et son amitié précieuse (qui en vaut 50 vu sa rapidité à envoyer des textos !).

**A Jean-Philippe**, pour son amitié depuis tant d'années (ça ne nous rajeunit pas !) et son éducation musicale.

**A Maxime, Julien, Pierre, Guillaume, Marie, Emeline, Benoit, Agathe, François, Coralie, Laurence**,

pour leur amitié sincère et leur présence.

**A Vincent, Florence, Emilien, Julie, Brice, Anne-Sophie, Adrien, Pierre-Adrien, Clotilde, Benjamine, Marie-Alexia, Ludovic, Elsa, Fanny, Marie-Lorraine, Eva, Thomas, Marion, Kevin, Guillaume, Maxence, Jean-Romain**,

pour tous ces bons moments partagés et ces innombrables soirées.

Même si nos premières années de médecine apparaissent un peu loin et que nous avons chacun pris des chemins différents, ces souvenirs restent toujours aussi précieux.

## *SERMENT*

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

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

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

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

# TABLE DES MATIERES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b> .....                      | <b>19</b> |
| <b>I. HISTORIQUE</b> .....                     | <b>21</b> |
| 1. Définitions .....                           | 21        |
| 2. De la mythologie à nos jours.....           | 23        |
| a. La mythologie.....                          | 23        |
| b. La littérature .....                        | 29        |
| c. La politique.....                           | 30        |
| d. Les parricides récents .....                | 33        |
| e. Le parricide symbolique .....               | 34        |
| 3. A travers l'histoire de la psychiatrie..... | 36        |
| a. Les monomanies homicides .....              | 43        |
| b. La théorie de la dégénérescence .....       | 47        |
| <b>II. CONCEPTS THEORIQUES</b> .....           | <b>56</b> |
| 1. Les théories psychanalytiques .....         | 56        |
| a. Le complexe d'Oedipe.....                   | 56        |
| b. Le complexe d'Electre .....                 | 61        |
| c. Le complexe d'Oreste .....                  | 61        |
| d. Un crime d'auto-engendrement.....           | 63        |
| e. Le déplacement.....                         | 67        |
| f. La théorie d'Ochonisky.....                 | 68        |
| 2. La théorie systémique.....                  | 72        |
| 3. La théorie cognitivo-comportementale .....  | 77        |
| 4. La théorie de l'affirmation de soi .....    | 79        |

|      |   |            |
|------|---|------------|
| III. | <b>CADRE LEGAL</b> .....                        | <b>83</b>  |
|      | 1. De l'Antiquité à nos jours .....             | 83         |
|      | 2. La responsabilité pénale des parricides..... | 90         |
| IV.  | <b>METHODE</b> .....                            | <b>102</b> |
|      | 1. Population étudiée .....                     | 103        |
|      | 2. Matériel utilisé.....                        | 105        |
|      | 3 Analyses statistiques .....                   | 107        |
| V.   | <b>RESULTATS</b> .....                          | <b>108</b> |
|      | 1. Variables liées à l'auteur.....              | 108        |
|      | a. Caractéristiques socio-démographiques .....  | 108        |
|      | b. Pathologie psychiatrique .....               | 111        |
|      | 2. Variables liées à la victime.....            | 116        |
|      | 3. Variables liées à l'homicide.....            | 121        |
| VI.  | <b>DISCUSSION</b> .....                         | <b>126</b> |
|      | 1. Epidémiologie .....                          | 126        |
|      | 2. L'auteur.....                                | 130        |
|      | a. Caractéristiques socio-démographiques .....  | 130        |
|      | b. Pathologie psychiatrique .....               | 141        |
|      | 3. La victime.....                              | 176        |
|      | 4 L'homicide.....                               | 187        |
|      | 5 Limites de l'étude.....                       | 220        |

|   |                |
|---|----------------|
| <b>VII. LE PASSAGE A L'ACTE</b> .....                                       | <b>223</b>     |
| 1. La pathologie psychiatrique .....  | 224            |
| 2. L'interaction entre l'individu, la victime et l'environnement.....       | 227            |
| 3. L'association entre la pathologie psychiatrique et les interactions..... | 234            |
| 4. Le patricide de M. P. ....   | 240            |
| 5. Le matricide de M. M. ....   | 245            |
| 6. Discussion .....   | 251            |
| <br><b>CONCLUSION</b> .....   | <br><b>253</b> |
| <br><b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....  | <br><b>258</b> |
| <br><b>ANNEXES</b> .....  | <br><b>279</b> |
| ANNEXE 1 : descriptif global des parricides .....                           | 279            |
| ANNEXE 2 : descriptif global des patricides.....                            | 282            |
| ANNEXE 3 : descriptif global des matricides.....                            | 285            |
| ANNEXE 4 : comparaison entre les patricides et les matricides .....         | 288            |
| ANNEXE 5 : régression logistique bivariée .....                             | 293            |

## INTRODUCTION

« On ne se tue bien qu'en famille » selon une formule chère à Benezech (9). Alors que la cellule familiale participe à la construction de ses sujets, c'est paradoxalement l'une des structures de prédilection de déroulement de la violence. Le crime correspond au paroxysme de cette violence. Plus de la moitié des homicides volontaires ont pour victime des parents, des proches ou des individus connus de leurs auteurs (9). Différents types d'homicides familiaux sont décrits, comme le filicide (meurtre de son enfant), le fratricide (meurtre de son frère), le sororicide (meurtre de sa sœur), l'uxoricide (meurtre de son épouse) et le parricide. Ce dernier correspond au meurtre de son père ou de sa mère (3). Il est perçu comme le « crime parmi les crimes » et occupe une place particulière dans le domaine de la criminologie. Mystérieux, il dérange et met mal à l'aise, car il transgresse les valeurs familiales, sacrées dans notre société. Son impact, tant sur la famille que sur la société, est majeur. Cet acte intrigue quant au choix de la victime, l'auteur allant jusqu'à tuer les êtres mêmes qui l'ont engendré. Comme le soulignent Devaux et al., « il y a indiscutablement dans l'acte d'un être humain qui tue son père ou sa mère quelque chose qui nous retient et nous pose une énigme : comment se peut-il qu'un individu brise des liens unanimement considérés comme intangibles et sacrés ? » (33).

La littérature traitant du parricide porte principalement sur des observations de cas uniques ou sur des petits échantillons. La majorité des recherches abordant ce thème apporte des renseignements sur les variables socio-démographiques de leur auteur, sur les variables associées au délit, sur les variables situationnelles, ainsi que sur les motivations du passage à l'acte. Or, de nombreux auteurs de parricide souffrent de pathologie psychiatrique, notamment d'un trouble psychotique. Si beaucoup d'études concernent des patients hospitalisés en psychiatrie, elles s'intéressent peu à la symptomatologie clinique.

Par ailleurs, peu de travaux comparent les auteurs de matricide et de patricide. Les principales différences relevées dans la littérature concernent des éléments d'ordre général, à propos du meurtrier, de la victime ou du passage à l'acte, mais aucune étude, à notre connaissance, n'évoque en détail la sémiologie psychiatrique.

De tout temps, les liens entre parricide et troubles mentaux entretiennent le mythe du fou criminel que nous développerons dans une première partie, consacrée à l'historique de ce type de meurtriers. Nous aborderons secondairement les différentes théories élaborées pour comprendre ce passage à l'acte. Nous présenterons ensuite le cadre légal des parricides, puis nous analyserons rétrospectivement les dossiers de trente-deux patients hospitalisés à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) de Sarreguemines à l'origine de ce type de meurtres. Nous comparerons les patricides et les matricides, à l'aide de critères socio-démographiques et psychodynamiques, pour tenter d'objectiver une différence psychopathologique entre ces deux types d'homicides. Nous discuterons ensuite plus particulièrement les spécificités du passage à l'acte afin de tenter de mieux comprendre ces moments pathologiques.

# I. HISTORIQUE

## 1. Définitions

Le terme parricide prend ses origines dans la langue latine « parricida ». Si le suffixe « caedere » signifie tuer, frapper, abattre ; l'origine du terme « parri » est plus controversée. Il peut correspondre à « pater » le père ou à « parens » les parents. Il peut également être issu de « par, paris » signifiant « égal par nature » (44). C'est pourquoi, il est d'abord considéré chez les Romains, comme le meurtre de la « gens » par un autre, avant que cette notion soit élargie au meurtre de tout « homme libre ». Ainsi, Plutarque explique, à propos de Romulus, « n'ayant fixé aucune peine pour ceux qui tuent leur père, il appela parricide tout homicide, estimant que ce dernier était exécration, et le premier impossible » (104). Il ne deviendra qu'ensuite un meurtre intrafamilial (32). Cela illustre l'atteinte, tant à l'ordre social qu'à celui de la filiation, qu'implique un tel acte.

S'il peut qualifier le meurtre de tout ascendant légitime, le mot parricide est actuellement employé, la plupart du temps, pour caractériser l'homicide d'un parent (26). Il s'agit pour certains du « parent naturel, adoptif ou légal » (106), alors qu'il correspond au meurtre du « parent biologique » pour d'autres (28). Il désigne aussi bien le crime que son auteur.



Les termes « matricide » et « patricide » correspondent respectivement au meurtre de la mère et du père, ou à leur auteur (52). Le mot patricide est un terme anglais, utilisé aux Etats-Unis, en Angleterre et au Canada mais peu en France. Il est souvent remplacé par l'appellation parricide, ce qui peut engendrer certaines confusions dans les recherches (137).

Lorsque les deux parents sont tués, on parle de double parricide (14).

Si l'homicide est perpétré par le fils, ce qui est le plus fréquent, il s'agit d'un « parricide masculin ». S'il est commis par la fille, c'est un « parricide féminin » (44).

Historiquement, le terme parricide peut aussi être employé pour désigner l'homicide d'un roi ou d'un dirigeant, car le souverain est considéré comme le « père des peuples ». Il s'agit alors d'un « régicide » (113). Le régicide de Louis XVI, guillotiné après la Révolution française avec son épouse Marie-Antoinette, en est un exemple célèbre.

Dans un souci de clarté, nous utiliserons le mot « parricide » pour désigner l'homicide du père ou de la mère, légitime, naturel ou adoptif, ou son auteur. Les termes « matricide » ou « patricide » qualifieront respectivement le meurtre de la mère naturelle, légitime ou adoptive, et du père naturel, légitime ou adoptif, ou son auteur.

## 2. De la mythologie à nos jours

Bien qu'apparaissant comme un phénomène plutôt récent en raison de sa médiatisation, ce type de crime a traversé l'histoire, partie intégrante de l'humanité, à travers le temps et les cultures. Dès les premiers mythes entourant la création, le thème du parricide est abordé.

### a. La mythologie

Dans la mythologie grecque, Gaïa, déesse de la Terre, persuade son fils Cronos de renverser son père Ouranos, dieu du Ciel. Ouranos et ses enfants entretiennent une relation de haine mutuelle. Dès leur naissance, il les aurait enfermés dans le sein de Gaïa et celle-ci souhaite se venger, avec leur aide. Armé d'une faucille fabriquée par sa mère, Cronos tranche les testicules d'Ouranos et les jette à la mer. Le sang issu de la castration de ce dernier crée les Furies, dont le rôle est de venger les victimes de parricide, en poursuivant et provoquant la folie chez leur auteur. Cronos est averti par son père qu'un jour, il sera lui aussi chassé du trône par son propre fils. Cronos engloutit ainsi tous les enfants nés de son union avec sa sœur Rhéa. Hestia, Déméter, Héra, Hadès et Poséidon connaissent le même sort, jusqu'à la naissance de Zeus. Pour protéger Zeus et suivant les conseils de Gaïa, Rhéa fait alors avaler une pierre à Cronos et conduit son fils en Crète. Zeus revient ensuite sauver ses frères et sœurs, en les faisant recracher par son père. Ce dernier est ensuite jeté dans le Tartare et les enfants rejoignent l'Olympe (54).

Dans l'Égypte ancienne, Horus, dieu faucon, est le fils d'Isis et Osiris. Seth, le frère d'Osiris, tue ce dernier lors d'une conspiration. Il l'enferme dans un coffre et le noie dans le Nil. Seth prend alors la direction du royaume, tandis qu'Isis élève Horus à l'écart de la ville, pour le protéger. Souhaitant venger son père et aidé par sa mère, Horus affronte Seth lors d'un combat dont il sort vainqueur. Il accède alors au trône d'Égypte mais sa légitimité est sans cesse remise en cause par Seth. Cette querelle se poursuit pendant quatre-vingts ans. Lors d'un combat, Seth propose qu'ils se transforment en hippopotame et restent plusieurs mois sous l'eau. De peur qu'Horus ne soit vaincu, Isis lance un harpon pour atteindre Seth mais blesse Horus par accident. Seth implore Isis de lui laisser la vie sauve. Elle le relâche et Horus, furieux, coupe la tête de sa mère Isis puis l'emporte dans le désert. Les dieux décident de le punir pour ce matricide, par l'intermédiaire de Seth qui lui arrache les yeux (54).

D'après Dalmau, cité par Green, ces récits symbolisent les tentatives d'un fils à lutter contre une figure parentale dominatrice (54).

Le mythe d'Œdipe est décrit par Sophocle dans « Œdipe Roi » et relaté par Combasse. Un oracle prédit un jour à Laïos, roi de Thèbes, et à Jocaste que leur fils tuera son père et épousera sa mère. Jocaste ment à son mari, en proie à une malédiction s'il enfante, et l'enivre. Œdipe est ainsi conçu à l'insu de son père. A la naissance d'Œdipe, ses parents l'abandonnent sur le mont Cithéron, l'exposant ainsi à sa propre mort. Il est sauvé et adopté par une autre famille. Une fois plus âgé, il est question de son adoption et, doutant de sa paternité, il retourne voir l'oracle qui lui répète sa prédiction. Œdipe décide alors de ne pas retourner chez ses parents adoptifs, de peur que celle-ci se réalise. Sur la route pour Thèbes, il rencontre un vieil homme sur un char auquel il dispute la priorité. La bagarre dégénère et Œdipe tue celui qui est en réalité son père. Par la suite, Œdipe rejoint Thèbes où il résout l'énigme du Sphinx qui quitte la ville. Il accède alors au trône, laissé vacant suite au décès de Laïos. Il épouse sa veuve, Jocaste, comme prédit par l'oracle. Il règne sur la ville et quatre enfants naissent de son union avec Jocaste. Il doit ensuite sauver Thèbes de la peste, en punissant le meurtrier de Laïos. Il découvre qu'il en est lui-même l'auteur et qu'il a épousé sa mère. Submergé par les remords, il se crève les yeux, « châtiment de ceux qui ont transgressé l'interdit », afin de ne plus voir ses crimes. Aveugle, ses enfants lui refusent leur aide. Seule sa fille Antigone accepte de le guider. Œdipe entretient avec elle une relation incestueuse. Jocaste, quant à elle, se pend (25).

Sophocle évoque également des intentions matricides chez Œdipe, dans l'épisode abordant la mort de Jocaste. « Il (Œdipe) court, ça et là, nous demande une épée ; il veut savoir où il trouvera sa femme, ou plutôt hélas ! Sa mère, sa mère qui l'a porté et qui l'a fécondé ! Au milieu de ses fureurs, quelques dieux sans doute la lui découvrent, car aucun de nous n'intervint. Poussant des cris effrayants, et comme si quelqu'un le guidait, il s'élançait vers la porte, il en pousse les battants, fait irruption dans la chambre et nous aperçûmes sa femme pendue à une écharpe dont le nœud lui serrait la gorge. A cette vue, avec des rugissements horribles, le malheureux prince défait le nœud et le cadavre s'affaisse ». Armé de la sorte, dans un état de fureur, il aurait pu être l'auteur d'un double parricide.

Combase reprend les propos de Freud, qui signale « la pièce n'est pas autre chose qu'une révélation progressive et adroitement mesurée... du fait qu'Œdipe lui-même est le meurtrier de Laïos, mais aussi le fils de la victime et de Jocaste » (25). Il est cependant important de reprendre « la configuration œdipienne » dans sa globalité et de s'intéresser à la génération précédente. En effet, alors qu'Œdipe est abandonné, ce mythe débute par une tentative de filicide, dont l'échec aurait, pour certains auteurs, déterminé la suite de l'histoire (25, 77).

Laïos, quant à lui, aurait entretenu alors qu'il était plus jeune, une liaison avec Chrysippe, fils du roi Pélops. Cette relation homosexuelle, à la suite de laquelle la descendance de Laïos est soumise à une malédiction, serait pour d'autres, à l'origine du parricide (121).

Le matricide d'Oreste est précédé de multiples crimes dans la lignée transgénérationnelle. La liaison incestueuse entre Zeus et sa sœur Héra donne naissance à Arès. Sa petite fille Hippodamie s'unit à Pélops et commet un patricide à l'encontre d'Œnomaos, fils d'Arès. Atrée et Thyeste, fils d'Hippodamie et de Pélops, tuent leur demi-frère Chrysippe, sous l'influence de leur mère. Atrée se marie avec Aéropé. Ils ont deux enfants, Méléna et Agamemnon. Ce dernier commet un homicide à l'encontre de Tantale, son cousin, fils de Thyeste. Tantale est le mari de Clytemnestre qui sera contrainte d'épouser Agamemnon. De cette union entre Clytemnestre et Agamemnon naissent Iphigénie, Chrysothémis, Electre et Oreste. Thyeste entretient une liaison adultérine avec Aéropé, la femme de son frère. Pour se venger, Atrée fait manger à Thyeste ses trois enfants. Pour punir Atrée, Thyeste viole alors Pélopie, sa propre fille. Cet inceste donne naissance à Egisthe. Thyeste organise ensuite un mariage consanguin entre Atrée et Pélopie, qui élèvent Egisthe comme leur propre fils. Alors que ce dernier est poussé par Atrée à tuer Thyeste, qui lui est présenté comme son oncle, il découvre qu'il est en réalité son père et se retourne contre Atrée. Le cycle des Atrides est emprunt d'une malédiction ponctuée par le meurtre commis par Oreste (56).

Comme cela est illustré, l'Orestie et l'Œdipodie entretiennent une origine commune. Laïos, père d'Œdipe, entretient une liaison avec Chrysippe. Elle est à l'origine du meurtre de ce dernier par ses frères Atrée et Thyeste, soutenus par leur mère Hippodamie.

Le mythe d'Oreste, relaté dans « Les Choéphores » d'Eschyle, fascine et inspire de nombreuses pièces de théâtre. Chaque auteur, comme Euripide dans « Electre » ou Sophocle dans la pièce éponyme, y apporte ses propres variations et interprétations, décrites par Rubinstein (130).

Agamemnon commet un infanticide en immolant sa fille Iphigénie. Quelques années plus tard, il est assassiné par sa femme Clytemnestre et Egisthe, l'amant de celle-ci. Plusieurs motifs au meurtre sont évoqués, comme la vengeance de la mort d'Iphigénie, la liaison adultérine d'Agamemnon avec Cassandre et la malédiction des Atrides à l'initiative de Laïos. Face à ce climat meurtrier, Oreste quitte le palais afin d'être élevé par son oncle, en compagnie de son cousin Pylade. Electre est remise à un paysan. Chrysothémis reste au palais comme servante. Après plusieurs années, Oreste revient chez sa mère et la tue, ainsi que son amant. Il désire venger son défunt père, selon la prophétie d'Apollon. Il est aidé par sa sœur Electre et par son cousin Pylade. Pour Eschyle, il est poussé par l'esprit d'Agamemnon. Il est ensuite poursuivi par les Erinyes, équivalent des Furies romaines, comme tout auteur de parricide et connaît des moments de folie. Oreste et Electre sont en proie à des idées suicidaires. Oreste se rend alors à Athènes, sur les conseils d'Apollon, où Athéna le fait acquitter par l'Aréopage, tribunal public. Oreste doit ensuite retrouver Iphigénie, sauvée par Artémis, et rapporter la statue de cette dernière à Athènes. Cette épreuve met un terme à la malédiction des Atrides. Les Erinyes changent de rôle et deviennent les « vénérables », déesses bienveillantes d'Athènes (151). Sophocle, dans « Electre », présente Oreste comme souffrant de troubles mentaux qui seraient à l'origine de la voix d'Apollon lui demandant de venger son père. McKnight et al. citent Klein, qui le décrit comme « atteint d'une psychose maniaco-dépressive ». Si la vengeance du meurtre du père semble être le motif principal du matricide, certains évoquent l'acharnement dont fait preuve Clytemnestre sur ses enfants et d'autres la relation adultérine avec Egisthe (101).

## b. La littérature

Dans la littérature, le thème du patricide et ses motivations sont abordés par Dostoïevski dans « Les Frères Karamazov ». Fiodor, un homme débauché et sans principe, est le père de trois garçons, Dimitri, Ivan et Aliocha. Le premier est un jeune dépensier, régulièrement en conflit avec son père pour des motifs financiers. Ils se disputent également les faveurs d'une femme, Grouchenka. Dimitri est initialement accusé d'être l'auteur du patricide. Ivan, issu du second mariage de Fiodor, est « l'intellectuel », perçu comme à l'initiative du crime. Aliocha, le plus jeune frère, n'est pas dépeint comme coupable du meurtre mais se rend complice de ses frères, car il prend part aux disputes les opposant à leur père. Fiodor emploie son fils illégitime, Smerdiakov, comme domestique. Ce dernier avoue finalement être l'auteur du patricide et se pend lors du procès (35, 113).

Le célèbre « Hamlet » de William Shakespeare doit également venger la mort de son père. C'est là le thème principal de la pièce, bien que le sujet du matricide soit abordé au second plan. Le père d'Hamlet, roi du Danemark, est assassiné par son frère Claudius. Ce dernier lui succède sur le trône et épouse sa veuve Gertrude. Le défunt père apparaît à Hamlet sous la forme d'un spectre et lui annonce qu'il a été empoisonné par Claudius, aidé par la reine. Hamlet simule alors la folie et tente tout d'abord de vérifier les faits. Il manque une première fois de tuer Claudius, alors qu'il le croit caché derrière un rideau. Il s'agit en réalité de son conseiller Polonius. Hamlet est ainsi conduit en exil en Angleterre. Alors qu'il retourne au Danemark, Claudius organise un duel entre Hamlet et Laërte, le fils de Polonius. Il verse également du poison dans sa coupe de vin et en enduit la lame de Laërte. Hamlet est blessé lors du combat mais parvient à tuer Claudius avant de trépasser. Laërte décède également de sa blessure, tout comme Gertrude ayant goûté le vin destiné à Hamlet.



Plusieurs œuvres littéraires, cinématographiques et les arts plastiques font référence à cette pièce de théâtre. Certains auteurs, comme Holcomb, évoquent des idées matricides chez Hamlet et expliquent que, si le meurtre semble correspondre à un désir de vengeance de son père, il reflète en réalité le désir d'Hamlet de posséder sa mère alors remariée à l'assassin de ce dernier. Hamlet dénie ses idées matricides quand il dit « je vais lui parler de poignards mais sans les utiliser ». Il fait également référence à l'empereur Néron, ayant commandité un matricide. Lorsqu'il est sur le point de rencontrer sa mère, Hamlet s'exclame « maintenant, je pourrai boire le sang chaud et faire ce travail funeste que le jour frissonnerait de voir... Mais paix ! D'abord ma mère. Oh ! N'oublie pas mon cœur, qui elle est. Que jamais une âme de Néron ne hante ta vigueur ! Sois féroce et non dénaturée. Mes mots seuls la poignarderont » (72).

Pour certains auteurs, les troubles mentaux présentés par Hamlet entrent dans le cadre de la simulation. Pour d'autres, ils sont clairement exprimés. Jones le perçoit davantage dans une problématique névrotique, du registre de l'hystérie (74).

### c. La politique

Le parricide peut aussi revêtir une dimension politique. Le patricide le plus connu est probablement, comme l'avancent Fontaine et Guerard des Lauriers, celui de Marcus Junius Brutus, en 42 avant Jésus-Christ. Alors que son père est assassiné par Pompée, il est élevé par son oncle, en Grèce, qui l'initie à la philosophie. Il est ainsi convaincu que seule la raison peut régir une cité et non les armes. Depuis l'union de sa mère Servilia avec Jules César, il est considéré comme le fils adoptif de ce dernier. Lorsque Brutus regagne Rome, il est accusé, à tort, d'avoir participé à un

complot contre Pompée. La situation politique est tendue, marquée par l'affrontement entre Pompée, qui règne sur Rome et sur l'Espagne, et César, qui détient la Gaule. Brutus décide alors de s'allier à Pompée, dont les projets pour la République semblent davantage correspondre à ses idéaux. César prend finalement le pouvoir et pardonne son affront à Brutus. Il le désigne comme l'un de ses héritiers et l'aide dans son ascension politique. Cependant, prônant toujours des idées républicaines, Brutus prend part à la conspiration visant à sauver la République romaine. Ces partisans souhaitent la mort de César, afin de l'empêcher de régner sur Rome. Ce dernier a pourtant écho de cette affaire mais n'y prend pas garde, ne pouvant croire à une trahison de celui qu'il considère comme son fils. Lors d'une réunion du Sénat, plusieurs sénateurs frappent César à coups de poignards puis lorsqu'arrive Brutus, alors que César comprend qu'il est perdu, il prononce la célèbre phrase « Et toi aussi mon fils ». La situation politique tourne en la défaveur de Brutus et de ses complices, qui quittent la ville. Ils tentent ensuite de combattre Octave, le successeur de César, et Marc Antoine, mais en vain. Brutus et son épouse se suicident peu après, en prononçant les mots suivants « Vertu, tu n'es qu'un nom ». Les autres sénateurs sont condamnés à mort, aucun ne survit d'ailleurs plus de trois ans au décès de César (44).

L'empereur Néron fait, quant à lui, assassiner sa mère Agrippine, en l'an 59. Néron possède un lourd héritage, en tant que neveu de Caligula, auteur de nombreux crimes atroces. Agrippine, sa mère, a de nombreux amants. Elle élimine ses adversaires de façon cruelle et aurait probablement empoisonné son premier mari. Elle épouse en secondes noces son oncle, l'empereur Claude 1<sup>er</sup>, qui adopte Néron. Ce dernier se marie, quelques années plus tard, avec Octavie, fille de Claude 1<sup>er</sup>. Suite au décès de Claude 1<sup>er</sup>, Néron devient, grâce à l'appui de sa mère, empereur,

au détriment de Britannicus, fils biologique du défunt. Agrippine est décrite comme une forte figure maternelle, alors que le père est absent car décédé. Après quelques années de règne de Néron, l'influence d'Agrippine sur son fils s'étirole et elle le menace, en soutenant Britannicus. Néron fait empoisonner Britannicus, première étape vers le matricide. La relation entre Néron et sa mère continue à se dégrader. Ne supportant plus d'être sous son contrôle et de faire face à ses reproches, Néron feint tout d'abord de vouloir abdiquer de ses fonctions. Il la prive ensuite de son pouvoir. Il lui supprime la garde de soldats et la bannit de sa présence et du palatium. A la demande de Néron, certaines personnes lui intentent même des procès lorsqu'elle séjourne à Rome et la poursuivent par des moqueries et des injures. Néron entretient une liaison avec Poppée, ce que reprouve Agrippine. Ce conflit précipite l'homicide. Néron tente d'empoisonner sa mère à trois reprises mais Agrippine survit. Il fait alors ériger un bateau pouvant se disloquer, afin de la faire périr, par naufrage ou écrasée par la chute des pièces constituant le pont. Elle parvient à y échapper et il la fait égorger. Alors que le centurion l'approche, elle montre son ventre en disant « frappe ici, c'est ce qui a enfanté Néron ». Ce dernier, lorsqu'il la voit peu de temps après sa mort s'exclame « je ne pensais pas avoir une mère si belle ! ». Néron fait exécuter d'autres membres de sa famille, incendie Rome et pousse sa femme au suicide, afin de s'unir avec sa maîtresse Poppée, qui ressemble d'ailleurs à sa mère, comme le soulignent Fontaine et Guerard des Lauriers (44). Cet exemple résume de nombreux thèmes abordés dans le parricide. Néron entretient une relation incestueuse avec sa mère et n'aurait jamais consommé son mariage. Il souhaite se dégager de son emprise et de leurs rapports ambivalents, à la fois amour et haine. L'absence du père majore ces difficultés. Néron est également effrayé par sa mère, c'est selon ce mobile qu'il assassine

Britannicus. Si le matricide apparaît comme une ultime tentative d'échapper à la domination maternelle, il entraîne la perte de la santé mentale de son auteur, décrit comme paranoïaque par Green (54). Wertham explique, d'après McKnight et al., que cet acte, d'une extrême cruauté, pèse sur la conscience de son auteur et cause des rêves terrifiants qui le poussent au suicide. Les derniers mots que Néron prononce sont « quel grand artiste meurt avec moi ! » (101).

#### d. Les parricides récents

Un exemple plus récent est celui de Pierre Rivière, au XIX<sup>e</sup> siècle, qui tue sa mère, sa sœur et son frère. Son cas est bien documenté car il a rédigé ses mémoires avant son procès, alors qu'il était incarcéré à la maison d'arrêt de Vire. Ses écrits relatent le déroulement des faits et ont été repris par plusieurs auteurs. Il dépeint une mère violente, moqueuse et un père impuissant face à cette situation familiale. Il explique le meurtre dans une vision altruiste, par la volonté de « délivrer son père d'une méchante femme qui le tracassait continuellement... le mettait dans un tel désespoir, qu'il était parfois tenté de se suicider ». L'homicide est la seule solution envisagée pour sauver son père. Le procès de Pierre Rivière, en 1835, constitue selon Foucault « un premier témoignage sur l'état psychique d'un meurtrier » (45). Il reprend les propos du Docteur Bouchard qui explique qu'« aucune maladie n'a pu déranger les fonctions du cerveau » tandis que le Docteur Vastel, du côté de la défense, note que « l'intelligence de Pierre Rivière n'était pas saine, et que l'action qui passait aux yeux du ministère public pour un horrible crime, n'était que le déplorable résultat d'une véritable aliénation mentale » (45). Cette seconde hypothèse est ensuite soutenue

par plusieurs médecins, dont Esquirol. Pierre Rivière est finalement incarcéré et se pend en prison (143).

Source d'inspiration pour certains auteurs, quelques parricides défrayent la chronique à partir du XX<sup>e</sup> siècle. Paul Eluard écrit, à propos du double parricide de Violette Nozières, auquel survit sa mère, « Violette a rêvé de défaire, a défait l'affreux nœud de serpent des liens de sang ». Ochonisky, reprenant ces propos, souligne qu'il s'agit d'un rare cas de parricide commis par une femme (115).

#### e. Le parricide symbolique

Le thème du parricide est difficile à aborder, exceptionnel et barbare. Comme le soulignent McKnight et al., il est intéressant de noter que la Bible fait part de meurtres, de fratricides, d'incestes et de perversions mais qu'aucune référence spécifique au parricide n'y est relevée (101). Certains auteurs y voient un thème si répugnant qu'il est fréquemment abordé sous la forme du matricide symbolique, comme Œdipe tuant le Sphinx ou Persée tranchant la tête de la Gorgone.

Dans « Crime et châtement », de Dostoïevski, la victime de Raskolnikov est une femme âgée, Alina Ivanovna, représentant sa propre mère. Le meurtrier est un jeune homme pauvre, passif et dépendant, vivant à Saint-Pétersbourg. Sa pitoyable condition persuade une femme de venir le secourir. C'est l'usurière à laquelle il vend son dernier bien : la montre de son père. Il la tue après avoir reçu une lettre de sa mère, lui apprenant le futur mariage de sa sœur ainsi qu'un envoi d'argent. D'après Green, l'homicide est interprété par certains auteurs comme une tentative de résolution d'une relation dépendante et incestueuse. Il souligne que, pour d'autres,

Raskolnikov présente des troubles psychiatriques. Il se considère comme une personne hors du commun, qui peut tuer au nom d'un principe supérieur. Il explique commettre un crime pour le bien d'autrui, pour sauver sa mère et sa sœur qui plongent dans l'indigence. Il imagine ensuite que toutes les personnes qu'il rencontre le suspectent de l'homicide ; son crime le conduisant à la folie et au tourment. Il pense également à se suicider. Il avoue ensuite le meurtre à Sonia, une jeune prostituée dont il est amoureux, qui l'incite à se livrer à la justice. Il est condamné aux travaux forcés en Sibérie. L'homicide est précipité par la lettre de sa mère qui évoque un futur envoi d'argent. La victime, quant à elle, amasse sa fortune sans la partager et correspond à un substitut de l'image maternelle (54).

Comme le montrent ces exemples, l'auteur d'un parricide, acte réprouvé moralement, se trouve généralement puni de ses actes, qui le conduisent au tourment, aux automutilations ou au suicide. Ils illustrent également, par l'intermédiaire des cas d'Oreste, Hamlet, Néron, Pierre Rivière et Raskolnikov, la fréquence des liens entre parricide et troubles mentaux. L'horreur de l'acte suppose qu'il ne peut être commis de façon consciente et volontaire mais qu'une autre instance, comme les dieux, participe à la réalisation d'un tel geste.

### **3. A travers l'histoire de la psychiatrie**

Ce type d'homicide tient une place centrale dans l'histoire de la psychiatrie. Crime contre nature, l'état mental de leur auteur a toujours suscité de multiples interrogations. La folie appartient à l'histoire de l'humanité et la communauté scientifique tente d'étudier le phénomène criminel dès l'origine de la psychiatrie.

Durant l'Antiquité, c'est aux dieux qu'on impute les troubles mentaux. C'est également à eux qu'on se réfère pour obtenir leur guérison. La maladie est un châtement qui vient punir l'homme des péchés qu'il a commis. Les médecins sont alors des prêtres et invoquent les dieux ou chassent les démons par l'intermédiaire de pratiques médico-religieuses.

Puis au V<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate développe la « théorie humorale », décrite par Thuillier, séparant médecine et philosophie. C'est le déséquilibre des humeurs, liquides tels que le sang, la pituite, la bile jaune et noire, situés respectivement dans le cœur, le cerveau, le foie et la rate, qui génère les maladies. Elles sont d'origine organique, « les maladies ont une cause naturelle et non surnaturelle, cause que l'on peut étudier et comprendre ». Il décrit trois types de maladies mentales : la phrénitis qui est un délire aigu fébrile, la manie correspondant à une agitation sans fièvre et la mélancolie qui est une maladie chronique sans agitation ni fièvre. Leur guérison nécessite une hygiène de vie particulière portant sur l'alimentation, les voyages, les bains ou les saignées et des thérapeutiques phytothérapeutiques pour le corps et l'âme. Hippocrate est le premier à affirmer que la folie est une maladie (142).

Thuillier cite également Platon qui, dans « Les Lois », évoque plusieurs causes aux crimes, dont la folie. Il explique « quant aux criminels qui détruisent les lois dans le

but de renverser la constitution établie, de tels actes ne peuvent avoir pour cause que la folie, les maladies, une très grande vieillesse ou l'enfance » (142).

Ce même auteur ajoute qu'au II<sup>e</sup> siècle après Jésus-Christ, Galien reprend la théorie d'Hippocrate et distingue quatre types de tempéraments selon les humeurs. Le sang est la cause d'un tempérament sanguin, la pituite d'un tempérament flegmatique, la bile jaune de la colère et la bile noire de la mélancolie (142).

Les Romains dichotomisent l'homicide normal et l'homicide pathologique, selon des critères cliniques spécifiques relatés par Postel et Quetel. Ils isolent « la dementia ou démence sénile, de la mente captus ou débilité profonde, de la moria caractérisée par l'extravagance et de l'insania où prédominent les excès insensés » (123).

Le Moyen âge marque ensuite un retour aux causes surnaturelles, la maladie mentale correspond à une possession diabolique, comme le note Thuillier. « Quand on ne peut trouver aucun remède à une maladie, c'est que cette maladie est causée par le diable ». La médecine étant toujours pratiquée par des religieux, l'Eglise assoit sa domination. La foi, les rites sacrés et l'exorcisme permettent la guérison (142).

En parallèle, certains philosophes comme Saint-Augustin, poursuivent le courant de pensée grecque d'Hippocrate et tentent d'expliquer la folie à l'aide de la psychologie. Ils appliquent la théorie de la « conscience de soi », développant ainsi l'introspection. L'homme détient la vérité.

Durant l'Inquisition, Quetel relate qu'un manuel appelé « Malleus Maleficarum » proposé par Kramer et Spencer, liste les signes retrouvés chez les sorcières et les possédés qui sont conduits au bûcher (125).



Puis vient l'époque de la Renaissance. Si la théorie d'Hippocrate reste d'actualité et que les craintes mystiques pèsent encore sur tout un chacun, la médecine connaît un essor plus scientifique. Les médecins pratiquent des dissections de cadavres et Vésale promeut l'anatomie. Quétel cite plusieurs humanistes comme Erasme, qui modifient les façons de penser, « la folie n'est pas qu'une simple déraison, elle apporte une meilleure connaissance de l'être humain ». Ils prônent la laïcité et un désir de liberté. Pascal, dans « Les Pensées », explique que « les hommes sont si nécessairement fous que ce serait être fou par un autre tour de folie que de ne pas être fou ». Pour Montaigne, dans « Les Essais », folie et normalité sont très proches, « il n'y a qu'un demi-tour de cheville pour passer des plus excellentes manies aux plus détraquées ». Paracelse, dans « De l'imposture des démons », reprend la théorie d'Hippocrate et réfute les hypothèses démonologiques ainsi que le « Malleus ». Saint-Jean-de-Dieu insiste sur la prise en charge des fous, « estant doncques amené en l'hospital, un homme, d'esprit esmeu et remué, il faut regarder au commencement si cette enragerie ou maladie d'hors du sens est naturelle ; ou si par accident elle serait advenue, s'il y a espoir de santé ou de guérison... les uns ont besoin de calmants et d'un régime, les autres doivent être traités avec bienveillance afin d'être apprivoisés peu à peu comme des bêtes sauvages, d'autres ont besoin d'être éduqués, il en est pour lesquels l'enfermement et les chaînes sont nécessaires, mais on doit en faire usage de telle sorte qu'ils n'en soient pas effarouchés davantage, dans la mesure du possible, il faut introduire dans leurs esprits la tranquillité, point de départ d'un retour facile du jugement et de la raison » (125).

Le trouble mental cherche à être mieux connu en tant que maladie naturelle. Le médecin du pape, Zacharias, dont les propos sont repris par Thuillier, aborde différentes pathologies rencontrées chez les criminels dans « Questions médico-légales » en 1624. Elles sont très hétérogènes et le caractère raisonnable de leur auteur est parfois conservé. Il isole « celle dans laquelle l'énergie est diminuée et celle dans laquelle l'énergie est pervertie ». Des institutions pour accueillir les malades mentaux émergent. Saint-Jean-de-Dieu participe à la création des premiers hôpitaux psychiatriques, qui accueillent alors les indigents et les fous (142).

Pour prendre en charge la pauvreté, Louis XIV publie un édit royal, le 22 avril 1656, à l'origine de l'Hôpital Général à Paris. Les pauvres, les invalides et les malades mentaux, synonymes de danger social, y séjournent, sous couvert des directeurs « qui ont tout pouvoir d'autorité, de direction, d'administration, commerce, police, juridiction, correction et châtement sur tous les pauvres de Paris, tant au-dehors qu'au-dedans de l'Hôpital Général ». Ce n'est pas un lieu de soins mais plutôt d'hébergement. Ces centres se multiplient ensuite dans d'autres villes. Ils accueillent cependant moins de 10 % de malades mentaux.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, les premières classifications concernant les maladies mentales apparaissent. La folie est considérée comme maladie à part entière. En 1764, Voltaire, cité par Thuillier, en donne la définition suivante dans « Dictionnaire philosophique » : « nous appelons folie cette maladie des organes du cerveau qui empêche un homme de penser et d'agir comme les autres » (142). La vision des malades mentaux et notamment des fous criminels se modifie.

La peur et la souffrance sont souvent utilisées pour soigner la folie et quelques voix s'insurgent face à une telle cruauté. Certains écrits de l'époque, repris par Quétel, font en effet froid dans le dos : « Supposé que les phrénétiques ne veuillent point se soumettre (à la saignée), comme il arrive très souvent, je ne trouve rien de plus efficace et de plus aisé à pratiquer, que de leur enfoncer avec violence et dans le temps qu'ils s'y attendent le moins, une plume ou une paille dans le nez ; car par ce moyen on fait couler le sang en abondance, ce qui est très utile au malade ». Ce même auteur explique que Beccaria, en 1764, dans « Traité des délits et des peines », se questionne quant à l'efficacité des châtiments exécutés comme réponse à la folie et au crime. Quelques traitements spécifiques commencent à être instaurés dans les Hôtels-Dieux et les malades mentaux peuvent également être accueillis dans des maisons de santé privées. Cependant leur capacité d'accueil reste très modeste (125).

Face à la problématique des Hôpitaux Généraux qui ne désemplissent pas, des « dépôts de mendicité » apparaissent selon un arrêté du 27 octobre 1767, pour prendre en charge les indigents mais dont la population est en réalité en grande partie constituée de malades mentaux.

La médecine se trouve ensuite bouleversée lors de la période « du siècle d'or des aliénistes » dans les années 1800. Pinel puis Esquirol, dans une volonté d'améliorer le sort des malades mentaux, modifient leurs conditions d'hospitalisation. Ils sont peu à peu traités à part et bénéficient de thérapeutiques pour obtenir leur guérison. Des mesures doivent également être mises en place contre la dangerosité

d'un malade, à l'encontre de lui-même ou d'autrui. L'« aliénation mentale » a une origine organique. Elle est liée aux passions qui « sont la clé des causes et des remèdes de la folie. Il ne faut pas éradiquer les passions, mais les contrebalancer les unes les autres ». On assiste à la fameuse « libération des aliénés de leurs chaînes », que Pinel considère comme souvent à l'origine d'une aggravation des troubles. Il rétablit une part importante d'humanisme dans la maladie mentale et explique que le fou est capable d'être raisonné. Il prône ainsi le traitement moral, repris par Thuillier. « Le traitement consiste dans l'art de subjuguier et de dompter l'aliéné en le mettant dans l'étroite dépendance d'un homme (le médecin) qui, par ses qualités physiques et morales, et l'application de principes thérapeutiques philanthropiques, soit propre à exercer sur lui une emprise irrésistible et à changer la chaîne de ses idées ». La médecine de l'âme est une médecine à part entière. La maladie mentale est classifiée en un seul trouble : l'aliénation mentale, qui peut s'exprimer sous la forme de la manie, de la mélancolie, de la démence ou de l'idiotisme. Ce sont des pathologies curables et des structures spécialisées pour leur traitement sont mises en place, prônant « le traitement physique des troubles aigus, le traitement moral de la folie refroidie, basé sur l'isolement, l'environnement ordonné et rationnel, le travail et l'influence du médecin ». Les premiers asiles apparaissent et la psychiatrie connaît une de ses premières avancées considérables. L'aliéniste fait partie intégrante de l'hôpital (142).

Après la promulgation de la loi du 30 juin 1838, la majorité des départements sont pourvus d'asiles pour poursuivre cette médicalisation de la prise en charge. Le nombre de fous hospitalisés s'accroît, ce que Foucault qualifie de « grand

enfermement » d'après Quétel (125). Cette loi régleme aussi les mesures de protection des malades, par l'intermédiaire d'administrateurs de biens. Les conditions d'hospitalisation sous contrainte sont codifiées et nécessitent un certificat médical. Elles concernent celui qui, « sous une influence morbide, commet des actes étranges, dangereux pour lui-même et pour les autres, et qui de ce fait, est justiciable de mesures de protection que lui assurent les lois, vis-à-vis de lui-même et de la société ». Le médecin lui rend sa liberté lorsque le malade semble guéri. La Haute Autorité de Santé explique que cette loi protège le malade, sa famille mais également la population, mise à l'abri de certains malades considérés comme dangereux. Les aliénistes s'intéressent plus en détail aux troubles pouvant engendrer des actes violents et aux liens entre pathologie mentale et dangerosité (61).

Si le parricide correspond tout d'abord à un acte dévolu aux dieux, il est ensuite décrit comme « l'œuvre du hasard, l'acte d'un malheureux emporté par son sort ». Cette approche s'avère réductrice. Au XIX<sup>e</sup> siècle, la médecine rompt avec les théories métaphysiques et les connaissances se multiplient. Quétel constate que la notion d'« Esprit du Mal » est remplacée par celle de « maladies de l'esprit » comme l'explique H. Ey. La santé devient une des préoccupations de l'Etat et l'Office International de l'Hygiène, future Organisation Mondiale de la Santé, est créée (125). La recherche sur l'étude du cerveau s'intensifie et la neurologie apporte une explication organique à la folie. Cependant, certains médecins et philosophes, malgré ce courant organiciste ambiant, vont permettre l'essor de la psychiatrie en essayant de comprendre la « psyché ». Diverses théories se confrontent alors (52).

#### a. Les monomanies homicides

Face à un courant marqué par l'organicité, certains médecins et philosophes attribuent une cause psychologique à la folie, c'est la psychogénèse. La maladie mentale se traite différemment des pathologies classiques et les symptômes n'ont pas toujours une traduction organique, ce qui nécessite d'autres explications. Cabanis, cité par Thuillier, réinstaure, a contrario de la théorie organiste, la séparation du corps et de l'âme. En 1802, dans « Rapports du physique et du moral », il explique « dès que séparée de l'étude de l'homme physique, l'étude de l'homme moral devient une suite d'hypothèses métaphysiques, et dès que séparée de l'étude de l'homme moral, l'étude de l'homme physique devient une pure mécanique » (142).

Sans être directement opposés aux concepts d'organicité et d'hérédité, ils cherchent une autre explication aux troubles mentaux, basée sur leurs expériences. Ils postulent que des causes morales peuvent provoquer la maladie mentale, comme la passion ou le milieu.

Pinel rédige, en 1801, le « Traité médicophilosophique de la maladie mentale ou la manie ». D'après Schmouckovitch, il individualise la manie qui correspond à un délire général, la mélancolie ayant un délire exclusif ou partiel, la démence avec abolition de la pensée et l'idiotisme, où les facultés intellectuelles et affectives sont oblitérées. Il explique la mélancolie, qu'il qualifie de « délire exclusif », comme « toute affection psychiatrique chronique sans excitation ». Il la distingue ainsi de la manie et la décrit « sans déficit associé », à l'opposé de l'idiotisme et des démences (132).

Par la suite, Esquirol, dont les propos sont repris par Schmouckovitch, dichotomise la mélancolie, en délire exclusif triste ou lypémanie, et en délire exclusif gai ou monomanie. Il instaure ici une composante thymique, jusqu'alors absente. La lypémanie correspond à « une passion triste et débilitante », donc à la mélancolie actuelle. La monomanie est assimilée aux psychoses délirantes chroniques d'aujourd'hui, « le sujet conservant l'usage de presque toute sa raison et ne délirant que sur un objet ou un petit nombre d'objets ». Elle s'oppose à la manie, dans laquelle le délire est plus généralisé et correspond à « un bouleversement de toutes les opérations psychiques ».

La monomanie perd ensuite sa composante thymique.

Selon l'origine de la perturbation, Esquirol distingue la monomanie intellectuelle « préoccupation fixée à un objet unique », la monomanie affective « où les affections, les caractères sont pervertis » et la monomanie instinctive « penchant invincible à agir ».

A propos du délire partiel qualifiant la monomanie intellectuelle, il explique « les malades partent d'un principe faux dont ils suivent sans dévier les raisonnements logiques et dont ils tirent des conséquences légitimes qui modifient leurs affections et les actes de leur volonté. Hors de ce délire partiel, ils sentent, raisonnent et agissent comme tout le monde. Des illusions, des hallucinations, des associations vicieuses d'idées, des convictions fausses, erronées, bizarres, sont à la base de ce délire que je voudrais appeler monomanie intellectuelle ».

Les monomaniques affectifs « ne déraisonnent pas, mais leurs affections, leurs caractères sont pervertis ; par des motifs plausibles, par des explications très bien

raisonnées, ils justifient l'état actuel de leurs sentiments et excusent les bizarreries, l'inconvenance de leur conduite ».

Il décrit ensuite les monomanies instinctives, dans lesquelles l'atteinte de la volonté conduit à des actions délictueuses, voire criminelles. « La volonté est lésée ; le malade, hors des voies ordinaires, est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne déterminent pas, que la conscience réproouve, que la volonté n'a plus la force de réprimer ; les actions sont involontaires, instinctives, irrésistibles ». Parmi les monomanies instinctives, la monomanie homicide correspond à « délire partiel caractérisé par une impulsion plus ou moins violente au meurtre ». Il décrit également d'autres monomanies instinctives comme la monomanie suicide et la monomanie incendiaire (132).

La monomanie homicide peut résulter d'un meurtrier délirant, le passage à l'acte correspondant à « une conviction intime mais délirante et à l'exaltation de l'imagination égarée ». Elle peut également être le fait d'un meurtrier impulsif en « l'absence d'altération appréciable de l'intelligence ou des affections », l'homicide étant lié à « un instinct aveugle, un penchant indéfinissable ». Pour Esquirol, cité par Ochonisky, ces sujets sont « irrésistiblement portés à se déchirer, à se détruire, à tuer leurs semblables » (115).

Esquirol distingue ainsi la « monomanie raisonnante », où le sujet commet un passage à l'acte lors d'« un délire fixe et exclusif ». Elle s'oppose à la « monomanie sans délire » où le meurtre correspond à une « impulsion instinctive, sans conscience, sans délire, sans motifs... par un entraînement aveugle instantané indépendant de leur volonté ». Cette composante aveugle instantanée peut cependant être absente, « quelquefois, ces monomaniaques homicides sont agités



par une lutte intérieure entre l'impulsion au meurtre et les sentiments et les motifs qui les en éloignent ; la violence de cette lutte est composée en raison de la force de l'impulsion et du degré d'intelligence et de sensibilité conservés » (115). Cette pathologie, mentionnée par la Haute Autorité de Santé, peut « pousser l'aliéné du fait d'un penchant sanguinaire irrésistible à saisir un instrument tranchant et à sacrifier avec une sorte de fureur la première personne qui s'offre à sa vue » (61).

A cette époque, certains crimes signent ainsi à eux seuls la folie de leurs auteurs. Esquirol fait jouer un rôle à la maladie mentale dans les homicides, qui ne relèvent jusqu'alors que de la justice et des sanctions, marquant la naissance de la psychiatrie médico-légale. Or, comme Michu l'explique à propos de la monomanie homicide, « on ne condamne pas à périr sur l'échafaud l'insensé qui, dans un accès de fureur, a donné la mort ».

Le parricide, crime d'aliéné, est à la croisée des monomanies intellectuelle, affective et instinctive. Esquirol, dont les propos sont repris par Gouttefangeas, s'interroge « quelle est donc cette épouvantable maladie, qui, se jouant de tous les sentiments les plus doux de la vie, pousse l'homme à la violation des lois les plus sacrées de la nature et l'entraîne à tuer les personnes qui lui sont les plus chères ? Ces malheureux ne déraisonnent point avant de tuer, et lorsqu'ils tuent, ils ne sont mus par aucune passion, aucun motif... mais s'ils ne déraisonnent pas peut-on dire qu'ils sont raisonnables ? Ce phénomène ne peut se concevoir qu'en admettant la suspension de toute intelligence, de toute sensibilité morale, de toute volonté » (52).

Durant cette période, certains auteurs mettent en lien le crime avec la naissance et Morel, porteur de la théorie de la dégénérescence, critique vivement « l'erreur de la monomanie ». Ces catégories ne sont pas exhaustives, il explique, d'après

Gouttefangeas, qu'« il ne peut exister d'erreur durable et permanente qui ne tienne à tout système erroné que la perversion d'un seul penchant, d'un seul instinct, étend nécessairement ses ravages à tous les autres... car de même que tout se tient dans la série des phénomènes visibles de l'univers, tout se tient également dans celle des invisibles idées de l'esprit ». Les observations d'Esquirol conduisent à une extension indéterminée de la monomanie pour Farlet, qui rejette cette entité unique. Il individualise différents syndromes comme « la folie hystérique, l'hypocondrie morale, l'exaltation maniaque et la paralysie générale ». Blanche, toujours d'après Gouttefangeas, s'oppose également à ce concept, arguant « l'homicide peut être commis par des aliénés atteints d'affections mentales diverses, à la condition que ceux-ci soient sujets à des crises d'excitation congestive assez intenses pour qu'ils n'en restent pas à la pensée et en viennent à l'acte et il n'existe pas de forme spéciale d'aliénation mentale qui doive porter le nom de monomanie homicide » (52).

#### b. La théorie de la dégénérescence

Pour tenter d'expliquer ce qui semblait sans cause, certains évoquent une étiologie organique aux troubles mentaux. Les médecins espèrent découvrir l'origine de la maladie mentale en pratiquant des autopsies sur des cadavres. Ils ne découvrent pas d'anomalie cérébrale mais beaucoup de lésions digestives et assurent que la folie naîtrait de la région abdominale. L'alcoolique, irritant ses muqueuses intestinales par le produit, développerait un délire.

Les recherches s'orientent ensuite vers une étiologie organique cérébrale pour expliquer la folie. L'étude du cerveau par les neurologues tente de matérialiser les atteintes cérébrales liées à cette pathologie. C'est l'organogénèse, la psychiatrie

s'éloigne de la philosophie pour tenter de percer la cause organique de la maladie mentale (142).

Le cas de Jean-Pierre de l'étude n°26 de H. Ey illustre, selon cette théorie de l'organicité, un passage à l'acte lors d'un état de fureur épileptique. Il souffre d'une épilepsie généralisée suite à une infection syphilitique et à une fracture de l'os temporal. Il tue sa mère « lors d'un état crépusculaire oniroïde de structure comitiale sur un fond d'affaiblissement démentiel ».

Les travaux de Bell, puis Hall, décrits par Thuillier, découvrent le réseau complexe de connexions cérébrales et nerveuses, postulant qu'une action peut survenir sans action du cerveau lui-même et donc échapper à la volonté. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, Gall développe la phrénologie. Les déformations du crâne comme les saillies et les méplats seraient en lien avec les comportements délictueux (142).

La théorie de la dégénérescence, portée par Morel, Régis et Asselin, évoque un déterminisme dans le passage à l'acte, d'origine organique et héréditaire, et s'oppose à Esquirol qui revendique la monomanie homicide comme un trouble du jugement de nature instinctuelle ou délirante.

En 1860, Morel explique, dans « Traité des maladies mentales », le crime comme « un stigmate de dégénérescence ». Ces stigmates peuvent être moraux, comme l'arriération intellectuelle ou affective, en lien avec des influences nocives comme l'inadaptation sociale, la nourriture, le logement ou les variations de température. Les stigmates physiques sont représentés par les atrophies, les hypertrophies et les dystrophies. Il explique, selon la Haute Autorité de Santé, que la dégénérescence est à l'origine du « développement de tendances mauvaises, qui font de ces individus des êtres pervers et dégradés au sens moral comme au sens physique et qui les

poussent à des actes nuisibles et dangereux » (61). La folie est donc une maladie héréditaire, qui s'aggrave avec le temps et ne peut s'améliorer. Quétel reprend les propos de Morel, selon lesquels « la folie est le résultat de phénomènes pathologiques transmis par hérédité. Elle est un véritable état dégénératif. Si elle est un fait primitif, on a toutes les raisons de craindre que, dans les générations subséquentes, elle se caractérise aussi par la dégradation de la race et finalement par son extinction » (125).

Les aliénés sont dichotomisés en deux groupes distincts : les personnes normales à la naissance qui peuvent devenir des dégénérés selon divers facteurs, tels que l'alcoolisme, la pauvreté ou le paludisme, et les anormaux de naissance. Ce second groupe comprend les dégénérés inférieurs, représentés par les idiots et les imbéciles, les dégénérés moyens ou débiles, ainsi que les dégénérés supérieurs, c'est-à-dire les psychotiques, les alcooliques et les pervers.

La folie est ainsi une pathologie héréditaire que l'on peut identifier facilement à l'aide de ces stigmates, ce qui apporte un côté rassurant à cette maladie. Quétel explique que cela permet de l'expliquer et qu'elle semble ainsi contrôlable (125).

Cette théorie est inspirée de celle du déterminisme prônée par Lombroso avec le « Criminel Né », dégénéré voué à la délinquance. Médecin légiste, il est l'un des fondateurs de la criminologie et réalise une étude phrénologique de nombreux criminels, dans son ouvrage « L'homme criminel », en 1876. Il y distingue les criminels-nés et les criminels d'occasion, partant du postulat que le crime est héréditaire et que l'apparence physique permettrait de les différencier. Il se base sur des critères tels que la taille du front, du nez, de la mâchoire ou une puberté précoce. Il explique qu'« on ne rencontre jamais dans le cristal humain une formation

anormale, qui n'ait sa raison d'être ». Il conclut ainsi à une délinquance plus fréquente selon certaines caractéristiques physiques, ce qui est, pour lui, en faveur d'un comportement inné, héréditaire. Les criminels sont issus d'une partie spécifique de l'évolution, héritiers des hommes des cavernes ayant peu variés (91). Cette théorie, très caricaturale, est ensuite critiquée pour de multiples raisons, comme l'explique Thuillier. Lombroso n'a pas étudié la fréquence de ces anomalies dans la population générale et ne prend en compte que des facteurs anthropologiques. Lacassagne, sociologue, s'oppose à cette idée, défendant le rôle de l'influence du milieu. Tout comme Ferri, sociologue également, qui développe, dans « La sociologie criminelle », la théorie multifactorielle de la criminalité (142).

Dans l'ancien droit, les parricides étaient inclus dans les régicides, ce type d'homicide étant perçu comme un crime contre l'autorité. Régis les étudie en 1890 et explique qu'ils concernent « des individualités multiples et parfaitement distinctes ». Selon Schmouchkovitch, il isole les fous régicides qui sont « des délirants quelconques chez lesquels l'acte morbide s'est accidentellement dirigé contre un puissant un jour » et « les purs régicides, les régicides nés ou de tempérament, pour se servir des expressions de l'anthropologie criminelle ». Ces derniers se situent dans « une zone frontière » correspondant à ce qu'il appelle les dégénérés « ni absolument aliénés, ni absolument sains d'esprit » (132).

Concernant les parricides, Régis évoque un lien avec la dégénérescence, dans un article de 1901, intitulé « A propos du parricide », repris par Schmouchkovitch. Il explique : « j'ai réuni un assez grand nombre de faits d'attentats contre les parents... Tous ou presque les auteurs de ces attentats sont, à des degrés divers, des dégénérés, principalement des dégénérés par alcoolisme héréditaire ». Pour lui, le parricide correspond à un « crime de dégénéré, surtout de dégénéré alcoolique ou

épileptique ». Il reprend l'exemple d'Oreste pour illustrer son propos, « lequel est un aliéné et appartient à cette grande famille des Atrides sur laquelle la fatalité a accumulé, pour la pousser à la dégénérescence et à la mort, toutes les infortunes et tous les crimes » (132).

Il note également que « deux tendances morbides doivent être signalées, particulièrement chez les dégénérés moyens et inférieurs : l'homicide familial et les horribles perversions sexuelles... L'homicide familial s'explique chez ces sujets à la fois par leur impulsivité et par leur inaffectivité. Il revêt surtout la forme du parricide qui est essentiellement un crime de dégénéré ». Il termine son écrit par les mots suivants, repris par Ochonisky, « derrière le parricide, cherchez toujours le dégénéré » (115).

Asselin reprend les idées de Régis dans sa thèse « L'état mental des parricides ». Il note, d'après Schmouchkovitch, « les relations étroites du parricide et de la dégénérescence me paraissent avoir pour origine première deux des principales tendances de l'état dégénératif : l'impulsivité et l'inaffectivité ». Il explique que l'impulsivité « est celle qui caractérise essentiellement la dégénérescence... et peut servir, mieux que tout autre symptôme à en différencier les divers degrés ». Il distingue « les dégénérés supérieurs dont les impulsions se réduisent à des obsessions et restent donc d'ordre psychique, les dégénérés moyens qu'elles poussent au vol, au parricide et au suicide et les dégénérés inférieurs qu'elles entraînent à l'incendie et à la bestialité ». Il ajoute que « la volonté est, de toutes les facultés, celle que la dégénérescence atteint le plus profondément... Souvent elle n'intervient pas ou à peine dans l'accomplissement des actions... Ainsi les dégénérés sont des impulsifs... leurs désirs sont violents, leurs penchants

irrésistibles... et l'acte suit immédiatement chez eux sa conception ». Il explique que « si le dégénéré n'arrive pas le plus souvent au meurtre de ses parents, il ne faut pas lui en avoir gré. Son impulsivité ne lui permet pas de réfléchir à ses actes, de modérer ses réactions et c'est le plus souvent le pur hasard et des circonstances extérieures qui arrêtent sa main ». A propos de l'inaffectivité, il dit « ce qui domine chez les dégénérés c'est l'égoïsme et l'égoïsme le plus absolu... ils sont incapables d'aucun sentiment affectueux et n'ont que de l'indifférence pour les personnes qui devraient leur être les plus chères... Plus bas encore que les dégénérés simplement indifférents envers leurs parents, il y a ceux qui les haïssent, qui les menacent, qui les frappent et qui les tuent. Cette haine est instinctive comme l'est l'amour chez les enfants normaux » (132).

Il nuance ses propos lorsqu'il distingue un « parricide pathologique » en lien avec cette dégénérescence et un « parricide par cupidité », motivé par l'appât du gain, qui n'est pas celui d'un dégénéré. Ces deux entités peuvent se combiner pour mener au passage à l'acte.

Comme le note Schmouchkovitch, Asselin ajoute que d'autres troubles peuvent venir s'associer à cette dégénérescence, comme « des syndromes, sinon épisodiques, du moins accessoires, invariablement greffés sur un fond constant et primordial de dégénérescence », tels qu'« un délire mystique, un délire de persécution, l'alcoolisme et l'épilepsie... L'adjonction de ces différents facteurs modifie plus ou moins la façon de réagir du dégénéré et donne à son crime des caractères particuliers » (132).

Par la suite, en 1912, Dupré réalise une étude sur la perversion basée sur les théories de Morel et de Lombroso. Il constate « la perversion du sentiment filial chez beaucoup de débiles et de déséquilibrés atteints d'autres anomalies affectives et morales ». La perversion instinctive correspond à « un état constitutionnel caractérisé par une forme de débilité et de déséquilibre psychique que compliquent toujours des associations pathologiques diverses, notamment des anomalies de l'intelligence, du caractère, de l'humeur et de l'activité ». Ses propos, repris par Ochonisky, sont cependant un peu plus modérés car, pour lui, « la tendance à l'acte n'entraîne pas la fatalité de l'action » (115).

Magnan et Legrain, pourtant élèves de Morel, font preuve d'une certaine distance dans « Les dégénérés », en expliquant que, si « les dégénérés peuvent devenir des criminels, certains criminels présentent des stigmates de dégénérescence et il y a des criminels qui n'ont aucun caractère de dégénérescence ». Pour Ochonisky, ils le rapprochent de l'homme normal et ajoutent que le dégénéré, « par sa nature, n'est pas plus porté vers le crime qu'il ne l'est vers les bonnes œuvres » (115).

En 1925, Cullere inspirée par les propos de Régis et Asselin, dans sa thèse « Du parricide en pathologie mentale au point de vue nosologique », émet toutefois la réserve suivante, relayée par Ochonisky : « il est tout un ordre de faits où le mécanisme de l'acte apparaît d'une complexité plus grande, et où il est fréquent de voir s'ajouter à la dégénérescence, un élément nouveau représenté par les psychoses, les névroses, les intoxications et en particulier l'alcoolisme ». Elle délimite le cadre nosographique des parricides, comportant des mélancoliques, des maniaques, des alcooliques, des confus et surtout des délirants mystiques et des épileptiques (115).



Ces théories sont marquées du sceau du déterminisme, fatalisme héréditaire et sont abandonnées vers la moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Ainsi Mittelmann, en 1936, dans sa thèse « Le parricide et son étiologie », note que « souvent on fait du parricide un dégénéré mental mais ce n'est que déguiser notre ignorance et parfois notre volonté d'ignorer ». Guenil-Perrin, dont les propos sont repris par Gouttefangeas, y voit « un épithète à tout faire » et « une usurpation des droits de la clinique au nom d'une idée préconçue » (52).

Cette approche organique est délaissée au profit d'une nouvelle conceptualisation des troubles mentaux, proposée par Kraepelin, en 1883, dans « Traité de psychiatrie ». Il distingue la psychose endogène, pathologie incurable qui serait en lien avec la délinquance, à l'opposée des maladies curables. Elle correspond à une pathologie de l'organisation interne du sujet. Cette entité, relayée par la Haute Autorité de Santé, est composée de la psychose maniaco-dépressive et essentiellement de la démence précoce, qui deviendra avec Bleuler, la schizophrénie, qui comporte une catatonie, une hébéphrénie et une démence paranoïde. Elle évolue vers un état de détérioration organique profond et incurable (61).

A l'opposée de l'organicité, la psychanalyse, inspirée des philosophes de l'Antiquité et des humanistes de la Renaissance, s'intéresse à comprendre l'esprit. Les symptômes, dont les comportements criminels, seraient non pas héréditaires mais acquis, à la suite de traumatismes subis par le sujet. Des thérapeutiques peuvent donc être envisagées et le malade évoluer favorablement.

Si le terme parricide revêt de multiples origines et s'est vu attribuer plusieurs significations depuis son usage datant de l'époque romaine, il correspond actuellement au meurtre d'un parent.

Comme l'illustrent les exemples de parricides que nous avons détaillés, ce type d'homicide a traversé les siècles. Des situations d'enfant tuant leur père ou leur mère sont relatées, depuis l'origine de l'humanité, comme Cronos, Œdipe et Oreste, à nos jours, avec des cas tels que Pierre Rivière et Violette Nozières. Ces homicides suscitent une certaine fascination, comme le montrent les œuvres littéraires ayant abordé ce thème, telles que « Les Frères Karamazov » de Dostoïevski et « Hamlet » de Shakespeare. Ils relèvent quelquefois d'une dimension politique, comme Brutus et Néron. Dans d'autres cas, ils sont préférentiellement abordés sous la forme du parricide symbolique, comme Raskolnikov, dans « Crime et châtiment » de Dostoïevski, afin d'atténuer l'effroi provoqué par cette catégorie de meurtre.

Suscitant l'incompréhension, ils ont systématiquement soulevé des interrogations quant à l'état psychique de leur auteur. Les exemples parcourus brièvement révèlent, depuis toujours, des associations entre parricide et maladies mentales. Dès son apparition, la psychiatrie a donc tout naturellement tenté d'expliquer ce phénomène et de lui attribuer une cause. La théorie des monomanies homicides, portée par Pinel et Esquirol, propose une origine morale au trouble et au passage à l'acte. Elle s'oppose à la théorie de la dégénérescence de Morel, Régis et Asselin, selon laquelle ce comportement serait issu du déterminisme, ayant ainsi une étiologie organique et héréditaire.

Les psychiatres ont ensuite développé plusieurs concepts, inspirés des grands courants de pensée, pour tenter d'expliquer le parricide.

## II. CONCEPTS THEORIQUES

### 1. Les théories psychanalytiques

Les psychanalystes tentent, à partir du début du XX<sup>e</sup> siècle, de « reconnaître un sens au parricide en le situant dans l'histoire du sujet et de ses relations avec sa victime ». De nombreux auteurs vont s'appuyer sur la mythologie et la littérature afin d'étayer leur théorie psychopathologique.

#### a. Le complexe d'Oedipe

Comme l'explique Newhill, Freud présente une première interprétation du patricide basée sur la notion de « complexe d'Œdipe ». Il existe, chez l'enfant, un conflit inconscient où règne un désir sexuel pour le parent du sexe opposé et une haine pour le parent du même sexe. Le fils veut tuer la figure paternelle pour posséder sa mère. La résolution de ce conflit est essentielle pour la poursuite du développement psychique, l'enfant renonce alors à posséder sa mère. Ceci est à l'origine du sentiment de culpabilité et en découlent les deux interdits fondamentaux : le parricide et l'inceste. L'enfant intériorise alors les interdits parentaux (112).

Le parricide résulte de l'absence de résolution de ce conflit. Freud l'illustre dans « Dostoïevski et le parricide », par l'intermédiaire d'exemples tels qu'« Œdipe Roi » de Sophocle, « Hamlet » de Shakespeare et « Les Frères Karamazov » de Dostoïevski. Il y perçoit d'ailleurs la notion d'universalité du complexe d'Œdipe,

expliquant, selon Newhill, que « chaque auditeur fut un jour en germe, en imagination, un Œdipe, et s'épouvante devant la réalisation de rêve transposée dans la réalité, il frémit suivant toute la mesure du refoulement qui sépare son désir infantile de son état actuel » (112).

Plus tard, le fils renonce à tuer son père et aux idées incestueuses. Comme l'explique Freud, dont les propos sont repris par Ochonisky, « à un certain moment l'enfant comprend que le souhait d'écartier le père en tant que rival risque d'être puni par la castration. Sous la double influence de la crainte de la castration et du désir d'affirmer sa virilité, l'enfant renonce au désir de posséder la mère et d'évincer le père. Ce désir, refoulé dans l'inconscient, fonde le sentiment de culpabilité » (115). L'enfant appréhende les représailles de son père face aux sentiments qu'il éprouve pour sa mère. Par la suite, l'ambivalence se résout et l'identification, tant aux parents qu'à l'identité de soi, peut être stable (27, 137). En cas d'échec, il persiste une relation d'ambivalence au parent victime qui est retrouvée dans de nombreux parricides.

Freud relie ainsi cette notion œdipienne à celle de l'ambivalence affective. Il explique que « la relation du petit garçon à son père est une relation ambivalente. A côté de la haine qui voudrait éliminer le père en tant que rival, un certain degré de tendresse envers lui est, en règle générale, présent. Les deux attitudes conduisent conjointement à l'identification au père : on voudrait être à la place du père parce qu'on l'admire, qu'on souhaiterait être comme lui et aussi parce qu'on veut l'éloigner » (47). La relation d'amour est aussi une relation de haine car, par identification au père, celui-ci est perçu comme rival. Alors que par identification à la mère, il s'agit d'une relation d'amour. Comme le souligne Yvonneau, Freud parle

alors d'« Œdipe négatif », d'« Œdipe inversé » ou d'« Œdipe féminin du garçon », signifiant le désir pour le père et la haine pour la mère (154). Ainsi, Jones perçoit dans le matricide la résolution de l'Œdipe négatif (74). Hesnard, cité par Gouttefangeas, explique le parricide par « haine et amour mêlés étant projetés sur le parent concerné » (52).

Kanser, s'appuyant sur les écrits de Dostoïevski, suppose d'ailleurs que l'impulsion d'homicide du matricide est aussi puissante que celle du patricide décrite par Freud. Il y voit, selon McKnight et al., le thème récurrent d'un amour intense mais frustré d'un homme pour une femme, ce qui le mène à la folie, au suicide ou au meurtre (101). Freud décrit les impulsions matricides d'Hamlet dans une note dans « L'interprétation des rêves », où il compare Hamlet et Œdipe. Hamlet ne veut pas venger la mort paternelle mais posséder sa mère, alors remariée au meurtrier de son père. Ce désir interdit de posséder sa mère est à la base du matricide. Par la suite, d'autres théoriciens, comme Jones, repris par Holcomb, pour qui « un fort attachement œdipien est à la base du matricide », en font écho (72).

Certains parricides sont des adolescents, période où les identifications sont remises en question par la réactualisation du complexe d'Œdipe. Marty interprète le parricide de Pierre Rivière comme un échec du processus d'adolescence (99).

Certains auteurs, comme Abraham et Klein, considèrent ainsi que la haine et l'impulsion d'homicide à l'encontre de la mère sont dérivées d'un conflit œdipien, avec pour conséquence l'hostilité contre le père qui est déplacée contre la mère. Ils s'accordent à dire que le matricide se présente comme une tentative de résolution d'un conflit œdipien. Selon cette théorie, matricide et inceste peuvent être équivalents sur le plan symbolique. Holcomb reprend les propos de Bunker, qui

pense que le matricide et l'inceste mère-fils sont identiques dans l'inconscient du sujet et que le matricide est un substitut d'une relation incestueuse avec la mère. Il est conforté dans cette théorie lorsqu'Hamlet évoque Néron, qui aurait entretenu des relations incestueuses avec Agrippine (72). Wertham, en s'appuyant également sur Hamlet, explique qu'il s'agit d'un matricide incestueux. Pour Freud, le matricide peut être interprété comme un déplacement défensif contre l'inceste, selon Newhill (112). Jones explique que « la plupart des matricides proviennent de ce que la conduite de la mère, infidèle ou lascive ou se montrant trop sensuelle avec son fils, commettant ainsi un inceste symbolique, voire commettant réellement l'inceste, provoquerait des émotions intolérables chez le fils envahi par des sentiments de culpabilité. Il ne lui reste qu'un seul espoir, mettre fin à tout prix à la conduite de sa mère, permettre à son juste ressentiment d'aboutir à la conclusion logique du meurtre » (74). La relation entre un sujet psychotique matricide et sa mère est souvent fusionnelle et assimilée à une relation incestueuse non réalisée. Dans deux observations de schizophrènes matricides, Fontaine et Guerard des Lauriers notent, entre l'auteur de l'homicide et sa mère, la coexistence d'une agressivité et d'un attachement important, « attachement qui avait un caractère sexuel incontestable » (44). Par contre, pour Kottler et Robbe, ces interprétations correspondent parfois à une projection persécutrice du sujet, comme l'illustre la phrase suivante prononcée par un psychotique matricide, « ce n'est pas moi qui l'aime tant, c'est elle qui m'aime trop » (79).

L'impulsion d'homicide d'un parent peut ainsi avoir des origines œdipiennes, comme moyen de défense contre une hostilité ou un désir incestueux (131). Cependant, si certains comme Hesnard, cité par Gouttefangeas, voient en cet acte « une liquidation du complexe d'Œdipe par un passage à l'acte » (52), le parricide faisant preuve d'agressivité contre son père pour défendre sa mère, Zagury nous met en garde sur la distinction entre le fantasme œdipien et l'acte en lui-même. Le parricide est, pour lui, la plus radicale négation de l'Œdipe, très loin du crime œdipien au sens freudien (156). Ochonisky note « certes, la malédiction œdipienne pèse sur tous, mais peu vont jusqu'au bout de ce destin tragique et si le parricide est dans l'imaginaire le crime de tous, il demeure dans la réalité le meurtre de quelques-uns » (115). Zagury explique que cela serait une « tragique méprise de la plupart que de croire que ces actes de quelques-uns soient la réalisation de fantasmes universels, là où ils ne font que signer l'ultime faillite à s'inscrire psychiquement dans une lignée humaine » (155). La causalité entre Œdipe et parricide incite de nombreux auteurs à souligner la béance entre l'idée et la réalisation du passage à l'acte et à ainsi critiquer cette explication simpliste. Pour Zagury, « faire du parricide l'ultime conséquence de l'Œdipe, c'est comme confondre inceste agi et Œdipe freudien ». Reprenant les termes de Racamier, il le présente même comme « un crime anté-œdipien et anti-œdipien ». Il explique que « le parricide serait l'ultime tentative d'échapper à une menace de fragmentation. Autrement dit, le parricide précipite le sujet dans le chaos auquel il a essayé d'échapper en le commettant ». Le meurtre est décrit comme un « retournement de la réalité » (156).

### b. Le complexe d'Electre

Freud élabore la notion de complexe d'Œdipe à travers le modèle masculin. Il évoque tout d'abord un lien symétrique concernant la femme qui ressent, de la même façon, un désir pour le parent du sexe opposé et une haine pour le parent du même sexe. Jung, cité par Widad, propose alors le terme de « complexe d'Electre », qu'il assimile au complexe d'Œdipe féminin (151). Cependant, Freud revient sur ses dires, « c'est seulement chez le garçon que s'établit cette relation qui marque son destin entre l'amour pour l'un de ses parents et simultanément la haine pour l'autre en tant que rival » (48). Cette notion ne permet donc pas actuellement d'explicitier le parricide.

### c. Le complexe d'Oreste

Une autre théorie psychanalytique du matricide concerne l'attachement excessif à la mère, qui prend naissance dans les temps précoces de la vie. Ne parvenant pas à expliquer certains matricides par la théorie œdipienne, Wertham propose le terme de « complexe d'Oreste », par analogie entre ses patients et la mythologie grecque. Il incrimine un fils, souvent entre 15 et 23 ans, d'intelligence normale et sans antécédent délictuel. Il est sexuellement immature mais d'orientation homosexuelle et s'il fréquente des femmes, elles sont souvent âgées. Il est pris dans une relation de dépendance et d'hostilité avec une mère possessive. Wertham décrit six caractéristiques de ce complexe, qui sont l'attachement excessif à l'image maternelle, l'hostilité à l'encontre de cette image, la haine des femmes en général, un potentiel homosexuel, des idées suicidaires et un trouble émotionnel basé sur un



profond sentiment de culpabilité. Ces critères ne sont pas nécessairement tous présents chez le sujet. L'escalade des tensions, chez ce fils vulnérable, peut conduire à l'acte meurtrier, afin d'échapper à cette situation. Wertham, repris par Chiswick, appelle ce processus la « crise catathymique » (23). La progression du passage à l'acte se fait en cinq stades. Il y a tout d'abord l'étape initiale où naît l'idée de l'homicide, suivie de la cristallisation d'un plan. L'extrême tension mène ensuite au passage à l'acte, puis vient le stade d'apparente normalité et enfin la phase de récupération où coïncident calme et soulagement. Il explique qu'un trouble mental est souvent présent, pouvant masquer ces étapes. L'idée principale, comme l'expliquent McKnight et al., est que l'accomplissement d'un acte violent, contre soi ou un autre, est la seule solution à un profond conflit émotionnel (101). L'homicide résulte d'une accumulation de tensions internes liées à des pressions extérieures. D'après Sadoff, il n'apparaît pas d'autre solution au meurtrier que la violence mais ce stade n'est souvent atteint qu'après retard et hésitation (131).

Holcomb explique que la théorie œdipienne et ce complexe proposé par Wertham ne sont pas mutuellement exclusifs. Bien qu'un attachement pré-œdipien excessif à la mère soit présent à travers le complexe d'Oreste, plusieurs auteurs, comme McKnight, Mohr, Quinsey et Erochko, reconnaissent la possibilité d'un conflit œdipien contribuant à une culpabilité qui intensifie la crise catathymique (72).

Ce concept proposé par Wertham ne reçoit qu'une acceptation transitoire, probablement parce qu'il n'est applicable que dans un nombre de cas limités et susceptibles d'être expliqués autrement (101). De plus, ces caractéristiques correspondent aux jeunes matricides mais ne sont pas représentatives de tous les homicides maternels.

#### d. Un crime d'auto-engendrement

D'après Lacan, le parricide correspond à un crime contre le signifiant, le Nom-du-Père. La forclusion du Nom-du-Père, dans le cadre d'une structure psychotique, correspond à l'impossibilité à se référer au Père symbolique, « c'est dire que le Père réel n'est pas advenu en qualité et place de Père symbolique ».

Le discours maternel induit cette forclusion car dénie ce signifiant. Lacan, cité par Estrela-Pereira, explique « ce sur quoi nous voulons insister, c'est que ce n'est pas uniquement de la façon dont la mère s'accommode de la personne du père qu'il conviendrait de s'occuper, mais du cas qu'elle fait de sa parole, disons le mot, de son autorité, autrement dit, la place qu'elle réserve au Nom-du-Père dans la promotion de la Loi ». La relation fusionnelle mère-fils ne laisse aucune place à un tiers et destitue la fonction paternelle. L'enfant est sous l'emprise de la toute-puissance maternelle, où il n'existe aucun père « faisant la loi à la mère ». Les interdits ne sont pas intériorisés et l'homicide survient. « L'absence d'autorité paternelle symbolisante obligerait à recourir à la réalité d'un passage à l'acte pour sortir effectivement de l'étouffement symbiotique » (41).

Plusieurs observations de parricide font état d'une peur de l'inceste chez leur auteur. Pierre Rivière écrit dans ses mémoires « j'avais surtout une horreur de l'inceste, cela faisait que je ne voulais pas approcher de femmes de ma famille » (45). Sa mère était infidèle et ne dormait plus avec son mari, rendant donc cela possible. Le meurtre, pour Schmouckovitch, serait lié à cette absence de père qui ne joue pas son rôle, « ce père est donc incapable de protéger son fils de ses désirs incestueux qui deviennent complètement obsédants, jusqu'à le conduire au meurtre » (132).

Winnicott, repris par Houssier, insiste sur la place du père, dont le rôle est d'attirer sur lui une partie de la haine qu'éprouve l'enfant à l'égard de sa mère. « Le père soulage la mère qui sinon se trouve être au centre de la haine de l'enfant... D'où l'importance que le père soit suffisamment présent, et non suffisamment bon, pour assurer à l'enfant qu'il est réel et non une seule construction ; la survie du père montre à l'enfant puis à l'adolescent qu'il a bien survécu à sa haine » (73).

C'est le père qui transmet la Loi. Elle fait défaut, tant si le père est absent qu'en cas de père tyrannique, « la non limite du père équivaut à l'annulation du père » (41). Schmouchkovitch explique que « le père concret s'est ici aliéné le droit du Père dont il ne devait être que le représentant, qui ne connaît lui-même pas d'interdit et ne peut donc pas le transmettre » (132). Le père n'est pas le maître de l'interdit et ne fait pas la Loi mais « exerce un office aux fins de médiatiser et de rendre viable le rapport de son enfant à la référence absolue, c'est-à-dire au principe de Loi et de Raison » (41). Dans le parricide, « le meurtrier frappe la source même des lois ou l'officiant qu'est son père réel, il tue la référence » (132).

Le Nom-du-Père permet normalement la transmission symbolique. Ce défaut d'intériorisation des interdits chez l'auteur du parricide le conduit à l'homicide, qui est commis au sens réel en raison de l'absence de registre symbolique (80).

Pour Green, le matricide a pour but « de redonner vie à son père en tuant sa mère ». Lors d'une relation fusionnelle mère-fils, en raison de l'absence de tiers séparateur et donc de Loi du père, la mère toute-puissante entretient avec son fils une relation « d'étouffement symbiotique qui confine au vampirisme » (53). L'enfant opte pour le

meurtre de sa mère plutôt que de mourir lui-même étouffé. Schmouchkovitch explique que, « quand le déjà institué (la référence, l'Au Nom de) n'a pas été transmis (par l'office du père) », le parricide ne peut se constituer comme sujet (132). Ce déni de la fonction paternelle est à l'origine d'un défaut de filiation, l'enfant ne peut pas être reconnu comme enfant d'un père (41). Réintégrer le père lui permet de réinstaurer le père, donc la filiation paternelle, et d'acquérir le statut de sujet (132). « La Loi n'a pas dénaturé l'inceste », les interdits n'ont pas été signifiés. Le meurtre survient comme une tentative de « restaurer le Père, c'est-à-dire son rapport à l'interdit » (41).

Pour Legendre, dont les propos sont repris par Schmouchkovitch, il faut « apprendre à penser le meurtre en termes de meurtre de l'interdit » (132). Le parricide est un « attentat contre l'ordre de la filiation c'est-à-dire contre l'agencement institutionnel qui fait de quelqu'un le fils ou la fille de ses deux parents » (41).

Schmouchkovitch explique le parricide ainsi : « afin d'accéder au statut de sujet, il a tué celui qui devait lui donner la loi en héritage. Vampirisé par la mère ou humilié par le père, il n'a jamais pu se différencier. Le passage à l'acte seul peut marquer dans le réel le processus de différenciation » (132).

Green illustre cette notion à l'aide du mythe d'Oreste. Il attribue à Clytemnestre « l'image de la mère phallique dévoratrice de puissance paternelle » et Oreste correspond à un modèle de psychotique. Il explique, à propos de Clytemnestre, « une image telle qu'elle habite les fantasmes de l'enfant est pour lui un objet de fascination et de terreur, l'un participant à sa puissance, l'autre le menaçant du retour oblitéré de cette puissance sur lui ». Agamemnon est mort, « le père n'est présent que par le défilé maternel ou du moins il n'y est que comme référence oblitérée ».

Pour Green, Oreste est donc dans l'incapacité de s'inscrire dans la filiation paternelle. Le motif du passage à l'acte est le suivant : « ainsi, dans le meurtre de sa mère, son animosité pour elle, si elle existe, ne serait en tout cas pas le mobile de son crime : celui-ci tient au passage nécessaire qu'il lui faut franchir pour se nommer le fils d'Agamemnon. Pour inscrire un passé qu'il ne connaît que par le lieu marqué mais non signifié du tombeau de son père, pour libérer la voie à l'épopée de Troie qui fit la gloire de sa lignée et lui demeure inaccessible, indisponible, il lui faut rendre la vie à Agamemnon, car c'est de cette réhabilitation que dépend l'aval de toute l'existence paternelle. Par ce geste, il accède à une identité enfin acquise, si cher qu'en soit le prix ». Il expose ainsi le matricide comme solution illusoire chez le psychotique, de réintroduire le père en tant que symbole de la loi dans cette dyade, où il est absent, pour « accéder au statut de sujet ». Ce n'est bien sûr qu'une illusion car détruire sa mère met un terme à ce qui fonde la paternité (53).

Zagury fait état d'une conception identique lorsqu'il distingue « ceux qui tuent leur père au nom de la défense de leur mère ou au nom d'un principe paternel bafoué. C'est le classique meurtre du bourreau familial, parfois induit ou soutenu par la mère et la fratrie ». Alors que « d'autres tuent leur mère au nom du père... Oreste, pour se nommer le fils d'Agamemnon, pour réhabiliter l'existence paternelle, a sauvé son identité dans la mise à mort de sa mère Clytemnestre ». C'est ainsi qu'il qualifie le parricide de « crime paradoxal », expliquant qu'« en visant à s'auto-engendrer, le meurtrier s'autodétruit : à émerger comme sujet autonome, il retourne au non-être ». Il précise, « faute d'avoir acquis pour le posséder l'héritage de leurs pères, selon la profonde expression de Goethe reprise par Freud dans « Totem et Tabou », les

parricides ayant échoué dans leur cheminement vers l'Œdipe à se donner une place dans la suite des générations, sont condamnés à osciller entre l'usurpation d'héritage et le refus d'héritage, ce qui revient ici au même : s'auto-engendrer, refuser toute dette vitale, c'est tout uniment hériter de soi-même, ne pas hériter, n'hériter de personne » (156).

#### e. Le déplacement

Linder, cité par Holcomb, décrit l'importance des mécanismes de déplacement et les équivalents de matricide à travers l'exemple d'un homme qui tue un témoin de Jéhovah, un suicide et une femme qui subit de nombreuses opérations chirurgicales inutiles. Il illustre des comportements destructeurs et auto-destructeurs, interprétés comme des équivalents de matricide, grâce au mécanisme de déplacement. Cela implique que des choses, des situations ou des personnes correspondent à des substituts d'objets pour les impulsions d'homicide. Il existe quatre voies de décharge des pulsions matricides : le meurtre d'une autre personne, le suicide incluant la mort de l'image maternelle, le comportement antisocial et les rêves. Il rejette l'explication œdipienne de Freud, concernant l'hostilité à l'encontre de la mère à la base du matricide, à la faveur de la théorie pré-œdipienne de Wertham (72).

L'anxiété intense et la culpabilité relatives au matricide peuvent également expliquer que ce fait soit rare, l'acte étant déplacé sur une autre victime (54).

Holcomb reprend les propos de Revitch et Schlesinger, qui notent un attachement inséparable à la mère dans tous les cas d'homicides faisant intervenir un motif sexuel. Ils concluent que tous les homicides sexuels sont des matricides déplacés (72).

Ce même auteur évoque également Rachlin, Milton et Alvin, qui étudient trois patients, avec des antécédents psychiatriques, ayant commis un suicide. Ils notent une relation symbiotique pathologique mère-fils. Les mères sont décrites comme psychotiques et font preuve de comportements sexuels explicites évidents envers leurs fils. Ils donnent à ces passages à l'acte le nom de « suicides contre symbiotiques », le suicide permettant de briser ce lien émotionnel pathologique qui les unit à leur mère. Ces cas sont assimilés aux équivalents matricides de Linder. Le suicide est le résultat d'une haine à l'encontre de leur mère qui les empêche de se développer émotionnellement (72).

#### f. La théorie d'Ochonisky

Ochonisky assure que le complexe d'Œdipe permet de comprendre le parricide mais qu'il ne l'explique pas. Elle s'est donc intéressée à répondre à la question suivante : « pourquoi un désir aussi universel est-il parfois réalisé ? ».

Elle fait intervenir trois composantes psychopathologiques dans le parricide. Il y a tout d'abord la « déficience du principe de réalité », engendrant une confusion entre le réel et l'imaginaire chez le meurtrier. Il ne parvient pas à différencier les représentations mentales de l'agir. Les parricides font souvent état de sentiment de déréalisation et de dépersonnalisation, le passage à l'acte se situant à la fois hors du temps et hors du sujet lui-même. La mort perd son caractère réel, charnel et effrayant, car elle n'en est qu'une réalisation magique.

La « négation de l'objet » traduit une volonté du sujet, non seulement de tuer l'Autre mais de l'anéantir, de le faire disparaître, d'« effacer l'Autre magiquement du monde réel », comme s'il n'avait jamais existé. La relation à l'objet comporte un sens particulier de la mort. Elle est telle que le conflit ne peut être résolu que par la mort de l'Autre ou celle du sujet lui-même. Il ne peut vivre si l'Autre existe. La mort de l'Autre lui permet d'exister mais l'existence de l'Autre lui est aussi indispensable (115).

Enfin, la « relation archaïque à l'objet » à un stade prégénital empêche l'identification parentale. Elle cite Klein, qui note, à ce stade précoce de la relation d'objet, des « fantasmes agressifs d'incorporation et de destruction de la mère, conçue à la fois comme bon et mauvais objet ». Elle ajoute « fixés pour une part, régressés pour une autre, leurs besoins instinctifs se présentent globalement avec la violence, le manque de mesure, l'absolu des désirs et des émois du tout petit enfant... Ils éprouvent des émotions d'une violence cataclysmique, que ce soit dans un sens ou un autre. Ils ignorent les sentiments en demi-teintes. Le déchaînement de l'orage affectif n'est pas conditionné par l'importance de la réponse de l'objet. Il peut être provoqué par la plus petite manifestation de ce dernier. Il répond à la loi du tout ou rien. La variabilité de leurs sentiments est extrême et explicable par l'ambivalence, c'est-à-dire le mélange des sentiments positifs ou négatifs au même instant, qui ne fait jamais défaut ; ils passent de l'amour le plus absolu à la haine la plus totale, avec une extraordinaire facilité. C'est dans l'absence d'identification aux personnages parentaux que nous trouvons la clé de cette faiblesse du Moi et qui va de paire avec l'exacerbation narcissique ». Ochonisky explique que « lorsque la relation se fixe à ce stade, le rapport avec la mère devient une source d'angoisse inextinguible à cause de la culpabilité soulevée par la sauvagerie instinctuelle et les besoins de



possession destructeurs, et la crainte d'une punition en talion par une partenaire que la projection dote des mêmes caractéristiques » (115). Pour Yvonneau, le contrôle maternel s'assimile au vampirisme, « l'emprise invasive de la mère, face à la déréalisation, imminente ou effective, de son enfant matricide, constitue l'un des innombrables exemples d'une structure vampirique ». C'est pourquoi il cite Racamier, qui explique que « le schizophrène, pour échapper à la vampirisation subtile qu'implique son inclusion réciproque avec le tout-puissant Objet maternel, se rétracte et tend à s'effacer, voire à se suicider ». Pour se dégager de cette structure le sujet doit « liquider cette mère archaïque » (154). Quant aux relations paternelles, « les processus d'identification avec le père se révèlent presque impossibles. Ce sont en effet des formes très primitives d'identification qui sont là accessibles au sujet et il retrouve dans ses tentatives d'introjection du père, les mêmes difficultés que dans ses rapports avec la mère » (115).

Ochonsky insiste sur le rôle « des frustrations affectives précoces » qui empêchent l'investissement à une relations objectale normale. Elle reprend les propos de Nacht, qui met en lien ces frustrations avec l'agressivité et explique « c'est dans le déplaisir, l'insatisfaction ou la souffrance que l'agressivité semble puiser sa source. Or, le déplaisir, l'insatisfaction, en un mot la frustration partielle des besoins instinctuels, marquent à chaque instant le développement de l'être humain dans les sociétés civilisées, d'où la participation des réactions d'agressivité à l'édification de la structure de la personnalité à tous les stades de son évolution ». Ces frustrations sont particulières, pour Ochonsky « un crime, par exemple, ne peut être causé par un traumatisme infantile banal » (115). En particulier, « le trouble profond du sens du réel qui permet au malade d'agir, et de réaliser ses fantasmes homicides, ne peut être expliqué par les frustrations habituelles » (85). Racamier ajoute que, « pour

deux raisons, par l'absence d'un des parents au moins, par les altérations objectives de l'image du père ou/et de la mère, l'enfant est incapable d'opérer des identifications satisfaisantes ». Il met en parallèle ces frustrations précoces et les comportements antisociaux, « non seulement, l'antisocial par frustration précoce est un impulsif dont les impulsions passent à travers le Moi sans résistance, mais encore une absence quasi-totale de relations d'objet donne à ces impulsions un caractère inhumain, pour ainsi dire démentiel : tuer représente peu sans doute pour qui n'éprouve pas intimement, pour le pire comme pour le meilleur, le sens et la valeur de l'existence et de la vie d'autrui » (126). A propos des conséquences des frustrations affectives précoces sur le sujet, Ochonisky ajoute qu'« elles fixent ses affects sur les objets parentaux, rendant impossible l'investissement libidinal ultérieur nécessaire à une relation objectale normale ». Le sujet « reste enfermé dans le cercle des relations orales agressives qu'il ne peut rompre que par la destruction de l'objet » (115). Pour Racamier, « s'il existe un monde familial de l'enfance des schizophrènes, c'est un monde sans chaleur ; sans ossature et fermé, monde dont on ne reçoit rien de consistant dans lequel on ne peut rien jeter et auquel on ne peut s'identifier » (126). Ces frustrations précoces ne permettent pas une identification satisfaisante aux objets parentaux et donc empêchent l'évolution vers une relation objectale normale.

## 2. La théorie systémique

Cette théorie, portée par Bateson dans les années 1960 et reprise par Holcomb, postule que les interactions entre les individus constituent un système. Ce système est dynamique, chacun est influencé, tant par ses réactions que par celles des autres. La modification d'un élément provoque une modification du système dans son ensemble. Les troubles proviennent d'un dysfonctionnement de ce dernier. Le parricide viserait ainsi à rompre l'équilibre familial, qui est perçu comme pathogène, afin de tendre vers un nouveau système (72).

Les systémiciens imputent le parricide à une structure familiale pathologique, insupportable pour le meurtrier. Ce type de passage à l'acte est plus fréquent « là où la structure familiale est rigide et autoritairement génératrice de conflits haineux ». Devaux et al. rappellent « l'influence capitale de la tyrannie et de l'immoralité de ces parents, souvent inaffectifs, cruels, absents ou alcooliques » (33).

Les partisans de ce concept battent en brèche les théories psychanalytiques, expliquant que le moment de l'attachement à la mère, qu'il soit œdipien ou pré-œdipien importe peu. C'est la dépendance elle-même qui compte.

Post, étudiant les parricides chez les adolescents, explique que « le meurtre n'aurait pas eu lieu si la famille n'avait pas créé une situation insoutenable dans laquelle le meurtre devient une situation raisonnable ». Ces familles sont caractérisées par « des abus émotionnels, sexuels ou physiques extrêmes, la mise en place d'une pression psychologique, un isolement de l'adolescent de sorte qu'il est incapable de considérer d'autres alternatives à la violence, un style de vie familial conflictuel, orienté vers la résolution des problèmes par la violence, la présence d'armes au

domicile, une pression excessive pour plaire aux parents ou pour sauver l'un d'eux et un déni familial de la situation » (122).

Heide et Petee reprennent ces notions, expliquant que l'enfant est dans l'incapacité d'échapper à des abus familiaux insupportables, et notent que 90 % des adolescents parricides ont été abusés par leurs parents. Ils remarquent également que les adolescents parricides sont en général indemnes de troubles mentaux (66). Ainsi beaucoup tuent de façon brutale et calculée. C'est typiquement l'homicide qui se déroule lorsque le parent ne s'y attend pas, alors qu'il dort, ou regarde la télévision, ou encore cuisine, et se trouve dos au tueur (110). Mones décrit des « poly-abus » au sein de ces familles (109). Un des aspects des abus émotionnels correspond à l'impossibilité parentale à reconnaître les frontières entre soi et son enfant. Ce dernier est perçu comme un prolongement du parent et existe pour satisfaire ses besoins et ses idéaux. Il empêche ainsi l'enfant d'acquérir une identité indépendante (66).

Holcomb reprend les propos de Leyton, qui met l'accent sur le rôle du statut social de l'enfant au sein de sa famille. L'incapacité à améliorer son statut social contribue au parricide, dans ces familles qui contrôlent chacune des dimensions de la vie de leur enfant, qui contribuent à l'isoler et à le priver de son autonomie et de son identité. L'enfant baigne dans une atmosphère de violence et de frustration, où les parents méprisent les efforts de leur fils pour gagner son indépendance (72).

Parfois un parent peut même utiliser son enfant, consciemment ou non, pour tuer son conjoint comme l'ont noté Holcomb et Sadoff (72, 131).

Au-delà de l'étude de ces familles dysfonctionnelles, certains auteurs se sont intéressés plus particulièrement au lien entre l'auteur et sa victime. D'après Holcomb, Hellsten et Katila notent des mères dominatrices, voulant tout contrôler, surprotectrices, oppressantes, intimidantes et distantes émotionnellement. Elles sont souvent à l'origine d'abus physiques et entretiennent une relation marquée par des provocations sexuelles qui paralysent l'enfant. Les pères sont en général faibles, absents et passifs. Ils ne peuvent être des objets d'affection ou d'identification pour leur enfant. Ce même auteur cite également Corder, qui distingue par la suite les tyrans domestiques, effrayant femme et enfants, des pères absents. Il se développe alors « un attachement excessivement étroit, voire séducteur, entre la mère et le fils » (72).

Benezech différencie deux types de relations selon le parent tué (9). Dans les cas de matricide, la mère est dominatrice, possessive et entretient une relation de dépendance hostile avec son enfant. Champion et al. ajoutent que le père est peu présent (20). Lors d'un patricide, ce dernier se montre cruel avec son enfant, dominant, agressif, tandis que la mère est plutôt tolérante et surprotectrice (9).

En plus des abus émotionnels, sexuels et physiques, Heide et Petee décrivent des situations de négligence et d'incestes émotionnels (66). C'est le cas d'un parent qui traite son enfant comme s'il était son conjoint. Virkunen remarque qu'il existe une relation de dépendance agressive entre l'auteur et sa victime (146). Ces situations conduisent l'enfant à ressentir de la honte et de l'humiliation (72). A la fois surprotecteur mais aussi rejetant, le comportement de la victime donne naissance à un double lien précipitant le meurtrier dans une impasse situationnelle (90). Sadoff insiste sur cette notion d'ambivalence entre l'agresseur et sa victime (131).

Tanay développe le terme de « parricide égodynamique », signifiant que l'homicide est acceptable dans la conscience du criminel. Il peut même parfois être encouragé par d'autres membres de la famille. Les caractéristiques du parricide égodynamique sont : « le parent tué était une personne sadique, la famille et en particulier l'assassin, vivaient avec la peur de la victime, le parent survivant est passif, masochiste, dépendant du parent sadique tué, la relation entre les parents était sadomasochiste, prévenant la dissolution du mariage ou le contrôle du comportement sadique, la vie familiale était perturbée et a donné lieu à des conflits catastrophiques, le meurtre du parent conduit à une amélioration générale de la vie familiale, les réponses officielles au comportement sadique avant le meurtre étaient sans affects et la vie du tueur s'améliore après le parricide ». L'homicide apporte un soulagement à l'auteur mais aussi souvent à toute la famille. Si beaucoup de ces caractéristiques sont présentes dans les homicides parentaux, Tanay affirme que les meurtres réactionnels ne sont pas la cause de la majorité des matricides qui sont plutôt liés à des troubles mentaux. Ils surviennent principalement chez les jeunes meurtriers (141).

Devaux et al. théorisent trois situations, selon la relation entre l'auteur et sa victime. Celle-ci se développe progressivement et conduit au passage à l'acte. « Dans le couple parricide-victime autoritaire, le caractère autoritaire de la future victime engendre des phases d'excitation et d'abattement chez le meurtrier, avec de fréquentes disputes. Le passage à l'acte survient brutalement, au cours d'un épisode de calme apparent. Il est suivi d'un retour au calme et d'un état de bien-être. Il peut alors éclore une symptomatologie délirante avec une richesse sémiologique élaborée. Le couple parricide-victime faible n'est marqué par aucun désaccord entre le meurtrier et sa victime. L'acte survient brutalement, sans prodromes. La phase

post-homicide est souvent émaillée de tentatives de suicide. Il s'agit généralement de véritables raptus anxieux de type mélancolique. La triade parentale est composée d'un père paranoïaque, d'une mère schizoïde et d'un enfant schizophrène. Il règne un climat d'hostilité avec des rapports violents entre le meurtrier et sa victime, suivis d'épisodes d'ignorance du père envers son enfant. La mère est à ce moment effacée, essayant d'éviter les heurts. On peut, dans le déroulement de l'acte parricide, distinguer un certain nombre de stades cliniques : constitution du couple parricide-victime, instauration de relations ambivalentes, idée de meurtre avec assentiment inconscient, assentiment conscient, puis formulé. L'acte homicide est violent et imprévisible. Ensuite éclot une symptomatologie psychotique » (33).

La plupart des recherches sont basées sur des études de cas et tendent vers un thème commun, le parricide est souvent une réponse à une longue histoire de maltraitance. Ainsi Sadoff conclut qu'« une relation bizarre existe entre la victime et son assassin, au cours de laquelle le parent victime maltraite son enfant excessivement et le pousse au point de violence extrême » (131). Vaisanen et Vaisanen, cités par Holcomb, assimilent même certains parricides au suicide du parent, poussant son enfant à le tuer (72). Pour Devaux et al., les victimes de parricides « méritent généralement leur sort » (33).

Ainsi selon les systémiciens, l'un des problèmes majeurs du parricide est la dépendance excessive parentale. L'enfant tente de s'échapper de cette famille abusive mais en est incapable par un autre moyen que l'homicide. Si l'on retrouve des familles pathologiques dans de nombreux cas de parricide, ce sont principalement chez les adolescents qu'ont été menées ces études, dont la généralisation doit être précautionneuse. Ce concept a cependant le mérite de s'intéresser aussi bien aux patricides qu'aux matricides.

### **3. La théorie cognitivo-comportementale**

En 1971, Ellis et Gullo conceptualisent cette théorie aux auteurs de matricide. Ils notent que « la plupart des tueurs ont une personnalité pathologique et peuvent être diagnostiqués comme psychotiques ou proches des psychotiques... seulement une petite proportion est saine d'esprit » (38). Ils sont décrits comme trop sensibles aux reproches venant d'autrui, colériques et influençables par l'environnement. L'information perçue, le stimulus, est traitée selon un schéma de pensée particulier, souvent à tonalité négative. Les autres schémas sont exclus. Ces biais dans le traitement de l'information au niveau cognitif génèrent des erreurs de jugement, des pensées automatiques, dysfonctionnelles, irrationnelles et des distorsions cognitives. Les sujets font alors preuve de pensées irrationnelles concernant leurs échecs, à propos des défauts des autres et des injustices de ce monde. Le matricide survient dans une volonté de surmonter les idées de dévalorisation et le sentiment d'incapacité qu'ils ressentent. Ils ruminent ces pensées irrationnelles. La situation devient intolérable et le sujet fait preuve d'une stratégie de réponse comportementale également dysfonctionnelle, il passe à l'acte. Cela lui semble être la seule issue pour se sortir de cette situation. Le matricide peut être causé par des idées de persécution et la conviction que la mère est contre l'auteur, en raison d'injustices maternelles, d'un bénéfice financier au décès de celle-ci ou à cause d'une alcoolisation ou de troubles mentaux privant l'auteur de son libre arbitre (72).



Si le passage à l'acte est souvent causé par un comportement provocant à l'égard du meurtrier, une simple provocation de la victime est en général insuffisante pour conduire au passage à l'acte. L'auteur a une façon de penser caractérisée par de la rigidité et une absence d'accès à un raisonnement logique. L'acte violent serait la conséquence d'expériences offensantes qui créent une situation insupportable qui paraît impossible à résoudre pour le meurtrier. La pensée devient de plus en plus rigide, centrée sur le sujet et les solutions alternatives sont progressivement éliminées jusqu'à ce que le passage à l'acte sur soi-même ou autrui semble être l'unique solution (101).

Selon la théorie cognitive, le matricide est lié à un processus de pensée irrationnel, voire psychotique chez le tueur. Si aucune étude contrôlée ne peut valider ce concept, il est certain que la clinique est en faveur de cette théorie, de nombreux auteurs de matricide souffrent de psychose au moment du meurtre.

#### **4. La théorie de l'affirmation de soi**

Le concept d'affirmation de soi, proposé par Steele en 1988 et explicité par Holcomb, découle de cette perception négative de soi ressentie par l'agresseur. Il n'est également développé qu'à propos du matricide.

Cette théorie stipule que chacun possède un système propre, dont le but est de maintenir une conception positive de soi, l'image de quelqu'un de bien, de compétent et de libre de ses choix. Ce système est activé lorsque des menaces sur ses compétences ou son intégrité sont perçues, pour rétablir l'image de soi. Les pensées irrationnelles majorent ce sentiment de menace, tout comme les dysfonctionnements familiaux. L'équilibre peut être rétabli par le biais d'explications, d'une rationalisation ou d'une action parfois très violente.

Si le but du passage à l'acte semble être de rétablir une injustice perçue, le principal objectif est en réalité de protéger l'image de soi. Celle-ci nécessite d'être sévèrement menacée pour que survienne le matricide (72).

Certains auteurs, comme Baumeister, Smart et Boden, notent au contraire, qu'une haute image de soi entraînerait la violence (7). Il semblerait, pour Kernis, Grannemann et Barclay, que ce soit plutôt une instabilité de l'image de soi qui en soit à l'origine. Ces individus ont généralement une haute estime d'eux-mêmes mais sont trop sensibles aux critiques les concernant, ont tendance à surévaluer leur propre vision d'eux mêmes et à blâmer les autres pour des événements négatifs. Ils se focalisent sur les atteintes faites à leur image (78). Ces symptômes peuvent être présents chez les personnes souffrant de troubles mentaux, comme la schizophrénie ou les troubles majeurs de l'humeur, qui présentent des distorsions de la pensée et une labilité émotionnelle.

Holcomb explique que Fletcher et Gramzow distinguent la culpabilité, qui n'atteint pas le soi, de la honte, qui mène à la baisse de l'image de soi. Le motif du matricide ne serait donc pas la culpabilité, comme le suggèrent les psychanalystes, mais la honte (72).

Plus fréquent chez les femmes, l'homicide altruiste illustre cette théorie. Le meurtrier a honte de la souffrance qu'il cause à sa mère et des pensées délirantes lui indiquent qu'il doit la tuer pour être une bonne personne. Il croit ainsi pouvoir sauver sa mère de la douleur en mettant fin à ses jours.

A propos du conflit œdipien, lorsque la mère est sexuellement provocante envers son enfant, restaurer l'image de soi, ainsi que l'honneur du père, devient également primordial. Même en cas de conflit sexuel latent, fréquent dans le matricide, l'enfant présente des sentiments sexuels pour sa mère. La stimulation sexuelle excessive contribue alors à la baisse de l'image de soi.

Les sujets confrontés à des expériences d'humiliation familiale sont enclins à ressentir un sentiment de honte et donc à commettre une agression. Leur soi est perçu comme négatif et douloureux. La dépendance excessive à la mère engendre le même ressenti. Les auteurs insistent également sur la place du père qui, participant à l'indépendance de son fils, contribue à restaurer l'image de soi.

Le matricide permettrait donc, pour ces auteurs, de restaurer l'image de soi par le passage à l'acte (72).

Comme le précédent concept et contrairement à d'autres, ce mécanisme s'applique aussi bien aux femmes qu'aux hommes auteurs d'un homicide à l'encontre de leur mère.

Plusieurs théories permettent ainsi d'expliquer, en partie, le parricide. La psychanalyse, tout d'abord, se base essentiellement sur la notion de complexe d'Œdipe, qui postule que l'enfant désire tuer le parent du même sexe et posséder celui du sexe opposé. Wertham développe ensuite le complexe d'Oreste, basé sur un attachement pré-œdipien à la mère. D'autres auteurs perçoivent l'homicide comme un crime d'auto-engendrement, le meurtrier souhaite réinstaurer le père pour devenir lui-même sujet. Le déplacement, quant à lui, permet de surseoir au meurtre parental grâce à des équivalents de parricide. Pour Ochonisky, le parricide nécessite trois conditions qui sont la déficience du principe de réalité, la négation de l'objet et une relation archaïque à ce dernier. Elle insiste également sur le rôle des frustrations précoces dans sa genèse.

La théorie systémique met ensuite en lien le parricide avec une structure familiale pathologique. Les parents sont généralement violents, parfois absents. Le meurtrier est souvent victime d'abus de tous types et se trouve privé d'autonomie. L'homicide a pour but de briser cet équilibre pathogène et de rompre avec la dépendance parentale.

Selon le concept cognitivo-comportemental, les auteurs de parricide font preuve de pensées dysfonctionnelles et ruminent des idées de dévalorisation et d'incapacité, contre lesquelles l'homicide représente la seule échappatoire.

Toutes ces théories sont intégrées dans le concept d'affirmation de soi, qui stipule qu'elles ont pour conséquence une mauvaise image de soi chez le parricide, que le passage à l'acte lui permet de restaurer.

Si les premières explications traitent du patricide, la littérature semble par la suite s'être davantage intéressée au matricide. Chacune de ces théories apporte des informations pour comprendre le parricide, cependant, nous sommes frappés par l'absence d'éléments récents. Tous ces concepts, « toutes les métaphores qui tentent laborieusement de rendre compte d'une expérience indicible », et leur ancienneté, témoignent de la complexité à expliciter le parricide (105).

Cette difficulté s'étend également au plan légal. Evaluer la responsabilité pénale du parricide et déterminer la sanction qui en découle s'avère délicat. Lorsque la Loi symbolique défaille, la loi juridique est interpellée (41).

### III. CADRE LEGAL

#### 1. De l'Antiquité à nos jours

La condamnation réservée au parricide a également varié au fil des siècles. Acte singulier, il a toujours été sévèrement puni, par des sanctions spécifiques, souvent plus assimilées à des actes de tortures qu'à une simple répression. Au sommet de la hiérarchie pénale, ce type de crime est assimilé au régicide, car il remet en cause de la même façon l'autorité de la loi. Le dommage commis doit être réparé tant au niveau de la victime, du roi, que de la loi.

Ce terme n'est pas présent dans les premiers textes légaux, tant chez les Egyptiens que chez les Grecs ou les Romains. Ces derniers agissent par omission, par déni qu'il puisse seulement exister, « on ne pouvait concevoir que quelqu'un puisse commettre un crime aussi monstrueux » (30). Les législateurs de l'époque pensent que prononcer une peine contre un tel acte encouragerait les hommes à le commettre, plutôt que le prévenir (115).

Cependant, en Egypte antique, les parricides sont soumis à un châtement spécifique. On enfonce des roseaux dans différentes parties du corps du meurtrier et on le jette sur un lit d'épines auquel est mis le feu (144).

C'est dans la Rome antique, avec la « Loi des Douze Tables », en 450 avant Jésus-Christ, face à l'augmentation du nombre de cas, qu'apparaît pour la première fois la répression du parricide. Son auteur est soumis, d'après Ochonisky, au supplice du « culleus », qui consiste à envelopper la tête du meurtrier dans un sac cousu (ou culleus). Le parricide est ensuite jeté dans l'eau (115). Ce crime est très sévèrement

puni, le seul à l'être de la sorte. Comme le note Beccaria dans « Traité des délits et des peines », repris par David, « le même esprit de férocité qui guide la main du parricide et de l'assassin a aussi guidé la main du législateur » (30).

A contrario, d'après Trimaille, Platon explique, dans « Les Lois », que « celui qui a tué son père ou sa mère mériterait fort justement de subir plusieurs fois la mort ; car de quelle manière la loi pourrait-elle infliger le châtement qu'il mérite au seul homme à qui elle ne permet pas, même pour défendre sa vie menacée par ses parents, de tuer le père ou la mère qui lui ont donné le jour, et qui doit tout souffrir avant que d'en venir à cette extrémité ? En conséquence, nous décidons que celui qui aura tué son père ou sa mère dans un mouvement de colère sera puni de mort ».

Sous Pompée, selon la loi Pompeia, en 53 avant Jésus-Christ, le parricide est fouetté jusqu'au sang (144).

Le châtement évolue ensuite, sous l'empereur Auguste, la bouche du criminel est fermée par une bourse en cuir. Des animaux tels qu'une vipère, un singe, un chien et un coq sont enfermés dans le sac, avant de jeter le meurtrier à la mer. Le parricide est conduit par un char attelé de bœufs noirs (32). Il est également chaussé de souliers de bois (144).

Les législateurs de l'époque sont influencés par la mythologie et décident ainsi d'abandonner le meurtrier, encore vivant, à Janus. Dieu de tous les dieux, il représente aussi celui des commencements et des fins, celui qui garde les portes du ciel. Le sort du parricide est ainsi soumis aux divinités. Il est privé de sépulture, ce qui marque son anéantissement et l'impossibilité d'un retour sur terre. Toute communication du meurtrier est impossible, tant avec l'air, par l'intermédiaire du sac, qu'avec la terre, par les souliers de bois. Son exécution ne fait pas couler le sang. Le

parricide étant considéré comme un acte impur, cela protège la communauté d'une éventuelle contagion. La présence des animaux dans le sac comporte également une dimension symbolique. Le serpent déchire le ventre de sa mère à sa naissance, le singe possède une forte ressemblance avec l'homme, le chien évoque la rage et le coq bat souvent sa mère. Le parricide est, par cet intermédiaire, renvoyé dans l'autre monde avant son trépas. En plus d'une mort physique, le rituel permet l'expiation et le meurtrier est exclu de la communauté. Cet acte correspond à un « véritable rite de purification », visant à éliminer le parricide et à restaurer la paix des dieux (144). Afin de réduire au maximum la responsabilité de la société et de ses exécutants dans la punition qui lui est infligée, il n'est pas tué par un bourreau mais par noyade (19).

Plutarque, cité par Meyer, avance que les législateurs ont eu raison de penser qu'un tel crime ne pourrait jamais se produire, car « il ne s'est trouvé personne à Rome qui ait commis un tel crime l'espace de six cents ans durant » (104). Le premier homme sanctionné d'un parricide est Lucius Ostius, au II<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ, à Rome, après avoir tué son père (104). A la même époque, Publicius Malleolus empoisonne sa mère (4).

L'empereur Hadrien, au II<sup>e</sup> siècle après Jésus-Christ, abolit le supplice du culleus, les parricides étant alors brûlés vifs ou jetés aux animaux (115).

Peu de textes à propos du parricide sont issus du Moyen âge. Ils reprennent, selon Trimaille, les notions décrites dans le droit romain. Du VII<sup>e</sup> au XII<sup>e</sup> siècle, la pénitence liturgique contrebalance la sévérité des textes romains. Charlemagne confie aux évêques le pouvoir sur les laïcs concernant la répression des infractions qui portent atteinte à la chrétienté. Il aborde les parricides dans le grand capitulaire, en 802, au sein du chapitre 32 : « Quand il arrive par suite du pêché que quelqu'un tue son frère



ou un de ses proches, qu'il se soumette à la pénitence qui lui est imposée et qu'il s'applique à observer jusqu'au bout ce remède salutaire, selon ce que son évêque aura édicté et cela sans tergiversation, avec l'aide de Dieu. Qu'il paie selon la loi la composition pour le meurtre ; qu'il fasse la paix avec tous ses proches, et une fois la fidélité jurée, que personne n'ose plus susciter aucune vengeance ». Le parricide peut alors effectuer un pèlerinage pour expier ses fautes. En cas de refus, il relève de la compétence de l'autorité civile, « que ceux qui ont fait un parricide ou un fratricide, qui ont tué un oncle paternel ou maternel ou l'un de leurs proches et qui n'ont pas voulu obéir au jugement des évêques, des prêtres ou des autres personnes, que ces gens-là soient mis sous bonne garde par nos missi et nos comtes pour le salut de leur âme et l'accomplissement d'un juste jugement, de telle manière qu'ils demeurent sains et saufs, sans pouvoir contaminer le reste de la population et cela jusqu'à ce qu'ils soient conduits en notre présence. Que pendant tout ce temps, ils ne puissent jouir de leurs biens ». Comme stipulé dans « *Miracula sancti Florentii* » et relayé par Trimaille, selon les régions et les coutumes, le parricide peut, lors de son pèlerinage, être entravé. « L'évêque ordonne de fabriquer... des liens de fer qui serreront étroitement le cou, le ventre et les bras du pêcheur ». La souffrance permet d'expier le parricide de ses crimes. Lorsqu'avec l'usure ses liens se brisent, il s'agit du pardon de Dieu. Les meurtriers portent parfois une lettre mentionnant le parricide, « afin que la honte de ce châtiment les accable lourdement et qu'ils inspirent aux autres la terreur d'accomplir un tel forfait ». Les pèlerinages sont pratiqués jusqu'au XV<sup>e</sup> siècle, mais sans entraves, interdites par l'Eglise à partir du XII<sup>e</sup> siècle (144).

Au XVI<sup>e</sup> siècle, le droit romain tombe en désuétude. Les sanctions appliquées sont celles qui seront reprises ultérieurement dans le Code Pénal napoléonien. Elles sont décrites par Trimaille : « le fils qui tue ou qui empoisonne son père ou sa mère est ordinairement condamné à faire amende honorable, à avoir le poing coupé, et à être rompu vif et jeté au feu ; si c'est une femme ou une fille, on la pend et on la brûle. Ces peines se prononcent pareillement contre le fils qui est complice de l'assassinat de son père ». Cet usage jurisprudentiel n'est cependant entériné par aucune loi. Le parricide subit l'accumulation de plusieurs châtiments, prévus initialement pour d'autres crimes, afin de le rendre particulièrement cruel (144). « Il doit faire amende honorable devant Notre-Dame, nu en chemise, torche de cire du poids de deux livres au poing. Il endure ensuite la calcination de la main ayant tenu l'arme du crime, le déchirement des bras et des cuisses par des tenailles ardentes, l'arrosement des plaies avec du plomb fondu, de l'huile et de la poix brûlantes, de la cire et du soufre, enfin l'écartèlement par quatre chevaux parfois pendant plusieurs heures » (115).

Le Code Pénal de 1791 supprime les actes de torture à l'encontre des condamnés, dans une volonté humaniste. La peine de mort est alors appliquée sans mutilation du poing et selon un rituel bien précis. Le meurtrier est conduit sur le lieu de son exécution pieds nus, en chemise, la tête enveloppée dans une étoffe noire (115, 144).

Le Code Pénal de 1810 rétablit la mutilation du poing droit avant que le parricide soit décapité. Il s'agit du dernier crime sanctionné par un châtiment corporel associé à la peine de mort (68, 81, 115, 144).

L'ancien Code Pénal de 1810 comporte des incriminations spécifiques pour les crimes familiaux, qui sont une cause d'aggravation de la peine. Comme l'illustre l'article 299, la qualification de meurtre disparaît alors au profit du parricide. La définition proposée, reprise par Ochonisky, est la suivante : « le parricide est le meurtre de son père ou de sa mère, légitimes, naturels ou adoptifs ou de tout autre ascendant légitime ». Il précise également que ce crime « n'est jamais excusable », ce qui signifie que pour être qualifié de la sorte, seul l'élément matériel compte, un élément intentionnel n'est pas une condition obligatoire. L'article 302 stipule que « tout coupable de parricide ou d'empoisonnement sera puni de mort » (115).

La loi du 28 avril 1832 abolit l'amputation du poing et rétablit la nécessité d'un élément intentionnel au meurtre. L'auteur du parricide doit avoir eu l'intention de donner la mort pour subir une telle peine, dans les autres cas elle est atténuée (144).

Le décret-loi du 24 juin 1939, proposé par Daladier, supprime l'exécution publique. Elle se déroule à l'abri de la foule, dans l'enceinte des prisons.

Une ordonnance du 23 décembre 1958 met un terme au cérémonial entourant le parricide.

Lors de l'abolition de la peine de mort le 30 septembre 1981, il devient passible de la réclusion criminelle à perpétuité (44).

Jusqu'au XX<sup>e</sup> siècle, l'auteur d'un parricide est sanctionné à la fois d'une manière répressive, par sa mort, et d'une façon symbolique touchant au corps du condamné. La loi de 1832 et celles qui suivront suppriment cette part symbolique, héritée du droit romain, et ôtent une partie de sa spécificité au parricide, le réintégrant dans la lignée des homicides ordinaires, non spécifiques (144).

Ce type de meurtre ne bénéficie en effet que de peu de particularités actuellement. Le terme de parricide n'apparaît plus comme tel dans le Code Pénal de 1994. Comme le souligne Hennion-Jacquet à propos de la législation sur les crimes familiaux, « il n'y a aucune infraction spécifique du meurtre en raison du lien de parenté unissant l'auteur et la victime. C'est tout au plus sur le plan de la sanction qu'une singularité, non consacrée par le droit, peut être relevée ». Alors que selon l'article 221-1, « le fait de donner la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle » ; l'article 221-4 stipule que le « le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité s'il est commis sur un ascendant légitime ou naturel ou les père ou mère adoptifs ». S'il n'est pas un meurtre spécifié, c'est-à-dire une catégorie particulière de meurtre, le parricide est considéré comme un « meurtre aggravé » (68).

Le caractère pathologique du parricide est lié aux influences de la société. « Le meurtre des parents âgés est un geste de piété filiale strictement réglementé par les normes culturelles. S'il est condamné en Occident, il apparaît admis dans d'autres cultures » (154).

Dans notre société, le parricide responsable de ses actes est passible d'une peine sévère, fixée par la justice et les jurés. Cependant, de nombreux parricides sont atteints de troubles psychiatriques et se pose alors la question de la responsabilité pénale de leurs auteurs.

## 2. La responsabilité pénale des parricides

De tout temps, la société a été confrontée à la prise en charge d'une partie de leurs membres qui présentaient des troubles mentaux et transgressaient les lois. Jalonnant notre histoire depuis son origine, la question de la folie criminelle a conduit chaque société à tenter d'éclaircir les mystères de la raison selon ses propres croyances et références. De ces réflexions découlent des interrogations sur la responsabilité, la sanction et la sécurité, aussi bien collective qu'individuelle. Ainsi, les réactions à l'égard des malades mentaux ont oscillé entre exclusion et position plus indulgente et réparatrice. Ils ont toujours d'abord été condamnés avant qu'ils ne soient pris en charge pour leur pathologie (40).

Dès la civilisation antique et gréco-romaine, la question du malade mental délinquant est abordée sur le plan juridique. Dans « Les Lois », au V<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ, Platon, cité par Thuillier, s'accorde à dire que la folie peut être une cause de crime. L'homicide peut, dans ce cas, être involontaire et n'entraîne pas la responsabilité de son auteur (142). Le meurtrier n'est cependant pas exempt de sanction. Des « mesures de protection et de sécurité » doivent être prises, « afin qu'à l'avenir, il ne puisse causer quelque tort à lui-même, ni perpétrer quelque acte dommageable pour les tiers » (61). D'après Meyer, Platon mentionne ainsi des auteurs de parricide condamnés à trois années d'exil et une purification (104). Le degré de responsabilité et de folie sont pris en compte pour envisager des représailles à l'encontre de l'accusé. Le magistrat est seul juge de la responsabilité et de la nécessité d'imposer un châtement au malade. Ce dernier est tout de même en général considéré comme assez puni par ses troubles, œuvre des dieux.

Le rescrit de Marc Aurèle et de son fils Commode, intitulé « Loi Divus Marcus », évoque le cas d'un meurtrier atteint de pathologie psychiatrique ou « furiosus ». La première décision connue d'irresponsabilité pénale est ainsi appliquée à un fils matricide. David cite leurs propos : « si vous voyez clairement qu'Aelius Priscus était dans une fureur continuelle qui le privait de toute sa raison, et qu'il n'y ait pas lieu de soupçonner qu'il ait tué sa mère en feignant d'être furieux, vous pouvez lui épargner la punition, puisqu'il est assez puni par son état ». Il évoque également la question de leur prise en charge, « il faut l'observer de plus près et même, si vous le trouvez judicieux, l'enchaîner, tant pour le punir que pour sa propre conservation et la sûreté de ses proches. Mais s'il avait des intervalles de bon sens, comme cela arrive souvent, vous examinerez s'il n'a pas commis le crime dans ces moments, de sorte que sa maladie ne puisse pas lui mériter la grâce » (31).

Après la Révolution française, les malades mentaux sont séparés des criminels et des misérables, ce qui bouleverse la pratique psychiatrique. La folie est considérée comme une maladie et seul le médecin est apte à la diagnostiquer. Le soin se distingue de la répression qui était privilégiée jusqu'alors. A cette même époque, il est stipulé que les criminels doivent bénéficier d'une consultation médicale pour que, « d'après la sentence qui aura statué sur leur état, ils soient élargis ou soignés dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet » (125). Comme l'explique Beccaria, dans « Traité des délits et des peines », en 1764, repris par Quétel, certains homicides, comme le parricide, peuvent perturber la clairvoyance et l'impartialité du juge. Il propose un examen de l'auteur par un tiers, inventant ce qui deviendra l'expertise psychiatrique (125).

Le criminel aliéné obtient du Code Pénal napoléonien de 1810 un statut juridique et les compétences, pour sa prise en charge, se partagent entre justice et psychiatrie. Si le crime est commis en état de démence, son auteur bénéficie d'un non-lieu. L'article 64 stipule qu'« il n'y a ni crime ni délit lorsque l'accusé était en état de démence au moment des faits » (58).

Après une centaine d'années d'application de cette loi, il est noté, chez plusieurs sujets, un état qui ne correspond pas à celui d'une démence, mais qui comporte des troubles psychiques notables. La circulaire Chaumié, du 12 décembre 1905, proposée par le Garde des Sceaux, à propos de la responsabilité atténuée, apparaît pour les cas intermédiaires ou « demi-fous ». Le sujet est examiné à la recherche d'« anomalies mentales ou psychiques, de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité ». Il peut, dans ce cas, bénéficier d'une atténuation de sa peine et être incarcéré. David explique que cette loi est abrogée en 1953, en raison de difficultés d'application (31).

Le juge et les jurys décident de la présence de folie chez le criminel jusqu'à la moitié du XIX<sup>e</sup> siècle et ses grands procès, concernant Pierre Rivière, Henri Feldtmann et bien d'autres. La présence des experts psychiatres intervenant alors pour évaluer la responsabilité du sujet, montre que l'idée que l'homicide ne peut être lié qu'à la folie vacille. D'autres, comme Schmouckovitch, y voient le corollaire, « la présence d'un aliéniste au procès criminel est l'indice que dans toute infraction il existe un soupçon

légitime de folie » (132). Le domaine de la psychiatrie médico-légale se développe selon le postulat suivant : « tout crime n'est pas un acte de folie, lorsqu'un meurtre est commis par intérêt, pour voler ou se venger, ce n'est pas le même cas que celui qui devient homicide par un dérangement accidentel de ses facultés mentales, sans aucun motif d'intérêt » (61). Esquirol et ses successeurs font la promotion de l'irresponsabilité mais leurs détracteurs voient plutôt cela comme une excuse pour éviter la prison.

Le Code Pénal de 1992 détermine les infractions et les peines actuelles. L'article 221-1 énonce que « le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre ». Or, deux éléments doivent être réunis pour que la responsabilité pénale soit engagée : un élément matériel, l'homicide en lui-même, mais aussi un élément moral, celui de l'intentionnalité de la mort (40). L'élément moral est absent en cas de perte du libre arbitre liée à une maladie mentale. De la même façon, l'article 121-3 du Code Pénal prévoit qu'« il n'y a ni crime ni délit sans intention de le commettre ». Tout crime est donc intentionnel. Comme le rappelle Pradel, c'est au travers de l'intentionnalité du crime et du délit qu'est étudiée, en droit pénal français, l'irresponsabilité pénale (124). Evaluer la responsabilité pénale de l'auteur permet de répondre à cette question de l'intentionnalité du crime.

Les causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité sont « l'erreur de droit et le cas fortuit ou cas de force majeure ; le jeune âge ; l'autorisation ou l'ordre de la loi, le commandement de l'autorité légitime, la légitime défense des personnes



ou des biens et l'état de nécessité ; le trouble mental et la contrainte » (58). Le trouble mental lié à l'absence de discernement fait partie des causes subjectives d'irresponsabilité.

Il n'est pas possible de lister tous les états pathologiques conduisant, a priori, à une proposition d'abolition du discernement et donc à une irresponsabilité pénale. La Haute Autorité de Santé préconise, dans tous les cas, d'étudier l'incidence de la pathologie diagnostiquée sur le passage à l'acte au moment des faits (60).

L'évaluation de la responsabilité pénale est un point crucial, puisqu'elle concerne la possibilité pour une personne mise en examen d'être déclarée irresponsable pour les faits qui lui sont reprochés, en application des dispositions de l'article 122-1 du Code Pénal. Ce texte, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1994 distingue deux situations :

« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».

Cette modification de l'article 64 fait naître plusieurs points importants. Tout d'abord, au terme « démence », se substitue celui de « trouble psychique ou neuropsychique ». Ensuite, une distinction est établie entre un trouble mental ayant aboli ou simplement altéré le discernement. Enfin, il faut signaler que l'existence de l'infraction n'est pas supprimée en cas d'irresponsabilité pénale (58).

Cependant, cette loi fait face à plusieurs critiques et des interrogations voient le jour à propos de la prise en charge pénale des malades mentaux, en raison de plusieurs faits divers ayant défrayé la chronique. La notion de non-lieu évoque un effacement de l'infraction, une notion d'innocence, difficilement acceptable par l'opinion publique. Certains considèrent également que la souffrance des victimes n'est que peu prise en compte. Ce procédé est alors modifié par la loi du 25 février 2008, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. D'après la Haute Autorité de Santé, elle prévoit une rétention de sûreté « pour les personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle pour des crimes graves et qui présentent à la fin de leur peine, une particulière dangerosité, caractérisée par une probabilité très élevée de récidive du fait d'un trouble grave de la personnalité ». L'auteur est privé de liberté une fois la peine exécutée, parfois dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté. Cette loi est vivement critiquée car ses conséquences mènent à « une nouvelle forme de privation de liberté qui n'est ni du domaine de la nécessité d'administrer des soins pour une personne malade mentale non consentante comme le permet la loi de 1990, ni de la peine prononcée par le tribunal pour un crime commis ».

Si le juge d'instruction suspecte que le sujet va bénéficier d'une irresponsabilité pénale, celui-ci peut alors être renvoyé devant la chambre d'instruction pour une audience publique et contradictoire. Un débat judiciaire, durant lequel les faits et la culpabilité du sujet sont discutés, se déroule devant une juridiction. S'il est concerné par l'article 122-1, la chambre d'instruction rend un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Elle peut aussi ordonner des mesures de sûreté à l'encontre du sujet, comme une hospitalisation d'office ou des mesures d'interdiction.

La juridiction de jugement peut également prononcer une hospitalisation d'office, alors que seule l'autorité administrative préfectorale était habilitée à le faire jusqu'ici. Elle en informe alors, sans délai, le représentant de l'état (61).

La notion d'irresponsabilité fait encore débat actuellement. L'idée même d'une maladie mentale, chez un criminel, est toujours perçue comme une excuse facile. Alors que le XIX<sup>e</sup> siècle mettait en exergue l'irresponsabilité pénale, de nombreux malades mentaux sont finalement incarcérés à partir XX<sup>e</sup> siècle. Le climat tend vers une judiciarisation de la psychiatrie, où la sécurité prévaut sur les soins. Pour Zagury, à chaque époque il existe « une homéostasie entre certains facteurs, ce qui aboutit à l'évolution restrictive de la jurisprudence psychiatrique expertale, il s'agit de l'interprétation des lois, l'état des lieux médico-judiciaire, l'interprétation médico-légale, les modèles psychopathologiques et l'évolution de la thérapeutique » (157).

La fréquence du parricide apparaît relativement élevée parmi les sujets atteints de pathologie mentale. Ce crime correspond à 20 à 34 % des meurtres perpétrés par des psychotiques (9, 26, 29, 106). En France, seulement quatre à cinq cas par an sont condamnés, en raison de l'importante proportion d'irresponsabilité pénale ou parfois du suicide de leur auteur (33, 115, 139).

Beaucoup de parricides souffrent de troubles psychotiques. La schizophrénie est le diagnostic le plus fréquent (9, 33, 83). Ils présentent parfois d'autres pathologies, comme les délires chroniques, la dépression majeure parfois mélancolique, le trouble bipolaire, les troubles de la personnalité, les consommations de toxiques comme l'alcool ou le cannabis et parfois l'épilepsie (28, 33, 54, 83, 115).

Cependant, le passage à l'acte peut également être l'œuvre de sujets indemnes de troubles mentaux. Il est alors parfois en relation avec le comportement de la victime ou survient dans un but utilitaire, dans le cadre d'un vol ou de la perception d'un héritage (83). Les adolescents, notamment, ne présentent fréquemment aucune pathologie mentale et commettent l'homicide à la suite de plusieurs années de violence, à l'encontre de leur mère ou contre eux-mêmes (106). Il est cependant difficile d'imaginer que l'auteur d'un parricide puisse être une personne « normale », tant le meurtre en lui-même est synonyme d'horreur. Etudiant les peines infligées à des meurtriers de leurs parents reconnus responsables, Ochonisky explique qu'elles sont moins sévères que celles des homicides ordinaires. Elle en donne l'explication suivante : « les juges... hésitent devant les caractères mêmes du meurtre à admettre l'entière responsabilité des coupables ». Elle pense que « l'expertise psychiatrique d'un parricide est certainement l'une des plus délicates qui soient » (115).

Fontaine et Guerard des Lauriers constatent qu'« il semble que l'on puisse opposer :

- les individus éventuellement curables du fait d'une atteinte psychotique, d'un état de dépression mélancolique, voire d'une intoxication aiguë à l'alcool ou au haschich, voire encore en plein état passionnel et relevant de l'article 64 au moment du geste homicide ;
- les individus constitutionnellement pervers, responsables et médicalement irrécupérables, relevant de sanctions sévères et durables de la justice » (44).

Parmi les peines évoquées, Ochonisky, étudiant trente-six parricides condamnés, constate que sept d'entre eux ont été condamnés à des peines mineures ou à une réclusion de courte durée. Vingt-huit ont été contraints aux travaux forcés, à perpétuité pour sept d'entre eux. Un seul a été condamné à mort (116).

Cependant, ce type d'homicide est celui qui bénéficie de la plus importante quantité d'irresponsabilité pénale pour trouble mental (83). Ainsi, Marleau, Millaud et Auclair constatent que 42 % des hommes ayant perpétré un parricide, entre 1976 et 1998, sont déclarés irresponsables (96). Le Bihan et Benezech dénombrent 88,1 % d'irresponsabilité pénale, dans leur étude portant sur quarante-deux patients hospitalisés en UMD (83).

Toute population confondue, la victime est préférentiellement représentée par le père. Par contre, les psychotiques tuent à part égale ou supérieure leur mère (9, 83, 106).

L'irresponsabilité pénale concerne plus particulièrement les matricides (88, 89, 104, 149), parallèlement à une prévalence de psychose plus élevée chez ces meurtriers. Les auteurs d'un homicide à l'encontre de leur mère seraient vingt fois plus souvent hospitalisés que les meurtriers en général (154). Le Bihan et Benezech citent Benureau, qui constate que 45 % des matricides ont bénéficié de l'article 64 du Code Pénal, entre 1978 et 1984. « C'est le taux le plus élevé parmi les crimes et délits entraînant l'application de l'article 64 » (83). A titre de comparaison, seulement 5 à 20 % des homicides volontaires sont commis par des sujets ayant des troubles psychiatriques (42). Les auteurs s'accordent à dire, à propos du matricide, « c'est le crime le plus pathologique qui soit » (129).

Particulièrement pour les sujets déclarés irresponsables, Estingoy et Chavane mettent l'accent sur l'importance de la médiation du système judiciaire, face au poids de la culpabilité. L'absence de sanction réparatrice exclut le malade du groupe social et le prive de son identité, or, l'auteur de parricide attend une réponse de la loi. C'est pourquoi, ils insistent pour que « l'auteur d'un crime puisse être jugé non coupable, faute d'imputabilité morale, non au stade de l'instruction mais au stade du jugement », afin d'être reconnu par la société et le représentant de la loi. Signifiant l'interdit, la parole du juge lui permet de reprendre une place (40). Le déroulement de la procédure jusqu'à terme permettrait une meilleure prise de conscience de l'acte et de ses conséquences. La possibilité de se référer au cadre légal, la critique de l'acte, un certain degré de culpabilité, une quête de réparation et un désir d'introspection

seraient de meilleur pronostic pour une amélioration psychique ultérieure. Etudiant l'impact de l'irresponsabilité pénale chez le psychotique criminel, Hajbi explique que, malgré l'irresponsabilité pénale, la personne demeure civilement responsable de ses actes en vertu de l'article 414-3 du Code Civil, relative au statut des incapables majeurs. « Celui qui a causé un dommage à autrui, alors qu'il était sous l'emprise d'un trouble mental, n'en est pas moins obligé à réparation ». Il précise également que l'instruction peut être menée jusqu'au procès car l'acte n'est pas annulé et que le prévenu peut également être incarcéré (58). Il soulève cependant la question suivante, à propos d'un parricide psychotique n'ayant eu que peu de contact avec le milieu judiciaire et chez qui il assiste à « une consolidation de sa conviction délirante et à la potentialisation de ses revendications depuis la prononciation du non-lieu » : « N'y aurait-il pas eu un effet mobilisateur symbolique s'il avait vécu son procès ? ». Il explique « il n'a aucune représentation de la loi, ne peut faire la mise en scène de la procédure pénale et par conséquent ne peut élaborer sa problématique et son geste criminel. La référence à la loi est un acte social et de sociabilisation d'extrême importance » (57).

Absente des premiers textes de loi, la condamnation du parricide a varié au fil des siècles et a longtemps fait référence à une dimension symbolique. S'il a toujours été sévèrement réprimé, ce type d'homicide a progressivement perdu sa spécificité. Le terme parricide a disparu du nouveau Code Pénal et le meurtre d'un parent ne correspond actuellement plus qu'à un facteur d'aggravation de l'homicide.

De nombreux parricides souffrent de troubles mentaux, notamment d'une pathologie psychotique. Si le concept d'irresponsabilité, en lien avec les troubles mentaux du meurtrier, date de la civilisation antique et gréco-romaine, les auteurs de tels actes ont longtemps été condamnés par la société, avant qu'une dimension thérapeutique ne soit envisagée. Il faut attendre la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle pour assister à l'apparition du soin, ainsi qu'à un examen médical de leur auteur. L'article 64, remplacé ensuite par l'article 122-1 du Code Pénal, entérine la notion d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux dont bénéficient de nombreux parricides. Il s'agit des homicides pour lesquels le taux d'irresponsabilité pénale est le plus important, tout particulièrement pour les matricides.

Face à cette proportion non négligeable de pathologies mentales rencontrées chez les parricides et en raison de notre pratique quotidienne, nous avons travaillé plus particulièrement sur le passage à l'acte commis par des patients hospitalisés en psychiatrie.



## IV. METHODE

La littérature évoquant le parricide se base, la plupart du temps, sur des cas uniques ou de petits échantillons (1, 5, 12, 14, 15, 16, 17, 21, 27, 28, 30, 32, 34, 39, 41, 44, 50, 51, 55, 57, 58, 59, 75, 79, 81, 87, 90, 98, 107, 108, 111, 113, 118, 120, 127, 129, 131, 145, 148, 154, 156, 158). Si la majorité des études traite du parricide de manière générale (2, 13, 14, 28, 29, 32, 33, 37, 39, 41, 49, 52, 57, 58, 59, 64, 66, 69, 70, 81, 83, 84, 86, 87, 89, 92, 93, 94, 96, 97, 105, 112, 115, 119, 122, 131, 132, 135, 139, 140, 147, 148, 150, 153, 158), certaines s'intéressent plus particulièrement au matricide (1, 6, 20, 23, 24, 34, 44, 50, 51, 54, 55, 65, 72, 79, 90, 98, 101, 107, 108, 114, 118, 120, 129, 138, 143, 150, 154) et quelques autres au patricide (17, 27, 33, 127, 137). Peu abordent la symptomatologie psychiatrique de manière détaillée (54, 83, 106).

D'autre part, si certaines cherchent à établir des distinctions entre les parricides et leurs tentatives (96, 149) ou entre les parricides et d'autres types d'homicides (2, 8, 92, 100, 137, 138), très peu comparent les patricides et les matricides. Celles qui s'y attèlent évoquent rarement le versant psychiatrique (18, 63, 67, 88, 95, 103, 135). Deux études seulement, à notre connaissance, comparent les troubles mentaux présentés par des patients ayant tué leur père et leur mère mais n'abordent que certains éléments psychopathologiques (89, 106). Ce manque d'information est probablement lié à la rareté de ces homicides et à la faible quantité de renseignements disponibles sur les meurtres (64).

Comme le constatent Millaud, Auclair et Meunier, les caractéristiques connues jusqu'alors grâce à ces travaux, tant à propos de l'auteur que des victimes, comme l'âge, le sexe, les troubles mentaux, les antécédents psychiatriques ou de violence, le mode de vie, le lieu de l'homicide et d'autres encore, ne suffisent pas à refléter la complexité de l'acte. Trois groupes de facteurs semblent essentiels pour analyser l'acte parricide commis par les sujets atteints de troubles mentaux. Les auteurs mettent tout d'abord l'accent sur les éléments sémiologiques, qui sont la cause principale de l'homicide, alors qu'ils ne sont que peu étudiés. Ils insistent également sur les diagnostics psychiatriques, et particulièrement l'association entre les pathologies de l'axe I et de l'axe II, alors que peu de travaux les mentionnent. Les autres facteurs documentés dans la littérature comme l'âge, le sexe et les antécédents ne sont que des facteurs associés, qui jouent un rôle potentialisateur dans le passage à l'acte (106).

L'objectif de ce travail est donc de comparer les auteurs de patricide et de matricide, afin de mettre en évidence une différence psychopathologique entre ces deux types d'homicides, souvent confondus dans la littérature.

## **1. Population étudiée**

L'échantillon de notre étude descriptive rétrospective comprend 33 hommes adultes ayant commis un parricide. Il s'agit des dossiers de patients hospitalisés d'office, admis à l'UMD de Sarreguemines entre le 1<sup>er</sup> janvier 1983 et le 31 décembre 2012 au 1<sup>er</sup> service et entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 31 décembre 2012 au 2<sup>e</sup> service. Cette disparité temporelle est liée au fait qu'une partie des archives n'était plus disponible.

Les cas ont été recrutés à partir des procès verbaux établis par les experts de la commission du suivi médical. Chaque patient hospitalisé en UMD est présenté tous les six mois devant cette commission, qui statue sur la poursuite de la prise en charge.

Conformément à la réglementation intérieure de l'UMD de Sarreguemines, tous les patients hospitalisés sont des hommes, les femmes ne sont donc pas incluses dans notre échantillon. Pour la même raison, tous les cas sont majeurs. Ainsi les parricides adolescents, dont la psychopathologie est souvent différente, ne sont pas inclus dans l'étude. Leur passage à l'acte s'inscrit, la plupart du temps, dans une volonté de protéger leur famille ou eux-mêmes, d'abus physiques de la victime, et survient principalement chez des sujets indemnes de pathologie psychotique (9, 59, 64, 69, 72, 94, 112, 122, 140, 141).

Les auteurs de double parricide n'ont pas été inclus dans l'étude, étant donné que le but de celle-ci est de caractériser les différences entre deux groupes définis par le sexe de la victime.

Bien que certains auteurs stipulent que parricide et tentative de parricide correspondent à une psychopathologie similaire et que le décès d'une victime est souvent directement lié à différents facteurs externes au meurtrier, comme la condition physique de la victime, l'accès aux soins grâce à l'intervention d'un tiers ou la localisation des blessures (64, 94, 106) ; nous n'avons sélectionné que les cas d'homicide avéré, l'intentionnalité du meurtre étant parfois difficile à définir. D'autres études évoquent en effet des différences psychopathologiques entre ces deux types de passages à l'acte (96, 115, 149).

Le groupe patricide comprend 15 patients et est défini par l'homicide du père biologique. L'un d'eux a commis plusieurs homicides, dont celui de son père, lors d'un même évènement et a donc été exclu de l'échantillon.

Le groupe matricide comprend 18 patients et est défini par l'homicide de la mère biologique.

## **2. Matériel utilisé**

Les données incluent les observations cliniques contenues dans les dossiers médicaux, les rapports des experts de la commission du suivi médical, les expertises psychiatriques pénales, les rapports médico-légaux, les ordonnances d'irresponsabilité pénale, ainsi que les rapports de synthèse établis par l'officier de police ou de gendarmerie en fin d'instruction judiciaire, lorsqu'ils sont disponibles.

Un courrier a été envoyé aux Tribunaux de Grande Instance correspondant à chaque patient et des contacts ont été pris avec les hôpitaux les ayant adressés, afin de pallier au manque de données de certains dossiers médicaux. Peu de réponses favorables nous sont revenues.

La bibliographie a été réalisée par l'intermédiaire de MEDLINE et du Centre de Documentation du Centre Psychothérapique de Nancy, à l'aide des termes « matricide », « patricide » et « parricide ». D'autres recherches, comportant « homicides », « murder » ou « killing », associés à « father », « mother » ou « parents », n'ont pas abouti, n'apportant des informations supplémentaires qu'à propos des filicides.

Nous nous sommes inspirés des variables utilisées par Le Bihan et Benezech, dans une étude portant sur le parricide pathologique en UMD (83).

Nous avons étudié les caractéristiques socio-démographiques de l'auteur, tels que l'âge, la situation familiale, l'éducation, la situation professionnelle, les antécédents judiciaires ainsi que les antécédents de violence perpétrés par le meurtrier à l'encontre de sa victime avant l'homicide.

Les variables concernant la pathologie psychiatrique de l'auteur sont représentées par les antécédents psychiatriques, l'observance thérapeutique, le diagnostic principal, les troubles de la personnalité ainsi que les diagnostics associés, les antécédents de consommation de toxiques, le thème du délire, son mécanisme et la responsabilité pénale du meurtrier.

Les données à propos de la victime correspondent à son sexe, son âge, sa situation professionnelle, sa relation avec le meurtrier et aux antécédents de violence exercés à l'encontre de ce dernier.

Pour l'homicide, nous nous sommes intéressés au lieu de son déroulement, à sa préméditation, aux moyens utilisés, à la violence excessive, à l'existence de témoins, de complices et d'un facteur déclencheur, à la consommation de toxiques lors du meurtre, à la motivation du passage à l'acte, ainsi qu'à la présence d'un syndrome dépressif, d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide chez le meurtrier dans les suites de l'homicide.

### **3. Analyses statistiques**

Notre échantillon comporte 32 patients adultes, hospitalisés d'office à l'UMD de Sarreguemines, admis entre le 1<sup>er</sup> janvier 1983 et le 31 décembre 2012 au 1<sup>er</sup> service et entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 31 décembre 2012 au 2<sup>e</sup> service. Le groupe patricide est constitué de 14 cas, contre 18 pour le groupe matricide.

Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Student et les variables qualitatives par le test du Chi 2. Une régression logistique bivariée, ayant comme variable d'intérêt les patricides ou les matricides, avec pour référence les patricides, a ensuite été appliquée pour chacune d'entre elles. Le seuil de significativité p est en général inférieur à 0,05 pour affirmer une différence statistiquement significative, hormis un cas où il est inférieur à 0,06. Les résultats sont exprimés à l'aide d'un intervalle de confiance (CI) à 95 %.

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel SAS 9-3, par Mesdames Baertschi et Maugendre du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy.

Les tableaux situés en annexes 1 à 3 représentent respectivement le descriptif global des parricides, des patricides et des matricides de notre échantillon. L'annexe 4 correspond à la comparaison entre les patricides et les matricides et l'annexe 5 à la régression logistique bivariée.

## V. RESULTATS

### 1. Variables liées à l'auteur

#### a. Caractéristiques socio-démographiques

##### Groupe patricide

Tous les auteurs sont des hommes adultes.

L'âge moyen des patricides au moment de l'homicide est de 29,9 ans (SD 6,0).

L'agresseur est l'aîné de la famille dans 35,7 % des cas, parfois le seul garçon de la fratrie (28,6 %). Aucun n'est fils unique (0 %).

Tous sont célibataires lors du passage à l'acte (100 %), l'un d'entre eux est divorcé et a un enfant qu'il voit peu (7,1 %).

Leur niveau d'éducation est varié, souvent émaillé d'une scolarité médiocre. Beaucoup ont suivi un enseignement secondaire (78,6 %) et quelques-uns universitaire (21,4 %). La majorité d'entre eux a bénéficié d'un apprentissage ou d'un enseignement technique (64,3 %). La plupart n'ont pas achevé leur formation et n'ont obtenu aucun diplôme (57,1 %).

Ils sont souvent instables sur le plan socio-professionnel, occupant des emplois occasionnels et peu différenciés. Beaucoup ont été ouvrier intérimaire, certains étaient maçon, soudeur, journalier agricole, représentant ou informaticien. La plupart

sont sans profession lors des faits (92,9 %). Un seul travaille comme intérimaire dans l'électrotechnique et fait état d'un absentéisme important (7,1 %).

Quelques-uns ont des antécédents judiciaires (28,6 %). Il s'agit souvent de peines courtes, pour violences sur autrui, infractions à la législation aux stupéfiants ou vols. Un seul avait commis une tentative d'homicide, dont la victime était déjà le père, quatre ans avant le meurtre (7,1 %).

Le meurtrier a menacé ou perpétré des violences à l'encontre de sa victime avant le passage à l'acte dans la plupart des cas (64,3 %).

### Groupe matricide

La moyenne d'âge des auteurs de matricide est de 29,5 ans (SD 8,3).

Dans la moitié des cas, le meurtrier est l'aîné de la famille (50,0 %) et souvent le seul garçon de la fratrie (33,3 %). Il est rarement fils unique (16,6 %).

Tous sont célibataires et n'ont jamais été mariés (100 %). L'un d'entre eux a un enfant avec lequel il n'a plus de contact (5,6 %).

Ils connaissent aussi une scolarité chaotique. Une faible proportion n'a bénéficié que d'un enseignement primaire (5,6 %). La plupart sont allés jusqu'au secondaire (83,3 %) et quelques-uns seulement ont un niveau universitaire (11,1 %). Beaucoup ont suivi un apprentissage ou un enseignement technique (55,6 %) et ils n'ont, dans la majorité des cas, pas de diplôme (66,7 %).



Leur insertion socio-professionnelle est également précaire. Beaucoup ont travaillé comme intérimaire, exerçant des emplois peu qualifiés et de courte durée. Certains ont fait des ménages, d'autres étaient employés à la poste, d'autres encore étaient mécanicien, garagiste ou bouquiniste. La plupart sont sans emploi lors du meurtre (94,4 %), seul l'un d'eux est soudeur intérimaire (5,6 %).

Des antécédents judiciaires sont retrouvés chez 27,8 % des patients. Il s'agit également souvent d'agressions physiques ou d'infractions à la législation aux stupéfiants, parfois de vols ou de conduites en état d'ivresse. Aucun n'avait de lourds antécédents pénaux.

Peu de menaces ou de comportements violents de l'agresseur envers la victime sont relatés avant l'homicide (33,3 %).

#### Comparaison groupe patricide – groupe matricide

64,3 % des patricides contre seulement 33,3 % des matricides ont menacé la victime, ou fait preuve d'un comportement violent à son encontre, avant le passage à l'acte ( $p < 0,09$ , 95 % CI 0,8-15,6). Si le seuil de significativité  $p$  concernant cette variable est inférieur à 0,09, l'intervalle de confiance à 95 % étant situé entre 0,8 et 15,6, il comprend la valeur 1 et ne permet donc pas de conclure à une différence significative entre ces deux groupes.

Aucune différence statistiquement significative concernant les caractéristiques socio-démographiques de l'auteur n'est donc constatée entre les patricides et les matricides.

## b. Pathologie psychiatrique

### Groupe patricide

La plupart des patricides ont des antécédents psychiatriques (64,3 %). Parmi eux, tous ont déjà été hospitalisés (64,3 %). Un seul avait déjà séjourné en UMD.

La majorité des agresseurs ne prenaient aucun traitement psychotrope au moment de l'homicide (78,6 %). Dans ce groupe, 42,9 % étaient en situation de rupture thérapeutique et 35,7 % n'avaient jamais bénéficié de médication. Deux patients ont par contre tué leur père lors d'un congé d'essai d'hospitalisation d'office.

Un certain nombre de patricides font état de tentatives de suicides avant le passage à l'acte, par phlébotomie, intoxication médicamenteuse volontaire ou électrocution, témoignant d'une demande d'aide.

Les diagnostics ont été évalués selon la Classification Internationale des Maladies 10<sup>e</sup> édition (CIM-10). N'entrant pas dans cette nosographie, les deux patients diagnostiqués comme schizophrènes héboïdophrènes ont été considérés comme souffrant d'une schizophrénie paranoïde associée à un trouble de la personnalité de type dyssociale.

La pathologie la plus fréquente est la schizophrénie paranoïde (78,6 %), suivie de la schizophrénie hébéphrénique (14,3 %), puis du trouble schizo-affectif (7,1 %).

Beaucoup de patricides souffrent d'un trouble de la personnalité associé (71,4 %). Il s'agit, la plupart du temps, d'une personnalité schizoïde (42,9 %), parfois d'une personnalité dyssociale (14,3 %), schizotypique (7,1 %) ou paranoïaque (7,1 %).

Leur intelligence est moyenne, tous ont un Quotient Intellectuel (QI) compris entre 70 et 130 (100 %).

Parmi les diagnostics associés, un patient souffre d'épilepsie (7,1 %). Un autre présente un antécédent de traumatisme crânien (7,1 %).

Des antécédents de prises de toxiques sont courants sur la vie entière (57,1 %). Dans la majorité des cas, il s'agit d'une dépendance à l'alcool (28,6 %), parfois d'une polyconsommation associant cannabis, alcool et opiacés (21,4 %) ou d'une prise de cannabis uniquement (7,1 %).

Les thèmes délirants sont, par ordre de fréquence décroissante, la persécution (71,4 %), le délire d'influence (50,0 %), le délire mystique ou de sorcellerie (50,0 %), le délire mégalomane (28,6 %), le délire de filiation (21,4 %), le délire sexuel (14,3 %) et le délire messianique (7,1 %). Nous avons analysé plus précisément les délires de persécution présentés par les patients. Le père est désigné comme persécuteur la plupart du temps, parfois ce sentiment est plus diffus.

La majorité d'entre eux souffrent d'hallucinations (85,7 %). Il s'agit, la plupart du temps, d'hallucinations intrapsychiques ou d'automatisme mental (71,4 %), parfois d'hallucinations auditives (21,4 %), d'hallucinations visuelles (14,3 %) et d'hallucinations cénesthésiques (7,1 %). Les délires interprétatifs sont également fréquents (71,4 %). Certains présentent plus rarement des intuitions (28,6 %). Aucun mécanisme imaginatif n'est relevé (0 %).

Plusieurs thèmes ou mécanismes peuvent être présents chez un même patient.

Les délires de persécution sont souvent alimentés par des hallucinations et des interprétations.

La plupart des meurtriers ont bénéficié d'une irresponsabilité pénale (78,6 %) et trois d'une atténuation de leur responsabilité (21,4 %). Pour ces derniers cas, les experts ne parlent pas d'abolition mais d'altération du discernement liée à la maladie. L'homicide survient en partie en raison de difficultés familiales et n'est pas en lien avec des éléments délirants mais avec une dispute. Nous avons été interpellés par un cas, où la pathologie décrite semblait assez floue, mais le crime a fait conclure à l'expert une abolition du discernement, comme si celui-ci signalait à lui seul la maladie.

### Groupe matricide

Une grande partie des auteurs de matricide ont des antécédents psychiatriques (88,9 %). La majorité d'entre eux ont été hospitalisés avant l'homicide (83,3 %), seul l'un d'eux était uniquement suivi en ambulatoire (5,6 %). Un seul patient avait déjà effectué un séjour en UMD.

La plupart des meurtriers ne bénéficiaient d'aucun traitement au moment du meurtre (77,8 %). Parmi eux, beaucoup étaient en situation de rupture thérapeutique (66,7 %), alors que 11,1 % n'avaient jamais pris de psychotropes. Un patient est cependant passé à l'acte sur sa mère lors d'un congé d'essai d'hospitalisation d'office et deux autres à l'occasion d'une fugue.

Certains patients tentent, par contre, de demander de l'aide. L'un d'entre eux sollicite une hospitalisation, qui lui sera malheureusement refusée, d'autres commettent des fugues. Deux autres patients effectuent des voyages pathologiques, l'un explique clairement qu'il a pris le train pour fuir ses persécuteurs. Plusieurs tentent de se suicider, par intoxication médicamenteuse volontaire, déféstration ou arme à feu, ce qui témoigne de leur souffrance.

Le diagnostic le plus fréquent est la schizophrénie paranoïde (83,3 %), suivie de la schizophrénie simple (5,6 %), du trouble schizo-affectif (5,6 %) et du trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de substances psycho-actives (5,6 %).

Seuls quelques patients présentent un trouble de la personnalité associé (22,2 %). Il s'agit, dans les mêmes proportions, d'une personnalité schizoïde ou dyssociale (11,1 %).

Tous ont une intelligence moyenne (100 %). L'un d'entre eux est à la limite du retard mental léger, avec un QI à 70 (5,6 %).

Un patient a une épilepsie associée (5,6 %), un autre présente un antécédent de traumatisme crânien (5,6 %) et un troisième d'encéphalite (5,6 %).

Beaucoup d'entre eux ont des antécédents de consommation de toxiques sur la vie entière (61,1 %). La dépendance à l'alcool (22,2 %) et les polyconsommations associant cannabis, alcool et opiacés (22,2 %) sont les plus fréquentes. Quelques-uns font usage de cannabis uniquement (16,7 %).

Le thème délirant le plus fréquent est le délire de persécution (77,8 %), suivi du délire d'influence (50,0 %), du délire mystique ou de sorcellerie (50,0 %), du délire mégalomane (44,4 %), du délire sexuel (16,7 %), du délire de filiation (11,1 %), du délire messianique (11,1 %) et du délire somatique (5,6 %). Les idées de persécution sont principalement dirigées contre la mère, alors que, dans certains cas, elles sont plus diffuses.

Les mécanismes hallucinatoires sont prépondérants (94,4 %). La plupart du temps, les malades souffrent d'hallucinations intrapsychiques ou d'automatisme mental (72,2 %), souvent d'hallucinations auditives (44,4 %), d'hallucinations visuelles

(33,3 %) et parfois d'hallucinations cénesthésiques (16,7 %). Les autres mécanismes relevés sont interprétatifs (77,8 %), intuitifs (22,2 %) et imaginatifs (5,6 %).

Les délires de persécution sont fréquemment associés à des hallucinations et à des interprétations.

La plupart des matricides ont été déclarés irresponsables (94,4 %), seul l'un d'entre eux a bénéficié d'une atténuation de sa responsabilité (5,6 %). Il s'agit du patient diagnostiqué comme présentant un trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de substances psycho-actives. Il passe à l'acte sur sa mère à l'occasion d'une bouffée délirante au retour de boîte de nuit, sous l'emprise d'alcool et de cannabis.

#### Comparaison groupe patricide – groupe matricide

Les matricides semblent avoir plus d'antécédents psychiatriques (88,9 %) que les patricides (64,3 %), mais cette différence n'est pas significative ( $p < 0,1$ , 95 % CI 0,0-1,4).

Les patricides n'ont jamais eu de traitement psychotrope dans 35,7 % des cas, contre seulement 11,1 % des matricides. Cette différence n'est pas non plus significative ( $p < 0,1$ , 95 % CI 0,7-27,8).

Les critères concernant la pathologie psychiatrique ne diffèrent pas significativement entre les deux groupes, en dehors des troubles de la personnalité. Une personnalité schizoïde est plus fréquente chez les patricides (42,9 %) que chez les matricides (11,1 %) ( $p < 0,06$ , 95 % CI 1,5-73,7).

## 2. Variables liées à la victime

### Groupe patricide

Les pères représentent 43,8 % des victimes tuées.

L'âge moyen de la victime est de 60,3 ans (SD 15,7). Cependant, cette variable est inconnue dans la moitié des cas.

La victime est retraitée ou sans emploi dans 42,9 % des situations. La retraite de l'une d'entre elles est clairement décrite, dans les observations dont nous disposons, comme à l'origine d'une majoration des éléments délirants à son encontre. Les victimes retraitées, ou qui travaillaient au moment du meurtre, occupaient des emplois variés, comme garagiste, viticulteur, maçon, militaire, agent commercial ou représentant.

Lorsqu'elle est présente, la mère est souvent sans emploi ou retraitée. Elle travaille parfois dans les vignes ou comme femme de ménage, mais ces données sont rarement disponibles et n'ont donc pu être étudiées.

La victime vit, la plupart du temps, avec l'auteur de l'homicide (78,6 %). Un des meurtriers habite seul, un chez sa mère et un autre est sans domicile fixe, chaque situation représentant 7,1 % des cas.

Rarement, le père est seul avec son fils, les parents étant séparés ou l'un d'entre eux étant décédé (28,6 %).

La relation aux parents n'a pas été évaluée dans notre étude en raison de son caractère rétrospectif et de l'absence de renseignements dans plusieurs dossiers.

Cependant, lorsque celle-ci est relatée, il s'avère que le père est souvent redouté par son fils, qui le décrit comme autoritaire, caractériel, violent, parfois même tyrannique. Il est souvent absent, n'exprimant pas d'affects à l'égard de son enfant, voire carrément rejetant. Parfois, la relation père-fils est décrite comme ambivalente. La mère est hyperinvestie vis-à-vis son enfant, avec lequel elle entretient une relation fusionnelle et ambivalente.

Un père minimise les violences de son fils à son encontre et les cache à son entourage. Une mère entretient le délire de son fils à propos de la grand-mère, comparée à une sorcière, qui aurait envouté le meurtrier.

Dans quelques cas, le passage à l'acte survient après que la victime ait imposé des mesures de séparation au fils, en lui demandant, par exemple de quitter le domicile s'il ne trouve pas de travail ou en le menaçant de le mettre à la porte en raison de son comportement.

Dans la moitié des cas, la victime fait preuve d'un comportement violent envers l'agresseur avant le passage à l'acte (50,0 %). Il s'agit typiquement d'un père alcoolique, tyran domestique, qui maltraite son fils depuis son enfance. Dans quelques cas, l'homicide s'inscrit dans une volonté du fils de protéger sa mère. Un patient tue son père suite à une remarque humiliante de celui-ci. La mère tente ensuite de masquer l'homicide. Elle est occupée à nettoyer le couteau utilisé par son fils alors qu'une infirmière arrive au domicile. Cette dernière préviendra trop tard les secours. La mère est condamnée et le fils déclaré irresponsable pénalement.

Des antécédents familiaux sont relatés chez deux mères, l'une dépressive et l'autre souffrant plutôt d'une pathologie psychotique. Quatre pères consommaient de l'alcool.



### Groupe matricide

La majorité des victimes sont des mères (56,3 %).

Leur âge moyen au moment de l'homicide est de 58,1 ans (SD 11,4). Cette donnée manque pour six victimes.

La mère est majoritairement retraitée ou sans emploi (55,6 %). Celles qui sont retraitées, ou qui travaillent encore lors du meurtre, ont occupé des métiers variés. Elles étaient femme de ménage, manutentionnaire, gérante d'un bar, secrétaire, auxiliaire de puériculture ou institutrice.

Lorsqu'il vit encore au sein du foyer, le père est décrit comme souvent absent. Il travaille comme ouvrier, agriculteur ou mécanicien.

La victime habite, la plupart du temps, avec l'auteur du meurtre (61,1 %). Quatre matricides vivent seuls en appartement (22,2 %), deux en foyer (11,1 %) et un en logement thérapeutique (5,6 %).

L'assassin et sa victime sont souvent seuls, le père étant décédé ou les parents séparés (66,7 %).

La victime se montre fréquemment possessive avec son fils, intrusive et dans la toute-puissance. La relation qu'elle entretient avec le meurtrier est souvent décrite comme fusionnelle et marquée par une ambivalence affective. Le double lien auquel la mère soumet son fils est bien documenté dans l'une de nos vignettes cliniques. Alors qu'elle demande à son enfant d'aller chercher du pain à la boulangerie, elle

décongèle une baguette avant son retour. Le caractère stricte, tyrannique, autoritaire, voire parfois maltraitant de la mère engendre régulièrement des conflits. Elle fait souvent des reproches à son fils. Par exemple, l'une d'entre elle accuse son enfant d'être malade depuis plusieurs années avant le meurtre. Certaines blâment leur enfant lorsqu'il entretient une liaison avec une femme, lui interdisant de se fiancer, et d'autres entretiennent une relation ouvertement incestueuse avec leur fils en lui faisant des propositions sexuelles. Dans des cas plus rares, elle se montre plutôt discrète ou absente, parfois à l'origine de carences affectives chez le meurtrier. Le père est souvent effacé, froid et parfois autoritaire.

Le déni des troubles est manifeste chez quatre des victimes. Deux demandent à ce que leur fils quitte, contre avis médical, le service dans lequel il est hospitalisé (l'un d'entre eux était pourtant en hospitalisation sous contrainte). Une autre n'admet pas qu'il nécessite un suivi psychiatrique. A l'opposé, une mère, inquiète par le comportement de son fils demande à ce qu'il soit pris en charge. L'hospitalisation permettra de surseoir au passage à l'acte. Dans un cas, la demande de soins de la mère, qui tente de conduire son fils chez un psychiatre, occasionne le meurtre. Délirant, il pense que sa victime complotait avec les psychiatres contre lui et il la tue.

Le passage à l'acte survient fréquemment après une menace de séparation de la mère d'avec son fils. Les meurtriers évoquent souvent un sentiment de rejet ou pensent que leur mère ne les aime plus. L'une d'entre elles menace son fils de le renvoyer à l'hôpital. Un des meurtriers a été abandonné par sa mère, avec ses frères

et sœurs et le lui reproche. Lorsqu'il la retrouve, il découvre qu'elle est enceinte et vit avec un autre homme, qu'elle lui demande même d'appeler « papa », ce qui lui est insupportable. Deux de nos patients ont ainsi été abandonnés et ont tué leur mère alors qu'ils tentaient de recréer un lien avec elle.

La victime fait rarement preuve de violence à l'encontre du meurtrier avant le meurtre (22,2 %). Un patient était victime de maltraitances physiques paternelles mais dont il attribuait la responsabilité à la mère, « elle manigançait tout et lui a fait du mal aussi à mon père, d'ailleurs elle avait un amant ». Il pense que sa mère a influencé son père et souhaite donc se venger d'elle.

Des antécédents familiaux de suicide sont relatés chez deux patients. Une mère souffrait également de troubles dépressifs, deux autres d'éthylisme chronique et une dernière de polytoxicomanie.

#### Comparaison groupe patricide - groupe matricide

L'auteur de matricide est plus souvent seul avec sa victime (66,7 %), le père étant décédé ou les parents séparés, que le sujet patricide (28,6 %) ( $p < 0,05$ , 95 % CI 0,0-0,9).

Les autres critères n'évoquent pas de différence significative entre les victimes de patricide et de matricide.

### 3. Variables liées à l'homicide

#### Groupe patricide

Dans tous les cas, l'homicide se déroule au domicile de la victime (100 %).

Le meurtre n'est pas prémédité, l'auteur utilise une arme d'opportunité dans 78,6 % des cas. Un meurtrier a remonté un couteau dans sa chambre le matin, avant que son père ne se lève, puis descend le tuer pendant son petit déjeuner. Un autre va se procurer l'arme du crime en magasin, avant de revenir passer à l'acte sur sa victime. Suite à une dispute, un troisième va chercher le couteau qu'il a laissé dans sa chambre avant de tuer son père.

Le patricide se sert, la plupart du temps, d'une arme blanche, comme un couteau (71,4 %). L'agresseur utilise parfois des moyens naturels, comme ses poings ou ses pieds (21,4 %), un instrument contondant, comme un gourdin de bois, une planche de bois ou un pot de fleur (14,3 %), ou une arme à feu (7,1 %). Un même auteur peut utiliser plusieurs armes pour perpétrer son meurtre.

Le sujet s'acharne rarement sur la victime (36,4 %). Ces données manquent pour trois cas. Dans notre travail, l'acharnement est caractérisé d'après la définition la plus couramment utilisée, proposée Wolfgang. Elle est citée par Léveillée, Lefebvre et Vaillancourt, et stipule qu'« il y a violence excessive ou overkill lorsque l'individu homicide tue sa victime à l'aide de plus de cinq coups d'objet contondant, d'arme blanche ou de balles d'arme à feu, ou alors lorsqu'il utilise deux moyens différents ou plus pour tuer sa victime, et enfin, dans les cas où la victime a été sévèrement battue (battre à mort) » (86).

Des témoins de l'homicide sont présents dans 35,7 % des cas. Il s'agit généralement de la mère du tueur ou parfois d'autres membres de la famille. Tous les meurtriers agissent en l'absence de complice (100 %).

Un facteur déclencheur au passage à l'acte est fréquent (78,6 %). L'élément précipitant correspond, dans la plupart des cas, à une dispute avec la victime (71,4 %). La discorde a souvent un motif financier ou survient comme une volonté du meurtrier de défendre sa mère contre la victime. Il s'agit parfois d'un élément plus anodin, comme le ton employé par le père, un mot, une demande de diminuer le son du poste de radio, ou un claquement de porte trop bruyant. Un des patients seulement tue son père lorsqu'il dort.

Une consommation de toxiques est parfois présente lors du meurtre (21,4 %). Il s'agit uniquement d'alcool.

Le passage à l'acte a rarement une motivation délirante (35,7 %). Dans ces cas, le sujet est souvent décrit comme dissocié et souffrant d'une symptomatologie positive prégnante, avec délire et hallucinations, fréquemment à thème persécutif, dans les suites immédiates du patricide. Un patient voit en son père un démon qui le menace. Un autre pense que sa victime est le diable et qu'il doit le combattre. Un autre sujet tue parce qu'il serait commandé par d'autres membres de la famille qui auraient pris possession de lui, dans le cadre d'un syndrome d'influence.

Des idées suicidaires, des tentatives de suicide, ou un épisode dépressif surviennent peu fréquemment après le meurtre (21,4 %). Un patient commet un homicide-suicide, tentant de se précipiter contre un arbre avec sa voiture, après le passage à l'acte.

## Groupe matricide

L'homicide se déroule, le plus souvent, au domicile de la victime (94,4 %). Dans un cas, il a lieu chez l'auteur du meurtre (5,6 %).

Il est rarement prémédité, l'auteur se saisissant d'une arme d'opportunité (94,4 %). Un seul patient projetait de tuer sa mère depuis la veille. Alors qu'il se rend chez elle, il l'étrangle lorsqu'elle lui tourne le dos en préparant le café, puis la frappe avec un couteau.

La plupart des homicides sont perpétrés par une arme blanche, comme un couteau ou une hache (66,7 %). D'autres méthodes, tels que des moyens naturels (27,8 %), un objet contondant, comme une barre de fer ou une conque (16,7 %), ainsi qu'une arme à feu (5,6 %) sont parfois utilisées. Un patient immole sa mère (5,6 %).

L'auteur s'acharne fréquemment sur sa victime (86,7 %). Ces données sont absentes de trois dossiers.

Il n'y a aucun témoin de l'homicide (0 %) et tous les auteurs agissent seul (100 %).

Un facteur déclencheur est parfois présent (50,0 %). Il s'agit rarement d'une dispute (27,8 %). Cette dernière porte, dans deux cas, sur les relations du fils avec les femmes, une mère se moquant de lui alors qu'il reçoit un message et l'autre lui refusant le mariage. Dans une situation, le sujet passe à l'acte peu de temps après le suicide de son père. Dans un autre cas, il explique qu'il a vécu une rupture sentimentale peu avant le meurtre. La plupart du temps, le passage à l'acte survient

suite à un évènement anodin. L'un d'entre eux explique « il y a eu quelque chose de louche dans le comportement de ma mère », sans plus d'informations. Pour deux autres, l'assiette que leur présente leur mère déclenche l'homicide. L'un pense que la nourriture est empoisonnée et l'autre qu'il s'agit de chair humaine. Dans un cas enfin, il s'agit du passage d'un chat noir.

Les toxiques sont parfois incriminés dans le passage à l'acte (27,8 %). Une prise d'alcool est la situation la plus fréquente (16,7 %), le sujet est parfois sous l'emprise d'une polyintoxication alcool, cannabis et opiacés (11,1 %).

L'homicide est souvent en lien avec des éléments délirants (66,7 %). Trois patients décrivent des hallucinations auditives avec injonctions leur ordonnant de tuer leur mère. Cinq autres se sentent menacés car leur victime aurait, pour l'un d'entre eux, pris part à un pacte entre les rats et les chiens qui lui en veulent ; deux autres pensent qu'elle tente de les empoisonner ; dans un autre cas elle serait une espionne et dans une dernière situation à l'origine d'un complot. Trois autres prennent leur mère pour Satan. Un dernier patient pense qu'il est missionné pour la tuer.

Des idées suicidaires, des tentatives de suicide, ou un épisode dépressif surviennent après l'homicide dans la moitié des cas (50,0 %).

### Comparaison groupe patricide – matricide

Le matricide fait plus fréquemment preuve d'acharnement sur sa victime (86,7 %) que le patricide (36,4 %) ( $p < 0,01$ , 95 % CI 0,0-0,6).

Le patricide est plus souvent perpétré en présence de témoins (35,7 %) que le matricide (0,0 %), cependant cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p < 0,01$ , 95 % CI  $< 0,0 - > 999,9$ ).

Un facteur déclencheur à l'homicide est plus fréquent chez les patricides (78,6 %) que dans le cadre des matricides (50,0 %), cependant nous ne pouvons pas conclure à une différence significative ( $p < 0,1$ , 95 % CI 0,8-17,8).

Une dispute est plus souvent à l'origine du passage à l'acte des patricides (71,4 %) que des matricides (27,8 %) ( $p < 0,05$ , 95 % CI 1,4-30,7).

Le passage à l'acte matricide est plus fréquemment en lien avec des éléments délirants (66,7 %) que celui des patricides (35,7 %), cependant cette différence n'est pas significative ( $p < 0,09$ , 95 % CI 0,1-1,2).

Des idées suicidaires, des tentatives de suicide, ou un épisode dépressif semblent plus fréquents chez le matricide (50,0 %) que chez le patricide (21,4 %), mais nous ne pouvons pas conclure à une différence statistiquement significative ( $p < 0,1$ , 95 % CI 0,1-1,3).



## **VI. DISCUSSION**

Cette étude, portant sur 32 hommes adultes à l'origine d'un parricide, admis à l'UMD de Sarreguemines entre le 1<sup>er</sup> janvier 1983 et le 31 décembre 2012 au 1<sup>er</sup> service et entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 31 décembre 2012 au 2<sup>e</sup> service, s'intéresse à objectiver des différences psychopathologiques entre les passages à l'acte patricides et matricides.

### **1. Epidémiologie**

Il est difficile d'évaluer le nombre réel de parricides commis chaque année, car chacun de ces homicides n'est pas forcément référencé comme tel et tous les meurtriers ne sont pas appréhendés. Ce taux est donc probablement sous-évalué (64). Cependant, la fréquence du parricide apparaît faible. Plusieurs études épidémiologiques ont été réalisées en France.

Entre 1827 et 1870, Régis, cité par Fontaine et Guerard des Lauriers, dénombre 2,6 parricides pour 100 homicides. En intégrant également leurs tentatives, ces crimes représentent 5 % des homicides et tentatives d'homicide.

Asselin, dans sa thèse, en 1902, dont les propos sont repris par ces mêmes auteurs, obtient des conclusions similaires, dénombrant 108 parricides et tentatives de parricide. Ils se décomposent en 45 matricides, 48 patricides et 15 doubles parricides ou tentatives, et représentent 2,5 % des homicides ou de leurs tentatives (44). Cependant, « ces données ne prennent pas en compte les affaires jugées en correctionnelle en raison d'une déqualification de l'homicide, celles où l'action publique est éteinte à cause du décès de leur auteur, les non-lieux et bien sûr les rares cas ayant échappé à une procédure » (139).

Ochonisky étudie, entre 1952 et 1959, les parricides âgés de plus de 18 ans et reconnus responsables sur le plan psychiatrique. Ils représentent 2,9 % des homicides dans notre pays (115).

Dans leur enquête sur le parricide en France, menée entre 1958 et 1967, Devaux et al. recueillent des informations auprès des Cours d'Appel, des Tribunaux de Grande Instance, mais également auprès des hôpitaux psychiatriques, limitant ainsi les imprécisions des études précédentes. Les parricides représentent 2,87 % des homicides (33).

Stoessel et Bornstein relayent l'étude de Benureau qui, à l'aide des données de la Division Statistique du Ministère de la Justice Française, recense 116 homicides par an, dont 31 parricides, entre 1978 et 1984. Cela correspond à 2,66 % des homicides (139). Il explique, d'après Robbe et Kottler, que ces chiffres « sont probablement sous-évalués en raison de la méthodologie utilisée » (129).

La fréquence du parricide, en France, paraît donc constante depuis le XIX<sup>e</sup> siècle (9, 83, 140). Il correspond à 2 à 3 % de l'ensemble des homicides commis chaque année (6, 9, 26, 33, 44, 65, 72, 83, 96, 103, 115, 139), ce qui représente une trentaine de cas par an (9, 26, 33, 83, 139, 140).

Des taux similaires sont relatés dans plusieurs pays, même s'ils varient légèrement. Léveillé, Lefebvre et Vaillancourt recensent 193 homicides familiaux au Canada en 2005. Parmi ces cas, ils dénombrent 19 parricides, ce qui représente 4 % des homicides. Ils constatent également que cette proportion est de 2,8 % en Angleterre et de 3,4 % en Australie (86). En Ecosse, Gillies examine 400 auteurs d'homicides. Parmi eux, 87 sont à l'origine de crimes intrafamiliaux, dont 22 parricides, ce qui représente 3,5 % des homicides (50). Aux Etats-Unis, ce taux varie entre 1,6 et 2,25 % selon les études (62, 86, 149). En Serbie, ils représentent 3,5 % des homicides (37) et 5,3 % en Corée (2).

La fréquence de ce type de meurtre, tant à travers différentes périodes, que dans plusieurs pays, ne suit pas les fluctuations de la criminalité générale (90, 149, 153).

Les cas les plus représentés, parmi les parricides, sont l'homicide du père par le fils (65 %) (9, 26, 32, 33, 64, 72, 112, 147, 149), puis de la mère par le fils (20 %), suivi du père par la fille (6 %) et enfin de la mère par la fille, ce qui est très rare (33).

Les matricides constituent moins de 1 % des homicides. Un pourcentage compris entre 0,6 et 0,8 % est communément admis (6, 33, 44, 54, 72, 139, 154). Les patricides sont un peu plus fréquents et correspondent à 0,7 à 1,1 % de l'ensemble des meurtres (115, 149). Des variations selon les cultures sont également observées. Le meurtre de la mère par le fils serait plus fréquent au Pays de Galles (28) et en Ecosse (24) que celui du père. Les parricides seraient plus souvent commis par des filles aux Etats-Unis, cependant les meurtriers masculins restent très nettement majoritaires. Les auteurs expliquent ces différences par la criminalité en général dans ce pays, la tolérance face aux abus et l'accès aux armes à feu, qui encourageraient les femmes à passer à l'acte, leur permettant d'avoir le dessus sur leur victime (13).

Les doubles parricides sont rares et représentent 10 % des parricides (9).

A propos des études portant spécifiquement sur les malades mentaux, les parricides seraient quatre fois plus fréquents dans cette population que dans la population générale. Le rapport serait de 1 à 10 en ce qui concerne plus spécifiquement les matricides (104).

## 2. L'auteur

### a. Caractéristiques socio-démographiques

#### Sexe

Notre travail aborde uniquement les parricides commis par les hommes, en raison du règlement de l'UMD dans laquelle il a été réalisé. Cette population est plus fréquemment à l'origine de ce type de passage à l'acte. En effet, le parricide est presque toujours commis par le fils. Les femmes ne représentent que 10 % des auteurs de parricide (9, 13, 18, 23, 26, 28, 33, 37, 49, 54, 65, 66, 69, 72, 83, 86, 94, 95, 101, 103, 106, 112, 131, 140, 149, 156). Ces données ne semblent pas différentes de celles concernant l'ensemble des homicides (139, 140).

Cependant, les femmes qui commettent des crimes passent plus souvent à l'acte sur leurs parents. D'après Stoessel et Cazanave, Benureau note que 6,5 % des crimes en général sont commis par des femmes, avec une répartition double (15 %) dans le cadre des parricides (140). Ochonisky, ainsi que Devaux et al., trouvent des résultats similaires, avec un rapport femmes/hommes plus important dans les parricides que dans le cadre des homicides en général (33, 115).

## Age

Les parricides sont âgés de 6 à 66 ans. Comme dans notre étude, le meurtrier est souvent âgé d'une trentaine d'années (2, 8, 9, 13, 18, 20, 24, 27, 29, 32, 37, 49, 54, 62, 64, 83, 84, 86, 88, 89, 94, 96, 103, 106, 114, 115, 120, 137, 138, 149, 150).

Certains travaux font état de parricides plus jeunes (33, 139, 140). Devaux et al. observent que plus de la moitié des auteurs ont moins de 28 ans et distinguent trois pics de survenue, à 18 ans, 23 ans et 46 ans (33). Stoessel et Cazanave constatent une moyenne d'âge de 23 ans, mais leur étude comprend des parricides très jeunes, de 11 et 13 ans (140). Cependant, Ochonisky, n'étudiant pourtant que les parricides majeurs, relève qu'ils sont majoritairement âgés de 18 à 20 ans. Elle s'intéresse uniquement aux sujets responsables pénalement, or il est décrit qu'il s'agit principalement des jeunes meurtriers (115).

Les auteurs de parricide sont moins âgés que les auteurs d'homicide en général (33, 101, 115), car les jeunes meurtriers tuent préférentiellement des membres de leur famille. Ces données sont confirmées par les statistiques du Ministère de la Justice, qui révèlent une plus grande fréquence de parricides, entre 20 et 25 ans chez les hommes, et entre 20 et 30 ans chez les femmes. Une proportion importante des auteurs sont mineurs, jusqu'à 25 % selon les études (62, 139, 140). Ceci a conduit Heuyer, en 1953, cité par Ochonisky, à penser que « les parricides sont presque tous des enfants ou des adolescents » (115).

Cravens et al., étudiant 10 hommes psychotiques auteurs de patricide, établissent une moyenne d'âge de 29 ans, se répartissant entre 20 et 40 ans (27). Singhal et Dutta, à propos de 10 patricides hospitalisés en Angleterre, observent des résultats similaires (137).

Les matricides sont également âgés de trente ans en moyenne, leur âge s'échelonnant entre 15 et 63 ans (20, 24, 54, 88, 89, 114, 120, 138, 150). McKnight et al. notent une moyenne d'âge de 24,5 ans chez les sujets tuant leur mère, mais un quart d'entre eux ont moins de 17 ans (101).

Les femmes qui tuent leur mère semblent un peu plus âgées, entre 38 et 39,5 ans (6, 28).

Les matricides souffrant de schizophrénie sont plus jeunes (30,1 ans en moyenne) que les dépressifs (38,7 ans) (54).

Liettu et al. relèvent que les auteurs de matricide seraient un peu plus âgés (30 ans) que ceux de patricide (27 ans) (88, 89). Leurs études, menées à partir d'exams psychiatriques médico-légaux, dont ont bénéficié tous les hommes auteurs d'une agression ou d'un homicide sur un parent, en Finlande, incluent les parricides et les tentatives de parricide, voire les violences en général à l'encontre d'un parent pour l'une d'entre elles (89). Les statistiques du Bureau Fédéral d'Investigation (FBI : Federal Bureau of Investigation), décrites par Heide, notent les mêmes disparités (62), tout comme Benureau, en 1986, dans son mémoire intitulé « Approche statistique et clinique du matricide », cité par Stoessel et Bornstein. Il constate que les enfants tuant leur père sont beaucoup plus jeunes (23,8 ans) que ceux tuant leur mère (31,5 ans). Les mineurs sont à l'origine de 28 % des patricides contre seulement 5 % des matricides (139). Pour Stoessel et Cazanave, les meurtriers de leur père seraient âgés de 24 ans et ceux de leur mère de 34 ans (140).

Ces différences ne sont pas relatées dans d'autres articles comparant ces deux types d'homicides et ne sont pas constatées dans notre étude, où les auteurs de patricide et de matricide ont sensiblement le même âge. Notre travail ne s'intéresse

qu'aux meurtriers adultes et n'inclut pas les sujets indemnes de troubles mentaux, ni les adolescents qui ne souffrent en général d'aucune pathologie psychiatrique, ce qui peut expliquer ces différences. Les données de notre étude sont en effet comparables à celles réalisées auprès des patients hospitalisés en psychiatrie.

### Situation familiale

Les parricides sont souvent d'origine caucasienne (13, 62, 149), beaucoup d'études étant réalisées en Europe ou aux Etats-Unis. Cependant, tous les cas de Menezes, au Zimbabwe, sont africains et il explique que l'ethnie ne semble donc pas avoir d'influence sur le parricide (103).

Green fait les mêmes constatations concernant les matricides (54). Cependant, Heide relève des taux d'homicides maternels moins élevés chez les groupes hispaniques, orientaux et indiens. Elle évoque, comme Holcomb, une plus faible prévalence de la schizophrénie chez les hispaniques. Des facteurs culturels, impliquant une prédominance de domination masculine dans la culture latine et l'image maternelle virginale expliqueraient également ces différences (62, 72).

Nous n'avons pas étudié l'origine des meurtriers dans notre travail et ce thème n'est pas abordé à propos des patricides.

Le Bihan et Benezech relèvent que le parricide est souvent l'aîné de la fratrie (45,2 %) et qu'il s'agit majoritairement du seul garçon de la famille (54,8 %). Il est rarement enfant unique (23,8 %) (83).



Les patricides seraient plutôt issus de familles nombreuses (9, 28).

Selon McKnight et al., les matricides proviennent souvent de fratries de deux à quatre enfants (101). Dans la plupart des cas, le meurtrier est le seul garçon ou le cadet de la famille (20, 101). Il est rarement l'aîné (25 %) (101). Il est parfois enfant unique (28, 54, 101).

Aucune étude ne compare ces deux groupes sur ces paramètres et notre travail ne met en évidence aucune différence significative entre ces populations.

Les parricides sont plus solitaires que les auteurs d'homicide en général (115). La plupart d'entre eux sont célibataires et sans enfant (2, 20, 24, 27, 29, 32, 33, 49, 54, 83, 84, 89, 96, 103, 106, 114, 115, 137, 138, 139, 149).

La majorité des patricides (80 à 90 % des cas) n'ont jamais été mariés (27, 137). Ils sont célibataires au moment du meurtre (137).

Des données comparables sont relevées à propos des auteurs de matricide (20, 54, 114, 138). Clark note que 12 % seulement sont mariés (24). La majorité d'entre eux n'ont jamais établi de relation durable avec une femme (54).

Conformément aux données de notre travail, Liettu et al. constatent que les patricides, autant que les matricides, sont célibataires (89).

## Education

Comme nous l'avons détaillé, la scolarité des parricides est plutôt chaotique et leur niveau d'éducation apparaît assez moyen. Devaux et al. constatent que leurs acquisitions scolaires sont faibles, plus de la moitié n'ont pas leur certificat d'étude (33). Ils sont peu instruits (32).

Dans une étude plus récente, Le Bihan et Benezech constatent que la plupart des parricides ont suivi un enseignement secondaire, quelques-uns seulement primaire et peu ont un niveau universitaire. Certains ont bénéficié d'un enseignement technique (31 %) et d'un apprentissage (19 %). La majorité d'entre eux n'ont aucun diplôme (42,9 %) et font état de difficultés scolaires (85,7 %) (83).

Selon McKnight et al., les matricides n'ont pas achevé leur scolarité, en proportion égale aux auteurs d'homicides en général, mais une plus grande quantité est allée au lycée (101).

Si aucune étude ne s'intéresse aux patricides, le niveau d'éducation apparaît sensiblement identique entre les meurtriers de leur père et de leur mère.

### Situation professionnelle

Les auteurs de parricide sont de statut socio-économique moyen et souvent sans emploi. Cela se vérifie d'autant plus pour les sujets souffrant d'une pathologie psychotique (2, 20, 24, 27, 29, 33, 37, 49, 54, 62, 83, 84, 86, 96, 106, 114, 115, 149).

Devaux et al. expliquent qu'ils sont souvent peu qualifiés au niveau professionnel. Ceux qui travaillent sont fréquemment employés au sein du milieu agricole (33).

Ochonisky note un tiers d'agriculteurs et de salariés agricoles, des ouvriers, des manœuvres, des apprentis et des étudiants (115), tandis que les classes socio-professionnelles élevées sont rares (115, 139). Comme dans notre travail, elle conclut qu'ils font preuve d'instabilité professionnelle (115). Pour Weisman et Sharma, ceux qui travaillent occupent des emplois peu qualifiés (149).

Stoessel et Cazanave, quant à eux, constatent un éventail socio-professionnel plus large avec 16 % d'étudiants et de lycéens, 22,6 % d'ouvriers et apprentis ouvriers, 4,8 % d'agriculteurs et des cadres moyens. Ils expliquent « alors que les auteurs de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle mettaient davantage les facteurs sociologiques et économiques comme explications au parricide, la relative diversité des milieux socio-économiques de nos parricides et de leurs victimes va à l'encontre de cette thèse. Cela nous incite plutôt à rechercher des explications du pourquoi du parricide dans l'étude des individus eux-mêmes, de leur psychopathologie en particulier et des perturbations, souvent graves, des relations intrafamiliales » (140).

De même, Le Bihan et Benezech notent qu'ils occupent des professions variées, comme étudiants (14,3 %), employés (4,8 %), agriculteurs (4,8 %), ou à proportions égales cadres, professions intermédiaires et ouvriers (2,4 %). Quelques-uns sont retraités (2,4 %) (83). La profession exercée par le faible nombre de patients de notre étude qui travaillent est souvent peu différenciée, cela peut s'expliquer par le fait que la grande majorité d'entre eux sont des schizophrènes, moins bien insérés sur le plan socio-professionnel que les patients paranoïaques, qui représentent 14,3 % de l'étude précitée.

Millaud, Auclair et Meunier ajoutent que la faible proportion qui travaille (16,7 %) n'est employée qu'à temps partiel. Ces cas correspondent aux sujets paranoïaques de leur échantillon (106).

Cravens et al. notent que 80 % des auteurs de patricide sont sans emploi (27).

La majorité des matricides n'exercent aucune profession (20, 24, 54). La plupart de ceux qui travaillent sont ouvriers selon McKnight et al. (101). Ils sont inadaptés socialement (54) et ont souvent échoué dans leur vie (138). Pour O'Connell, le fils qui commet un matricide est un homme jeune, avec peu d'ambitions, qui n'est habituellement pas marié et ressent un sentiment d'infériorité sur le plan social (114).

Liettu et al. ne retrouvent pas de différence entre les matricides et les patricides en ce qui concerne leur statut social et professionnel (89), tout comme notre étude.

## Antécédents judiciaires

Les sujets parricides ont parfois des antécédents judiciaires, comme l'illustre notre travail. Les données de la littérature se situent entre 16,7 et 70 % des cas (8, 18, 27, 29, 54, 83, 86, 101, 137, 149).

Les condamnations les plus fréquentes portent sur les coups et blessures involontaires, les menaces sous condition ou les vols dans les mêmes proportions (19 %). D'autres ont perpétré des cambriolages (4,8 %). Certains ont commis des excès de vitesse avec retrait de permis, des violences intrafamiliales, des vagabondages, des infractions à la législation aux stupéfiants ou des conduites incendiaires dans de rares cas (2,4 %) (83). Les auteurs de parricide n'ont, en général, pas d'antécédents pénaux majeurs. Dans la plupart des cas, il s'agit du premier acte antisocial grave (83,3 %) (33). Quelques rares patients de l'étude de Le Bihan et Benezech ont commis des tentatives de meurtre ou des homicides avérés avant le parricide (7,1 %) (83).

La littérature constate que les psychotiques à l'origine d'homicides ont moins d'antécédents criminels que les meurtriers ne souffrant pas de ce trouble (83).

Les patricides ont des antécédents de condamnation et/ou d'arrestation dans 30 à 70 % des cas, essentiellement en raison de chapardages et de vols à l'étalage (27, 137).

16,7 à 41 % des matricides ont des antécédents criminels, en général pour des infractions mineures, comme des vols (54, 101).

Notre travail ne relève aucune différence, à propos des antécédents judiciaires, entre les deux groupes, ce que confirment Liettu et al. (89).

Nous n'avons pas étudié spécifiquement les antécédents violents en général, qui sont un facteur de risque de réitération d'un tel comportement (71). Ils semblent fréquents chez les parricides psychotiques, entre 48,3 et 90 % des cas selon les travaux (20, 27, 54, 83, 94, 96, 106).

De nombreux patricides ont des antécédents violents à l'encontre d'autrui (90 %) (27), tout comme les matricides (48,3 à 90 %) (20, 54).

Ces données ne sont pas comparées dans la littérature.

#### Antécédents de violence à l'égard de la victime

Les parricides ont souvent une histoire de comportements violents à l'encontre de leur victime, entre 24 et 88 % des cas selon les études (8, 20, 83, 86, 149).

Des menaces à l'égard de celle-ci ou d'un autre membre familial sont rapportées dans 25 à 51 % des situations (2, 54, 94, 96, 106, 138, 149).

Marleau, Millaud et Auclair notent, tout comme Weisman et Sharma, que les menaces sont plus fréquentes chez les auteurs de tentatives de parricide que chez les sujets ayant tué leur père ou leur mère. Elles peuvent avoir alarmé la victime d'une situation explosive avant que cela ne dégénère. Celle-ci étant en alerte en présence du meurtrier, cela a pu contribuer à sa survie. Cette menace est aussi une demande d'aide déguisée. Elle peut également permettre au sujet de réduire son niveau de stress et d'angoisse. Il commet ainsi une agression moins brutale (96, 149).

Beaucoup de matricides avaient déjà été violents ou avaient sérieusement menacé leur mère avant le passage à l'acte (20, 54). Des signes avant-coureurs étaient présents chez l'auteur dans 15,4 à 41,4 % des cas (101, 114, 138). Tous les signes d'alerte constatés par Green étaient le fait de sujets schizophrènes. La plupart des matricides présentaient des symptômes psychotiques florides dans la semaine précédant l'homicide (70,7 %). Bien entendu, les sujets présentant d'autres pathologies, comme des troubles de la personnalité, ne présentaient pas de symptômes bruyants (54). Robbe et Kottler font état de « modifications comportementales aspécifiques » avant le passage à l'acte (129).

Bourget et al. comparent, à l'aide des dossiers de la morgue du Québec, entre 1990 et 2005, 60 cas de patricides et de matricides commis par des hommes. Ils constatent plus de signes avant-coureurs chez le patricide (31,6 %) que chez le matricide (25 %) (18). C'est également le cas dans notre étude, 64,3 % des patricides et 33,3 % des matricides ont fait preuve de menaces ou d'un comportement violent envers la victime avant le passage à l'acte. Cette différence n'apparaît cependant pas comme significative.

Les parricides adultes sont des hommes âgés d'une trentaine d'années, mal insérés socio-professionnellement, souvent célibataires et sans emploi. Leur niveau d'éducation est moyen. Ils ont parfois des antécédents judiciaires et effectué des menaces ou fait preuve de violence à l'encontre de leur victime avant le passage à l'acte.

Les caractéristiques socio-démographiques évoquées dans la littérature sont comparables à celles obtenues dans ce travail. Nous n'avons pas noté de différence significative entre les deux groupes à propos de ces critères.

## b. Pathologie psychiatrique

### Antécédents psychiatriques

Parmi les auteurs de parricide, la littérature fait état d'un fort taux de pathologies psychiatriques, principalement un trouble psychotique ou un état dépressif (9, 18, 20, 27, 32, 33, 49, 54, 69, 72, 84, 94, 96, 103, 106, 112, 149, 156).

Les moments propices au passage à l'acte sont le début de la maladie ou les moments délirants féconds (133). Contrairement à Ochonisky, qui explique que les parricides surviendraient majoritairement au début de l'évolution de la maladie (115), Le Bihan et Benezech observent que le passage à l'acte inaugural de la pathologie est assez rare (83). D'autres auteurs remarquent également qu'il survient préférentiellement lors de l'évolution d'une pathologie connue, signant une recrudescence symptomatologique et correspond majoritairement à une rechute ou à une aggravation de la pathologie (2, 16, 29, 33, 49, 94). Une symptomatologie psychotique floride, accompagnée d'un sentiment de dépersonnalisation et d'étrangeté, est fréquente lors du passage à l'acte (33). Le trouble évolue en général depuis une longue période, un à cinq ans (40,5 %), cinq à dix ans (11,9 %), voire plus de dix ans (33,3 %) (83).

La majorité des parricides de notre échantillon ont des antécédents psychiatriques à l'origine d'une hospitalisation. Les parricides étudiés par Le Bihan et Benezech ont également, la plupart du temps, des antécédents d'hospitalisation (61,9 %). Peu n'ont consulté qu'en ambulatoire (14,3 %). Seulement 23,8 % des sujets n'ont jamais été pris en charge (83). Des antécédents psychiatriques sont constatés chez 56 à 80 % des sujets selon les études (20, 24, 27, 49, 54, 94, 96, 106, 114, 138, 149).



Pour Léveillé, Lefebvre et Vaillancourt, seulement 5 % des parricides ont été hospitalisés et 32,5 % ont consulté un psychiatre (86). Ces différences peuvent être liées au fait que cette étude, réalisée à partir des dossiers de la morgue, prend en compte tous les auteurs de parricide, y compris ceux indemnes de troubles mentaux.

Seulement 30,8 % des patients de l'étude de Menezes, menée au Zimbabwe, étaient connus des services psychiatriques, peut-être que ces résultats divergent pour des raisons culturelles. Menezes explique que les sujets de son étude se rendent en premier lieu chez leur médecin traitant et qu'il est souvent difficile de faire la part des choses entre les croyances surnaturelles classiques et la pathologie. Un retard de recours aux soins est donc plus fréquent (103).

La majorité des parricides présentent des antécédents d'hospitalisation antérieure ; 80 % selon Cravens et al. (27).

Des résultats similaires sont évoqués à propos des matricides, dont la plupart ont des antécédents psychiatriques (20, 54, 114, 138). Les troubles évoluent depuis zéro à trente-et-un ans avant le meurtre (20, 54, 114, 138), la majorité entre six et huit ans selon Green (54).

Les résultats de McKnight et al. sont assez étonnants et vont à l'encontre de ce qui est constaté dans la littérature. Analysant 12 matricides hospitalisés au Canada, ils relèvent qu'aucun sujet n'a été hospitalisé en psychiatrie avant le meurtre. Quelques-uns ont intégré une clinique de guidance pour enfants (16,7 %), certains parents ont tenté de faire examiner leur fils par un psychiatre (16,7 %) et un autre sujet a consulté son médecin généraliste (8,3 %). Rappelons tout de même qu'un quart des patients sont ici des adolescents (101). Même Clark, dont l'étude comporte 26 matricides recensés par les juridictions écossaises, donc en partie indemnes de

troubles mentaux, note 60 % d'antécédents de traitement psychiatrique et 42 % d'hospitalisation (24).

D'après Bourget et al., les matricides ont plus souvent une histoire psychiatrique que les patricides. Seulement 8,3 % des patricides de leur étude ont eu un contact avec la psychiatrie avant l'homicide, contre 16,7 % des matricides, la pathologie n'étant ainsi pas prise en charge. Les faibles pourcentages sont liés à la part importante de population indemne de troubles mentaux dans leur échantillon (18). De la même façon, les patricides inclus dans notre travail n'ont des antécédents psychiatriques que dans 64,3 % des cas, alors que 88,9 % des matricides ont été suivis en psychiatrie. Cette différence n'est cependant pas significative.

Liettu et al. notent que plus d'auteurs de violences contre leur mère recevaient un traitement au moment de l'homicide (29,1 %) que de sujets violents à l'encontre de leur père (11,3 %). Ils ne nous renseignent malheureusement pas sur l'observance du traitement (89). Notre étude montre également que les patricides n'ont plus souvent jamais bénéficié d'un traitement psychotrope (35,7 %) que les matricides (11,1 %), sans différence significative cependant. Si ces derniers souffrent plus fréquemment de troubles mentaux, la pathologie qu'ils présentent apparaît plus bruyante, conduisant plus facilement à une prise en charge, tant au niveau hospitalier que sur le versant médicamenteux, alors que les troubles présentés par les patricides pourraient être plus discrets.

## Observance thérapeutique

Le risque de tuer un parent est majoré si le trouble mental n'est pas identifié ou en l'absence d'un traitement adéquat, chez ces individus qui ont en général une histoire psychiatrique (106). Le risque de violence est plus important en cas de mauvaise observance du traitement ou lors d'un traitement insuffisant, souvent à l'origine d'une acutisation délirante (18, 26, 106).

Comme dans notre travail, la majorité des parricides, 10 à 83 % selon les publications, ne prennent plus, ou de façon aléatoire, leur traitement au moment du meurtre (2, 94, 96, 106, 112). Les disparités entre les études sont probablement liées au fait que, si certaines sont réalisées auprès de patients hospitalisés en psychiatrie, d'autres considèrent également les sujets indemnes de pathologie psychiatrique, comme Léveillé, Lefebvre et Vaillancourt, pour qui seulement 10 % des parricides font preuve d'une observance aléatoire du traitement (86).

Beaucoup de parricides refusent ainsi les soins ou arrêtent le suivi avant le passage à l'acte (64,3 %) et peu sont pris en charge au moment de l'homicide (14,3 %) (83). Cependant, certains auteurs de parricide demandent de l'aide avant de commettre l'homicide, de façon souvent inadaptée en raison de leur pathologie. Ils tentent parfois de quitter le domicile familial, de se suicider (105) ou effectuent un voyage pathologique (83). Un certain nombre effectuent des démarches auprès des services de psychiatrie dans les semaines précédant l'homicide, entre 4,7 et 48,8 % des sujets, mais la gravité de leurs troubles complique l'évaluation (83, 96, 103, 106).

Beaucoup de matricides ne reçoivent pas un traitement adapté au moment de l'homicide, en raison de l'absence de suivi ou de prise du traitement (54, 138). Seulement 7,7 % des sujets ayant tué leur mère avaient des contacts avec les

services psychiatriques au moment de l'homicide, selon Clark (24). O'Connel relève que 15,4 % des matricides ont fugué d'hospitalisation et 30,8 % ont quitté le service contre avis médical à la demande de leur mère peu avant le meurtre (114).

La littérature n'a pas étudié les patricides, mais notre travail ne relève pas de différence significative à propos de l'observance thérapeutique, qui apparaît aléatoire, tant chez les patricides que chez les matricides.

### Diagnostic psychiatrique

L'association entre violence et troubles mentaux est décrite dans plusieurs études, mais les maladies mentales ne sont à l'origine que d'une faible part de la violence en général. Seules certaines pathologies mentales graves sont associées à la violence (26), comme la schizophrénie, le trouble délirant et les troubles bipolaires (36). Les auteurs d'homicides intrafamiliaux présentent plus fréquemment des troubles mentaux, comme des psychoses, des troubles anxieux et des troubles de la personnalité, que les meurtriers passant à l'acte hors du cadre familial (3).

Le parricide peut être le fait « de conduites perverses ou antisociales, de dépression mélancolique avec suicide altruiste ou de certains états psychotiques... d'une intoxication majeure par l'alcool, le haschich. Dans d'autres cas, il peut se voir chez des sujets normaux, excédés par le comportement de leur parent... enfin dans quelques cas, il a une motivation idéologique ou politique » (44).

Devaux et al., parmi 61 parricides sélectionnés par les juridictions pénales, dénombrent 64 % de schizophrénies, 16 % de délires de persécution, 8 % de psychoses hallucinatoires chroniques, 8 % de psychoses maniaco-dépressives et 4 % de délires d'influence (33).

Benezech souligne l'importance des troubles dépressifs et des abus de toxiques. Il relate quelques pathologies infantiles psychotiques déficitaires et des patients oligophrènes (9).

Le Bihan et Benezech, étudiant 42 hommes parricides hospitalisés à l'UMD de Cadillac, entre 1963 et 2003, distinguent principalement des schizophrénies (83,3 %), des troubles délirants persistants ou délires paranoïaques (14,3 %) et un trouble psychotique lié à des substances psycho-actives telles que l'alcool et le cannabis (2,4 %) (83).

Millaud, Auclair et Meunier relèvent 41,7 % de schizophrénies paranoïdes, 41,7 % d'abus de substances, 16,7 % de délires paranoïaques, 16,7 % de troubles délirants liés à des substances psycho-actives, 16,7 % de troubles bipolaires avec symptômes psychotiques et 8,3 % de troubles dépressifs avec symptômes psychotiques parmi les meurtriers de leurs parents (106).

Cravens et al. notent que tous les patricides de leur échantillon sont psychotiques. Il s'agit d'une schizophrénie dans 80 % des cas, parfois d'une psychose schizophréniforme (10 %) ou d'un abus d'alcool (10 %) (27). L'échantillon de patricides hospitalisés étudié par Singhal et Dutta comporte 80 % de schizophrénies (137). La plupart des auteurs d'homicide paternel sont psychotiques (94,4 %), selon Menezes (103). Cependant, ces études ont été réalisées en psychiatrie et ne considèrent qu'une partie de la population à l'origine de ces meurtres (27).

Les matricides sont plus particulièrement commis par des sujets souffrant de troubles mentaux (54, 101). Ils présentent généralement une maladie mentale sévère (72). Wick et al., étudiant 11 matricides en Australie, à partir des dossiers d'autopsie, notent que la plupart des matricides souffrent de pathologies psychiatriques (82 %), majoritairement de schizophrénies et de dépressions (150). Campion et al. relèvent, parmi les auteurs de matricide, 53 % de schizophrénies et 27 % de psychoses liées à des abus de substances (20). Selon O'Connell, 85,6 % présentent une schizophrénie et 14,4 % sont dépressifs (114). Clark relève majoritairement des troubles psychotiques (38,5 %), dont 23,1 % de schizophrénies, 11,5 % de dépressions psychotiques et 3,9 % d'hypomanies. Il note quelques troubles de la personnalité (19,2 %) et des dépendances à l'alcool (15,4 %) (24). Green réalise l'une des plus importantes études descriptives des hommes auteurs de matricide, qui comporte 58 patients et recense majoritairement des schizophrénies (74 %). Ce groupe inclut 8,6 % de troubles schizo-affectifs. Il constate également des troubles dépressifs (15,5 %), majoritairement unipolaires, et des troubles de la personnalité (10,5 %) (54).

Comparant les patricides et les matricides, Liettu et al. relèvent, chez les sujets auteurs de violences à l'égard de leur père, 64,2 % de troubles de la personnalité, 44,3 % de troubles liés à l'utilisation de toxiques, 26,4 % de psychoses, 11,3 % d'épisodes dépressifs, 11,3 % d'autres troubles comportant majoritairement des troubles anxieux, 7,5 % de retards mentaux et 6,6 % d'anomalies cérébrales organiques. Concernant les sujets violents à l'égard de leur mère, 55,8 % présentent des troubles liés à l'utilisation de toxiques, 46,5 % des troubles psychotiques, 45,4 % des troubles de la personnalité, 12,8 % des épisodes dépressifs, 9,3 % des anomalies cérébrales organiques, 3,5 % d'autres troubles et 2,3 % des retards

mentaux. Cette étude a été réalisée en Finlande, où seulement 10 % des auteurs de violences sont considérés comme psychotiques, ce qui explique un taux plus faible de cette pathologie par rapport aux autres publications (89).

Si quelques disparités sont notées dans la littérature, en raison de différences nosographiques selon les époques et les pays, et du petit nombre de cas de certaines études (106), les troubles mentaux sont fréquents chez les auteurs de parricide adultes, en particulier ceux appartenant au spectre des psychoses. Ils concernent jusqu'à 100 % des sujets selon les travaux (9, 18, 20, 27, 32, 33, 49, 54, 69, 72, 84, 94, 96, 103, 106, 112, 149, 156). Parmi les homicides commis par les psychotiques, le parricide occupe d'ailleurs une place importante car il en représente 20 à 34 % (9, 26, 29, 106).

Seuls Liettu et al. ne notent que 35 % de psychotiques parmi les sujets de leur travail. Il faut souligner le faible taux de psychose dans les actes violents en Finlande. Ensuite, leur étude s'intéresse aux violences perpétrées à l'encontre des parents en général, alors que la plupart des travaux traitent des homicides et parfois de leurs tentatives. Leurs cas sont donc parfois à l'origine de violences moins importantes, ce qui peut induire des différences diagnostiques. D'autre part, ils sont recrutés à partir des expertises psychiatriques réalisées chez les auteurs de violences contre les parents en Finlande, ce qui concerne presque chaque individu ayant perpétré un homicide ou d'autres violences. Ils disposent ainsi d'un panel plus important. Ils expliquent également que cette différence peut être liée au fait qu'en Finlande, les sujets violents bénéficieraient plus fréquemment d'un examen psychiatrique que dans d'autres pays. Ils prennent l'exemple du travail de Weisman et Sharma (149), réalisé en Californie du Sud, dont l'échantillon ne couvrirait que

30 % des auteurs de violences à l'encontre de leurs parents dans le district durant la période étudiée (89).

La psychose concernerait préférentiellement les matricides (9, 20, 33, 106). Liettu et al. recensent 27 % de troubles psychotiques chez les auteurs de tentatives de patricide ou de patricides avérés, contre 42 % chez les sujets ayant commis des tentatives de matricide ou des matricides avérés (88). Dans une autre étude, ils relèvent 53 % d'homicides maternels par des psychotiques contre 23 % de patricides psychotiques. Le taux de matricides psychotiques est ici comparable à la littérature, mais celui des patricides est inférieur. Ils expliquent cette sous-représentation par l'aspect culturel de la violence en Finlande. Elle reflète également les circonstances générales des homicides en Finlande qui sont principalement commis par des hommes marginalisés et sous l'emprise de toxiques. Seulement 10 % des auteurs de violences y sont considérés comme psychotiques (89).

Les pathologies mentales sont évidemment très fréquentes dans notre étude, notamment les troubles psychotiques, et ce de façon sensiblement identique dans les deux groupes analysés, en raison du mode de recrutement de nos patients.

Comme le confirme notre travail, la schizophrénie est le diagnostic prépondérant (9, 11, 18, 20, 24, 27, 32, 33, 37, 49, 54, 83, 84, 94, 96, 106, 112, 131, 137, 138, 139), tant chez les patricides que chez les matricides. Ceci est en conformité avec la littérature portant sur les homicides en général ; les études constatant un risque criminogène majoré chez les sujets présentant certains troubles mentaux graves, dont la schizophrénie. Ces sujets passent généralement à l'acte sur des proches (10, 115).



La schizophrénie semble plus fréquente chez les matricides que chez les patricides (18, 20, 24, 54, 72, 89, 101, 106, 138). Devant la forte association entre le meurtre de la mère et cette pathologie, certains auteurs ont même pensé que le matricide était un crime de schizophrène, comme Bluglass, cité par Menezes, constatant que toutes les femmes auteurs de matricide souffrent de cette pathologie (103) ou Gillies, qui conclut que « le matricide est le crime du schizophrène », après avoir remarqué que les six cas de matricide qu'il observe sont schizophrènes (50). S'il est en effet communément admis que la plupart des matricides sont commis par des malades mentaux (54, 101), de nombreuses études, comme celles de Campion et al., Green, O'Connell et McKnight et al., ont été réalisées chez des populations hospitalisées (20, 54, 101, 114). Or, si comme le dit Green « c'est habituel pour de tels cas d'être admis en hôpital spécialisé » (54), un biais de sélection ne peut être écarté (24).

Bien que le matricide soit souvent associé à la schizophrénie, cette notion est donc à nuancer. D'autres troubles sont rapportés comme étant à l'origine d'un tel passage à l'acte, comme la dépression, le trouble bipolaire, le trouble schizo-affectif, les troubles de la personnalité, les abus de substances et des causes organiques (24, 149, 150).

Bourget et al. dénombrent 46 % de schizophrénie ou autre psychose parmi les auteurs de patricide contre 54,2 % pour les matricides (18).

Dans notre travail, la schizophrénie survient de façon sensiblement identique chez les parricides. Tous les patricides de notre étude sont schizophrènes, hormis un cas de trouble schizo-affectif (7,1 %), tandis que parmi les matricides, la schizophrénie, qui représente également le diagnostic prépondérant, s'accompagne d'un cas de trouble schizo-affectif (5,6 %) et d'un trouble mental et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (5,6 %). Cette légère différence par rapport à la littérature et l'absence de différence entre les deux groupes tiennent probablement au mode de recrutement des cas, qui sont des patients hospitalisés en UMD, où 40 à 50 % des sujets souffrent de schizophrénie (26). Gabison-Hermann et al., étudiant des parricides hospitalisés en UMD, constatent de la même façon une surreprésentation de la schizophrénie (89,6 %) (49), tout comme Le Bihan et Benezech, s'intéressant à la même population (83).

Les malades mentaux à l'origine d'actes criminels sont principalement des délirants paranoïdes et à un degré moindre, les héboïdophrènes (26, 29). Comme dans notre travail, le type paranoïde apparaît également plus fréquent chez les parricides (9, 24, 29, 49, 83, 84, 89, 94, 96, 112, 131). Le Bihan et Benezech notent que, parmi les sujets schizophrènes, le type paranoïde est le plus représenté (69,1 %), suivi de l'hébéphrénie (7,1 %) et du type indifférencié (7,1 %) (83). Gabison-Hermann et al. font le même constat à propos de la forme paranoïde (79,3 %) (49).

Comme l'avancent Liettu et al. (89), les patricides de notre étude sont majoritairement paranoïdes et parfois hébéphrènes (14,3 %).

La schizophrénie paranoïde est également la plus fréquente chez les matricides (24, 89). Clark relève aussi 3,8 % de schizophrénie hébéphrénique (24). McKnight et al.

notent 50 % de schizophrénie catatonique et seulement 33 % de paranoïde (101). Un de nos patients matricide présente également une schizophrénie simple (5,6 %).

Liettu et al. notent que, parmi les schizophrènes, le type paranoïde est plus fréquent chez les matricides (28 %) que chez les patricides (2 %), comme le confirme de façon non significative notre travail. Dans la même étude, ils détaillent les types de schizophrénie observés chez les auteurs de violences en général à l'encontre de leurs parents. Ils distinguent majoritairement des schizophrénies paranoïdes (26,3 %) chez les sujets auteurs de violences à l'encontre de leur père, suivies de la forme hébéphrénique (21,1 %), indifférenciée (21,1 %), catatonique (10,5 %), résiduelle (10,5 %) et schizo-affective (5,3 %). Parmi les sujets violents envers leur mère, la schizophrénie paranoïde (56,8 %) est également majoritaire, suivie de la forme indifférenciée (27 %), hébéphrénique (8,1 %), schizo-affective (5,4 %) et de la psychose schizophréniforme (2,7 %) (89).

La schizophrénie paranoïde est constatée dans une proportion importante de cas dans notre étude, alors que les statistiques de la littérature sont inférieures. Cette différence est également imputable au recrutement de la population en UMD. Une symptomatologie délirante floride, telle qu'elle est fréquemment décrite dans la forme paranoïde, conduit plus souvent à une hospitalisation en UMD qu'une forme déficitaire (134). La proportion de ce type de pathologie dans notre étude est similaire à celle rencontrée dans les travaux portant sur des patients hospitalisés en UMD (49, 83). Ceci peut également expliquer que nous ne constatons pas de différence concernant sa représentation entre les deux groupes et que, si la forme paranoïde apparaît légèrement plus fréquente chez les matricides, cette différence n'est pas significative.

Non représenté dans notre travail, le trouble délirant est principalement mentionné dans les publications françaises. Les passages à l'acte commis par ce type de meurtriers sont rares par rapport aux schizophrènes (26), ce qui explique que ce diagnostic est également peu fréquent chez les parricides, entre 0 et 16,7 % des cas selon les études (9, 33, 83, 84, 106, 115).

La psychose hallucinatoire chronique « ne semble pas constituer un facteur à haut risque de comportement criminel » (26). Elle est particulièrement rare, entre 0 et 8 % des parricides (33, 83, 106). Un cas de psychose hallucinatoire chronique ayant commis un matricide est relaté dans la littérature (1).

S'« il existe fréquemment une composante thymique chez les psychotiques meurtriers » (26), les parricides souffrent assez rarement de troubles bipolaires. Ils sont constatés chez 0 à 25 % des meurtriers de leurs parents (9, 32, 33, 83, 94, 106, 115). Asselin et Cullere, repris par Ochonisky, qualifient ces troubles de rares chez les parricides (115). Yoon et al., étudiant les homicides commis par des sujets présentant un trouble bipolaire de type I, constatent que tous les meurtriers ont tué leurs parents lors d'une phase maniaque ; aucun n'était dépressif (152). Le passage à l'acte du mélancolique est plus souvent dirigé contre son épouse et ses enfants (33).

Clark relate 3,8 % d'hypomanie chez les matricides (24).

Cependant, un état dépressif sévère, avec ou sans symptômes psychotiques, peut également contribuer à l'homicide, qui peut être perçu comme un suicide étendu. Il représente 0 à 27 % des parricides (9, 18, 33, 83, 96, 106, 115, 149). Bourget et al. expliquent que le meurtrier désire se suicider mais ne veut pas abandonner sa victime, donc il la tue (18).

Cravens et al. ne relèvent aucun trouble de l'humeur chez les patricides (27). Parmi les matricides, le trouble dépressif représente 0 à 16,7 % des cas (18, 20, 24, 54, 89, 114, 150). Les femmes qui tuent leur mère semblent particulièrement concernées, car 47,1 % des meurtrières de leur mère souffrent de dépression (28). Comparant les auteurs de patricide et de matricide, Bourget et al. notent que l'épisode dépressif est un peu plus fréquent chez les matricides. Il concerne 13,9 % des patricides et 16,7 % des matricides (18). Liettu et al. font des constatations similaires, 11,3 % des sujets violents contre leur père et 12,8 % des auteurs de violences à l'encontre de leur mère présentent un épisode dépressif (89).

Les parricides gèrent difficilement leur colère et leur anxiété (112). Liettu et al. montrent que les auteurs de violences à l'encontre du père présentent plus de troubles non psychotiques, comme les troubles anxieux, que les matricides. C'est le cas pour 11,3 % des sujets violents à l'égard de leur père et pour 3,5 % des sujets violents contre leur mère (89).

Parmi 10 adolescents parricides, Myers et Vo constatent 60 % d'états de stress post-traumatiques, en lien avec de sévères abus parentaux. L'hypervigilance apparaît être un facteur de risque de violence réactionnelle (110).

Les troubles du spectre autistique sont rarement évoqués dans la littérature comme à l'origine d'un parricide, cependant deux cas de matricide chez des sujets souffrant de cette pathologie sont décrits (51).

Dans un certain nombre de cas cependant, le parricide n'est en lien avec aucune pathologie mentale caractérisée (33). Clark n'évoque aucun diagnostic pour 26,7 % des meurtriers de leur mère, signifiant qu'une minorité de matricides ne présentent aucune psychopathologie évidente (24). Bourget et al. observent que 5,6 % des patricides et 8,3 % des matricides n'ont aucune pathologie de l'axe I (18). Ce n'est le cas d'aucun patient de notre étude, étant donné que l'admission en UMD nécessite la présence d'un trouble mental.

Cependant, si la pathologie psychiatrique est importante, elle ne signe pas à elle seule la dangerosité d'un sujet. Il est nécessaire, dans une approche plurifactorielle et dynamique, de prendre en compte, pour l'évaluation du risque de comportement violent, les antécédents d'épisodes de ce type, les comorbidités addictives et les troubles de la personnalité associés, en complément de la pathologie psychiatrique (105).

## Troubles de la personnalité associés

Ochonisky note que souvent, le parricide ne souffre d'« aucune maladie mentale caractérisée ». Elle affirme qu'ils font preuve d'immaturation affective et sont dans l'incapacité de nouer des liens hors du cadre familial. Certains sont instables, souffrent de difficultés d'adaptation, tant au niveau professionnel, qu'au niveau du respect des lois. Ils sont négligents et mettent en avant leur besoin de satisfaction hédonique, toujours dans l'immédiateté, sans penser à leur avenir. Elle constate une forte occurrence de réactions psychopathiques, telles que des vols, des fugues, des tentatives de suicide et des colères violentes. D'autres ont tendance à se surestimer, sont orgueilleux, égocentriques et rigides dans leurs relations à autrui. Tous ces tableaux sont dominés par l'impulsivité ainsi que par l'absence d'inhibition et de résistance aux pulsions, qui conduisent au passage à l'acte (115). Ces caractéristiques s'intègrent dans différents troubles de la personnalité.

Le risque de violence est majoré par certains troubles de la personnalité, comme les types antisocial, borderline, narcissique et histrionique (89).

Ils sont fréquents chez les parricides, entre 2,6 et 65 % des cas selon les études (20, 24, 54, 83, 89, 94, 96, 103, 106, 112, 137, 138, 149). Ces disparités dans les résultats sont en partie liées à la façon d'appréhender les diagnostics selon les travaux. Certains auteurs n'associent pas de trouble de l'axe II chez les sujets présentant un autre diagnostic psychiatrique. Si Marleau, Millaud et Auclair notent 28 % de troubles de la personnalité parmi les parricides psychotiques (96), Liettu et al. en constatent moins, expliquant qu'un trouble de la personnalité n'est pas systématiquement diagnostiqué chez les patients souffrant d'une pathologie mentale majeure, surtout dans les anciens travaux, où les classifications du Manuel

diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ne disposaient pas d'une approche multiaxiale (89). Menezes, qui note très peu de troubles de la personnalité chez les auteurs de parricide hospitalisés (2,6 %), explique également qu'un large pourcentage de patients présentant une telle pathologie au Zimbabwe est emprisonné et s'avère ainsi absent de son étude (103).

Liettu et al. constatent 65 % de troubles de la personnalité parmi les patricides (89). Singhal et Dutta en dénombrent 20 %, cependant ils ne considèrent pas cette pathologie de l'axe II chez les patients schizophrènes de leur étude (137).

Ces troubles concernent peu de matricides hospitalisés, entre 6,3 et 20 % des cas selon les travaux (20, 54, 138). Les études regroupant tous types d'auteurs de matricide révèlent des résultats légèrement supérieurs, entre 19,2 et 40 % des situations (24, 89).

Liettu et al. relèvent 51 % de troubles de la personnalité chez les matricides ou leurs tentatives et 64 % chez les patricides ou leurs tentatives (88). A propos des homicides, 40 % des matricides et 65 % des patricides présentent des troubles de la personnalité (89). Ces derniers semblent également concerner majoritairement les patricides dans notre étude. Ils sont constatés chez 71,4 % des meurtriers de leur père, alors que seulement 22,2 % des matricides en présentent, mais cette différence n'est pas significative.



A propos des types de personnalité, Le Bihan et Benezech notent 47,6 % de personnalité schizoïde prémorbide parmi les parricides. Ils en dressent la description suivante : « avant l'apparition des premières manifestations délirantes... adolescent ou jeune adulte solitaire, taciturne, introverti, replié sur lui-même, ayant peu ou pas d'amis » (83). Il s'agit également du diagnostic le plus représenté dans notre échantillon, principalement chez les patricides (42,9 %). Clark en relève 9,6 % chez les matricides (24) et il représente 11,1 % des meurtriers de leur mère dans notre étude.

Marleau, Millaud et Auclair constatent 12,8 % de personnalité narcissique parmi les 39 auteurs de parricide et de tentatives de parricide qu'ils étudient (96). Aucun cas n'est relevé dans notre échantillon.

Benezech évoque également la personnalité antisociale chez les auteurs de parricide (9). D'après Hillbrand et al., ce type de trouble serait plus fréquent chez les meurtriers de leurs parents que cela n'est rapporté (69). Clark relève 9,6 % de personnalité antisociale parmi les matricides (24). Campion et al. constatent des troubles du caractère à type d'impulsivité et la recherche de satisfaction immédiates chez 20 % des matricides (20). La personnalité antisociale est fréquemment retrouvée, chez 19,1 % des auteurs de violences à l'encontre du père contre 20,5 % des sujets violents envers leur mère (89). Dans notre étude, elle est présente chez 14,3 % des patricides et 11,1 % des matricides.

Benezech constate également des états limites chez les parricides (9). Newhill note fréquemment une labilité émotionnelle chez ces sujets (112), tout comme plusieurs autres auteurs (32, 84, 94). Les sujets violents à l'encontre de leur père présentent plus souvent une personnalité borderline (29,4 %) que ceux qui sont violents à l'encontre de leur mère (10,3 %) (89). Dans l'étude de Millaud, Auclair et Meunier, les deux cas borderline, soit 16,7 % des patients de leur échantillon, tuent leur père (106). Aucun trouble de ce type n'est constaté dans notre travail.

Millaud, Auclair et Meunier remarquent que les deux patients ayant une personnalité passive-agressive (16,7 %) et celui présentant une personnalité dépendante (8,3 %) ont tué leur mère. Cela n'est pas retrouvé dans d'autres publications ni dans notre travail, mais semble correspondre à la dynamique associée à ces troubles de la personnalité. Ces auteurs expliquent que, tous les patients de leur étude étant psychotiques, l'association à ce trouble semble avoir joué un rôle considérable dans le sexe de la victime. Les dynamiques relationnelles qui précèdent l'épisode psychotique aigu paraissent être un facteur de risque particulier pour le père ou la mère (106).

Nous évoquons d'autres troubles de la personnalité, comme la personnalité schizotypique et paranoïaque chez les patricides de notre échantillon, qui ne sont pas rapportés dans la littérature. Newhill mentionne tout au plus une tendance, chez les parricides, à blâmer les autres pour leurs propres difficultés, caractéristique du mode de fonctionnement projectif des paranoïaques (112).

Si les troubles de la personnalité semblent plus fréquents chez les patricides dans notre travail, seule la personnalité schizoïde y est statistiquement plus représentée, chez 42,9 % des patricides et 11,1 % des matricides ( $p < 0,06$ , 95 % CI 1,5-73,7). La principale étude abordant ce trouble porte également sur des patients hospitalisés en UMD et majoritairement schizophrènes, pathologie fréquemment associée à ce trouble de la personnalité (83).

Il est cependant nécessaire d'être précautionneux dans l'interprétation de ces résultats. Comme l'expliquent Le Bihan et Benezech, les troubles de la personnalité peuvent parfois être difficiles à apprécier en raison de la prégnance des éléments psychotiques (83). Ceci est peut-être d'autant plus vrai pour les matricides, pour lesquels, comme nous l'avons envisagé précédemment, la symptomatologie psychotique étant possiblement plus bruyante que pour les patricides, le clinicien ne relève parfois pas un trouble de la personnalité associé.

Millaud, Auclair et Meunier insistent cependant sur l'intérêt des troubles de l'axe II, constatés chez 41,7 % des patients de leur étude. Tous ces cas présentant un diagnostic de l'axe I, ils émettent l'hypothèse que l'association entre un trouble de l'axe I et une pathologie de l'axe II serait un facteur de risque de parricide. Ils mettent plus particulièrement l'accent sur son rôle déterminant dans le sexe de la victime (106). Malheureusement, ces paramètres sont peu étudiés. Si certains auteurs s'intéressent aux troubles de la personnalité, ils se limitent, la plupart du temps, aux parricides en général et n'étudient pas leur association aux troubles de l'axe I.

### Diagnostics associés

D'après Ochonisky, 16,7 % des parricides présentent un retard mental. Cette population comporte une suggestibilité et une impulsivité qui prédisposent au passage à l'acte. « Ces patients, ainsi que les sujets souffrant de dysharmonie évolutive, présentent également des relations objectales perturbées. Ces dysharmonies constituent en effet pour la mère de l'enfant déficitaire une blessure narcissique qui va modifier ses sentiments à son égard ainsi que son comportement ». Elle reprend les propos de Lebovici et explique qu'« elles sont à l'origine de frustrations de fait, revécues ultérieurement comme des frustrations projetées sur le mauvais objet maternel » (115).

Nos parricides présentent une intelligence moyenne, ce qui est également évoqué par de nombreux auteurs (2, 20, 27, 32, 54, 83, 84, 89, 101, 120, 137, 138). Le Bihan et Benezech identifient 11,9 % de retard mental léger (83). Delpla et al. notent un cas d'oligophrène (12,5 %) parmi les parricides (32).

L'intelligence des patricides se situe également dans la moyenne. Cravens et al. notent un QI compris entre 69 et 108, soit 89 de moyenne (27). Il varie entre 60 et 120 selon Singhal et Dutta (137).

Les mêmes données sont retrouvées pour les matricides (120, 137). Leur QI est compris entre 69 et 107 d'après Champion et al., en dehors d'un arriéré profond (20).

Green constate que l'intelligence des meurtriers de leur mère se situe dans la norme, avec une moyenne de 103, et que seulement quelques-uns ont QI inférieur à 80 (8,6 %) (54). Il s'échelonne entre 65 et 131 pour Singhal et Dutta (138). McKnight et al. relèvent qu'un quart des matricides ont une intelligence inférieure à la normale, ce qui leur semble comparable à la population générale (101).

Liettu et al. constatent que 7,5 % des sujets violents à l'encontre de leur père présentent un retard mental, tout comme 2,3 % des auteurs de violences à l'égard de leur mère (89). Tout comme ce travail, notre étude ne révèle aucune différence significative entre ces deux groupes.

Pour Ochonisky, le parricide est fréquemment commis par des sujets présentant un accès de fureur épileptique ou un état crépusculaire (115). Le cas n°26, décrit par H. Ey, concerne Jean-Pierre, un épileptique ayant eu la syphilis et s'étant fracturé l'os temporal. Yvonneau reprend ses propos, expliquant qu'il souffre d'une épilepsie généralisée et tue sa mère « lors d'un état crépusculaire oniroïde de structure comitiale sur un fond d'affaiblissement démentiel » (154). Dans ce contexte, le parricide est généralement suivi d'une amnésie. Ochonisky souligne également l'importance de l'agressivité, de l'irritabilité et de l'impulsivité, présentes dans le caractère épileptique, à l'origine d'homicides conscients et mnésiques. Elle dénombre 25 % d'anomalies à l'électroencéphalogramme parmi les sujets de son étude. Elle explique « on peut se demander si ces anomalies généralement discrètes

et non spécifiques ne sont pas indicatives d'une excitabilité cérébrale particulière congénitale ou acquise qui ferait de ces sujets, non pas des épileptiques, mais un groupe situé entre l'épilepsie convulsive et les sujets normaux. Ces cas posent le problème de la définition des limites de l'épilepsie » (115).

Devaux et al. dénombrent 20 % d'épileptiques dans leur échantillon (33). A contrario, Benezech insiste sur l'absence de lien entre le parricide et l'épilepsie (9). D'autres auteurs, plus nuancés, expliquent qu'il est rare qu'une crise d'épilepsie soit à l'origine d'un comportement violent mais qu'il a été décrit des décharges épileptiques ou des états post-critiques associés à des comportements violents (103).

Certaines études rapportent des anomalies électroencéphalographiques chez les adolescents matricides, ainsi que des homicides maternels commis par des enfants épileptiques (54, 72, 101, 103). Des antécédents d'épilepsie sont constatés chez 3,4 à 8,3 % des auteurs de matricide (54, 101, 138).

Dans une étude menée sur des patients hospitalisés au Zimbabwe, par Menezes, 12,8 % des auteurs de violences sur leurs parents présentent une épilepsie et ont commis leur passage à l'acte durant la période post-critique. Il a été perpétré plus fréquemment contre la mère (10,3 %) que contre le père (2,5 %) (103).

Comme dans la littérature, un faible nombre de nos parricides présente une épilepsie. Ce taux n'apparaît pas différent entre les deux groupes.

Ochonisky note 25 % d'antécédents encéphalopathiques ou méningés et 16,7 % de traumatismes crâniens chez les auteurs de parricide (115). Devaux et al. constatent 10 à 15 % d'antécédents de traumatisme crânien ou de méningo-encéphalite (33).

Singhal et Dutta relèvent 6,5 % de traumatismes crâniens chez les auteurs de matricide (138). Selon Green, 1,7 % des meurtriers de leur mère présentent une pathologie cérébrale organique suite à un traumatisme crânien (54).

Certaines études rapportent des matricides commis par des enfants atteints d'une tumeur cérébrale (54, 72, 101, 103).

Quelques auteurs, comme Sargeant, dont les propos sont repris par Green, ont même décrit des cas de matricide associés à une hypoglycémie (54). Singhal et Dutta ne notent pas de pathologie organique parmi les matricides de leur étude (138).

Comme Liettu et al., qui remarquent 6,6 % d'anomalies organiques cérébrales chez les sujets violents à l'encontre de leur père et 9,3 % chez les auteurs de violences à l'égard de leur mère (89), nous constatons que les pathologies somatiques sont rares et ne varient pas entre les groupes.

### Antécédents de toxiques

Les abus de substances sont classiquement décrits comme majorant le risque de violence (43) et sont souvent constatés chez les auteurs de parricide.

La notion d'antécédents de toxiques est variable selon les auteurs, peut-être en raison de la différence de mesure de ces paramètres selon les études (86). Les sujets ont par ailleurs tendance à nier leur consommation (29). Ils concernent 3,4 à 85 % des parricides (18, 20, 27, 49, 54, 83, 86, 88, 89, 94, 96, 106, 112, 115, 138, 147, 149).

Peu de parricides présentent une dépendance à l'alcool (9,5 %), selon Le Bihan et Benezech, mais 52,4 % font preuve d'un abus habituel d'alcool et 40,5 % d'usage de drogues, essentiellement de cannabis (83). Millaud, Auclair et Meunier relèvent 41,7 % d'antécédents de toxiques (106). Marleau et al. ne s'intéressent qu'aux six mois précédant l'homicide et notent que plus de la moitié des parricides psychotiques consomment de l'alcool ou d'autres toxiques (96). Dans une autre étude, Marleau et al. notent que 52 % des sujets prennent des substances dans les mois précédant l'homicide (94). Léveillé, Lefebvre et Vaillancourt dénombrent 42,5 % d'usages de toxiques sur l'année précédant le meurtre, 25 % d'alcool et 17,5 % de drogues (86). Il semble ainsi, en s'appuyant sur les données de notre étude dans laquelle plus de la moitié des patricides et des matricides relatent des prises de substances, et sur la majorité de la littérature, que de nombreux parricides font preuve d'une consommation de toxiques, qui a pu majorer la symptomatologie psychiatrique. Il s'agit principalement d'alcool, mais également de polyconsommation ou d'usage de cannabis isolé.



Pour Cravens et al., 70 % des patricides ont des antécédents de toxiques. Il s'agit d'alcool dans 30 % des cas, de drogues dans 10 % des situations et d'association drogues et alcool dans 30 % des cas (27).

Green ne recense que 3,4 % d'antécédents d'éthylisme chronique chez les matricides (54), tandis que Singhal et Dutta en constatent 6,5 % (138).

Pour certains, les abus de substances seraient plus fréquents chez les matricides. Liettu et al. distinguent 46 % d'histoires de consommations de toxiques chez les patricides et 59 % chez les matricides (88). Les antécédents de prises de toxiques semblent cependant concerner de façon similaire les parricides, comme l'illustrent Bourget et al. qui en dénombrent 5,6 % chez les patricides et 4,2 % chez les matricides (18). Les mêmes constatations sont rapportées dans notre étude, 57,1 % des patricides et 61,1 % des matricides présentant des antécédents de consommations de toxiques. Si ce taux est légèrement supérieur chez les matricides, cette différence n'apparaît pas significative.

Si Ochonisky, qui note 25 % d'intoxication alcoolique parmi les parricides, n'y accorde qu'une place accessoire (115), le rôle des toxiques nous semble significatif, comme l'affirment Millaud, Auclair et Meunier, d'autant plus s'il est associé à une autre pathologie de l'axe I et à un trouble de la personnalité (106). Parmi ceux qui présentent un trouble de la personnalité, Liettu et al. notent que 85 % des auteurs de violences à l'encontre de leur mère ont des comorbidités d'abus de substances, contre seulement 53 % des sujets violents contre leur père (89). Comme pour les actes violents en général, l'association schizophrénie paranoïde, trouble de la personnalité, abus de substances et antécédents médico-légaux majore le risque de parricide (26, 29, 112).

## Thèmes et mécanismes délirants

Les facteurs associant homicides et éléments psychotiques font le lien avec des symptômes comme le délire, les hallucinations, les anomalies de perception ou une sévère désorganisation de la pensée et du comportement (18, 106). Chez les psychotiques meurtriers en général, le passage à l'acte est souvent en lien direct avec la symptomatologie psychiatrique (1). Le délire de persécution, en particulier, majore le risque de violence (9, 18, 54, 106) et la détresse émotionnelle accroît la probabilité que le sentiment de persécution conduise à la violence (18). Une désorganisation sévère de la pensée et du comportement peut s'accompagner d'une extrême décharge affective, comme une conduite d'excitation ou de rage, et de violence. L'homicide ou des conduites autodestructrices peuvent ainsi être présents chez des schizophrènes souffrant d'un contrôle déficient de leurs impulsions (18). Le Bihan et Benezech soulignent l'importance de l'impulsivité chez les sujets auteurs de parricide. Bien que ces éléments appréciés ne puissent être chiffrés, ils ajoutent que « la grande majorité d'entre eux est passée à l'acte en pleine crise anxieuse sustentée par les productions mentales pathologiques, la dépression, la peur, la frustration et le conflit haineux avec la victime » (83).

La nature des symptômes est cruciale. La perte du contrôle de soi, un délire non systématisé, à type de persécution, un syndrome d'influence, des injonctions hallucinatoires et des affects négatifs comme la tristesse, la peur, la colère ou l'anxiété augmentent la probabilité d'actes violents (22, 36, 118).

Des symptômes actifs de la psychose sont souvent présents lors du parricide (20, 24, 27, 33, 106, 112) et un motif délirant au meurtre est fréquent (54). Bourget et al. constatent que 63,9 % des patricides et 70 % des matricides ont un motif

psychotique à l'homicide et sont sous l'emprise de symptômes psychotiques au moment du meurtre (18). Le passage à l'acte peut ainsi être facilité. Millaud, Auclair et Meunier expliquent que le thème et le mécanisme du délire constituent un facteur de risque majeur de parricide et ne sont pourtant que très rarement étudiés en détail dans la littérature (106). Clark souligne l'importance des troubles mentaux chez les matricides et insiste sur l'importance d'un examen psychiatrique détaillé de leurs auteurs (24). Il nous a donc semblé opportun d'analyser les thèmes et mécanismes délirants présents au moment de l'homicide.

Les idées délirantes de persécution, mystiques, de grandeur et d'influence avec emprise et contrôle des idées sont souvent décrites dans la littérature comme étant un facteur de risque de passage à l'acte (1, 26, 29). Le délire de persécution, en particulier, engendre des émotions négatives, qui peuvent être à l'origine de conduites d'évitement mais aussi d'actes violents majorant le risque d'homicide (16).

Millaud, Auclair et Meunier notent une majorité de délires de persécution (66,7 %) chez les parricides, suivis dans les mêmes proportions des délires de grandeur avec thème religieux et dépressifs avec thème altruiste (16,7 %). Le délire a un rôle dans l'accomplissement de l'homicide chez tous les parricides de leur étude (106).

Comme le souligne notre travail, plusieurs auteurs font également état, dans la plupart des parricides, d'une persécution par la victime (9, 18, 20, 26, 29, 52, 54, 83, 84, 94, 96, 106, 112, 118, 138, 150). D'autres relèvent des délires mystiques (26, 27, 33, 52, 96, 115), parfois associés à des idées de grandeur (26, 94, 96). Zagury insiste sur « l'ambiance mégalomane précédant ou accompagnant l'acte parricide » (156). Certains constatent des délires à thème sexuel, le meurtrier pensant que sa mère entretient des relations sexuelles avec des inconnus (29, 96).

Les psychotiques souffrant de délires hypocondriaques passent parfois à l'acte en raison d'une motivation altruiste, imaginant que l'homicide va soulager la victime des souffrances liées à sa maladie (26, 28). Quelques-uns tuent lors d'un phénomène de contrôle des actes et de la pensée (96). Le délire est en général paranoïde et mal systématisé. Les délires systématisés sont plus rares (26, 33, 115).

Les thèmes délirants les plus fréquents décrits par Le Bihan et Benezech sont semblables à ceux présentés par les sujets de notre étude. Ils distinguent la persécution (76,2 %), le vol et la lecture de la pensée (47,6 %), l'influence (42,9 %), le délire mystique (23,8 %), le délire messianique (21,4 %), le délire de grandeur (21,4 %), le délire de possession ou de sorcellerie (21,4 %), le délire somatique (19 %), le délire de filiation (11,9 %), le délire sexuel (11,9 %) et la jalousie délirante (4,8 %) (83). Dans notre travail, les thèmes mystiques sont associés aux thèmes de possession et de sorcellerie et ne représentent ainsi qu'une seule catégorie.

Singhal et Dutta relèvent 20 % de délires de persécution à l'encontre du père. Ils ajoutent que les fils patricides ressentent souvent que leur père essaie de les contrôler, par l'intermédiaire du diable ou de pouvoirs surnaturels (137).

Cravens et al. constatent que 90 % des patricides de leur échantillon présentent des idées délirantes, souvent de type paranoïde. Ils notent 60 % de délires mystiques et 10 % de délires messianiques. L'auteur pense fréquemment que son père possède des pouvoirs surnaturels et se sent menacé. Le délire revêt un thème sexuel dans 40 % des cas, le père apparaissant comme une menace contre l'identité sexuelle du meurtrier. La majorité des patients décrivent un délire homosexuel à l'encontre du père (30 %) et quelques-uns le perçoivent comme une menace pour leur virilité, celui-ci voulant les émasculer (10 %) (27).

Les idées de persécution sont aussi fréquentes chez les matricides (20, 54, 138, 150).

Green constate que le matricide, dans 46,6 % des cas, est en lien avec un délire de persécution concernant la victime, principalement chez les schizophrènes (54), ce que confirment Wick et al. (150). Parfois un autre membre de la famille est inclus dans le délire et également tué (54). Quelques homicides seraient causés par l'altruisme (24 %). L'auteur désire soulager le parent des souffrances qu'il endure suite à une maladie, à son âge avancé ou en raison de la honte que lui procure son fils. Le meurtrier, parfois persuadé d'être atteint d'une pathologie, pense qu'il va mourir et ne conçoit pas de laisser le parent victime seul. Il s'agit en général des passages à l'acte commis par des sujets présentant des troubles de l'humeur, survenant chez le patient dépressif ou présentant un trouble schizo-affectif. La plupart des matricides (70,6 %) seraient ainsi liés à la symptomatologie psychotique (54).

En raison du délire paranoïde, différents thèmes sont souvent évoqués. Certains voient leur perception de leur mère se modifier, la prenant pour une sorcière, le diable ou un zombie (13,8 %). D'autres pensent qu'elle tente de les empoisonner (12,1 %) ou qu'elle essaie d'interférer dans la relation avec la petite amie ou la femme du meurtrier (8,6 %). Green note fréquemment des éléments à thématique sexuelle, uniquement chez les schizophrènes ou les patients schizo-affectifs, plus ou moins élaborés. Ils concernent une jalousie face aux conduites sexuelles de la mère, ou la volonté de cette dernière de prendre possession du corps de la femme du tueur pendant les rapports sexuels ou sont représentés par des hallucinations auditives suggérant l'inceste. Green explique que le sujet matricide est pris dans un

prolongement du conflit œdipien car des éléments sexuels sont impliqués dans le motif de l'homicide dans 38 % des cas (54).

Pour Singhal et Dutta, 18,8 % des matricides sont liés à un délire de persécution concernant la mère. Une proportion non négligeable de ces homicides (25 %) survient dans une volonté de délivrer la victime de l'isolement, d'un âge avancé ou de difficultés financières. Dans une volonté altruiste, le meurtrier pense qu'elle sera mieux morte (138).

Concernant les mécanismes du délire, les hallucinations acousticoverbales, l'automatisme mental et les injonctions hallucinatoires sont classiquement décrits comme majorant le risque de passage à l'acte (1).

Les mécanismes délirants des patients de l'étude proposée par Le Bihan et Benezech, qui contient 14,3 % de paranoïaques, sont principalement interprétatifs (73,8 %). Ils constatent ensuite des hallucinations auditives (50 %), des hallucinations psychiques (47,6 %), des intuitions (26,2 %), des hallucinations cénesthésiques (21,4 %), des hallucinations visuelles (11,9 %) et de l'imagination (9,5 %). Parfois, les hallucinations auditives prennent un caractère impératif (26,2 %) (83). La majorité des parricides de notre étude souffrent d'hallucinations, qui sont plus fréquemment intrapsychiques ou rentrent dans le cadre d'un automatisme mental. Cette symptomatologie correspond principalement à celle des schizophrènes, alors que le mécanisme interprétatif décrit comme prépondérant par Le Bihan et Benezech est plus fréquemment retrouvé chez les paranoïaques, ce qui explique ces différences.

La plupart des études évoquent majoritairement des hallucinations chez le parricide, qui est en général sous l'emprise d'une « riche activité hallucinatoire » (68,8 %), principalement auditive et intrapsychique. Un automatisme mental est fréquent (33,3 %) (29), tout comme les hallucinations auditives impératives (27, 84, 94, 96, 106). Les hallucinations sont principalement auditives et olfactives d'après Newhill (112). Ochonisky ajoute que le délire a essentiellement un mécanisme hallucinatoire et intuitif (115).

Parmi les 10 patricides psychotiques étudiés par Cravens et al., 80 % présentent des hallucinations auditives et 50 % des hallucinations avec injonctions hallucinatoires, dirigées dans 30 % des cas contre le père (27).

La moitié des patricides de Campion et al. souffrent également d'hallucinations (20).

Les hallucinations auditives sont aussi prépondérantes chez les matricides, dans 16,7 à 50 % des cas selon les études (20, 54, 101, 138).

De fréquentes hallucinations auditives impératives sont présentes, tant chez les patricides que chez les matricides, en association aux idées délirantes (20, 27, 101, 106).

Aucune étude ne compare les thèmes, ni les mécanismes délirants, entre les patricides et les matricides. Notre travail n'objective pas de différence significative entre ces deux groupes concernant ces items.

## Irresponsabilité pénale

Beaucoup de parricides bénéficient d'une irresponsabilité pénale, entre 19,2 et 100 % selon les études (24, 27, 32, 33, 83, 84, 88, 89, 94, 96, 101, 132, 149, 150). Il s'agit de l'homicide pour lequel le taux d'irresponsabilité pénale pour trouble mental est le plus élevé (83).

La plupart des patricides de l'étude de Cravens et al. ont été déclarés irresponsables (80 %). Ce taux est important car tous les sujets sont psychotiques (27).

Beaucoup de matricides bénéficient également de cette qualification ; 58,3 % selon McKnight et al. (101), 60 % d'après Wick et al., qui ajoutent que 10 % ont connu une réduction de charges en raison de troubles mentaux (150). Cette proportion est plus faible dans l'étude de Clark, où seulement 19,2 % des matricides ont été déclarés irresponsables. Cependant, cela correspond à la moitié de l'effectif des psychotiques de son échantillon (24).

Parmi les matricides féminins, Ballivet et Reffet constatent également 58,3 % de non-lieu selon l'ancienne qualification (6).

Comparativement aux patricides, les matricides bénéficient plus fréquemment de l'article 122-1. Selon Weisman et Sharma, 55 % des sujets tuant leur mère sont concernés et seulement 39 % des auteurs d'un meurtre sur leur père (149). Liettu et al. font les mêmes constatations (88, 89), 48,9 % des matricides contre 21,2 % des patricides sont irresponsables pénalement (89).



Il faut également noter que cette proportion diffère selon l'infraction en cause. Ces statistiques concernent les homicides. Ces mêmes auteurs, incluant les tentatives d'homicide et tout autre type d'agression du parent victime, relèvent que l'irresponsabilité, en raison de troubles mentaux, concerne respectivement 46,5 % des auteurs de violences contre leur mère et 28,3 % des sujets violents contre leur père. Des taux plus faibles dans cette étude sont liés à la sélection des cas qui s'effectue à partir des examens psychiatriques et comprend plus de sujets indemnes de troubles mentaux, ainsi qu'aux différences de législation et de pratiques juridiques entre les différents pays (89).

Notre étude relève une proportion d'irresponsabilité pénale plus importante chez les matricides (94,4 %) que chez les patricides (78,6 %). Cependant cette différence n'est pas significative. Il faut également prendre en compte le fait que la plupart des sujets de notre échantillon sont des schizophrènes.

Nous n'avons pas étudié ce paramètre dans notre étude, mais il semble, par contre, que les patricides se voient généralement attribuer des peines moins lourdes que les matricides. D'après Meyer, Benureau constate que la durée moyenne de la peine de prison ferme des patricides est de 5,3 ans, contre 7,8 pour les matricides. Il dénombre dix-neuf sursis chez les meurtriers de leur père, contre trois chez ceux qui tuent leur mère. Les patricides sont plus fréquemment acquittés (16 %) que les matricides (2,2 %) (104). Cette indulgence des tribunaux est probablement liée au fait que les passages à l'acte sur le père surviennent plus fréquemment en lien avec des violences perpétrées par la victime à l'encontre du meurtrier que les matricides.

La plupart des parricides ont des antécédents psychiatriques et font preuve d'une mauvaise observance thérapeutique. Ils sont d'intelligence moyenne, présentent en général une schizophrénie paranoïde, souvent associée à une consommation de toxiques et parfois à un trouble de la personnalité. Dans la majorité des cas, ils souffrent d'un délire de persécution, souvent de mécanismes hallucinatoires, comportant majoritairement des hallucinations intrapsychiques ou un automatisme mental, et interprétatif. Ils sont souvent déclarés irresponsables pénalement. La littérature abordant la pathologie psychiatrique évoque les mêmes spécificités.

Cependant, si beaucoup de similitudes sont constatées entre les patricides et les matricides, notre étude démontre que les troubles de la personnalité de type schizoïde sont plus fréquents chez les patricides que chez les meurtriers de leur mère ( $p < 0,06$ , 95 % CI 1,5-73,7).

### 3. La victime

Les patients atteints de pathologie psychiatrique passent en général à l'acte sur des personnes de leur connaissance, ce sont des victimes spécifiques (26). Les victimes des sujets présentant des troubles mentaux entretiennent ainsi souvent une relation proche avec le meurtrier (3, 26, 82, 89, 101, 106, 128), comme leurs parents. La plupart du temps, les auteurs de parricide ne tuent qu'une seule victime lors de l'homicide (13, 64, 94, 96, 149).

#### Sexe

Dans la population générale, les patricides sont plus fréquemment rencontrés que les matricides et représentent 53 à 66 % des cas (9, 33, 64, 66, 69, 72, 86, 106, 110, 139, 140, 147). Dans leur étude, Bourget et al. constatent 57,8 % de patricides et 42,2 % de matricides (18).

D'autre part, si l'on s'intéresse uniquement aux homicides commis par les fils, les pères sont également plus souvent tués que les mères. Selon ces mêmes auteurs, 60 % des victimes sont des pères contre 40 % des mères (18).

Chez les psychotiques, le matricide survient par contre plus souvent que le patricide, comme dans notre travail, ou en proportion similaire (2, 11, 29, 32, 33, 54, 83, 84, 94, 101, 103, 106, 115, 149). Benezech et Addad relèvent 15 % de patricides et 16,5 % de matricides en service de sûreté, correspondant aux UMD actuelles (11). Comme nous l'avons déjà évoqué, la pathologie psychiatrique majeure ainsi le risque de passage à l'acte sur la mère (106).

## Age

Comme présenté dans notre travail, l'âge moyen des victimes de parricide est d'une soixantaine d'années et s'échelonne de 33 à 99 ans (18, 24, 32, 33, 37, 54, 62, 83, 86, 101, 103, 138, 139, 140, 149, 150).

Les pères sont âgés de 41 à 84 ans, pour une moyenne de 61 ans (18, 149).

Les victimes maternelles ont entre 33 et 85 ans, soit en moyenne 60 ans (18, 24, 54, 62, 101, 138, 149, 150). Tout comme pour l'âge de l'auteur, l'étude de McKnight et al. relève des victimes un peu plus jeunes, en raison de l'âge peu élevé des meurtriers de leur échantillon, un quart ayant moins de 17 ans. Les mères sont ici âgées de 33 à 70 ans et la plupart ont entre 50 et 60 ans (101).

Les victimes de matricide féminin semblent un peu plus âgées, entre 63 et 71,5 ans en moyenne (6, 28).

Si certains travaux stipulent que les meurtriers adultes souffrant d'une pathologie mentale auraient plutôt tendance à commettre un matricide, alors que les adolescents indemnes de troubles mentaux tueraient préférentiellement leur père (69, 88, 89, 106, 110, 149), cela ne semble pas avoir de répercussion sur l'âge des victimes. Bourget et al. évoquent, dans leur étude, des résultats similaires, de 61,2 ans pour les victimes de matricide et 61,6 ans pour les victimes de patricide (18). Stoessel et Bornstein ne notent pas non plus de différence significative concernant l'âge des victimes hommes et femmes (139), tout comme Weisman et Sharma (149), ce qui est superposable aux données de notre travail.

## Situation professionnelle

D'après Stoessel et Bornstein, une moitié des victimes est retraitée, sans emploi ou de profession inconnue. L'autre moitié exerce des métiers variables mais les classes socio-professionnelles élevées sont rares (139).

Ochonisky, qui relève également une part plus importante de parricide parmi les classes socialement défavorisées, émet l'hypothèse que la fatigue, le surmenage surajoutés à la promiscuité provoquent une exacerbation des conflits et majorent ainsi la probabilité de passage à l'acte. Le rôle des conditions matérielles précaires et frustrantes n'est pas négligeable. Elle met également l'accent sur le facteur culturel, qui tend à « réduire les possibilités de déplacement, de dépassement ou de sublimation des pulsions agressives » (115).

D'après d'autres auteurs, les parricides proviennent d'un milieu plutôt modeste (32).

Le Bihan, Ureten et Lavole constatent que les parricides sont issus de milieux sociaux divers (84). Un tiers des victimes de l'étude de Le Bihan et Benezech sont à la retraite (83), un peu plus de parents n'occupent pas d'emploi dans notre échantillon. Ils constatent, comme dans notre étude, un éventail de professions assez large parmi les victimes qui travaillent encore au moment de l'homicide ou parmi les emplois qu'ont occupé celles qui sont retraitées lors du meurtre. Elles ont exercé des professions variées telles que cadres et professions intellectuelles supérieures (18,4 %), ouvriers (18,4 %), employés (16,3 %), agriculteurs (12,2 %), professions intermédiaires (4,1 %) ou d'autres emplois (2 %) (83).

Selon McKnight et al., 25 % des familles de matricide sont bien loties sur le plan financier, 41,6 % ont un revenu raisonnable et 33,4 % occupent un statut allant de l'insécurité économique à la pauvreté (101).

Aucune étude ne s'intéresse à la situation professionnelle des victimes de patricide mais notre travail ne montre aucune différence entre ceux qui tuent leur père ou leur mère.

### Relation avec le meurtrier

Le meurtrier réside avec la victime dans la plupart des cas (18, 20, 24, 27, 29, 54, 83, 84, 86, 96, 103, 106, 114, 138, 149). Le Bihan et Benezech expliquent que 57,1 % des auteurs de parricide vivent avec leur victime (83), 87,5 % selon Léveillé, Lefebvre et Vaillancourt, qui ajoutent que 10 % habitent seuls et 2,5 % avec leur conjoint (86). Les meurtriers qui vivent seuls représentent 16,7 % des cas de l'échantillon de Millaud, Auclair et Meunier, et correspondent aux sujets paranoïaques (106).

Cravens et al. relèvent que tous les patricides de leur étude habitent avec leur père (27).

La plupart des matricides vivent avec leur victime, dans 70,8 à 100 % des situations selon les publications (18, 20, 24, 54, 114, 138).

Comme dans notre étude, Bourget et al. notent que la plupart des parricides habitent avec leur victime, dans 58,3 % des cas de patricides et 70,8 % des matricides (18).

Cette proximité géographique peut être un facteur de risque d'homicide, notamment pour les cas survenant suite à une dispute ou dans un contexte de difficultés familiales.

L'un des parents des auteurs de parricide est souvent absent (33), suite à un décès, une séparation ou une activité professionnelle prenante (53 %). La mort d'un parent est relatée dans 28,6 % des cas (83).

Cravens et al. constatent que la plupart des patricides vivent avec les deux parents réunis (40 %), d'autres avec leur père et un autre parent (30 %) et 30 % uniquement seuls avec leur père (27).

La plupart des matricides habitent par contre seuls avec leur mère (20). Le père est absent dans la majorité des situations (50 à 84,5 % des cas selon les études) (20, 24, 54, 114, 138), suite à un décès, une séparation parentale ou dans la situation où le meurtrier est un enfant illégitime (54).

Les résultats de McKnight et al. sont un peu différents. Ils notent que seulement 25 % de matricides vivent seuls avec leur victime. Ils ajoutent, par contre, que le statut des pères est variable et que, si l'un n'a pas travaillé depuis dix ans, un autre honore trois emplois à la fois et se montre souvent absent. Une des hypothèses est qu'un certain nombre de pères n'étaient donc que peu présents au domicile familial (101).

Aucune étude ne compare ces deux populations. Analysant la littérature, il semble apparaître à Millaud, Auclair et Meunier, que le matricide vit plus généralement seul avec sa victime, mais ils ne le constatent pas d'après l'échantillon de parricides dont ils disposent (106). Notre travail confirme le fait que l'auteur de matricide est plus souvent seul avec le parent victime (66,7 %) que le patricide (28,6 %) ( $p < 0,05$ , 95 % CI 0,0-0,9). La perte du père semble donc être un facteur important de matricide. L'absence de tiers séparateur intensifie la complexité de la relation entre la mère et son fils (138).

Le milieu familial et ses interactions ont en effet un rôle primordial pour Devaux et al., qui retrouvent, dans près de la moitié des cas, « des parents absents ou séparés dont la conduite immorale est notoire, des parents dépourvus d'autorité et d'affection infligeant des sévices physiques ou moraux à leurs enfants, des parents tyranniques ou indifférents qui abandonnent leur famille, des parents éthyliques ou déjà marqués par un casier judiciaire » (33).

Ces paramètres étaient difficilement évaluables dans notre étude, en raison de son caractère rétrospectif et n'ont donc pas été pris en compte dans notre travail. Cependant, dans les cas où la relation entre le meurtrier et la victime était décrite, nous avons pu constater plusieurs similitudes avec la littérature.

Les relations familiales sont souvent conflictuelles dans les cas de parricides (29, 139) et dysfonctionnelles (32). Le père est en général décrit comme autoritaire, parfois absent (26,5 %), tandis que la mère est plutôt hyperprotectrice, étouffante et accaparante (83), ou plus rarement absente (32). Sadoff qualifie la relation entre l'assassin et sa victime de cruelle et inhabituelle. Ils entretiennent une relation ambivalente, comportant d'un côté de la peur et de la haine, mêlées à de la tendresse et de la loyauté (131). Ces familles expriment souvent une forte émotionnalité (112). Dans l'étude de Marleau, Millaud et Auclair, 17,9 % des sujets entretiennent une relation symbiotique avec un parent, le plus souvent avec la mère (96). Ils souffrent fréquemment de carences affectives et de frustrations précoces (32, 83).

Selon Le Bihan et Benezech, le climat entre le meurtrier et sa victime est souvent conflictuel (75,5 %) et emprunt d'une relation de dépendance hostile. Il existe en



général un lien ambivalent entre les deux protagonistes, certains meurtriers expliquent « je l'aimais, c'est pour ça que je l'ai tué » (83).

Singhal et Dutta, étudiant 10 hommes ayant commis un patricide, appariés sur l'âge et le sexe à 10 hommes schizophrènes n'ayant commis aucun homicide, notent que les pères sont plus punitifs et blâmants que les mères. Ils ont tendance à favoriser les frères et sœurs du meurtrier par rapport à l'auteur. Les mères ont tendance à être surprotectrices, plus impliquées et tolérantes que la victime. Les pères tués correspondent souvent au profil du tyran domestique, agressif, violent et dominateur. La consommation d'alcool joue un rôle déterminant dans le passage à l'acte. La relation père-fils est décrite comme « cruelle, bizarre et inhabituelle ». Ils expliquent que le père a tendance à maltraiter son fils excessivement, le poussant à la violence et au passage à l'acte (137). Ils entretiennent souvent une relation conflictuelle, le père est humiliant et maltraitant, tandis que le fils éprouve de la haine ou du mépris à son égard (29). Si le profil du père est majoritairement tyrannique et qu'il est tué par son fils à l'occasion de violences à l'égard de la mère, d'autres victimes sont plutôt faibles, passives et permissives, laissant la mère dominer l'enfant (29, 115). Certains pères sont parfois indifférents (29).

Singhal et Dutta comparent 16 matricides hospitalisés à un groupe contrôle de 16 patients schizophrènes hospitalisés, appariés sur l'âge et le sexe et notent que leur perception de la tolérance parentale varie. L'échantillon de matricides dans son ensemble perçoit leur mère comme davantage sur-impliquée, surprotectrice, tolérante et affectueuse. Le père est plutôt à l'origine d'abus chez les matricides (138). Dans d'autres situations, il est plutôt absent ou passif (114). Le fils matricide entretient une relation intense avec sa mère (114) et fusionnelle (29). Green insiste

sur le caractère dominant et possessif de la mère, qui génère un important degré de dépendance (54), face à un enfant passif (114). Il est immature, se sent faible, désespéré et se montre incapable d'accepter la séparation d'avec la mère (20).

Ochonisky constate une relation de dépendance anormale (115) et Singhal et Dutta ajoutent que le fils entretient avec sa mère une relation intense, conflictuelle et ambivalente (138). Si la mère est tantôt décrite comme hyperprotectrice, dans d'autres cas, elle se montre rejetante, autoritaire, dominatrice et intrusive (20, 29). Ochonisky constate que certaines victimes de matricide possèdent une personnalité frustrante (115). La mère fait preuve d'un comportement restrictif, avec des privations, des provocations, ainsi que de sévérité et d'exigences, dont il résulte une relation conflictuelle avec l'enfant (138). O'Connell ajoute que, malgré une apparence superficielle de conformité, le meurtrier ressent de l'hostilité et de la rancune à l'encontre de sa victime (114). L'enfant connaît des phases d'hostilité suite à l'asservissement auquel il est assujéti, surtout chez les schizophrènes. Ces moments sont plutôt liés au dévouement pour les dépressifs (54).

D'Orban et O'Connor suggèrent que de nombreuses caractéristiques des matricides commis par les filles sont similaires aux homicides perpétrés par les fils. Les filles qui tuent leur mère vivent une situation sociale marquée par l'isolement et une mère dominatrice, possessive, critique, autoritaire, avec laquelle elles entretiennent une relation d'hostilité mutuelle et de dépendance. Ils ajoutent que la relation est perturbée depuis plusieurs années (28).

La réaction du parent face à la pathologie de son fils joue parfois un rôle dans le passage à l'acte. Certains parents minimisent, voire dénie les troubles présentés par le meurtrier et son risque agressif (32,6 à 50 % des cas selon les études), malgré les menaces perpétrées par l'agresseur (96, 105). Ils demandent souvent à ce que leur enfant quitte le service dans lequel il est hospitalisé ou refusent que des soins lui soient apportés (105). O'Connell constate que 30,8 % des matricides ont quitté le service contre avis médical à la demande de leur mère peu avant le meurtre (114). Le déni de la pathologie, par les parents et par le patient, empêche de prendre les décisions qui s'imposent pour éviter le passage à l'acte (106). La moitié des parents seulement reconnaissent la pathologie de leur fils (106).

La victime a parfois sollicité de l'aide, dans certains cas sans être entendue, tentant de venir en aide à son enfant, parfois par crainte d'un passage à l'acte. Dans certains cas, elle mesure l'ampleur de la problématique et tente de mettre des limites à son fils (94, 105). Beaucoup de victimes auraient tenté de prendre des distances avec leur enfant, en diminuant les contacts, cessant la vie commune ou demandant à ce qu'il soit hospitalisé (72 %). Le fait d'imposer des limites pourrait majorer le délire et augmenter le risque agressif à l'encontre de la victime (96). Cet événement peut parfois déclencher une dispute à l'origine du passage à l'acte (86). L'étude de McKnight et al. révèle que 17 % des parents auraient contacté les services psychiatriques dans les mois précédant l'homicide (101). La demande d'hospitalisation de la part d'un parent s'avère être un élément déclencheur au passage à l'acte dans 6,1 % des cas, selon Le Bihan et Benezech (83).

### Antécédents de violences envers le meurtrier

La victime fait parfois preuve de violences envers l'agresseur. Le Bihan et Benezech dénombrent 20,4 % de violences subies, 18,4 % de violences exercées, ainsi que des menaces de la victime envers le futur parricide (83). Pour Bourget et al., deux victimes seulement, soit 3,3 % des sujets de leur étude, commettent des violences à l'égard de leur enfant (18). Sans préciser si elle est dirigée contre le meurtrier, une histoire familiale de violences est présente dans 18 à 51 % des parricides selon les publications (96, 106, 149). Une proportion non négligeable de mères fait preuve de violences physiques à l'encontre de son enfant (37,5 %) (20).

Wolfgang explique que les victimes ont parfois un rôle dans l'homicide. Il utilise le terme de « victime précipitant l'homicide », repris par Newhill, en référence aux cas où celle-ci est la première à se servir d'une arme ou à faire preuve de violence. L'agression n'est pas nécessairement physique mais peut être liée au comportement de la victime, dans le cas de critiques incessantes par exemple (112). La victime est ainsi parfois qualifiée de « criminogène (32).

« Le syndrome de l'enfant battu » correspond au fils qui tue lors d'une combinaison de peur, de vengeance et d'auto-défense. L'homicide est assimilé à une stratégie de défense et est ainsi qualifié d'« homicide justifié ». Les auteurs de ce type de meurtre sont souvent des adolescents, qui passent à l'acte dans des situations où ils ne se confrontent pas avec la victime, comme lorsqu'elle dort. (149).

D'après Liettu et al., plus d'auteurs de violences contre le père ont été menacés par la victime avant le passage à l'acte (18,9 %). C'est le cas de peu de sujets à l'origine de violences contre la mère (3,5 %) (89). Nous constatons les mêmes différences

dans notre étude, la moitié des pères ont été violents contre leur fils contre seulement 22,2 % des mères, mais sans différence significative.

Nous ne disposons généralement pas de ces informations, mais certains parents présentent parfois des troubles mentaux ou abusent de substances qui peuvent majorer le risque de violence (83).

Des antécédents psychiatriques familiaux sont constatés dans 18,4 à 75 % des cas de parricide selon les études (20, 37, 54, 83, 96, 101, 106, 115, 149). Quelques parents consomment des toxiques (22,4 à 42 % des cas) (83, 149).

Singhal et Dutta remarquent que 30 % des patricides ont des antécédents familiaux d'alcoolisme et de pathologie mentale (137). Menezes relève 15,4 % de victimes sous l'influence d'alcool au moment de l'homicide, toutes étaient des pères (103).

Des antécédents familiaux de pathologie mentale sont relevés pour 33 à 73 % des matricides, la plupart du côté maternel (20, 54, 101).

Comme évoqué dans plusieurs études, les victimes de parricide sont majoritairement les pères dans la population générale. Par contre, les matricides sont plus fréquents chez les sujets atteints de troubles mentaux, ce qui est le cas dans notre travail. Les victimes sont âgées d'une soixantaine d'années et souvent retraitées ou sans emploi. Elles vivent la plupart du temps avec le meurtrier, à l'encontre duquel elles font parfois preuve d'un comportement violent. La littérature s'intéressant aux victimes de parricide évoque les mêmes caractéristiques.

Notre travail démontre également que l'auteur de matricide vit plus souvent seul avec sa victime que le patricide ( $p < 0,05$ , 95 % CI 0,0-0,9).

#### 4. L'homicide

##### Lieu de l'homicide

Comme nous le constatons également dans notre étude, le parricide est en général commis sur le lieu de résidence de la victime (2, 29, 49, 54, 83, 84, 120, 149), tant pour les matricides que pour les patricides (18, 20, 54, 101, 129). Si les cas les plus fréquents se déroulent au domicile de la victime (91,8 %), l'homicide a parfois lieu chez le meurtrier (4,1 %) ou en dehors d'un lieu d'habitation (4,1 %) (83).

Aucune différence n'est constatée entre les deux groupes, tant dans la littérature, que dans notre travail, sur le lieu du passage à l'acte.

Nous n'avons pas étudié plus en détail sa situation géographique, mais différentes publications indiquent plus précisément que l'homicide se déroule majoritairement dans la chambre de la victime (83). Cravens et al. indiquent que 30 % des patricides tuent leur père alors qu'il est dans son lit (27). La plupart des schizophrènes passent à l'acte sur leur mère quand elle est dans sa chambre (20, 54, 101, 120, 150). L'homicide a plus rarement lieu dans la cuisine (89, 101, 150) ou dans le jardin (150).

Devaux et al. notent une disproportion géographique chez les parricides. La majorité des cas proviennent du nord de la Loire (68 %) et 32 % du sud de la Loire, malgré une criminalité habituelle similaire entre le Nord et le Sud. Ils expliquent ces résultats

par le lien entre le parricide et le suicide, ces derniers étant plus fréquents au Nord et dans l'Est que dans le Sud. Ils évoquent également un sens de la famille plus important dans le Sud (33).

Ochonisky constate un tiers de parricides dans les régions Nord et Nord-Est et fait la même analogie que les auteurs précédents (115).

Cependant, Stoessel et Cazanave ne notent, quant à eux, pas de différence de répartition Nord-Sud significative (140), tout comme Le Bihan et Benezech, qui affirment que la localisation géographique des parricides est homogène sur le territoire, concernant 14 des 22 régions françaises (83).

Ils sont principalement perpétrés dans les zones rurales selon Ochonisky (115), rurales ou semi-rurales pour Stoessel et Cazanave (140). Ces études sont anciennes et la répartition géographique actuelle de ces homicides tend majoritairement vers les zones urbaines et suburbaines (26). Le Bihan et Benezech mettent préférentiellement l'accent sur les villes de moins de 10 000 habitants, ou comprenant 10 000 à 50 000 habitants (83). Parmi les matricides étudiés par McKnight et al., la majorité proviennent de zones urbaines (66,7 %), ou de petites villes (8,3 %) et seulement quelques-uns de zones rurales (25 %) (101).

### Répartition temporelle

Le Bihan et Benezech distinguent une plus grande occurrence des parricides aux mois de janvier, mai, octobre ou décembre. Le taux des parricides pathologiques est trois fois supérieur en hiver qu'en été (83). La plupart des matricides se déroulent entre octobre et avril, tout particulièrement en mars et avril, ce qui est similaire aux homicides en général (101).

Le parricide est perpétré principalement le matin ou le soir (83). Le meurtre de la mère a souvent lieu le week-end, entre le vendredi et le lundi (101). McKnight et al. constatent que le moment de survenue des matricides est uniformément réparti sur la journée et survient, la plupart du temps, juste après que la mère ou le fils soit rentré à la maison (66,7 %) (101).

L'homicide se déroule lors d'un moment de proximité entre le meurtrier et sa victime. La littérature ne s'intéresse pas aux patricides et ne fait pas état de différence entre les deux groupes, tant sur la répartition temporelle que spatiale du meurtre. Nous ne disposons généralement pas de détails suffisants sur ces données pour les étudier.



## Préméditation

La littérature souligne l'absence de préparation et de planification des homicides intrafamiliaux (3). Le parricide n'échappe pas à cette règle et n'est, dans la plupart des cas, pas prémédité (29, 32, 49, 83, 84, 105, 129, 156), comme le souligne notre travail. Seuls quelques matricides (15,4 %) planifient le meurtre, se procurant l'arme avant qu'il ne se déroule. Il s'agit souvent des homicides commis par des sujets indemnes de pathologie psychotique, un seul d'entre eux étant schizophrène (3,8 %) (24).

Le meurtrier se sert, le plus souvent, d'une arme d'opportunité (29, 32, 83). A ce sujet, nous ne constatons pas de différence entre les auteurs de patricide et de matricide dans notre étude. Ces données n'ont pas été étudiées à propos des patricides, ni comparées dans la littérature.

Le temps séparant l'intention de tuer et le meurtre en lui-même est difficilement évaluable. Cependant, Le Bihan et Benezech expliquent qu'ils peuvent être distants « de quelques minutes, à plusieurs jours ou semaines, voire plusieurs années » (83). Zagury dresse les aspects criminogènes du parricide et note « l'absence de préméditation du meurtre, qui s'associe, de façon paradoxale, à un long mûrissement de l'idée parricide » (156). C'est durant cette période de développement de l'idée de l'homicide que le sujet lutte en demandant de l'aide (106). A propos des matricides, Robbe et Kottler notent que la période de temps séparant la survenue de l'idée d'homicide et le meurtre est brève, de quelques heures (129). L'acte est caractérisé par sa soudaineté (1, 49).

L'intention de tuer est cependant bien présente. Elle est constatée dans 84 à 91 % des cas de parricide selon les études (64, 83, 84).

## Moyens utilisés

Le parricide utilise préférentiellement une arme blanche (8, 11, 20, 29, 32, 49, 54, 83, 96, 106, 149, 150) et peu d'armes à feu (29, 106, 131).

Selon Le Bihan et Benezech, il utilise la plupart du temps une arme blanche comme un couteau (51 %), parfois une arme à feu (38,8 %), des moyens naturels (14,3 %) ou un objet contondant (12,2 %) (83). Marleau relève une majorité d'armes à feu chez les parricides psychotiques (81 %) (93). Menezes ne constate, par contre, aucun homicide par arme à feu et explique cela par la difficulté à se procurer ce type d'arme au Zimbabwe. Les sujets de son étude s'arment en majorité d'arme blanche (59 %), parfois d'un objet contondant (38,5 %) et utilisent rarement la strangulation (2,5 %) (103). La strangulation est assimilée aux moyens naturels dans notre travail.

Les résultats de Millaud, Auclair et Meunier sont semblables aux nôtres. Ils constatent 58,3 % d'arme blanche, 16,7 % de moyens naturels, 16,7 % d'objet contondant et 8,3 % d'arme à feu chez les parricides (106).

D'après Bourget et al., la méthode la plus commune pour effectuer le patricide est un couteau (33,3 %), suivie d'une arme à feu (27,8 %), d'un objet contondant (22,2 %), de la strangulation (8,3 %), de l'intoxication (2,8 %) ou des moyens naturels tels que les poings (2,8 %) (18).

Ces mêmes auteurs constatent que le matricide utilise le plus fréquemment un objet contondant (33,3 %), suivi d'un couteau (29,2 %), d'une arme à feu (20,8 %), de la

strangulation (8,3 %) ou de l'intoxication au monoxyde de carbone (4,2 %) (18). Singhal et Dutta notent aussi de nombreux matricides par objet contondant (56,3 %) et une plus faible proportion par arme blanche (37,5 %) ou arme à feu (6,2 %) (138). Clark relève également une majorité d'objet contondant (46,1 %) et d'arme blanche (42,3 %). Seuls quelques-uns ont étranglé leur mère (11,6 %) (24).

D'autres auteurs notent que les meurtriers tuent majoritairement leur mère par arme à feu, comme McKnight et al. (101). Cette étude est cependant ancienne et Green, à partir du même type de population psychotique, avance qu'ils utilisent principalement des armes blanches et des objets contondants (70,7 %), au détriment des armes à feu (12,1 %) et des strangulations (22,4 %). Parfois, ils asphyxient leur victime par étouffement ou avec du gaz (3,4 %) (54).

Pour d'autres auteurs, comme Benezech et Addad, les matricides se servent essentiellement d'un couteau (11). Etudiant les rapports d'autopsie en Australie, Wick et al. constatent également une majorité d'arme blanche (45,5 %) et d'objet contondant (45,5 %) chez les matricides. Peu se servent d'arme à feu (27,3 %), de moyens naturels (18,2 %) ou d'immolation (9,1 %) (150). Campion et al. remarquent aussi qu'ils utilisent préférentiellement un couteau pour tuer leur mère (20).

Comparant les deux types de meurtriers, Heide constate que les patricides usent plus souvent d'une arme à feu (65 %) que les matricides (39 %). Les mères sont préférentiellement tuées par des armes blanches (29 % contre 20 % pour les patricides), des objets contondants (12 % contre 7 % pour les patricides) et des

moyens personnels (11 % contre 5 % pour les patricides) (63). Dans une autre étude, Heide et Petee observent des résultats similaires (67). Shon avance également que des armes à feu sont plus souvent utilisées par les patricides (43 %) que par les matricides (34 %). Des méthodes impliquant un contact intime avec la victime, comme un couteau ou une hache, sont plus fréquentes dans le cadre du meurtre de la mère (43 % contre 36 % pour le meurtre du père) (135). D'autres auteurs expliquent que, si certains travaux relatent moins d'usage d'arme à feu chez les matricides que chez les patricides, ce n'est pas toujours le cas (136). Le type d'arme utilisé peut être influencé par sa disponibilité (150), ainsi que par l'aspect culturel de la violence (135).

Nous constatons d'importantes variations dans la littérature concernant les moyens utilisés pour commettre l'homicide. Étant donné que le meurtrier utilise souvent une arme d'opportunité, ces différences peuvent être liées à la disponibilité des armes au domicile (150) ou aux normes culturelles (135). Plusieurs auteurs constatent que les parricides américains tuent plus souvent par arme à feu que les autres (13, 64).

Le type de population étudiée est également important, il est décrit que les psychotiques utilisent en majorité des armes blanches (96, 106, 149). Green met en évidence un lien entre la pathologie et la méthode employée. Les dépressifs utilisent plutôt l'étranglement ou l'asphyxie, alors que les sujets schizophrènes ou souffrant d'un trouble de la personnalité se servent d'armes blanches, d'objets contondants ou d'armes à feu (54). Les adolescents utilisent plus souvent des armes à feu que les adultes (63, 64, 67, 94, 110). Heide explique cette différence par la force physique plus importante de ces derniers (63).

Par ailleurs, certaines études (18, 106, 138) ne semblent comptabiliser qu'une seule arme par homicide, alors que beaucoup de sujets utilisent plusieurs instruments (54, 83, 150).

Enfin, le petit nombre de cas inclus dans certains travaux empêche souvent de tirer des conclusions, comme le soulignent Millaud, Auclair et Meunier (106).

Les patricides et les matricides de notre étude utilisent préférentiellement des armes blanches, rarement des armes à feu, et nous ne notons aucune différence, parmi les moyens utilisés pour commettre les homicides, entre ces deux groupes.

Nous ne disposons pas de ces informations pour notre travail, mais Le Bihan et Benezech constatent que les régions atteintes sont principalement la tête et le visage (34,7 %), puis le thorax (26,5 %), l'abdomen (20,4 %), le cou (18,4 %), les membres supérieurs (12,2 %) et le dos (6,1 %). Une victime présente souvent plusieurs lésions (63,3 %). Conformément à la littérature concernant les crimes des psychotiques, les victimes n'ont en général pas subi d'agression sexuelle (83).

## Violence excessive

Les homicides commis avec une violence excessive sont majoritairement le fait de meurtres intrafamiliaux, dans lesquels il existe un lien affectif entre l'agresseur et sa victime (86).

Le parricide est soudain et brutal (26, 156). L'auteur utilise souvent des moyens douloureux et fait preuve d'une violence excessive lors de l'homicide (115, 156). Comme dans notre étude, cette violence est en générale perpétrée par des sujets psychotiques, qui font preuve d'acharnement sur 30,4 à 90 % de leurs victimes selon les travaux (18, 20, 24, 27, 28, 29, 49, 54, 72, 83, 86, 96, 101, 114, 150). Cela conduit certains auteurs à penser que « le parricide semble vouloir tuer le cadavre » (32).

Les termes employés pour qualifier la violence excessive sont variables parmi les travaux. Certains parlent d'« extrême violence » (20), de « violence non nécessaire et brutalité » (114), de « plus de violence que nécessaire pour entraîner la mort » (54), de « plus de force que nécessaire pour tuer la victime » (64, 101), d'« une plus grande quantité de violence que chez les auteurs d'homicide en général » (101), d'« un nombre excessif de coups » (149), ou encore d'« un nombre disproportionné de coups avec un objet contondant ou un couteau, ou de deux moyens ou plus pour tuer l'individu » (96).

Le Bihan et Benezech constatent que 16,3 % des patients psychotiques à l'origine d'un parricide associent différents moyens pour commettre leur crime, le plus souvent un couteau et des méthodes naturels. Ils ne comptabilisent cependant pas le nombre de lésions que présentent les victimes (83).

Bourget et al. notent que 45 % des parricides exercent une violence excessive à l'encontre de leurs parents. Ces sujets sont essentiellement des hommes (96,5 %), schizophrènes (62 %). Un cas souffre de dépression (3,4 %), deux hommes et une femme sont sous l'emprise de toxiques (10 %). Un seul n'a pas de diagnostic psychiatrique (3,4 %) (18).

A contrario, Heide et Boots ne dénombrent que 21 % de violence excessive chez les parricides, mais il est important de noter que leur étude comprend également une proportion importante de tentatives de parricide, de nombreux sujets indemnes de troubles mentaux et des adolescents (64). Pour les mêmes raisons, Boots et Heide ne comptabilisent que 20 % d'acharnement chez les meurtriers de leurs parents. Leur définition de la violence excessive est également assez restrictive. Ils considèrent que le sujet fait preuve de « plus de force ou d'armes qu'il n'est nécessaire pour tuer, comme frapper la victime 200 fois ou lui tirer dessus 10 fois ou plus » (13).

Cravens et al. remarquent que 90 % des patricides psychotiques de leur étude font preuve de violence excessive (27). Nous constatons une proportion plus faible d'acharnement chez les patricides dans notre travail (36,4 %). Ces différences peuvent s'expliquer par le faible nombre de sujets de l'étude de Cravens et al., qui n'en comporte que 10. D'autre part, ils ne précisent pas la définition de ce qu'ils appellent la « violence excessive ».

La plupart des matricides s'acharnent sur leur victime, entre 43,1 et 66,7 % selon les études (54, 101, 114, 150). C'est le cas de presque tous les psychotiques meurtriers de leur mère selon Champion et al. (20) et de la majorité des matricides de notre échantillon.

Wick et al. notent que 45,5 % des matricides sont commis par plus d'un moyen (150). Dans l'étude de Green, ils associent parfois arme blanche et objet contondant (10,3 %) ou étranglent leur victime après l'avoir frappée (8,6 %). Ce même auteur, selon lequel la violence excessive apparaît classique chez le matricide, relate un homicide par 177 coups de couteau (54). Dogan et al. rapportent un cas de matricide comprenant la décapitation et le démembrement d'une mère par sa fille schizophrène (34). Cependant, ces faits sont rares et représentent respectivement 1 et 3 % des parricides relatés dans les médias. Ces derniers ont tendance à ne relayer que 3 à 4 % des meurtres à l'encontre des parents et seulement les homicides les plus spectaculaires. Leurs proportions parmi les parricides en général sont donc probablement inférieures (64).

Wick et al. détaillent les pathologies présentées par les auteurs de violence excessive à l'encontre de leur mère. Deux sont des adolescents indemnes de troubles mentaux, trois sont schizophrènes, un présente un retard mental et un souffre d'une « combinaison de troubles mentaux », comportant une souffrance cérébrale à la naissance, un traumatisme crânien et un syndrome de Klinefelter. Ils constatent que les schizophrènes font souvent preuve de méthodes violentes, comme les coups de couteau multiples, ce qui contraste avec les patients dépressifs qui utilisent des moyens moins violents, comme l'asphyxie (150).

Ces paramètres n'ont pas été comparés dans la littérature. Notre étude révèle que le matricide fait significativement plus souvent preuve d'une violence excessive sur sa victime (86,7 %) que le patricide (36,4 %) ( $p < 0,01$ , 95 % CI 0,0-0,6).



### Témoins de l'homicide

Comme le montre notre étude, il n'y a majoritairement pas de témoin à l'homicide (2, 20, 83, 101, 149) et l'auteur agit en général seul (9, 13, 64, 83, 94, 96).

Marleau, Millaud et Auclair constatent un taux de témoins plus important (67 %), mais les tentatives de parricide représentent 40 % des sujets de leur échantillon. La présence fréquente d'un tiers permet de défendre la victime et d'empêcher que le passage à l'acte lui soit fatal (96).

La présence de témoins est notée dans 25 à 50 % des cas de matricide (20, 101). Dans deux situations (16,7 %), la sœur est sur les lieux et est également tuée (101). Notre étude ne considère pas les auteurs d'homicides multiples.

Tout comme le patricide, le matricide agit le plus souvent seul. Le patricide semble commettre son crime plus fréquemment en présence de témoins (35,7 %) que le matricide (0 %), mais cette différence n'est pas significative. Ces éléments ne sont pas comparés dans la littérature, qui ne s'intéresse pas à la présence d'un tiers dans les cas de patricides.

### Facteur déclencheur

Les auteurs d'homicides intrafamiliaux font souvent état d'un facteur de stress psychosocial récent qui précipite l'homicide, comme la perte d'un emploi ou une sortie d'hospitalisation (3). Comme nous le constatons dans notre travail, un facteur déclencheur est souvent en lien avec le parricide.

Le décès d'un proche est relaté dans 20 à 60 % des cas de parricide (8, 86, 106) et une séparation conjugale dans 12,5 % des situations (86). Ceci fait conclure à certains auteurs que la problématique liée à la perte est rare chez ces sujets (86, 106). Au contraire, pour Baxter et al., son impact est majeur, 60 % des parricides de leur étude ayant eu à faire face à la mort d'un proche (8). Il semble que cet élément soit plus prégnant chez les psychotiques et qu'il soit atténué par la prise d'un traitement (96, 106).

Ce facteur déclencheur peut être anodin. L'homicide a un « caractère disproportionné... par rapport à un propos ou à un geste insignifiant, qui joue le rôle de catalyseur » (32). Comme le soulignent Le Bihan et Benezech, « le passage à l'acte peut être déclenché par un regard, une attitude, ou un geste, interprétés comme une menace et qui suffisent à provoquer l'agression dont la responsabilité est toujours rejetée par son auteur sur la victime » (83). Ces crimes sont ainsi souvent qualifiés d'immotivés, le passage à l'acte survenant au décours d'une remarque ou d'une dispute banale (33, 49, 156).

Plusieurs auteurs font plus particulièrement le lien entre une dispute et le passage à l'acte. La dispute avec la victime serait l'élément déclencheur de nombreux parricides (13, 29, 83, 86, 137, 149), souvent en lien avec un motif financier (66). Elle est présente dans 57,1 % des cas d'après Le Bihan et Benezech (83). Bourget et al. constatent une association entre une dispute ou un différend et le parricide dans 15,6 % des homicides. Parmi ces sujets, 30 % sont indemnes de troubles mentaux, 30 % sont psychotiques et 20 % sont sous l'emprise de toxiques (18).

Cravens et al. notent qu'un élément déclencheur est à l'origine de 60 % des patricides. Il s'agit d'un évènement anodin dans 40 % des cas, ou d'une dispute dans 20 % des situations. Le père est tué dans son sommeil dans 30 % des cas, ce qui exclut toute provocation de la victime. Ils insistent ainsi sur la fréquence de l'absence d'évènement externe immédiat précipitant l'homicide (27). Pour Singhal et Dutta, la moitié des pères ont provoqué l'auteur, par l'intermédiaire d'une dispute ou d'une prise d'alcool (137). Un élément déclencheur, principalement une dispute, est présent dans la plupart des patricides de notre échantillon.

Un facteur déclencheur au matricide est rare (20, 114). Les auteurs constatent sa présence dans 16,7 à 37,5 % des cas selon les études (20, 54, 101). McKnight et al. ne notent aucune provocation apparente de la part de la mère dans la moitié des situations (101). Kottler et Robbe insistent sur « l'importance de la transformation de l'image parentale » dans les matricides psychotiques (79). Le facteur précipitant est souvent de nature triviale (54, 120). Il s'agit parfois d'une menace de séparation de la mère (19 à 38,5 % des cas) ou d'une dispute (15,4 à 37,5 % des situations),

souvent à propos de problèmes mineurs comme la nourriture ou l'argent (20, 54, 101, 114, 138). La présence d'un élément déclencheur est relevée dans la moitié des matricides de notre travail, il s'agit rarement d'une dispute.

Ces éléments ne sont pas comparés dans la littérature. Nous constatons qu'un facteur déclencheur à l'homicide apparaît plus fréquemment dans les cas de patricide (78,6 %) que dans les cas de matricide (50,0 %) mais sans que cette différence soit statistiquement admise. Par contre, d'après notre étude, une dispute est plus souvent à l'origine du passage à l'acte des patricides (71,4 %) que des matricides (27,8 %) ( $p < 0,05$ , 95 % CI 1,4-30,7).

### Prise de toxiques

Les toxiques, par leur effet désinhibiteur, augmentent les tendances violentes déjà présentes chez le sujet (112) et conduisent à une perte de contrôle (94). Les abus de substances peuvent majorer les symptômes psychotiques et le risque d'homicide (18, 106). Ils jouent un rôle significatif dans les parricides, d'autant plus chez les psychotiques ou chez les sujets présentant une vulnérabilité à ce type de pathologie (106).

Comme nous le relevons, les parricides commettent parfois le passage à l'acte sous l'emprise de substances, dans 8,3 à 69,8 % des cas selon les études (9, 13, 18, 20, 24, 27, 64, 83, 84, 86, 89, 94, 96, 101, 103, 106, 112, 149).

Pour Le Bihan et Benezech, 18,4 % des parricides sont intoxiqués par de l'alcool et 14,3 % par d'autres drogues (83). Nous notons également qu'ils consomment principalement de l'alcool, classiquement décrit comme facilitateur du passage à l'acte.

Cravens et al. relatent 10 % de patricides sous l'emprise d'alcool (27).

Selon les études, 8,3 à 64 % des matricides consomment des toxiques lors du passage à l'acte. Il s'agit également d'alcool dans la majorité des cas (18, 24, 89, 101).

Les matricides consommeraient moins de toxiques au moment de l'homicide (12,5 %) que les patricides (19,5 %), selon Bourget et al. (18). Notre étude tendrait vers des résultats contraires, 21,4 % des auteurs de patricide sont sous l'emprise de toxiques et 27,8 % des matricides. Liettu et al. font des observations identiques, 69,8 % des auteurs de violences à l'encontre de leur père sont sous l'influence de toxiques lors des faits, contre 64 % des sujets violents envers leur mère, qui consomment majoritairement de l'alcool (89). Cette différence n'est cependant pas significative et il semble que les parricides consomment des toxiques, lors du passage à l'acte, en proportions sensiblement identiques.

### Motivation du passage à l'acte

Benezech distingue le motif général des homicides, qui peut être passionnel, sexuel, délirant, dépressif, psychotique non délirant, psychotique délirant, avec cause organique et non classable ailleurs. Chaque motivation citée peut revêtir des causes sous-jacentes. Concernant le parricide, une réaction impulsive correspond au meurtre psychotique non délirant et la projection à celui du psychotique délirant (10).

Pour ce même auteur, les homicides familiaux se déroulent sur un versant psychotique/vengeur, c'est le cas du parricide ou du fratricide, à l'opposé du versant passionnel/dépressif, qui concerne l'homicide conjugal ou le filicide (9).

Les homicides intrafamiliaux manquent souvent de motif clair et surviennent lors d'une réaction de défense ou lors d'une dispute (3).

Comme nous le constatons dans notre travail, un motif délirant au parricide est fréquent. Il est évoqué dans 26,4 à 89 % des situations selon les études (24, 29, 54, 69, 84, 86, 89, 138, 149). Ochonisky explique que parfois, « le parricide est commis au cours d'une expérience délirante primaire avec sentiment d'étrangeté ou d'influence et phénomènes de dépersonnalisation » (115).

Dans ces cas, l'homicide survient lors d'un « sentiment de menace ou de détresse insurmontable » (32). Le sujet perçoit une menace face à son intégrité physique ou psychique (29), ce qui engendre une angoisse d'annihilation (20).

Robbe et Kottler relèvent que le matricide correspond à une réaction de défense du sujet, face à un sentiment de menace qui met en jeu la vie de l'individu et une crainte de destruction. Ils expliquent que « le geste était motivé par la crainte fantasmatique d'une destruction, la mère se métamorphosant brutalement, dans ces moments-là, en agresseur, son regard ou un geste portant à lui seul cette signification » (129).

Etudiant 42 parricides adultes hospitalisés en UMD, Le Bihan et Benezech individualisent les motivations du parricide pathologique. La plus fréquente est la persécution délirante par la victime (71,4 %), suivie de la menace pour la vie psychique (47,6 %), la menace pour la vie physique (45,2 %), l'ordre meurtrier hallucinatoire (21,4 %), la menace pour l'identité sexuelle (16,7 %), la violence subie (16,7 %), la colère réactionnelle (11,9 %), la jalousie incestueuse (9,5 %), l'altruisme délirant (7,1 %), la haine des femmes (4,8 %) et la motivation utilitaire (2,4 %). Plusieurs critères peuvent correspondre à un même patient. Ils expliquent que le sujet se sent souvent face à un danger qui met en jeu sa propre vie. Il n'a d'autre possibilité, pour se défendre et éloigner ce danger, que de tuer (83).

Pour Cravens et al., 40 % des patricides perçoivent une menace contre leur identité sexuelle par leur père et 40 % se sentent menacés par la victime, à propos de leur vie psychologique et/ou physique (27). D'après Liettu et al., 26,4 % des violences contre le père seraient liées à un trouble mental (89). Nous constatons 35,7 % de motivation délirante aux patricides.

Comme le souligne notre travail, un motif délirant à l'homicide est particulièrement fréquent chez les matricides, dans 42,8 à 70,6 % des situations selon les études (54, 89, 138). Clark ne relève que 31 % de matricides liés à une symptomatologie psychiatrique. Rappelons que son échantillon ne comprend que 38,5 % de psychotiques (24).

Selon Campion et al., 53 % des matricides perpétuent leur meurtre suite à une menace d'annihilation psychologique et/ou physique et 27 % perçoivent une menace contre leur identité sexuelle. Une minorité est motivée par une colère suite à une frustration de la part de la mère (20 %). Il s'agit principalement des sujets qui présentent des troubles de la personnalité et qui réagissent à une frustration par une perte de contrôle de leurs pulsions agressives. Ils expliquent que, si les schizophrènes perçoivent une menace contre leur existence, les sujets dont les abus de substances sont à l'origine d'un épisode psychotique pensent que leur mère est une menace contre leur identité masculine. Leurs pulsions agressives et incestueuses, habituellement contenues, s'expriment lors de la désinhibition liée à l'intoxication (20).

Pour Green, la plupart des matricides sont liés à une motivation psychotique (70,6 %). Il s'agit souvent d'un délire de persécution (46,6 %) ou d'altruisme délirant (24 %). Dans 19 % des cas, le motif ne semble pas clair et l'homicide serait causé par la rage et l'impulsivité. Dans 10,3 % des situations, le passage à l'acte est imputable à une autre motivation, telle que la jalousie face à l'immoralité des conduites sexuelles de la mère, la volonté d'échapper à un parent qui se montre dominateur ou un accident (54).



Si un motif délirant au parricide est fréquemment décrit, surtout dans les études s'intéressant aux sujets présentant des troubles mentaux, d'autres motivations sont souvent évoquées. Bourget et al. expliquent que, si la plupart des parricides sont en lien avec une psychose, particulièrement la schizophrénie, d'autres facteurs tels que la richesse de la victime, la colère ou les abus de substances ne sont pas à négliger, bien qu'imputables aux faits dans une moindre mesure (18). Ce phénomène est cependant multifactoriel et, si les troubles psychiatriques sont souvent présents, une relation perturbée de longue date entre le meurtrier et sa victime est fréquente (69, 72, 112, 137).

Stoessel et Bornstein tentent d'établir le mobile de l'homicide à l'aide de questionnaires auprès des Tribunaux de Grande Instance. La plupart des cas correspondent à un conflit familial et surviennent à la suite d'une mésentente, d'une dispute, ou d'une vengeance (24). Les autres motifs évoqués sont les troubles mentaux (7), l'alcoolisme, tant chez la victime que chez le meurtrier (7), les affaires passionnelles (3), la peur (2), la colère (1) et l'inconduite de la mère (1). Ainsi, pour ces auteurs, ces mobiles « peuvent aussi laisser supposer l'existence de conflits familiaux et/ou de plus ou moins graves perturbations des relations intrafamiliales » (139).

Bourget et al. notent que le parricide peut être lié à un complot (4,7 %), un gain monétaire (6,2 %), ou à des antécédents de mauvais traitements par la victime (4,7 %) (18).

Le meurtre peut être encouragé par d'autres membres de la famille, comme l'explique Tanay (141), pour faire cesser les violences du parent victime ou pour un motif financier, comme percevoir un héritage (86). Ces motivations sont fréquentes

chez les adolescents parricides (141). Beaucoup d'entre eux ont subi des abus dans l'enfance et le parricide serait, pour certains, la réponse apportée par le meurtrier à ces comportements (21, 59, 92, 110, 112).

Si le matricide survient souvent sans motif apparent (79), McKnight et al. notent qu'il peut être lié à une querelle (16,7 %) ou à la pression de quitter le domicile familial (8,3 %) (101).

Pour O'Connel, la cause la plus fréquente de passage à l'acte sur la mère est une menace de séparation d'avec elle-même (38,5 %), une dispute concernant la nourriture (15,4 %), une irruption de la victime dans la routine du meurtrier (15,4 %) ou des difficultés à propos d'une fille (7,7 %) (114).

Cependant, de nombreux parricides souffrent de troubles mentaux et beaucoup d'auteurs, comme Le Bihan et Benezech que nous avons évoqués précédemment (83), prennent en compte cet élément dans leurs distinctions concernant la motivation du passage à l'acte.

Heide et Boots décrivent les enfants dangereusement antisociaux (29 %), qui tuent leurs parents par égoïsme et pour des raisons instrumentales, pour percevoir un héritage ou acquérir leur liberté. Ceux sévèrement abusés (25 %), passent à l'acte par peur ou par désespoir. Ils ne voient pas d'échappatoire à ces sévices et désirent protéger un membre de la famille ou leur propre personne. Les enfants ayant des troubles mentaux sévères (15 %) tuent en raison d'une pathologie qui entrave leur perception de la réalité. Les motifs sont parfois associés (12 %) ou la cause de l'homicide appartient à une autre catégorie (20 %). Cette étude comprend de nombreux adolescents, les troubles mentaux y sont donc peu représentés (64).

Hillbrand et al., constatent que la psychose active est principalement à l'origine du parricide (47 %), mais distinguent également l'impulsivité et la rage (28 %), l'abus d'alcool ou d'autres substances (24 %), la volonté d'échapper à une emprise parentale (15 %) et la jalousie. Les sujets présentant des troubles de la personnalité passent souvent à l'acte suite à ces motivations (69).

Reprenant les critères proposés par Le Bihan et Benezech, mais à partir des données de la morgue du Québec, qui incluent également des sujets indemnes de troubles mentaux, Léveillée, Lefebvre et Vaillancourt recensent 40 parricides, entre 1990 et 2003. Ils relèvent 37,5 % de cas liés à une perturbation de l'état mental de l'auteur, dont 32,5 % dans le cadre d'un trouble psychotique et 5 % de troubles de l'humeur, correspondant à un épisode dépressif majeur avec ou sans symptômes psychotiques. Quelques meurtres sont liés à l'altruisme (5 %). La colère réactionnelle à une dispute est à l'origine de la majorité des parricides (55 %), dans la plupart des cas en lien avec une demande de limite du parent (45,4 %) ou avec un motif financier, comme un refus de prêt d'argent ou de voiture (27,3 %). Aucun homicide n'apparaît réactionnel à des abus dans l'enfance ni causé par une demande familiale. Ces auteurs notent, sur une large population en partie indemne de troubles mentaux, qu'une dispute serait plus fréquemment à l'origine du passage à l'acte qu'une perturbation de l'état mental (86). Pourtant, les troubles mentaux sont décrits comme la première cause du parricide dans de nombreuses études. Ces différences sont liées au recrutement des sujets, qui correspond, dans cette dernière, à une population plus large que celles portant sur des sujets hospitalisés en psychiatrie. Plusieurs auteurs mettent en avant un biais d'échantillonnage dans les travaux basés sur des patients hospitalisés en psychiatrie (8, 69, 86).

Leveillée, Lefebvre et Vaillancourt distinguent ainsi deux groupes parmi les auteurs de parricide (86). Le premier est composé des sujets qui agissent lors d'une dispute, suite à une colère réactionnelle, parfois en lien avec la mise de limite d'un parent. Ces sujets sont dépendants de la cellule familiale et font face à des difficultés pour acquérir leur indépendance et une certaine autonomie. L'auteur fait alors preuve d'une réaction impulsive, correspondant à l'homicide psychotique non délirant décrit par Benezech (10). La seconde catégorie est représentée par ceux qui souffrent d'une pathologie mentale grave, comme une psychose ou un trouble affectif majeur. Le sujet fait ici preuve d'un mécanisme projectif caractérisant l'homicide psychotique délirant (10, 86).

Comparant les patricides et les matricides, Liettu et al. remarquent que la résolution d'un conflit perdurant de longue date est le motif le plus fréquent de violence contre le père (38,7 %), suivi du trouble mental (26,4 %), d'une confrontation immédiate (17 %), de l'intoxication alcoolique (15,1 %), du lien à un autre crime, comme un motif financier (1,9 %), ou correspond à un autre motif (0,9 %). Les violences contre la mère sont principalement liées au trouble mental (52,3 %), puis viennent la résolution de conflits (18,6 %), l'intoxication alcoolique (11,6 %), la confrontation immédiate (10,5 %), le lien avec un autre crime (3,5 %) ou un autre motif (3,5 %). La motivation du passage à l'acte violent est ainsi plus fréquemment liée au trouble mental lorsqu'il est dirigé contre la mère plutôt que contre le père. Ce dernier implique plutôt des conflits interpersonnels et une confrontation avec la victime, fréquemment en lien avec des troubles de la personnalité (89). Notre étude révèle également qu'une motivation délirante est plus souvent constatée chez les matricides (66,7 %) que chez les patricides (35,7 %), cependant cette différence n'est pas significative.

## Réaction après l'homicide

Après le meurtre, le parricide ne met généralement pas de conduites de réparation en œuvre, comme appeler les secours ou effectuer des soins d'urgence. Il ne prend pas de précautions particulières pour dissimuler son crime, le corps de la victime est en général laissé sur place et le tueur reste sur le lieu du passage à l'acte (83, 84, 101, 149, 150, 156). Dans la majorité des cas, hormis les adolescents qui tentent souvent de s'échapper, l'auteur de l'homicide se dénonce dans les suites de sa survenue et confesse son acte à la police ou à la gendarmerie, ou parfois à d'autres membres de la famille, aux voisins ou à l'hôpital (83, 84, 86, 101, 149, 156). Il se fait généralement appréhender dans les 24 heures après le meurtre (83, 84).

Dans l'étude de Cravens et al., 30 % des patricides se rendent directement à la police et 10 % appellent leur famille après le meurtre (27).

Green note également que 96,5 % des matricides n'essayent pas de dissimuler leur crime et se rendent à la police ou en informent leurs amis (54).

L'hypothèse avancée par certains auteurs est que la seule solution qui apparaît au meurtrier est alors d'attendre de l'aide. La fragilité psychique de ces individus ne leur permet peut-être pas d'envisager d'autre issue que celle de s'appuyer sur un tiers (86).

La réaction post-critique est caractérisée par une extrême atténuation de la violence (156), dans une « sorte d'épuisement pulsionnel » (32). Ce retour au calme est expliqué par « la libération d'une surtension paroxystique longtemps contenue. C'est ensuite la satisfaction d'une solution entrevue puis réalisée... ayant évité la déstructuration psychique dont la menace était imminente. C'est enfin la libération de tout choix, de tout déchirement existentiel » (158).

L'auteur du parricide est souvent décrit comme faisant preuve d'une remarquable froideur affective et d'indifférence après l'homicide, mais il le reconnaît la plupart du temps (20, 27, 29, 32, 33, 84, 106, 120, 138, 156). Le meurtre est souvent banalisé ou rationalisé (29). L'auteur en impute fréquemment la responsabilité à la victime, qui aurait induit une telle réaction (129). Quelques-uns seulement avancent une amnésie de l'épisode (83, 131). Le passage à l'acte est à l'origine d'un soulagement dans un quart des cas (83, 84), souvent pendant une durée brève (115, 131). D'autres parricides décrivent un sentiment d'angoisse (9,5 %) ou un épisode dépressif majeur avec état d'agitation anxieuse (4,8 %) dans ses suites. Dans la plupart des cas, l'acte n'est pas critiqué (66,7 %) et le meurtrier n'évoque pas de remords (73,8 %) (83). L'homicide est perçu comme nécessaire (83, 84). Des regrets, dans les suites immédiates ou différés de l'homicide, sont parfois évoqués (115). Une certaine culpabilité est présente, l'auteur tente de mettre en œuvre des conduites de réparation, ou de se punir (115). Si 12,5 % des parricides s'automutilent la main leur ayant permis de perpétrer le meurtre, Devaux et al. ne mettent pas ce fait en lien avec la culpabilité mais n'en interprètent pas non plus la cause (33). L'étrangeté de l'acte est souvent décrite chez l'auteur, celui-ci demandant, par exemple, à ce que lui soit confirmée la mort du parent victime, comme s'il n'avait pas intégré le meurtre. La réaction du parricide est également marquée par le détachement, celui-ci faisant état de préoccupations plus terre à terre (29, 156, 158).

Tous les patricides de Cravens et al. reconnaissent également l'homicide et 20 % font preuve d'une amnésie partielle des faits (27). Singhal et Dutta ajoutent que le fils exprime plus fréquemment un soulagement, que des remords ou de la culpabilité, après le meurtre de son père. Ils expliquent cela par le sentiment de liberté ressenti au terme d'une relation anormale (137).

Les matricides reconnaissent en général les faits (20, 120, 138) et aucun ne rapporte d'amnésie (20). Ils n'expriment pas d'émotion, ni de culpabilité dans la plupart des cas. Des remords sont parfois présents et le meurtrier peut commettre des gestes auto-agressifs pour se punir (120). Si certains auteurs d'homicide maternel affirment qu'ils ressentent plus fréquemment un soulagement (53,8 %), que de la détresse ou des remords après le meurtre et qu'ils éprouvent des regrets à distance 84,6 % (114), d'autres évoquent en majorité des remords (62,5 %) et plus rarement un soulagement (37,5 %) (138). Ces disparités peuvent être liées à la période de recueil des informations, le soulagement apparaissant pendant une courte durée après le meurtre (83, 84), ou au petit nombre de sujets dans les études. La population est par contre la même, constituée de psychotiques en majorité. Green constate que les dépressifs éprouvent plus de remords que les schizophrènes après le matricide ; ces derniers en expriment peu ou pas du tout. Quelques sujets de son étude font état d'un soulagement après le meurtre (17,2 %), tous souffrent d'un trouble psychotique, comme la schizophrénie ou le trouble schizo-affectif (54).

Zagury explique que « la réaction post-critique est d'interprétation complexe, apparaissant comme la résultante d'effets antagonistes : l'irréalité de l'acte dans une atmosphère de cauchemar ; l'apaisement des tensions, voire la satisfaction ; à l'inverse la pensée ou la recherche active du suicide et l'installation dans une quotidienneté succédant au moment de catastrophe » (156).

La littérature ne compare pas les patricides et les matricides sur ces paramètres. Ces derniers étaient difficilement évaluables dans notre étude en raison de son caractère rétrospectif et ils n'ont donc pas été pris en compte dans notre travail.

Beaucoup d'auteurs soulignent la place importante des idées suicidaires avant ou après le geste, ainsi que d'une symptomatologie dépressive (28, 33, 96, 105, 106, 115, 119).

Si la symptomatologie dépressive n'est pas à négliger, son lien avec le parricide est pourtant souvent sous-estimé dans la littérature (106). Il faut rappeler que 16 à 28 % des criminels présentent un état dépressif avant le passage à l'acte (9). Selon les études, jusqu'à 27 % des parricides sont concernés (9, 18, 33, 83, 96, 106, 115, 149) avec une légère sur-représentation des matricides (18, 89). La littérature ne s'intéresse pas spécifiquement à la présence d'un état dépressif après le passage à l'acte.

Les auteurs d'homicide et les patients présentant des antécédents psychiatriques connaissent un taux de mortalité plus élevé que la population générale et décèdent plus jeune, suite à des comportements antisociaux, une tendance plus importante à la prise de risques et à l'impulsivité, qui tendent à diminuer avec l'âge (88). Si les auteurs d'homicide tentent plus souvent de se suicider que la population générale, la fréquence des tentatives de suicide chez les meurtriers non domestiques est similaire à celle des populations psychiatriques. Cette proportion est supérieure dans le cadre des homicides intrafamiliaux (3, 88, 106). Ce phénomène serait lié au conflit intrapsychique engendré par l'homicide et à un important sentiment de culpabilité (3).

Les auteurs de parricide présentent un risque suicidaire augmenté, en raison des comorbidités psychiatriques, des difficultés sociales qu'ils rencontrent, de la stigmatisation dont ils sont victimes dans la population et de la culpabilité liée au meurtre. La relation particulière entre l'auteur et sa victime influe sur l'état psychique de l'auteur, majorant le risque de dépression et de suicide (88).



Les idées ou tentatives de suicide après l'homicide, ainsi que les suicides, concernent jusqu'à 42 % des parricides (8, 18, 20, 27, 28, 29, 32, 33, 49, 54, 83, 86, 88, 94, 96, 101, 106, 115, 139, 140, 149, 150). Ces différences proviennent des variations de mesure selon les études, certaines ne prennent en compte que les éléments survenant dans les suites immédiates des faits, d'autres sur un plus grand laps de temps. Certaines encore ne s'intéressent qu'aux passages à l'acte, alors que d'autres incluent les idées suicidaires. Certaines sont menées sur la population générale alors que d'autres ne concernent que les patients ayant des troubles mentaux, plus à risque, tout comme les adolescents. D'autres incluent les doubles parricides qui seraient également plus concernés par cette problématique (88), ou les tentatives de parricide, qui seraient par contre moins à risque (96, 149).

La plupart des travaux prennent en compte les idées suicidaires et les tentatives de suicide avant et immédiatement après les faits. Ochonisky constate 15 % de suicides ou de tentatives de suicide, avant ou après le meurtre (115). Marleau, Millaud et Auclair comptabilisent, parmi 39 parricides atteints de troubles mentaux, 18 % de tentatives de suicide et 26 % d'idées suicidaires avant l'homicide, contre 5 % après (96). Parmi les parricides analysés par Devaux et al., 17 % tentent de mettre fin à leur jour, pour la moitié avant l'homicide et après pour la seconde partie. La moitié aboutit (33). Millaud et al. comptabilisent 16,7 % de tentatives de suicide et 8,3 % d'idées suicidaires dans les semaines précédant l'homicide. Aucun sujet de leur étude ne tente de mettre fin à ses jours après le parricide mais 8,3 % présentent des idées suicidaires (106). Les parricides font état d'une oscillation entre l'idée du meurtre et celle du suicide (132), dont la phrase qu'ils prononcent souvent « c'était lui ou moi » fait écho. Il y a, chez les parricides, une « hésitation entre homicide et

suicide pour se sortir de l'emprise de l'autre et comme alternative absolue pour continuer à être » (132).

Devaux et al. évoquent, dans l'acte, un « double mouvement de destruction de l'autre et de soi-même », donnant un équivalent suicidaire au meurtre de l'autre (33). « Ces meurtres ont valeur de suicides partiels, car les meurtriers découvrent et tuent dans un autre la partie défendue, haïe, de leur propre vie de pulsions » (132). Ils expliquent cela par une relation d'objet perturbée dans le cas du parricide. L'acte permet de détruire la partie de l'auteur identifiée au mauvais objet et de préserver le bon objet. « Il apporte au sujet une fusion totale avec l'objet et son contrôle omnipotent dans la mort » (33). Un de nos patients explique « c'est mon père qui voulait se suicider ». Le patricide est interprété comme une volonté de mourir du patient, qui s'est tué par personne interposée par l'intermédiaire du passage à l'acte.

Nous nous intéressons plus particulièrement à la réaction après le parricide. Liettu et al. notent un tiers de suicides chez les auteurs de tentatives de parricide ou de parricide avéré, sur un recul évalué entre 3 et 24 ans (88). L'explication donnée par certains auteurs est que le meurtrier percevait, dans le meurtre, la seule solution à une situation de menace, mais ce sentiment ne dure qu'un court instant (26). Les idées suicidaires surviennent souvent dans la période suivant l'homicide, mais parfois plus tardivement. Elles peuvent être liées à une reprise de contact avec la réalité et engendrer une volonté de réparation chez le meurtrier (49). Le lien entre parricide et suicide tient aux sentiments de remords, de regrets, de culpabilité et de désespoir ressentis après l'homicide (29).

Les cas d'homicide-suicide sont rares (88). Delpla et al. relèvent un cas de matricide féminin (32). Devaux et al. notent que cette dynamique parricide-suicide est plus fréquente chez les schizophrènes (33). La plupart des sujets qui tentent de se suicider sont déclarés irresponsables en raison de leurs troubles mentaux (149). Cette population serait plus vulnérable.

Cravens et al., étudiant 10 patricides psychotiques ne dénombrent aucune tentative de suicide après les faits (27). Bourget et al. constatent 16,7 % de tentatives de suicide ou de suicides, parmi les meurtriers de leur père (18). Nous constatons que 21,4 % des patricides de notre étude présentent des idées suicidaires, des tentatives de suicide, ou un épisode dépressif après le meurtre.

Les suicides et leurs tentatives semblent un peu plus fréquents après les matricides, entre 8,3 et 41,2 % des cas selon les publications (20, 54, 101, 150). D'Orban et O'Connor distinguent les idées suicidaires survenant immédiatement après l'homicide, qu'ils constatent chez 29,4 % des patients, des idées suicidaires persistantes, notées chez 11,8 % des sujets (28). Champion et al., étudiant 15 matricides dans le même hôpital que Cravens et al., constatent que 20 % attendent à leurs jours immédiatement après les faits et 6,7 % dans les mois suivants. La moitié d'entre eux sont des schizophrènes (20). Pour Green, 19 % des auteurs de matricide tentent de se suicider peu après le meurtre et 3,4 % se suicident quelques années plus tard (54). Seulement 8,3 % des cas de McKnight et al. attendent à leurs jours après l'homicide (101). La moitié des matricides de notre travail présentent des idées suicidaires, des tentatives de suicide, ou un épisode dépressif après l'homicide.

Selon Bourget et al., 16,7 % des auteurs de patricide ont tenté ou commis un suicide après les faits, contre 29,2 % pour les matricides (18). Liettu et al. confirment une proportion plus importante de suicide chez les matricides ou les auteurs d'une tentative de matricide, qui représentent 66,7 % des morts non naturelles chez ces sujets. Ils n'en dénombrent que 50 % parmi les sujets ayant commis une tentative ou un patricide avéré. Cette différence n'est cependant pas significative. Ces deux populations se suicident plus que les sujets du groupe témoin (26,2 %), cependant une différence significative n'existe qu'entre les matricides et les sujets contrôles (88). Si nous constatons également une proportion plus importante de matricides concernés par les idées suicidaires, les tentatives de suicide, ou l'épisode dépressif après l'homicide, cette différence n'est pas significative. Les taux de notre étude sont souvent supérieurs à la littérature, car notre échantillon comporte majoritairement des psychotiques, plus à risque, et nous incluons à la fois les idées suicidaires qui ne sont pas toujours prises en compte par les auteurs, ainsi que les épisodes dépressifs, tant dans les suites immédiates qu'à distance du meurtre.

Selon Liettu et al., la moyenne d'âge au moment du suicide est moins élevée chez les matricides (29,6 ans), que chez les patricides (34,1 ans). Cette différence n'est cependant pas significative. Par contre, les meurtriers de leur mère se suicident plus jeune que les sujets du groupe contrôle (42,3 ans). Le temps de survie après l'homicide est significativement plus court pour les matricides qui se suicident (5,1 ans) que pour les patricides qui mettent fin à leurs jours (8,9 ans) ou que pour le groupe contrôle (13,1 ans) (88).

Les matricides se suicident majoritairement par pendaison (50 %), tout comme les patricides (44 %, à proportions égales avec les intoxications). Ces données sont comparables aux sujets contrôles (88).

Ils concluent que le suicide est plus étroitement lié au meurtre de la mère, comme Foucault, pour qui « le suicide a partie liée avec le drame du matricide » (45). Ils émettent également l'hypothèse que la culpabilité et la honte causées par l'homicide diminuent rapidement après le passage à l'acte, ayant alors moins d'impact sur le risque suicidaire. Même si leur étude comprend les tentatives d'homicide, le passage à l'acte rompt le lien psychologique qui existait avec la mère et entraîne la non survie du meurtrier. L'attachement à la mère est fondamental pour le développement psychologique de l'enfant et continue pendant la vie adulte, de façon plus ou moins prégnante selon les individus (88).

Etudiant l'évolution de 17 parricides, en moyenne sept ans après leur geste, Gabison-Hermann et al. ne constatent que rarement la réitération d'un comportement hétéro-agressif et aucune récurrence d'homicide. Ils concluent que les parricides bénéficient d'une évolution plutôt favorable « au regard de la gravité du geste, il existe une relative insertion sociale et familiale permise par une lourde prise en charge thérapeutique et institutionnelle ». La critique du geste, après travail thérapeutique, est plus importante (64,7 %). La plupart des meurtriers de leurs parents sont encore hospitalisés d'office et la moitié bénéficient d'une prise en charge en ambulatoire (49).

Le parricide se déroule en général au domicile de la victime, en l'absence de témoin et n'est perpétré que par une seule personne. L'homicide n'est pas prémédité. Le meurtrier utilise une arme d'opportunité, souvent une arme blanche, et fait fréquemment preuve de violence excessive à l'encontre de sa victime. Dans la plupart des cas, un facteur déclencheur au passage à l'acte est évoqué, il s'agit parfois d'une dispute. Un motif délirant à l'homicide est fréquent et une prise de toxiques est parfois retrouvée, majorant les symptômes psychotiques et le risque d'homicide. Des idées suicidaires, des tentatives de suicide, ou un épisode dépressif peuvent survenir après le meurtre. Ces caractéristiques sont comparables aux données de la littérature abordant particulièrement l'homicide commis par les parricides.

Si les éléments étudiés sont souvent communs aux meurtriers de leurs parents, notre travail démontre que le matricide fait significativement plus souvent preuve d'une violence excessive sur sa victime que le patricide ( $p < 0,01$ , 95 % CI 0,0-0,6).

Par ailleurs, nous constatons qu'une dispute est plus fréquemment à l'origine du passage à l'acte des patricides que des matricides ( $p < 0,05$ , 95 % CI 1,4-30,7).

Existe-t-il une corrélation entre ces deux éléments ? Le patricide surviendrait-il plus généralement de façon accidentelle, lors d'une dispute qui dégénère, ce qui engagerait moins de violence dans le passage à l'acte ?

## 5. Limites de l'étude

La principale faiblesse méthodologique de cette étude correspond au biais de sélection lié au recrutement des patients, qui s'effectue en UMD. Le recours à ces structures nécessite la présence d'un trouble mental et d'« un état dangereux majeur certain ou imminent incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation ordinaire », selon l'arrêté du 14 octobre 1986 (49). L'acte n'est pas, à lui seul, une indication d'hospitalisation en UMD. Cette dernière ne sélectionne ainsi qu'une partie des parricides, les plus dangereux. Cependant, même si beaucoup sont pris en charge dans des services de secteur classique, c'est dans ces structures que les parricides ayant un trouble mental sont les plus représentés. L'UMD a l'avantage, par rapport à un service de secteur, de voir transiter un nombre important de parricides, pour recueillir le maximum de données (14). Benezech et Addad, étudiant les psychotiques auteurs d'homicides volontaires ayant bénéficié de l'article 64 du Code Pénal à Cadillac, Villejuif, Sarreguemines et Montfavet, entre janvier 1977 et décembre 1981, dénombrent 109 sujets dont 26 parricides soit 24 % de leur échantillon (11). Dans un autre travail, les auteurs de parricide représentent 23 % des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale hospitalisés en UMD (9). Les données de notre étude, réalisée dans ce type de structure, n'incluent ainsi que des parricides présentant des troubles mentaux, ce qui exclut l'analyse de la majorité des meurtriers souffrant de troubles de la personnalité et ceux indemnes de pathologie. Comme beaucoup de travaux effectués auprès de patients hospitalisés en psychiatrie, cela génère un biais d'échantillonnage concernant la sélection des participants (8, 69, 72, 86). Le nombre de parricides atteints de troubles psychotiques est probablement surévalué dans la majorité des publications, celles-ci portant principalement sur des patients psychiatriques (8, 20, 27, 54, 69, 83, 96, 101,

106, 137). Cependant, notre étude n'avait aucun but épidémiologique, mais s'intéressait particulièrement à la symptomatologie psychiatrique, et a donc été effectuée auprès de malades. D'autre part, par l'intermédiaire de l'UMD, où l'hospitalisation nécessite un état dangereux majeur, nous considérons uniquement certaines pathologies graves, en particulier des schizophrénies, excluant les troubles moins sévères. Une proportion importante de parricides n'est prise en charge que dans les pavillons de secteur.

Notre étude présente également un faible nombre de sujets, ce qui entraîne une baisse de puissance statistique. En raison de la fréquence des parricides, qui apparaît rare, un échantillon de taille importante est difficile à acquérir et les analyses statistiques restent limitées (88), comme l'illustre la plupart de la littérature que nous avons pu consulter. Si les outils statistiques utilisés dans notre travail compensent en partie la faiblesse liée à la petite quantité de sujets, il est tout de même nécessaire d'être prudent quant à la généralisation des résultats apportés.

Cette étude est effectuée de manière rétrospective, ce qui peut engendrer une distorsion lors du recueil des informations (49). Tout d'abord, nous n'avons pas pu examiner individuellement les sujets par une évaluation standardisée. La faible fréquence de ces homicides nous a contraints à recueillir les données sur un laps de temps important et très peu de patients étaient encore hospitalisés à l'UMD au moment de notre travail. Nous étions limités par le contenu des dossiers. Nous déplorons également un manque relatif d'informations, auquel nous avons tenté de pallier en contactant les Tribunaux de Grande Instance et les hôpitaux dont dépendaient nos patients, mais nous n'avons obtenu que peu de réponses favorables.



Hillbrand et Cipriano ont exposé les difficultés à bénéficier d'un échantillon d'auteurs de parricide représentatif et non biaisé (70). La généralisation des résultats de notre étude est limitée, étant donné la sélection des patients. Ils ne peuvent être extrapolés à la globalité des parricides.

La littérature traitant des différences entre les patricides et les matricides est rare et peu axée sur la symptomatologie psychiatrique. Ce travail suggère l'utilité d'investigations cliniques supplémentaires, portant sur un échantillon plus large, afin de poursuivre la délimitation des similitudes et des différences entre ces deux types d'homicides, pour déterminer le profil de ces meurtriers, de leurs victimes et mieux appréhender ces passages à l'acte.

## VII. LE PASSAGE A L'ACTE

Comme le montre notre étude, les parricides présentent de nombreux points communs. Ce sont des hommes d'une trentaine d'années, de niveau éducatif et d'intelligence moyens. Ils souffrent de schizophrénie paranoïde, parfois associée à un trouble de la personnalité et présentent souvent des antécédents psychiatriques. Comme pour beaucoup de malades atteints de cette pathologie, l'observance thérapeutique est aléatoire et ils sont isolés sur le plan socio-professionnel. Ils sont, la plupart du temps, célibataires, sans emploi et vivent avec leur victime. L'association de ces pathologies à une consommation de toxiques majore le risque de passage à l'acte. Ils ont parfois des antécédents judiciaires et ont menacé leur victime, ou fait preuve de violence à son encontre, avant le meurtre. Celle-ci est âgée d'une soixantaine d'années, retraitée ou sans emploi, et s'est parfois montrée violente envers l'agresseur. Le délire de persécution, accompagné d'hallucinations intrapsychiques ou d'automatisme mental et d'interprétations, conduit souvent à une décision d'irresponsabilité pénale pour le meurtrier. L'homicide revêt fréquemment un motif délirant et les symptômes peuvent être majorés par une consommation de toxiques. Le parricide agit seul et se sert d'une arme blanche, opportunément, après qu'un facteur ne déclenche l'homicide. Ce dernier a lieu au domicile de la victime, sans témoin, et n'est pas prémédité. La culpabilité entraînée par le passage à l'acte est parfois à l'origine d'idées suicidaires, de tentatives de suicide ou d'un épisode dépressif chez le meurtrier.

Cependant, notre travail objective plusieurs différences entre les patricides et les matricides. Les patricides présentent plus souvent un trouble de la personnalité schizoïde et passent plus fréquemment à l'acte au cours d'une dispute que les matricides. Les malades mentaux tuent préférentiellement leur mère. Les matricides vivent plus souvent seuls avec leur victime et le passage à l'acte est marqué par l'acharnement de l'auteur à l'encontre de cette dernière, plus fréquemment que dans le cadre des patricides.

Ces éléments témoignent bien de différences entre ces deux types de passage à l'acte.

### **1. La pathologie psychiatrique**

Certains auteurs évoquent un lien entre symptomatologie psychiatrique et violence (20). Beaucoup de parricides psychotiques font preuve d'acharnement lors du passage à l'acte et plus particulièrement les matricides. Les caractéristiques de l'homicide semblent liées à la pathologie du sujet, les schizophrènes agiraient avec plus de violence que les dépressifs (54). L'absence de remords après le passage à l'acte, au détriment d'un soulagement, serait également typique des schizophrènes (54). Champion et al. constatent que les sujets qui ne souffrent pas de cette pathologie ressentent des menaces contre leur identité sexuelle, alors que les schizophrènes perçoivent une menace contre leur existence même, ce qui engendre des différences dans l'homicide (20). Le passage à l'acte criminel du psychotique « répond à un moment de bascule face à une menace centrée sur la vie ou sur

l'intégrité du sujet quand le délire, la pensée ou la parole sont défaillants. Le crime psychotique s'impose comme un sursaut de survie au bord du gouffre, lorsque la menace devient imminente » (158). Bergeret, cité par Hajbi, décrit ainsi la violence du psychotique sur un « mode très primitif, destinée à diminuer une angoisse de destruction par l'autre et n'apportant en soi aucune satisfaction » (57).

Certains facteurs spécifiques de l'état mental du sujet seraient associés à une violence excessive à l'encontre de la victime, comme des idées paranoïdes et de persécution qui majoreraient ce risque (20, 27, 54). La pathologie psychiatrique tient ainsi un rôle important dans l'homicide, tout comme les antécédents violents et les abus de toxiques, qui majorent le risque de violence.

Le taux important de psychose et le motif psychotique fréquemment associé à l'homicide font de cette pathologie un facteur de risque de parricide. Cependant, si presque tous les patients de notre étude sont schizophrènes et sont en situation de rupture thérapeutique, à l'origine d'une recrudescence délirante, avec idées de persécution à l'encontre de la victime, ces éléments ne suffisent pas à expliquer le crime, ni les différences observées. La part des schizophrènes dans la criminalité de la société est faible et, si cette pathologie est fréquente chez le parricide, il convient de rappeler qu'un petit nombre seulement passent à l'acte sur leurs parents. De plus, la sémiologie psychiatrique étudiée dans notre travail n'objective pas de différence entre les patricides et les matricides. Un lien entre la pathologie et l'homicide n'est cependant pas à exclure et peut ne pas avoir été mis en évidence dans notre travail ou correspondre à d'autres facettes de la pathologie, comme des troubles de la

perception ou une désorganisation sévère de la pensée et du comportement. Cette dernière est parfois accompagnée d'une décharge affective extrême, avec de l'excitation ou de la rage et des conduites auto ou hétéro-agressives (18). Dans leur étude, Bourget et al. constatent que cinq des six meurtriers qui décapitent ou mutilent leur victime sont psychotiques. Ils n'ont pas présenté de symptômes positifs, comme des délires ou des hallucinations, mais un comportement irrationnel et désorganisé, menant à l'homicide (18). De même, Mohr et McKnight relatent que, parmi trois jeunes matricides diagnostiqués schizophrènes, mais ne présentant aucun symptôme psychotique lors de l'homicide, deux ont fait preuve d'acharnement sur leur victime (108). La littérature avance que les matricides souffrent plus fréquemment de graves troubles mentaux que les patricides (89). La proportion plus importante de personnalité schizoïde parmi les patricides de notre travail peut refléter une plus faible intensité de la symptomatologie chez ces sujets, avec un envahissement psychotique moindre, cependant comme nous l'avons dit précédemment, ces données nécessitent d'être interprétées avec précaution.

La pathologie présentée par les parricides de notre échantillon ne suffit pas à expliquer les différences constatées entre les patricides et les matricides. L'homicide dépend d'une interaction complexe entre les caractéristiques de l'individu, la victime et l'environnement (20).

## **2. L'interaction entre l'individu, la victime et l'environnement**

La plupart des parricides sont isolés sur le plan socio-professionnel, souvent célibataires, sans emploi et vivent chez leurs parents. La proximité géographique avec la victime serait un facteur de risque d'homicide. La plupart des auteurs sont schizophrènes, souffrent d'un haut degré de difficultés psychosociales et n'ont jamais été capable de vivre seul de façon indépendante (18). Certains auteurs mettent ainsi en lien l'homicide et la relation avec la victime.

Les meurtres intrafamiliaux, en raison du lien affectif entre l'auteur et sa victime, sont souvent commis avec une violence excessive (86). Ochonisky rapproche le parricide du crime passionnel (115). D'après Schmouchkovitch, H. Ey insiste, parmi les conditions nécessaires au matricide, sur « la forte charge affective à l'égard de la mère » (132).

La proximité favorise également les conflits familiaux et empêche la prise de distance, ce qui « semble un élément important qui pourrait déclencher le passage à l'acte chez des individus présentant une fragilité dans leur fonctionnement psychologique » (86).

Marleau, Millaud et Auclair, étudiant les parricides commis par des femmes, constatent que « les facteurs dynamiques semblent différer selon le sexe des victimes ». Le meurtre du père est souvent réactionnel à des abus, au rejet, à l'indifférence ou à une menace d'abandon. Le matricide survient lorsque la mère empêche la formation de l'identité de son enfant et fait obstacle à son indépendance et à son autonomie nécessaires à son développement (95). Si le patricide est souvent sous-tendu par un conflit qui précipite le meurtre, le matricide correspond à un homicide dont la cause est plus archaïque (129). Le meurtre du père fait intervenir

majoritairement un conflit interpersonnel et une confrontation avec la victime, alors que le matricide reflète la relation entretenue avec la mère (88). « Le matricide semble plus fréquent que le patricide chez les schizophrènes, témoignant du caractère très primitif et archaïque des relations avec la mère » (115). « Le couple mère-fils, réalisé si fréquemment chez les schizophrènes, entraîne plus souvent des matricides par un besoin sauvage de possession archaïque, primitif, dans la mort, que des patricides, en dépit de l'agressivité parfois intense du père envers le fils » (44).

Les auteurs de matricide sont souvent jeunes, célibataires, isolés socialement et schizophrènes. Ils vivent la plupart du temps avec une mère dominatrice (72, 138), dans une relation de dépendance mutuelle et hostile (28). Plusieurs études évoquent l'ambivalence entre le meurtrier et sa victime. Cette dernière est souvent décrite comme dominatrice et exigeante d'un côté, alors qu'elle est affectueuse et tolérante de l'autre (138). Beaucoup d'auteurs mettent en lien la dépendance avec le parricide, tant financière qu'en raison de la relation complexe que le fils entretient avec la victime et qui les emprisonne (20, 72, 86, 92, 95, 96, 117, 149). Ce lien serait perçu, par le meurtrier, comme une menace contre son existence et son identité (20). Plusieurs parricides font état d'une situation d'échec à leur autonomie et reviennent au domicile après une séparation de couple ou tuent après qu'il leur soit demandé de quitter la maison familiale. Ainsi, la volonté de mettre des limites, fréquemment décrite comme évènement déclencheur de l'homicide (105), renvoie à cette notion. L'augmentation des tensions intrafamiliales déclenche la crise catathymique (23) et le meurtre.

Pour Le Bihan et Benezech, « l'agression est en règle générale brutale, soudaine, n'excédant pas, la plupart du temps, quelques minutes ». L'homicide survient « dans un contexte émotionnel paroxystique et soudain, dans une impasse relationnelle d'étouffement, d'échec des tentatives de prise de distance avec le parent victime » (83).

Green élabore une théorie psychodynamique du matricide. L'enfant n'a pas pu dépasser l'attachement maternel de l'enfance et la dépendance à celle-ci. Il vit près d'elle et n'a jamais été marié ou peu de temps. Il existe une relation étroite entre eux, de dépendance hostile (54). L'enfant est piégé avec sa mère dans une situation œdipienne prolongée que certains auteurs illustrent par le terme de « phénomène de blocage » (108). Le matricide survient comme l'échappatoire finale de cette situation de domination maternelle. Beaucoup de patients perçoivent leur mère comme une entité dangereuse et expriment souvent le souhait de s'en libérer (54). Le lien mère-fils est sévèrement perturbé et l'enfant lutte pour son indépendance, parfois par un événement violent comme l'homicide.

Par cette relation d'emprise, le meurtrier qui ne peut échapper à cette mère possessive, se sent menacé. Le passage à l'acte violent est appelé violence fondamentale selon Bergeret, cité par Bouchard et Bachelier, et correspond à « un instinct primitif violent, donc archaïque, qui intervient dans le seul but de la survie de l'individu » (16). Pour Freud, il s'agit « d'un instinct réactionnel face à l'angoisse d'un danger réel » (46). L'acte survient dans le cadre d'une « décharge pulsionnelle primitive, non canalisée et non mentalisée », face à un danger. Il s'agit d'une



question de vie ou de mort pour le sujet, s'il ne vainc pas l'autre, il trépassé. Bouchard et Bachelier expliquent « c'est bien là, un stade très archaïque de développement, un stade préobjectal, bien en amont du stade œdipien, où l'indifférenciation sujet-objet demeure et qui persiste chez le patient schizophrène » (16). D'après Yvonneau, « la dynamique matricide suppose chez son auteur une organisation prégénitale, avec la violence démesurée et l'ambivalence angoissante que comporte sa relation très étroite à d'élémentaires objets... L'objet maternel est vécu dans la violence d'une passion exclusive, dans le clivage et l'identification projective, et dans l'imminence ambivalente d'un engloutissement terrifiant ». Il perçoit dans l'acte matricide « une tentative désespérée de se dégager hors de cette structure déréalisante particulière qui tend, tel un vampire, à liquider discrètement mais interminablement l'existence même de tels fils » (154).

Plusieurs auteurs de matricide considèrent leur acte comme un acte cathartique et libérateur. Il survient face à une relation humiliante, menaçant leur identité sexuelle et sociale (20, 90). Par cette relation de dépendance, l'auteur se sent oppressé, frustré, honteux et dévalorisé. Ces conditions menacent l'estime de soi du meurtrier qui a recours à une extrême violence pour la restaurer (72). Champion et al. expliquent que le matricide du schizophrène est un acte désespéré, violent, d'affirmation de soi pour se séparer de la mère (20). D'après Holcomb, Tedeschi et Felson notent, en 1994, que lorsque le but d'une action est de rétablir une injustice, la sévérité de la sentence est guidée par le modèle de réciprocité. La quantité de violence utilisée est alors celle nécessaire à rétablir la justice. Par contre, lorsqu'il

s'agit de l'affirmation de soi, la volonté punitive est plus importante, ce qui pourrait expliquer l'extrême violence dont font preuve beaucoup de matricides. Toujours selon cette théorie, lorsque la violence a pour but de rétablir une injustice ou un grief, la satisfaction est obtenue quand le sujet responsable est atteint, même si la punition est administrée par une autre personne. Par contre, quand le motif principal est la restauration de l'image de soi, la satisfaction est plus facilement obtenue quand la punition est administrée personnellement. L'image de soi nécessite une menace sévère pour que le meurtrier commette le matricide afin de la restaurer (72).

La décision de l'homicide mûrit selon les caractéristiques de la crise catathymique causée par un comportement provocateur. Cette crise est caractérisée par une excitation émotionnelle insupportable, mélange de peur, de rage et de désespoir, associés à la sensation d'être happé dans un processus inévitable et d'agir comme un automate (90).

Les matricides vivent plus souvent seuls avec leur victime. La relation ambivalente amour-haine qui existe entre le meurtrier et sa victime est intensifiée par le confinement de la famille (3). La perte du père déséquilibre le milieu familial et intensifie la complexité de la relation mère-fils, majorée par des conflits préexistants ou un équilibre précaire (54, 129). Dans les cas où le père est absent ou inaffectueux, le sujet manque de l'influence paternelle, cruciale pour l'individualisation psychique du garçon et la séparation de la mère. Il demeure ainsi « soumis à la toute-puissance maternelle » (41). Le matricide est souvent le seul enfant, le cadet ou le plus jeune garçon de la fratrie, ce qui le rapproche d'autant plus de sa mère et accroît cette dépendance (20). La promiscuité avec la victime et la position du parricide dans la famille renvoie, pour certains, « à des angoisses du registre incestueux » (39).

Si la violence excessive est plus fréquente dans le cadre des matricides que dans d'autres homicides, pour certains auteurs cet acharnement ne serait pas lié à une explosion de colère mais serait le résultat d'un moment de panique et de la crainte de ne pas avoir achevé la victime. Cette explication apparaît un peu simpliste et n'est basée que sur trois observations (108). La relation entre le matricide et sa mère serait à l'origine de la violence excessive dont il fait preuve lors du passage à l'acte. Le meurtre conduit ainsi à un sentiment de soulagement, en raison de l'attachement qui existait à la victime. L'homicide est, pour l'auteur, l'ultime solution pour mettre un terme à la domination maternelle (54). Pour Le Bihan et Benezech, la violence excessive, très fréquente, « signe le caractère volontiers émotionnel de l'acte » (83). Beaucoup d'auteurs insistent sur la volonté, non pas seulement de tuer mais d'effacer, d'anéantir l'autre (115). « L'intention n'est pas seulement de tuer mais de détruire, de faire disparaître, d'anéantir le parent victime » (83). Pour Zagury, « l'incroyable acharnement de certains passages à l'acte laisse penser que la mort à donner n'est pas la seule visée ». Le meurtrier cherche à « empêcher la renaissance de la victime » et à « faire en sorte que la victime n'ait jamais existé, que toute trace en soit magiquement effacée et plus obscurément qu'elle ne soit jamais née pour précéder le sujet dans l'ordre des générations » (158).

Lorsque l'homicide revêt une autre dynamique que cette volonté de briser ce lien, la méthode de l'homicide est toute autre. Le meurtre d'un parent âgé est généralement perpétré par des moyens moins violents. Bourget et al. expliquent que, parmi 11 parricides d'une victime de plus de 75 ans, le motif est souvent la compassion face à une détresse réelle ou à une expérience perçue comme douloureuse du parent victime. Celui-ci est tué par une intoxication au monoxyde de carbone dans la plupart des cas. Les auteurs sont psychotiques ou dépressifs dans 81,8 % des situations (18).

Si Chiswick critique cette hypothèse, expliquant que la relation entre le meurtrier et sa mère tient plutôt des conséquences de la maladie mentale, qui diminue la probabilité de se marier et majore la dépendance aux parents, qu'à une explication psychodynamique (23) ; D'Orban et O'Connor avancent qu'une relation d'hostile dépendance prolongée, un isolement et une mère dominante seraient des facteurs étiologiques de matricide plus importants qu'une forme particulière de maladie mentale. Ils retrouvent également un acharnement sur la victime dans la majorité des cas (28). Les conclusions de Virkunen sont similaires à ces dernières. Etudiant des actes violents chez 74 schizophrènes à Helsinki, il note que 36,5 % des actions violentes ont lieu sous l'emprise de délires et d'hallucinations mais dans 44,6 % des cas la victime a fait preuve d'une attitude rejetante envers le meurtrier. Il explique qu'une certaine proportion des actes violents du schizophrène peut être attribuée à la symptomatologie, comme des hallucinations et/ou un délire spécifique, mais qu'une part plus importante serait liée à la relation de dépendance agressive entre le meurtrier et sa victime (146).

### **3. L'association entre la pathologie psychiatrique et les interactions**

Il semble ainsi que la pathologie psychiatrique et la relation avec la victime soient deux facteurs primordiaux, qui s'associent pour mener au passage à l'acte. Selon la théorie de l'affirmation de soi, les sujets en proie à des hallucinations ou à des délires de persécution sont plus souvent enclins à des pensées ou à des perceptions qui menacent leur estime de soi. La dépendance au milieu familial, tant financière qu'émotionnelle, également plus fréquente chez les malades mentaux, peut majorer cette atteinte. Ainsi, pour restaurer l'image d'une personne bonne et juste, ils ne voient alors pas d'autre possibilité que l'homicide (72).

Holcomb, qui effectue une revue de littérature sur 25 études de cas de matricides, note une importante hétérogénéité chez les meurtriers de leur mère. Il distingue trois catégories de matricides. Le type 1 concerne un adolescent ne souffrant d'aucune pathologie mais qui est issu d'une famille dysfonctionnelle avec des abus, une mère dominatrice et un père souvent passif ou absent. Le type 2 implique un meurtrier plus âgé, avec une pathologie mentale chronique qui le rend très dépendant de sa mère. Dans ce cas, l'environnement ne fait pas preuve d'abus mais le meurtrier souffre d'une pathologie psychotique lors du meurtre. Le type 3 inclut une famille abusive, avec une mère dominatrice, un père absent et un meurtrier psychotique. Six des sept meurtriers appartenant au 3<sup>e</sup> groupe s'acharnent sur leur victime et utilisent majoritairement des moyens violents comme des couteaux, des objets contondants et des moyens naturels, en comparaison aux armes à feu ou aux empoisonnements. Cela ne concerne qu'un tiers des sujets des autres groupes. D'autre part, tous les sujets du 3<sup>e</sup> groupe n'ont tué que leur mère, soulignant le caractère pathologique de

leur relation, alors que trois des neufs meurtriers du 1<sup>er</sup> groupe et six des neufs sujets du 2<sup>e</sup> groupe sont passés à l'acte sur d'autres victimes, comme le père, les frères et les sœurs. Les sujets du 3<sup>e</sup> groupe tendent ainsi plus fréquemment à s'acharner sur leur victime et à utiliser des moyens plus personnels pour tuer. Ils ne passent à l'acte, en général, que sur leur mère. Quand la mère est décrite comme dominatrice elle est en général la seule à être tuée. L'acharnement survient lorsque le père est passif ou absent (72), en réponse à la relation fermée et confinée entre la mère et le fils (54).

Selon la théorie de l'attachement, la relation à la mère est fondamentale pour le développement psychologique de l'enfant et perdure à l'âge adulte, de façon plus ou moins forte selon les sujets (88). Green explique que la plupart des hommes matricides ne sont pas parvenus à dépasser l'attachement et la dépendance à leur mère (54). Le complexe d'Oreste stipule que l'attachement ambivalent à la mère peut se transformer en rage à son encontre chez un fils vulnérable (120, 138). Le matricide est chargé d'émotions car il engage le lien mère-enfant qui est généralement la première relation d'un enfant et lui permet d'être fort toute sa vie durant. Ainsi, Ochonisky voit dans le matricide les « caractères d'un engagement aveugle » et d'un « abandon total dans l'acte » (115). Elle explique qu'à travers l'homicide, on perçoit l'ambivalence du fils envers sa mère, avec « la lutte de tendances contradictoires ». L'acharnement serait lié au fait que « pour arriver à commettre son acte, le meurtrier doit se faire violence à lui-même et se jette dans la brutalité » (115).

Le matricide survient ainsi comme ultime réaction de violence pour briser un insupportable lien émotionnel (101). Les psychotiques meurtriers de leur mère sont dépendants de leur victime et incapables d'accepter la séparation pour acquérir le statut d'homme mature (20). L'enfant ne peut s'échapper de la relation de dépendance, en raison d'une instabilité économique ou sociale, associée à la maladie mentale. Il a échoué dans ses tentatives de vivre indépendamment de sa mère, malgré l'intense hostilité mutuelle qu'il perçoit. Il lutte avec rage, les tentatives de suicide et les actes violents avant l'homicide reflètent les tentatives avortées de séparation. Il se sent bloqué dans une relation de dépendance avec sa mère, qu'il perçoit comme dominatrice, hostile et rejetante, alors qu'elle le maintient dans une relation symbiotique (20, 28). Champion et al. expliquent que « dans le groupe d'hommes schizophrènes qui tuent leur mère, l'acte matricide peut être compris comme une réaction à un fantasme d'annihilation physique ou psychologique, un acte violent désespéré d'affirmation de soi pour se séparer de la mère » (20).

« Chez les schizophrènes, le challenge de l'indépendance est trop important, mais une régression satisfaisante est impossible, ce qui les ramène à une dépendance au parent engloutissant, qui suscite des impulsions d'homicide... la terreur provoquée par l'affirmation de soi et l'expression d'une hostilité ambivalente détruit les parents » (20). Des auteurs stipulent que la peur de l'engloutissement par la mère, la peur de la fusion, voit le jour à une période très précoce de leur vie. Le problème de la séparation, selon la distorsion psychotique, se transforme en défense contre une mère qui menace son existence ou son identité (20).

En plus de la pathologie qui tend à maintenir une relation de dépendance avec la mère, les matricides ne disposent pas de l'influence paternelle, cruciale au processus d'individualisation et de séparation de la mère (20). Dreyfus, cité par Fontaine et Guerard des Lauriers, explique la relation objectale pathologique du psychotique, par défaut d'identification aux objets parentaux, comme une « relation narcissique à l'autre dont l'échec mène à la destruction de soi-même et du monde, et parce qu'ici elle vise à éviter avant tout l'objet, dont la reconnaissance se fait, pour le psychotique, intolérable, dans un mode où il n'y a pas de place pour deux, ni pour un seul. La différenciation conduit sujet et objet à s'écraser l'un contre l'autre comme deux planètes incompatibles » (44). Face à cette impression de dévoration par la mère, le matricide s'inscrit comme une ultime volonté du meurtrier de se différencier pour devenir lui-même sujet. « Cette emprise, toujours fantasmatique mais objectivement plus ou moins prononcée, ne devient horriblement intolérable qu'à certains esprits, psychopathiques ou psychotiques, diversement pris par une déstructuration déréalisante ». Yvonneau qualifie le lien entre la mère et le fils de « structure vampirique », dans laquelle il y a « liquidation » du fils par le comportement « dévorant » de la mère et dont il se dégage par le meurtre (154). Plus qu'une simple ambivalence mère-fils, il y aurait une confusion des limites chez le matricide psychotique entre soi-même et l'autre (111). Comme l'explique un meurtrier, « si je les ai tués, c'est peut-être pour les tuer en moi » (158). Pour



certain auteurs, l'acte serait « une forme ultime de crime fusionnel », dans lequel le sujet détruit l'autre, non pas dans une volonté « d'anéantir l'objet » mais « de le garder dans un intérieur immuable... dans une appropriation quasi cannibalique, pour laquelle l'autre n'existe que s'il est un avec soi-même » (111).

Le meurtrier se sert d'une arme d'opportunité qui « renvoie à la mobilisation des pulsions primaires destructrices intenses » (105). Certains utilisent la métaphore suivante à propos des matricides qui utilisent préférentiellement un couteau, « qui prolonge la main jusqu'au cœur de la victime » (154). Campion et al. suggèrent que le matricide doit être compris comme ayant une fonction dans le développement psychique de l'individu. Cette pulsion est marquée par les étapes successives du processus de séparation-individuation, l'identité sexuelle et les représentations des désirs incestueux, ainsi que par l'intolérance aux frustrations maternelles. Il existe ainsi tout un panel de motivations corrélées au niveau d'organisation psychologique du sujet. A chaque niveau, le passage de la pulsion en action est favorisé par des circonstances particulières, comme la composition familiale, les troubles mentaux, les intoxications à l'origine d'une déshinhibition, les agressions antérieures non réfrénées et la perte d'objet (20).

Meloy établit une distinction selon la violence dont fait preuve le meurtrier durant le passage à l'acte. Il distingue la violence prédatrice, qui est instrumentale, intentionnelle et vide de notes émotionnelles. Son auteur fait preuve d'une violence souvent planifiée, dans un but utilitaire, tendant à obtenir un bénéfice. Son comportement n'est pas limité dans le temps et entre dans le cadre d'une réaction

cognitive d'attaque. Cette réaction est déterminée et contrôlée. A l'opposée, la violence affective constitue une réaction émotionnelle, relativement incontrôlée. Le meurtrier fait preuve d'une violence réactionnelle immédiate, ressentant une colère ou une peur importante, face à une menace qu'il perçoit. Il réagit dans le but de réduire ce danger imminent. Ce type de violence est limité dans le temps et s'inscrit dans le cadre d'une réaction affective de défense, mue par des sentiments et non par un mobile rationnel. Elle survient de manière impulsive et souvent excessive (102). Si les parricides de notre échantillon tendent à commettre un meurtre d'opportunité, sans précautions pour dissimuler le corps ni échapper à la justice, ce qui caractérise habituellement les homicides commis par les malades mentaux, la composante émotionnelle et violente semble plus importante chez les matricides et pourrait en partie expliquer les différences entre les deux types de meurtriers de leurs parents. La violence affective correspond au modèle du meurtrier désorganisé proposé par le FBI et serait le reflet de la désorganisation psychique liée aux manifestations psychotiques et émotionnelles (83) plus importantes chez le matricide.

Afin d'illustrer notre propos, nous avons choisi deux vignettes cliniques qui témoignent des différences entre les passages à l'acte patricides et matricides.

#### **4. Le patricide de M. P.**

M. P., schizophrène hébéphrénique, tue son père à l'âge de 29 ans, avec une arme à feu.

Il est le second d'une fratrie de six, composée de trois sœurs et deux frères. Il vit chez ses parents, qui sont employés viticulteurs. Seule la sœur aînée a quitté le foyer familial.

Sa scolarité est médiocre, il interrompt ses études à 16 ans, en fin de troisième. Il entame un apprentissage en boucherie pendant quatre ans et demi mais n'obtient pas le CAP. Durant son service militaire, affecté comme serveur au mess des officiers, il est puni d'arrêts simples, pour avoir insulté un sous-officier, « un général devait venir manger le midi, j'ai dit c'est trop je ne ferai rien ». Pour des infractions durant le service national, des insultes et des refus d'obéissance, il est puni à quatre mois et demi de prison ferme.

Il est ensuite employé dans une société de boucherie mais est congédié au bout de deux ans et demi après s'être querellé avec le directeur. Il explique, de façon évasive, qu'il y avait « pas mal de choses, des choses qui n'allaient pas ». Il est recruté pour six mois dans une distillerie, puis en tant que désosseur dans une autre société. Il démissionne pour un autre poste d'employé boucher, qu'il abandonne quelques mois avant le meurtre, « je suis parti sur un coup de colère, un soir, à cause d'un responsable qui n'arrêtait pas de se contredire ». Il s'inscrit alors au chômage mais ne perçoit pas d'allocation en raison de sa démission.

Une personnalité pré-morbide de type schizoïde est évoquée d'après l'anamnèse. Les acquis semblent progressivement se détériorer pendant son adolescence, émaillée de mouvements de colère ou de violence, contenus jusqu'au service militaire. Son état de santé semble se dégrader à cette même période. Il effectue ensuite plusieurs « petit boulots », qu'il mène rarement à terme. Il n'a pas de loisirs et mène une existence ritualisée entre son travail et sa famille. Les échanges professionnels et familiaux s'appauvrissent. Il ne se déplace plus pour chercher un emploi et occupe ses journées à lire des annonces dans le journal ainsi qu'à regarder la télévision. Il reste la plupart du temps couché sur son lit, ses relations sociales se détériorent et il apparaît de plus en plus bizarre à son entourage familial. Il n'a jamais entretenu de relation amoureuse. Il explique ne pas vouloir se marier, ni fonder un foyer, à cause « des problèmes de lecture, et d'emploi et surtout à cause des problèmes d'argent... ». Les experts notent que ce dernier point « le préoccupe beaucoup et revient constamment dans son discours ».

Les relations avec son père sont conflictuelles. La situation se serait aggravée deux mois avant l'homicide, quand le père a confisqué les clés de la voiture de son fils, suite à un retrait de permis de conduire, en lien avec un accident de la voie publique. Malgré le fait qu'il ne possède plus l'autorisation de conduire, M. P. veut piloter sa voiture. Il se sent rejeté et victime de la société. M. P. et son père se querellent de plus en plus souvent à propos de la voiture que le père envisage de vendre. M. P. vit dans l'oisiveté au domicile parental, ce que le père tolère difficilement. Ce dernier estime que son fils vit à ses dépens, alors que les revenus du ménage sont modestes, et qu'il doit travailler.

M. P. n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux ni psychiatriques notables. Il ne consomme pas de toxiques. Avant l'homicide, il ne reçoit aucun traitement.

Le soir du meurtre, il regarde la télévision tandis que ses parents bavardent dans la cuisine. Leur conversation concerne le remboursement d'un prêt que M. P. a contracté pour acheter une voiture. Sans revenus depuis qu'il a démissionné, il ne paye plus les échéances que son père honore à sa place. Ce dernier désirerait revendre la voiture et explique à son fils qu'il ne pourra pas rester au domicile s'il ne cherche pas de travail. M. P. monte alors dans sa chambre chercher une carabine, puis redescend et tire sur son père.

Il raconte « j'étais assis, je voulais lui parler, à la maison on a jamais beaucoup parlé, mais ce jour là je voulais parler, je me suis redressé, je me suis levé pour lui répondre, je suis allé chercher une carabine dans ma chambre, elle me servait à faire des cartons à la cave. J'ai tiré cinq ou six coups, il a reçu des balles dans l'estomac, il est mort. Ma mère et mes frères et sœurs effrayés sont sortis dans la rue, les gendarmes sont arrivés, ils avaient peur, ils étaient tous dehors, j'ai dit aux gendarmes si vous entrez je vous tire dessus, ils sont entrés de force et m'ont emmené à l'hôpital ».

S'il reconnaît les faits, Il reste indifférent et détaché par rapport à ses actes. Il n'a pas d'autre regret que celui d'être au chômage, « je regrette c'est pour les emplois ». Si la disparition paternelle ne l'émeut pas, il doute de la réalité de cette mort, interrogeant « vous ne savez pas si mon père est mort ? ». Il n'exprime aucune émotion « c'est venu d'un seul coup, après ça a été le vide, plus rien, le coup est parti, tout a été calme ». Il raconte, à propos des querelles sur la voiture, « ensemble on en discutait jamais longtemps, j'ai voulu mettre les points sur les i, je ne voulais

pas vendre ma voiture ». A propos du meurtre, il rapporte avoir voulu parler avec son père, « j'étais en face de mon père, je ne pouvais pas payer les traites de la voiture... mon père en avait assez de me voir sans travail... il voulait me mettre à la rue... Je me suis engueulé avec lui... J'ai été chercher la carabine et je l'ai chargée, je croyais lui faire peur... j'ai eu un trou noir et le coup est parti... ». Le meurtre n'est, comme souvent, pas prémédité et survient suite à une dispute. Il n'exprime aucune culpabilité, « je ne me sens pas coupable ». Enigmatique et opposant, il déclare « de toute façon, le problème est réglé ».

Les experts constatent une pauvreté des mimiques, une voix atone, un regard vide et un visage inexpressif. M. P. apparaît comme dévitalisé, en dehors de quelques rires immotivés. Il est d'intelligence normale, mais la détérioration cognitive liée à la maladie est importante. Il ne sait plus ni lire ni écrire, alors qu'il possédait auparavant l'ensemble de ces acquisitions scolaires. Il présente également des difficultés de concentration, en raison d'un relâchement des associations idéiques. Le cours de la pensée est perturbé, avec barrages, fading et suspension inopinée du discours. M. P. est décrit comme bizarre, hermétique et ambivalent. Le syndrome dissociatif altère la perception de son environnement, il est détaché du monde extérieur et de la réalité ambiante.

Depuis plusieurs années, il fait des gestes absurdes, tels que simuler de dégainer un pistolet, même dans la rue. Ces stéréotypies gestuelles inexplicables ont pour origine un automatisme mental, « on me commandait, on me surveillait ». Il a l'impression que ses pensées sont devinées, que ses actes et ses pensées sont commentés, « quand j'allais aux toilettes, quand je me lavais, ils racontaient tout ». En complément de ce syndrome d'influence, il relate des impressions de transformation des gens et des lieux, avec sensations de dépersonnalisation et de déréalisation.

Des éléments persécutifs constituent également le délire paranoïde, qui est pauvre et sans persécuteur désigné.

Si la symptomatologie délirante disparaît sous traitement neuroleptique, il évacue toute problématique conflictuelle et toute émotivité dans son discours ainsi que dans ses attitudes, montrant une « hyper-réalité » sans expression ni réactivité. Il dit de la relation avec ses parents « je m'entendais très bien avec mes parents, je n'avais pas de problème, juste des petites disputes... » et de son service militaire « je me suis juste un peu engueulé avec le commandant... », alors que la réalité est toute autre.

M. P. est déclaré irresponsable. Les experts expliquent que « les faits reprochés sont directement en relation avec le syndrome dissociatif. A cause de ses troubles mentaux, M. P. vivait sa voiture comme un prolongement de lui-même... l'idée de rendre cette voiture était insoutenable, c'était comme le détruire lui-même. Du fait de ses graves troubles psychiques, M. P. ne pouvait pas communiquer son désarroi ou faire partager son émotion. Son père le persécutait en lui confisquant les clefs de la voiture. En voulant la vendre, il l'agressait de manière intolérable ». Aucune ébauche de critique du geste n'apparaît, la gravité de ses conséquences est ignorée. Il remarque froidement à propos du meurtre que « ça s'est fait bêtement » et que « tout est oublié maintenant ».

## **5. Le matricide de M. M.**

M. M., schizophrène paranoïde, commet un matricide dans un contexte délirant, alors qu'il est âgé de 20 ans.

Il est le cadet d'une fratrie de trois enfants, composée d'une sœur et d'un frère qui ont quitté le domicile familial. Il explique, à propos de son enfance, « quand j'étais gosse, c'était très conflictuel... c'était pas la franche entente ». Le père, ouvrier, apparaît froid et absent, « mon père c'était le travail et puis en bas dans le garage... ». Sa mère, institutrice, entretient avec son fils une relation pathologique, fusionnelle et se montre plutôt tyrannique envers son mari. Elle « était très nerveuse, elle prenait tout le temps des médicaments pour ça. Quand ça n'allait pas, c'était plutôt à elle que je m'adressais ». Elle lui a expliqué qu'il n'était pas un enfant désiré mais que l'avortement n'était pas légal à cette époque.

Après avoir redoublé la terminale, il est en première année d'école d'architecture au moment des faits. Lorsqu'il commence ses études supérieures, il rompt brutalement avec le milieu familial. Il vit seul depuis quelques mois, n'a guère d'amis et n'a jamais eu de relation suivie avec une fille.

Depuis la rentrée scolaire, il rencontre des difficultés dans ses études, un sentiment d'échec et une altération des relations sociales avec une tendance au repli sur soi. L'ensemble de ces perturbations semble évoluer sur un fond de personnalité de type schizoïde.



Il n'a pas d'antécédent de consommations de toxiques, ni sur le plan judiciaire. Il a déjà vu quelques psychiatres, à la demande de ses parents, mais sans entamer de réelle prise en charge. Une quinzaine de jours avant le meurtre, il effectue une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, dont il est incapable de donner une quelconque justification. Il n'honore pas les rendez-vous suivants.

Le matin du meurtre, il doit se rendre chez une psychiatre, avec laquelle il a déjà eu quelques contacts. Sa mère a prévu de le véhiculer car il ne possède pas le permis de conduire. Il traîne, sans raison apparente, et sa mère annule le rendez-vous, en lui disant « maintenant c'est trop tard ».

Alors qu'ils sont dans la cuisine familiale, il assomme sa victime à l'aide de plusieurs coups d'une barre de fer qui se trouvait à proximité. Il la frappe ensuite, à de nombreuses reprises, avec une hache, qu'il va se procurer dans le cabanon du jardin. Il charge le corps dans le coffre de la voiture qui se trouve au garage. Son père est absent du domicile et surprend son fils qui passe la serpillère au sol afin d'effacer les traces du meurtre lorsqu'il rentre. M. M. fuit et revient sur les lieux quelques heures plus tard, se faisant alors interpellé par les forces de police.

Il reconnaît les faits immédiatement après et déclare « j'ai tué ma mère ». Il explique son refus de se rendre en consultation et avoir demandé à sa mère de lui couper les cheveux pour retarder leur départ. Il se serait ensuite senti stressé par l'énervement de sa victime. L'insistance et l'empressement de cette dernière lui sont apparus suspects. Il dira plus tard, à propos du comportement de sa mère, « il y a eu quelque chose de louche, d'étrange, elle a été louche à un moment donné... j'ai pensé qu'il y avait un complot entre elles deux, entre les deux femmes. Je ne voulais pas y aller, c'est pour ça que j'ai tout fait pour retarder ».

Il explique « j'ai douté de ma mère ; c'est comme ça que je l'interprète maintenant ; je croyais qu'elle était différente d'avant, qu'elle ne m'aimait plus autant, qu'elle était contre moi. C'est pour ça que j'ai cherché une barre de fer et que je l'ai frappée jusqu'à la mort. Comme elle n'était pas vraiment morte, j'ai voulu abrégé ses souffrances et j'ai cherché une hache, c'est là qu'elle est morte ; je lui ai coupé la tête en tapant plusieurs fois, puis je l'ai mise dans un drap et je l'ai descendue dans la voiture en la portant sur le dos ». Il n'aurait pas mis le corps et les armes dans le coffre pour les emporter hors du domicile mais pour les soustraire à sa vue « je voulais le mettre quelque part où je ne le verrais pas – c'est une aura qui est confortable - je le dis avec des guillemets ».

Il explique qu'il rencontrait des difficultés dans ses études, « j'avais peur que ma mère ait honte de moi, j'étais totalement déstabilisé ». Il fait état d'un vécu douloureux, « la vie c'était trop dur, la vie en général... en prévision de ce qui allait m'arriver ; je voyais que je ne serai pas indépendant, que j'allais rater mon année d'architecture ». Nous notons ici l'échec du matricide à acquérir son indépendance. Il illustre les solutions envisagées à ce moment là pour échapper à cette situation, dont le suicide, avec la fréquente oscillation meurtre-suicide du psychotique. « Je voulais aussi me suicider à cette époque ; je me disais que si je me suicidais et que je la laisse vivre, elle aurait certainement beaucoup de peine ». Il raconte qu'il « cherchait de l'aide là où il n'y en avait pas », se rendant par exemple dans une maison de disques et demandant quelle vedette allait passer, espérant qu'elle pourrait l'aider.

Au fur et à mesure des examens, les experts notent « nous observons une accentuation très nette de la pathologie ». Il devient réticent et refuse d'aborder les faits « je ne veux pas en reparler, maintenant c'est fini ». Il est froid, distant et peu affecté par la gravité de ses actes, indifférent. Il évoque l'étrangeté du meurtre, qui persiste après les faits, « ça me surprend, je ne croyais pas que j'étais capable de faire ça ». La pensée est floue, désordonnée, avec des réponses à côté et des rires immotivés. L'affectivité est gravement troublée et ses propos illustrent la discordance : « c'était pour prolonger les bonnes relations que j'entretenais avec elle que je l'ai tuée ». Alors qu'il évoque les faits et leur violence, il enchaîne aussitôt par des préoccupations banales « je manque de confort ici : j'ai fait la liste de ce qui me manque... Je vous donne la liste ? ».

Ces éléments s'accompagnent d'un vécu délirant flou et peu structuré, à mécanismes essentiellement intuitif et interprétatif. Il fait état d'un automatisme mental et croit à la transmission ainsi qu'au devinement de la pensée. Il se sent le centre d'intérêt des professeurs, sur un versant mégalomane, et à la fois dépressif, car inférieur dans leur estime. Les idées de persécution, concernant la psychiatre et sa mère, atteignent leur paroxysme lorsque cette dernière dit « maintenant c'est trop tard ». S'il peut se trouver soulagé, il est également confronté à un redoublement de cette impression de danger. L'anxiété de sa victime n'était pas pour le rassurer. « Quand ma mère a dit : c'est trop tard, j'étais soulagé, mais en même temps je lui en voulais, en même temps je la voyais anxieuse, je voulais lui éviter du mal ». Il extrait le cerveau et le cœur pour « détruire les organes vitaux pour arrêter la transmission de pensée... de sa mère... à d'éventuels capteurs » et pour tenter de « cacher ce qu'il avait fait », c'est-à-dire « d'avoir tué sa mère... que ça ne se sache pas, par transmission de pensée ; je craignais que d'autres personnes

pourraient être au courant de ce qui venait de se passer ». Il fait des commentaires identiques concernant le cœur, « je ne voulais pas qu'elle souffre, de son cœur, d'une façon ou d'une autre, et qu'on ne sache pas qu'elle ait souffert ; c'est pour ça que j'ai voulu faire disparaître le cœur ».

Les faits sont survenus dans un contexte délirant où se mêlent haine « je croyais qu'elle était contre moi » et amour « je ne voulais pas qu'elle souffre ». Les experts qui l'examinent constatent « qu'il avait rapidement tendance à occulter le déroulement de son passage à l'acte », arguant « j'ai perdu totalement le contrôle de moi-même ». Toutes les tentatives de rationalisation qu'il tente d'avancer conduisent toujours à une anxiété majeure qui l'a submergé, son passage à l'acte indiquant une manifestation de défense contre l'angoisse extrême, « l'angoisse de déstructuration, d'où le caractère impulsif et particulièrement violent envers sa mère ».

Il s'acharne sur sa victime, la décapite, casse la boîte crânienne et la cage thoracique pour en extraire le cerveau et le cœur. Il fait passer les organes dans l'évier, après les avoir coupés en petits morceaux et passés au mixer. Il veut absolument, par cet acte et en les évacuant, soustraire tout élément vital du cadavre.

Si nous reprenons l'histoire familiale, l'histoire de la victime de M. M. est marquée par le décès de sa mère à l'âge de 10 ans. Elle prend alors le relais à la maison, car au sein du couple parental, la mère était plutôt dirigiste, autoritaire et le père effacé. La victime reproduit le schéma parental en épousant un homme effacé. Dans la

logique familiale, il n'y a pas d'affects entre ses membres, pas de relations extérieures, les convenances et les études sont primordiales et le couple doit rester uni jusqu'à ce que la mort les sépare. M. M. explique aussi que « la famille idéale, c'est d'avoir deux enfants, une fille pour le papa et un garçon pour la maman ». Le couple des grands-parents a été dissout par la mort de la grand-mère, le couple parental a été dissout de la même façon par la mort (le meurtre) de la mère et seuls les pères défailants survivent. Il avait besoin d'une identification au père. Le meurtre lui a permis de s'en rapprocher et de l'appréhender autrement.

Peu après, alors qu'il est incarcéré, il fait une tentative de suicide par précipitation, en lien avec une importante culpabilité et la prise de conscience de l'acte, qui entraînent une souffrance morale. Il développe également une amnésie des faits, qui semble être un mécanisme de défense contre ce ressenti. Il est déclaré irresponsable pénalement. Le cadre rassurant de l'UMD lui a permis de se resocialiser et d'entreprendre un processus psychothérapeutique avant de retourner dans son hôpital d'origine.

## 6. Discussion

Bien sûr, comme l'explique Zagury, il est réducteur et illusoire de tenter de résumer le sens de l'homicide, qui correspond à des mécanismes multiples et à des situations cliniques variées. « Il n'y a pas un seul type de passage à l'acte mais de multiples façons de basculer dans l'acte » (158). Cependant, les passages à l'acte patricides et matricides apparaissent bien distincts et nous pouvons dégager quelques éléments explicatifs de notre travail.

Comme souvent dans ce cadre, le patricide de M. P. est précipité par une dispute en lien avec un motif financier. Il existe une relation conflictuelle, entre le père et le fils, qui perdure depuis quelques mois. Le meurtre a lieu au domicile familial, sans préméditation, à l'aide d'une arme d'opportunité. Des témoins sont présents, il s'agit d'autres membres de la famille. M. P. reste froid par rapport à son acte, sans remords ni culpabilité.

Le matricide de M. M. survient suite à un évènement anodin, « elle a été louche à un moment donné » et s'avère sous-tendu par des éléments persécutifs. M. M. et sa mère entretiennent une relation ambivalente, fusionnelle, tandis que le père est plutôt absent. La tentative de suicide, peu de temps avant le meurtre, reflète la tentative d'échapper à cette relation de dépendance. L'homicide se déroule au domicile familial, en l'absence de témoin, avec une arme d'opportunité et sans préméditation. Il reflète la relation ambivalente entre la mère et le fils. Le meurtrier s'acharne sur sa victime, dans le but de soustraire tout élément vital de celle-ci. La culpabilité le conduit à cacher le corps avec un drap, à vouloir le déplacer, pour le soustraire à sa vue et à commettre une tentative de suicide dans les suites du passage à l'acte.

Les parricides de notre échantillon sont en général schizophrènes et présentent un délire de persécution à l'encontre du parent victime, de mécanismes hallucinatoires et interprétatifs. Si les patricides et les matricides apparaissent similaires sur le plan psychiatrique et que les distinctions observées dans notre étude ne semblent pas en lien avec ces caractéristiques, la pathologie semble cependant jouer un rôle dans l'homicide. Ces différences peuvent ne pas avoir été mises en évidence dans notre travail.

Ces éléments n'apparaissent, par ailleurs, pas suffisants pour expliquer ces distinctions. L'interaction entre le meurtrier, sa victime et l'environnement, qui s'associe aux troubles mentaux, semble également cruciale. Alors que le patricide survient souvent en réaction à un conflit, le matricide entretient une relation fusionnelle avec sa mère, vit seul avec sa victime, dans un climat de dépendance hostile. Ce lien affectif, impossible à briser, emprisonne l'enfant, lui apparaît comme menaçant sa survie, et le conduit à tuer avec acharnement, afin d'effacer toute trace de sa victime, pour s'en séparer définitivement.

Les patricides et les matricides sont souvent regroupés, sous l'unique appellation de parricide. La littérature ne fait pas assez de distinctions entre ces deux types d'homicide, qui apparaissent pourtant bien différents. Comme le soulignent Marleau, Millaud et Auclair, à propos du parricide féminin, « les mécanismes contribuant à ce phénomène diffèrent cependant selon que la victime soit le père ou la mère... ces résultats indiquent de ne pas traiter ce type de délit de façon homogène » (95).

## CONCLUSION

Le parricide, acte contre nature par excellence, est l'un des homicides les plus incompréhensibles qu'il soit. Tuer son père ou sa mère interpelle, dérange et suscite tant de l'horreur que de l'émoi dans la population. Cet acte interroge et, comme l'explique Freud, dont les propos sont repris par Ochonisky, « c'est à peine l'effet du hasard si trois chefs-d'œuvre de la littérature de tous les temps traitent du même thème, à savoir le parricide : l'Œdipe-Roi de Sophocle, le Hamlet de Shakespeare et Les frères Karamazov de Dostoïevski » (115). Nous nous sommes également questionnés sur les raisons qui peuvent pousser un être humain à détruire ce lien sacré qui l'unit à ses parents, non pour l'excuser mais pour le comprendre. Heureusement peu fréquent, le parricide est souvent le reflet d'un dysfonctionnement psychique chez le meurtrier, ce qui apporte une ébauche de réponse à ces interrogations. Nous avons étudié plus particulièrement la psychopathologie conduisant le meurtrier à tuer préférentiellement son père ou sa mère.

Existant depuis l'origine de l'humanité, des exemples variés nous ont permis de parcourir l'historique de ces homicides. L'association entre le parricide et la maladie mentale est fréquente et plusieurs concepts théoriques ont vu le jour, afin de tenter d'explicitier ces passages à l'acte. Toutes ces théories témoignent de la complexité de ces meurtres. Cette difficulté transparaît également sur le cadre légal, à travers le sort qui pouvait être réservé à leurs auteurs. A l'heure actuelle, beaucoup de parricides sont déclarés irresponsables pénalement en raison de troubles mentaux.



Ces homicides sont souvent abordés, dans la littérature, par l'intermédiaire de petits échantillons et de manière générale. Nous avons souhaité nous intéresser plus spécifiquement aux distinctions entre les patricides et les matricides et plus particulièrement au versant psychiatrique. L'étude de trente-deux hommes parricides adultes hospitalisés à l'UMD de Sarreguemines, entre le 1<sup>er</sup> janvier 1983 et le 31 décembre 2012 au 1<sup>er</sup> service et entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 31 décembre 2012 au 2<sup>e</sup> service, révèle de nombreuses similitudes parmi les meurtriers de leurs parents. Ce sont des hommes d'une trentaine d'années, souvent isolés socio-professionnellement. Ils sont célibataires, sans enfant et vivent avec leur victime. Ils sont d'intelligence moyenne mais ont rencontré des difficultés dans leur scolarité et n'ont pas d'emploi. Ils sont parfois l'aîné ou le seul garçon de la fratrie. Certains ont des antécédents judiciaires et ont fait preuve d'un comportement violent envers la victime avant le meurtre. Ils souffrent de schizophrénie paranoïde, ont bénéficié d'hospitalisations et font preuve d'un défaut d'observance thérapeutique. Des troubles de la personnalité associés et des prises de toxiques sont fréquents. Les parricides présentent un délire de persécution à l'encontre du parent victime, souvent accompagné d'hallucinations intrapsychiques ou d'automatisme mental et d'interprétations. La victime est âgée d'une soixantaine d'années, retraitée ou sans emploi, et a parfois fait preuve de violence à l'encontre du meurtrier avant l'homicide. Celui-ci se déroule au domicile de la victime, sans témoin, ni préméditation, avec une arme d'opportunité, qui est souvent une arme blanche. L'auteur agit seul et un facteur déclencheur au meurtre est fréquent. L'homicide revêt parfois une motivation délirante et s'associe, dans certains cas, à une consommation de toxiques. Il peut être suivi d'idées suicidaires, de tentatives de suicide, ou d'un épisode dépressif, en raison de la culpabilité qu'il engendre.

L'objectif de notre travail était de mettre en évidence les différences entre les patricides et les matricides. La victime, chez les sujets atteints de troubles mentaux, est plus souvent la mère. Des pathologies mentales graves sont plus fréquentes chez les matricides et les dynamiques sous-jacentes varient entre ces deux groupes (88). Le meurtre du père apparaît plus souvent en réaction à une dispute, chez un sujet présentant une personnalité schizoïde. Le matricide vit plus fréquemment seul avec sa victime, avec laquelle il entretient une relation de dépendance hostile. Le lien affectif qui les unit, accompagné d'une forte emprise maternelle, est perçu par le meurtrier comme une menace pour sa survie. « Etre ou ne pas être, la clef de la tragédie est toujours la remise en question de l'existence même » (115). La phrase souvent prononcée par le meurtrier, « c'était elle ou moi », reflète cette situation d'impasse. Dans un mélange d'amour et de haine, le matricide tue alors sa victime avec une violence excessive, pour effacer toute trace de son existence.

La littérature fait peu de distinctions entre les auteurs de patricide et de matricide, qui sont souvent regroupés en une seule catégorie, alors confondus sous l'appellation unique de parricide. Si notre étude, soumise à des biais, n'a pu démontrer qu'un petit nombre de différences statistiques entre ces deux types de passages à l'acte, l'impression clinique, à la lecture des dossiers, en suggère d'autres. Il semblerait que les patricides profèrent plus de menaces et/ou présentent plus d'antécédents violents à l'encontre de la victime avant le meurtre. Ces éléments témoignent d'une relation conflictuelle père-fils qui perdure et confortent l'hypothèse selon laquelle le patricide

survient à la suite d'une dispute qui précipite l'homicide. Les meurtriers de leur père présenteraient moins d'idées suicidaires, de tentatives de suicide ou d'épisode dépressif dans les suites du passage à l'acte. Ces difficultés relationnelles n'engendrent que peu de culpabilité après le décès de la victime, contrairement aux matricides qui entretiennent une relation ambivalente avec leur mère. Les antécédents psychiatriques semblent plus fréquents dans cette population que chez les patricides, qui n'ont plus souvent jamais eu de contact avec la psychiatrie ni bénéficié de traitement psychotrope. Le passage à l'acte matricide est plus fréquemment perpétré en lien avec des éléments délirants. Si la symptomatologie apparaît qualitativement similaire, elle semble plus intense chez les meurtriers de leur mère. Ces éléments sont en faveur d'une pathologie psychiatrique plus prégnante et plus invalidante chez les matricides. On constate également que ces derniers sont plus fréquemment perpétrés en l'absence de témoin. Si l'acharnement à l'encontre de la mère semble lié à la relation mère-fils, il est cependant nécessaire de confirmer ces données, la présence de témoins chez les patricides pouvant arrêter le meurtrier et empêcher la violence excessive. Ces éléments, ayant attiré notre attention lors de l'analyse des dossiers, ne sont cependant pas démontrés statistiquement et ne peuvent donc être affirmés avec certitude. Leur confirmation apporterait plus de validité aux conclusions de notre étude, renforçant notre impression que les patricides et les matricides sont deux passages à l'acte bien distincts, commis par des individus différents.

Des travaux complémentaires seraient nécessaires, afin de poursuivre ces investigations et d'objectiver des différences peut-être plus significatives entre ces passages à l'acte. Ils pourraient être réalisés auprès de la population générale des parricides, afin d'éliminer le principal biais de notre travail qui était la sélection de patients hospitalisés en psychiatrie, à l'aide d'un échantillon plus important. Des études pourraient également affiner la sémiologie psychiatrique présentée par ces sujets. Si nous ne sommes pas parvenus à mettre en évidence de différences à ce propos, un travail avec des échelles standardisées, objectives, reproductibles et plus précises, comme la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) pourrait être réalisé dans les suites immédiates de l'homicide, afin d'apporter une orientation quant à la sévérité de la pathologie (76). Il transparaît bien, en effet, d'après notre étude et l'impression clinique qui découle de notre travail, qu'« on ne tue pas sa mère comme son père » (104).

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **1. AARAB C., AALOUANE R., RAMMOUZ I.**

Matricide et psychose hallucinatoire chronique.  
L'Information Psychiatrique, 2012, vol. 88, pp 63-69.

### **2. AHN B.H., KIM J.H., OH S., CHOI S.S., AHN S.H., KIM S.B.**

Clinical features of parricide in patients with schizophrenia.  
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2012, vol. 46, pp 621-629.

### **3. ANASSERIL E.D., HOLCOMB W.R.**

A comparison between men charged with domestic and nondomestic homicide.  
The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 1985, vol. 13,  
pp 233-241.

### **4. BACHOFEN J.J.**

Le droit maternel, recherche sur la gynécocratie de l'antiquité dans sa nature  
religieuse et juridique, traduit par E. Barilier.  
Lausanne, L'âge d'homme, 1996, 1373 p.

### **5. BALIER C.**

Le viol du tabou ou ce qu'il en coûte de tuer son père.  
Perspectives Psychiatriques, 1992, vol. 34, pp 213-217.

### **6. BALLIVET B., REFFET H.**

Le matricide féminin.  
Actes du Premier Congrès International de l'Association mondiale de Psychiatrie et  
de Psychologie Légales, Paris, Expansion scientifique française, 1991, pp 160-166.

### **7. BAUMEISTER R.F., SMART L., BODEN J.M.**

Relation of threatened egotism to violence and aggression : the dark side of self-  
esteem.  
Psychological Review, 1996, vol. 103, pp 5-33.

**8. BAXTER H., DUGGAN C., LARKIN E., CORDESS C., PAGE K.**

Mentally disordered parricide and stranger killers admitted to high-security care. 1 : a descriptive comparison.

Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 2001, vol. 12, pp 287-299.

**9. BENEZECH M.**

De quoi souffrent les parricides ?

Perspectives Psychiatriques, 1992, vol. 34, pp 207-212.

**10. BENEZECH M.**

Classification des homicides volontaires et psychiatrie.

Annales Médico-Psychologiques, 1996, vol. 154, pp 161-173.

**11. BENEZECH M., ADDAD M.**

L'homicide des psychotiques en France, à propos d'une enquête portant sur 5 années (1977-1981).

Annales Médico-Psychologiques, 1983, vol. 141, pp 101-106.

**12. BENOIT J.C.**

Contexte culturel, éthologie et psychiatrie.

Nervure, 1995, vol. 8, pp 84-88.

**13. BOOTS D.P., HEIDE K.M.**

Parricides in the media : a content analysis of available reports across cultures.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 2006, vol. 50, pp 418-445.

**14. BOUCHARD J.P.**

Psychoses et parricides.

Soins Psychiatrie, 2009, vol. 261, pp 35-38.

**15. BOUCHARD J.P.**

« C'était eux ou moi ! » : la fuite sans issue d'un futur auteur de double parricide psychotique.

L'Encéphale, 2012, vol. 39, pp 115-122.

**16. BOUCHARD J.P., BACHELIER A.S.**

Schizophrénie et double parricide : à propos d'une observation clinique.

Annales Médico-Psychologiques, 2004, vol. 162, pp 626-633.

**17. BOURGEOIS M., HENRY P.**

Le parricide et son père.

Annales Médico-Psychologiques, 1967, vol. 125, pp 595-600.

**18. BOURGET D., GAGNE P., LABELLE M.E.**

Parricide : a comparative study of matricide versus patricide.

Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2007, vol. 35, pp 306-312.

**19. BRIQUEL D.**

Sur le mode d'exécution en cas de parricide et en cas de perduellio.

Mélanges de l'Ecole française de Rome - Antiquité, 1980, vol. 92, pp 87-107.

**20. CAMPION J., CRAVENS J.M., ROTHOLC A., WEINSTEIN H.C., COVAN F., ALPERT M.**

A study of 15 matricidal men.

The American Journal of Psychiatry, 1985, vol. 142, pp 312-317.

**21. CHAMBERLAIN T.J.**

The dynamics of a parricide.

American Journal of Forensic Psychiatry, 1986, vol. 7, pp 11-22.

**22. CHEUNG P., SCHWEITZER I., CROWLEY K., TUCKWELL V.**

Violence in schizophrenia : role of hallucinations and delusions.

Schizophrenia Research, 1997, vol. 26, pp 181-190.

**23. CHISWICK D.**

Matricide.

British Medical Journal, 1981, vol. 283, pp 1279-1280.

**24. CLARK S.A.**

Matricide : the schizophrenic crime ?

Medicine, Science and the Law, 1993, vol. 33, pp 325-328.

**25. COMBASE C.**

Les personnages de la famille d'Œdipe dans l'Œdipe Roi de Sophocle.

Dialogue, 2001, vol. 151, pp 102-111.

**26. CORNIC F., OLIE J.P.**

Le parricide psychotique. La prévention en question.

L'Encéphale, 2006, vol. 32, pp 452-458.

**27. CRAVENS J.M., CAMPION J., ROTHOLC A., COVAN F., CRAVENS R.A.**

A study of 10 men charged with patricide.

The American Journal of Psychiatry, 1985, vol. 142, pp 1089-1092.

**28. D'ORBAN P.T., O'CONNOR A.**

Women who kill their parents.

British Journal of Psychiatry, 1989, vol. 154, pp 27-33.

**29. DAKHLAOUI O., KHEMIRI O., GAHA N., RIDHA R., HAFFANI F.**

Psychotic parricide : clinical and analytic study about 16 cases.

La Tunisie Médicale, 2009, vol. 87, pp 824-828.

**30. DAVID M.**

L'affaire Pierre Rivière. Regard et lecture psychiatriques.

L'Evolution Psychiatrique, 1992, vol. 57, pp 315-325.



**31. DAVID M.**

L'expertise psychiatrique pénale.

Paris, L'Harmattan, 2006, 242 p.

**32. DELPLA P.A., RICHEZ A., ALENGRIN D., BRAS P.M., ROUGE D., ARBUS L.**

A propos du parricide. Réflexion criminologique et victimologique.

La Revue Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale, 2000, vol. 41, pp 68-70.

**33. DEVAUX C., PETIT G., PEROL Y., POROT M.**

Enquête sur le parricide en France.

Annales Médico-Psychologiques, 1974, vol. 2, pp 161-168.

**34. DOGAN K.H., DEMIRCI S., DENIZ I., ERKOL Z.**

Decapitation and dismemberment of the corpse : a matricide case.

Journal of Forensic Sciences, 2010, vol. 52, pp 542-545.

**35. DOSTOIEVSKI F.**

Les Frères Karamazov.

Paris, Gallimard, 1973, 512 p.

**36. DUBREUCQ L., JOYAL C., MILLAUD F.**

Risque de violence et troubles mentaux graves.

Annales Médico-Psychologiques, 2005, vol. 163, pp 852-865.

**37. DUNJIC B., MARIC N., JASOVIC-GASIC M., DUNJIC D.**

Parricide : psychiatric morbidity.

Serbian Archives of Medicine, 2008, vol. 136, pp 635-639.

**38. ELLIS A., GULLO J.M.**

Murder and assassination.

New York, Lyle Stuart, 1971, 406 p.

**39. ESTEVE D.**

Y a-t-il une prévention du parricide psychotique ?  
Perspectives Psychiatriques, 2003, vol. 42, pp 56-62.

**40. ESTINGOY P., CHAVANE V.**

De la folie criminelle : objet de loi... sujet de non-droit.  
Synapse, 2004, vol. 210, pp 29-32.

**41. ESTRELA-PEREIRA A.**

Parricide et adoption.  
Psychiatries, 2001, vol. 135-136, pp 67-73.

**42. FAZEL S., GRANN M.**

Psychiatric morbidity among homicide offenders : a Swedish population study.  
The American Journal of Psychiatry, 2004, vol. 161, pp 2129-2131.

**43. FAZEL S., GULATI G., LINSELL L., GEDDES J.R., GRANN M.**

Schizophrenia and violence : systematic review and meta-analysis.  
Plos Medicine, 2009, vol. 6, e1000120. doi:10.1371/journal.pmed.1000120.

**44. FONTAINE I., GUERARD DES LAURIERS A.**

A propos de trois observations de matricide.  
Annales Médico-Psychologiques, 1994, vol. 152, pp 497-510.

**45. FOUCAULT M.**

Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère... Un cas de parricide au XIX<sup>e</sup> siècle.  
Paris, Gallimard, 1973, 424 p.

**46. FREUD S.**

Essais de psychanalyse appliquée.  
Paris, Gallimard, 1952, 255 p.

**47. FREUD S.**

Dostoïevski et le parricide. Préface des frères Karamazov de Dostoïevski.  
Paris, Gallimard, 1973, 512 p.

**48. FREUD S.**

Trois essais sur la théorie de la sexualité.  
Paris, Points, 2012, 234 p.

**49. GABISON-HERMANN D., RAYMOND S., MATHIS D., ROBBE G.**

Le parricide psychotique : description et évolution des patients pris en charge à l'unité pour malades difficiles Henri-Colin.  
L'Evolution Psychiatrique, 2010, vol. 75, pp 35-43.

**50. GILLIES H.**

Murder in the west of Scotland.  
The British Journal of Psychiatry, 1965, vol. 111, pp 1087-1094.

**51. GOMEZ-DURAN E.L., MARTIN-FUMADO C., LITVAN L., CAMPILLO M., TAYLOR P.J.**

Matricide by failure to act in autism.  
Journal of Autism and Developmental Disorders, 2013, vol. 43, pp 495-497.

**43. GOUTTEFANGEAS F.**

Petite histoire psychiatrique du parricide.  
Perspectives Psychiatriques, 1992, vol. 34, pp 194-202.

**53. GREEN A.**

Un œil en trop. Le complexe d'Œdipe dans la tragédie.  
Paris, Les Editions de Minuit, 1969, 288 p.

**54. GREEN C.M.**

Matricide by sons.  
Medicine Science and the Law, 1981, vol. 21, pp 207-214.

**55. GUILIANI P., RAYMOND S.G.**

Le matricide : crime immotivé ou ultime tentative subjectivante ?

Synapse, 1988, vol. 43, pp 26-36.

**56. GUIRAND F., SCHMIDT J.**

Mythes et mythologie : histoire et dictionnaire.

Paris, Larousse, 1996, 896 p.

**57. HAJBI M.**

Les patients schizophrènes privés de procès, à propos d'un parricide ayant bénéficié de l'article 122-1.

Synapse, 2001, vol. 173, pp 43-47.

**58. HAJBI M.**

Pour une meilleure prise en charge des patients psychotiques criminels. A propos de l'articulation des cadres psychiatrique, judiciaire et pénitentiaire.

Forensic, 2001, vol. 6, pp 37-41.

**59. HART J.L., HELMS J.L.**

Factors of parricide : allowance of the use of battered child syndrome as a defense.

Aggression and Violent Behavior, 2003, vol. 8, pp 671-683.

**60. HAUTE AUTORITE DE SANTE.**

Expertise psychiatrique pénale, recommandations de la commission d'audition.

Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007, 16 p.

**61. HAUTE AUTORITE DE SANTE.**

Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur, synthèse bibliographique.

Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2010, 202 p.

**62. HEIDE K.M.**

Parents who get killed and the children who killed them.

Journal of Interpersonal Violence, 1993, vol. 8, pp 531-544.

**63. HEIDE K.M.**

Weapons used by juveniles and adults to kill parents.

Behavioral Sciences and the Law, 1993, vol. 11, pp 397-405.

**64. HEIDE K.M., BOOTS D.P.**

A comparative analysis of media reports of U.S parricide cases with officially reported national crime data and the psychiatric and psychological literature.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 2007, vol. 51, pp 646-675.

**65. HEIDE K.M., FREI A.**

Matricide : a critique of the literature.

Trauma, Violence and Abuse, 2010, vol. 11, pp 3-17.

**66. HEIDE K.M., PETEE T.A.**

Parricide : an empirical analysis of 24 years of U.S. data.

Journal of Interpersonal Violence, 2007, vol. 22, pp 1382-1399.

**67. HEIDE K.M., PETEE T.A.**

Weapons used by juveniles and adult offenders in U.S. parricide cases.

Journal of Interpersonal Violence, 2007, vol. 22, pp 1400-1414.

**68. HENNION-JACQUET P.**

Aspects pénaux des crimes familiaux.

L'Evolution Psychiatrique, 2010, vol. 75, pp 67-76.

**69. HILLBRAND M., ALEXANDRE J.W., YOUNG J.L., SPITZ R.T.**

Parricides : characteristics of offenders and victims, legal factors and treatment issues.

Aggression and Violent Behavior, 1999, vol. 4, pp 179-190.

**70. HILLBRAND M., CIPRIANO T.**

Commentary : parricides unanswered questions, methodological obstacles, and legal considerations.

The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2007, vol. 35, pp 313-316.

**71. HODGINS S., HISCOKE U.L., FREESE R.**

The antecedent of aggressive behavior among men with schizophrenia : a prospective investigation of patients in community treatment.

Behavioral Sciences and the Law, 2003, vol. 21, pp 523–546.

**72. HOLCOMB W.R.**

Matricide : primal aggression in search of self-affirmation.

Psychiatry, 2000, vol. 63, pp 264-287.

**73. HOUSSIER F.**

Mort du père et impasse de l'élaboration des vœux parricides à l'adolescence.

Adolescence, 2010, vol. 72, pp 321-329.

**74. JONES E.**

Hamlet et Œdipe.

Paris, Gallimard, 1980, 188 p.

**75. KAPSAMBELIS V.**

Troubles du comportement et pathologie schizophrénique.

Séminaire de psychiatrie biologique, 2002, vol. 32, pp 97-110.

**76. KAY S.R., FISZBEIN A., OPLER L.A.**

The Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia.

Schizophrenia Bulletin, 1987, vol. 13, pp 261-276.

**77. KERNIER N., CANOUI P., THOUVENIN B.**

Geste suicidaire, expression agie d'une violence familiale tacite ?

L'Evolution Psychiatrique, 2010, vol. 75, pp 123-137.

**78. KERNIS M.H., GRANNEMANN B.D., BARCLAY L.C.**

Stability and level of self-esteem as predictors of anger arousal and hostility.  
Journal of Personality and Social Psychology, 1989, vol. 56, pp 1013-1022.

**79. KOTTLER C., ROBBE G.**

Réflexions sur le passage à l'acte matricide du psychotique.  
Annales Médico-Psychologiques, 1988, vol. 3, pp 231-234.

**80. LACAN J.**

Autres écrits.  
Paris, Seuil, 2001, 609 p.

**81. LAMOTHE P., GRAVIER B.**

Remarques sur l'évolution clinique du parricide.  
Perspectives Psychiatriques, 1992, vol. 34, pp 229-234.

**82. LAVOINE P.L.**

Le malade mental dangereux, étude clinique.  
Paris, Masson, 1998, 143 p.

**83. LE BIHAN P., BENEZECH M.**

Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil  
criminologique. A propos de 42 observations.  
Annales Médico-Psychologiques, 2004, vol. 162, pp 615-625.

**84. LE BIHAN P., URETEN S., LAVOLE Y.**

Autour de la reconnaissance du crime en psychiatrie médico-légale : une étude sur le  
parricide.  
Annales Médico-Psychologiques, 2012, vol. 170, pp 145-146.

**85. LEOVICI S., MALE P., PASCHE F.**

Psychanalyse et criminologie.  
Rapport clinique du 13<sup>e</sup> Congrès des Psychanalystes de Langue Française, Paris,  
Revue Française de Psychanalyse, 1951, vol. 15, p 30-61.

**86. LEVEILLEE S., LEFEBVRE J., VAILLANCOURT J.P.**

Parricide commis par des hommes adultes : variables descriptives et motivations sous-jacentes au passage à l'acte.

L'Evolution Psychiatrique, 2010, vol. 75, pp 77-91.

**87. LEWIS C.N., ARSENIAN J.**

Murder will out.

The Journal of Nervous and Mental Disease, 1977, vol. 164, pp. 273-279.

**88. LIETTU A., MIKKOLA L., SAAVALA H., RASANEN P., JOUKAMAA M., HAKKO H.**

Mortality rates of males who commit parricide or other violent offense against a parent.

Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2010, vol. 38, pp 212-220.

**89. LIETTU A., SAAVALA H., HAKKO H., RASANEN P., JOUKAMAA M.**

Mental disorders of male parricidal offenders : a study of offenders in forensic psychiatric examination in Finland 1973-2004.

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2009, vol. 44, pp 96-103.

**90. LIVADATIS M.D., ESAGIAN G.S., KAKOULIDIS C.P.**

Matricide by person with bipolar disorder and dependant overcompliant personality.

Journal of Forensic Sciences, 2005, vol. 50, pp 658-661.

**91. LOMBROSO C.**

L'homme criminel.

Paris, Félix Alcan, 1887, 683 p.

**92. MAAS R.L., PRAKASH R., HOLLENDER M.H., REGAN W.M.**

Double parricide - matricide and patricide : a comparison with other schizophrenic murders.

Psychiatric Quarterly, 1984, vol. 56, pp 286-290.



**93. MARLEAU J.D.**

Methods of killing employed by psychotic parricides.

Psychological Reports, 2003, vol. 93, pp 519-520.

**94. MARLEAU J.D., AUCLAIR N., MILLAUD F.**

Comparison of factors associated with parricide in adults and adolescents.

Journal of Family Violence, 2006, vol. 21, pp. 321-325.

**95. MARLEAU J.D., MILLAUD F., AUCLAIR N.**

Parricide commis par des femmes : synthèse de la littérature.

Revue québécoise de psychologie, 2001, vol. 22, pp 99-107.

**96. MARLEAU J.D., MILLAUD F., AUCLAIR N.**

A comparison of parricide and attempted parricide : a study of 39 psychotic adults.

International Journal of Law and Psychiatry, 2003, vol. 26, pp 269-279.

**97. MARLEAU J.D., WEBANCK T.**

Parricide and violent crimes : a Canadian study.

Adolescence, 1997, vol. 32, pp 357-360.

**98. MARTY F.**

Errer après son matricide.

Adolescence, 1994, vol. 23, pp 175-182.

**99. MARTY F.**

Le parricide de Pierre Rivière comme échec du processus d'adolescence.

L'Evolution Psychiatrique, 2010, vol. 75, pp 153-164.

**100. McCARTHY L., PAGE K., BAXTER H., LARKIN E., CORDESS C.,  
DUGGAN C.**

Mentally disordered parricide and stranger killers admitted to high-security care.  
2 : course after release.

Journal of Forensic Psychiatry, 2001, vol. 12, pp. 501-514.

**101. McKNIGHT C.K., MOHR J.W., QUINSEY R.E., EROCHKO J.**

Matricide and mental illness.

Canadian Psychiatric Association Journal, 1966, vol. 11, pp 99-105.

**102. MELOY J.R.**

Empirical basis and forensic application of affective and predatory violence.

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2006, vol. 40, pp 539-547.

**103. MENEZES S.B.**

Parricides by mentally disordered offenders in Zimbabwe.

Medicine Science and the Law, 2010, vol. 50, pp 126-130.

**104. MEYER D.**

Matricide et dangerosité, à propos de seize patients hospitalisés en Unités pour Malades Difficiles.

Thèse médecine, Nancy, 2000, 388 p.

**105. MILLAUD F.**

Le passage à l'acte, aspects cliniques et psychodynamiques.

Paris, Masson, 2009, 232 p.

**106. MILLAUD F., AUCLAIR N., MEUNIER D.**

Parricide and mental illness.

International Journal of Law and Psychiatry, 1996, vol. 19, pp 173-182.

**107. MION D.**

Un cas de matricide.

Synapse, 1999, vol. 152, pp 41-45.

**108. MOHR J.W., McKNIGHT C.K.**

Violence as a function of age and relationship with special reference to matricide.

Canadian Psychiatric Association Journal, 1971, vol. 16, pp 29-32.

**109. MONES P.**

When a child kills.

New York, Pocket, 1992, 384 p.

**110. MYERS W.C., VO E.J.**

Adolescent parricide and psychopathy.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 2011, vol. 56, pp 715-729.

**111. NAUDET J.M., LEVOYER D., BADICHE A.**

Schizophrénie et parricide : approche psychopathologique et clinique à propos d'un cas.

Forensic, 2001, vol. 6, pp 18-22.

**112. NEWHILL C.E.**

Parricide.

Journal of Family Violence, 1991, vol. 6, pp 375-394.

**113. NEYRAUT-SUTTERMAN M.T.**

Parricide et épilepsie, à propos d'un article de Freud sur Dostoïevski.

Revue française de psychosomatique, 2011, vol. 39, pp 127-145.

**114. O'CONNELL B.**

Matricide.

Lancet, 1963, vol. 1, pp 1083-1084.

**115. OCHONISKY A.**

Contribution à l'étude du parricide, à propos de douze observations cliniques.

La psychiatrie de l'enfant, 1963, vol. 6, pp 411-487.

**116. OCHONISKY A.**

Le parricide.

Entretiens psychiatriques, 1964, vol. 10, pp 139-178.

**117. OGDEN T.H.**

Reading Loewald : Oedipus reconceived.

International Journal of Psycho-Analysis, 2006, vol. 87, pp 651-666.

**118. OGUNWALE A., ABAYOMI O.**

Matricide and schizophrenia in the 21<sup>st</sup> century : a review and illustrative cases.

African Journal of Psychiatry, 2012, vol. 15, pp 55-57.

**119. PALERMO G.B.**

Parricide : a crime against nature.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 2010, vol. 54, pp 3-5.

**120. PODOLSKY E.**

The psychodynamics of filicide and matricide.

Diseases of the Nervous System, 1958, vol. 19, pp 475-477.

**121. POROT M., COUADAU A., PETIT G.**

Réflexions sur le patricide.

Annales de la Société régionale de Neuro-psychiatrie de Clermont-Ferrand, 1969, pp 21-27.

**122. POST S.**

Adolescent parricide in abusive families.

Child Welfare, 1982, vol. 61, pp 445-455.

**123. POSTEL J., QUETEL C.**

Nouvelle histoire de la psychiatrie.

Paris, Dunod, 2009, 647 p.

**124. PRADEL J.**

Place dans la procédure pénale de l'expertise psychiatrique pénale et quels en sont les enjeux ?

Paris, Audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie, 2007.

**125. QUETEL C.**

Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours.

Paris, Tallandier, 2009, 622 p.

**126. RACAMIER P.C.**

Etudes cliniques des frustrations précoces.

Revue Française de Psychanalyse, 1953, vol. 27, pp 328-350.

**127. RAYMOND S.**

Un patricide nécessaire.

Forensic, 2001, vol. 6, pp 23-25.

**128. RICHARD-DEVANTOY S., CHOCARD A.S., BOURDEL M.C., GOHIER B.,  
DUFLOT J.P., LHUILLIER J.P., GARRE J.B.**

Homicide and major mental disorder : what are the social, clinical and forensic differences between murderers with a major mental disorder and murderers without any mental disorder ?

L'Encéphale, 2009, vol. 35, pp 304-314.

**129. ROBBE G., KOTTLER C.**

Sur la prévention du matricide des psychotiques.

Paris, Expansion Scientifique Française, 1991, pp 156-159.

**130. RUBINSTEIN L.H.**

The theme of Electra and Orestes : a contribution to the psychopathology of matricide.

British Journal of Medical Psychology, 1969, vol. 42, pp 99-108.

**131. SADOFF R.L.**

Clinical observations on parricide.

Psychoanalytic Quarterly, 1971, vol. 45, pp 65-69.

**132. SCHMOUCHKOVITCH M.**

La psychopathologie du parricide.

L'Evolution Psychiatrique, 1995, vol. 60, pp 339-349.

**133. SENNINGER J.L., FONTAA V.**

Psychopathologie des malades dangereux.

Paris, Dunod, 1996, 181 p.

**134. SENNINGER J.L., TAPPELLA P.**

Le concept de malade difficile au risque de la sectorisation.

Nervure, 1995, vol. 7, pp 40-47.

**135. SHON P.C.**

Weapon usage in attempted and completed parricides in nineteenth-century America : an archival exploration of the physical strength hypothesis.

Journal of Forensic Sciences, 2010, vol. 55, pp 232-236.

**136. SHON P.C., TARGONSKI J.R.**

Declining trends in U.S parricides, 1976 - 1998 : testing the Freudian assumptions.

International Journal of Law and Psychiatry, 2003, vol. 26, pp 387-402.

**137. SINGHAL S., DUTTA A.**

Who commits patricide ?

Acta Psychiatrica Scandinavica, 1990, vol. 82, pp 40-43.

**138. SINGHAL S., DUTTA A.**

Who commits matricide ?

Medicine Science and the Law, 1992, vol. 32, pp 213-217.

**139. STOESSEL P., BORNSTEIN S.J.**

Enquête sur le parricide en France en 1985 et 1986.

Annales Psychiatriques, 1988, vol. 3, pp 222-229.

**140. STOESSEL P., CAZANAVE M.T.**

Données statistiques récentes sur le parricide en France.

Actes du premier congrès international de l'Association Mondiale de Psychiatrie et de Psychologie légales, Paris, Expansion Scientifique Française, 1991, pp 167-174.

**141. TANAY E.**

Reactive parricide.

Journal of Forensic Sciences, 1976, vol. 21, pp 76-82.

**142. THUILLIER J.**

La folie, histoire et dictionnaire.

Paris, Robert Laffont, 1999, 814 p.

**143. TRICHET Y., MARION E.**

De la monstruosité du matricide à l'élaboration d'un altruisme délirant.

L'Evolution Psychiatrique, 2012, vol. 77, pp 279-290.

**144. TRIMAILLE G.**

La sanction des parricides du droit romain au Code pénal napoléonien.

Droit et Cultures, 2012, vol. 63, pp 203-211.

**145. VERGNAUX-FABLET H.**

Le schizophrène double parricide : à propos d'un cas.

Forensic, 2002, vol. 10, pp 45-47.

**146. VIRKKUNEN M.**

Observations of violence in schizophrenia.

Acta Psychiatrica Scandinavica, 1974, vol. 50, pp 145-151.

**147. WALSH J.A., KRIENERT J.**

A decade of child-initiated family violence : comparative analysis of child-parent violence and parricide examining offender, victim, and event characteristics in a national sample of reported incidents, 1995-2005.

Journal of Interpersonal Violence, 2009, vol. 24, pp 1450-1477.

**148. WEISMAN A.M., EHRENCLOU M., SHARMA K.**

Double parricide : forensic analysis and psycholegal implications.

Journal of Forensic Sciences, 2002, vol. 47, pp 313-317.

**149. WEISMAN A.M., SHARMA K.**

Forensic analysis and psycholegal implications of parricide and attempted parricide.

Journal of Forensic Sciences, 1997, vol. 42, pp 1107-1113.

**150. WICK R., MITCHELL E., GILBERT J.D., BYARD R.W.**

Matricides in South Australia - A 20-year retrospective review.

Journal of Forensic and Legal Medicine, 2008, vol. 15, pp 168-171.

**151. WIDAD L.**

Le matricide féminin.

Le Journal des psychologues, 2009, vol. 266, pp 67-71.

**152. YOON J.H., KIM J.H., CHOI S.S., LYU M.K., KWON J.H., JANG Y.I.,  
PARK G.T.**

Homicide and bipolar I disorder : a 22-year study.

Forensic Science International, 2012, vol. 217, pp 113-118.

**153. YOUNG T.J.**

Parricide rates and criminal street violence in the United States: is there a correlation ?

Adolescence Spring, 1993, vol. 28, pp 171-173.

**154. YVONNEAU M.**

Matricide et vampirisme.

L'Evolution Psychiatrique, 1990, vol. 55, pp 567-577.

**155. ZAGURY D.**

Avant propos.

Perspectives Psychiatriques, 1992, vol. 34, pp 191-192.



**156. ZAGURY D.**

Le double parricide, un crime d'auto-engendrement.

Perspectives Psychiatriques, 1992, vol. 34, pp 235-250.

**157. ZAGURY D.**

Les victimes privées de procès : à propos de l'article 199-1 du code de procédure pénale.

L'Information Psychiatrique, 1995, vol. 71, pp 484-490.

**158. ZAGURY D.**

Les passages à l'acte criminels.

Santé Mentale, 2012, vol. 165, pp 42-51.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : descriptif global des parricides

|  | N  | %     | moy  | ET* |
|--|----|-------|------|-----|
| <b>Age de l'auteur au moment des faits</b>                                       | 32 |       | 29,7 | 7,3 |
| <b>Aîné de la fratrie</b>  |    |       |      |     |
| Non  | 18 | 56,3  |      |     |
| Oui  | 14 | 43,8  |      |     |
| <b>Seul garçon de la fratrie</b>   |    |       |      |     |
| Non  | 22 | 68,8  |      |     |
| Oui  | 10 | 31,3  |      |     |
| <b>Fils unique</b>   |    |       |      |     |
| Non  | 29 | 90,6  |      |     |
| Oui  | 3  | 9,4   |      |     |
| <b>Célibataire</b>   |    |       |      |     |
| Oui  | 32 | 100,0 |      |     |
| <b>Divorcé</b>   |    |       |      |     |
| Non  | 31 | 96,9  |      |     |
| Oui  | 1  | 3,1   |      |     |
| <b>Enfants</b>   |    |       |      |     |
| Non  | 30 | 93,8  |      |     |
| Oui  | 2  | 6,3   |      |     |
| <b>Niveau d'étude</b>  |    |       |      |     |
| primaire   | 1  | 3,1   |      |     |
| secondaire   | 26 | 81,3  |      |     |
| universitaire  | 5  | 15,6  |      |     |
| <b>Apprentissage ou enseignement technique</b>                                   |    |       |      |     |
| Non  | 13 | 40,6  |      |     |
| Oui  | 19 | 59,4  |      |     |
| <b>Diplôme</b>   |    |       |      |     |
| Non  | 20 | 62,5  |      |     |
| Oui  | 12 | 37,5  |      |     |
| <b>Travaille</b>   |    |       |      |     |
| Non  | 30 | 93,8  |      |     |
| Oui  | 2  | 6,3   |      |     |
| <b>Antécédents judiciaires</b>   |    |       |      |     |
| Non  | 23 | 71,9  |      |     |
| Oui  | 9  | 28,1  |      |     |
| <b>Comportement violent, menaces envers la victime avant le passage à l'acte</b> |    |       |      |     |
| Non  | 21 | 65,6  |      |     |
| Oui  | 11 | 34,4  |      |     |
| <b>Antécédents psychiatriques</b>  |    |       |      |     |
| Non  | 7  | 21,9  |      |     |
| Oui  | 25 | 78,1  |      |     |
| <b>Antécédents d'hospitalisation</b>   |    |       |      |     |
| Non  | 8  | 25,0  |      |     |
| Oui  | 24 | 75,0  |      |     |
| <b>Prenait un traitement</b>   |    |       |      |     |
| Non  | 25 | 78,1  |      |     |
| Oui  | 7  | 21,9  |      |     |
| <b>En situation de rupture thérapeutique</b>                                     |    |       |      |     |
| Non  | 14 | 43,8  |      |     |
| Oui  | 18 | 56,3  |      |     |
| <b>N'a jamais eu de traitement</b>   |    |       |      |     |
| Non  | 25 | 78,1  |      |     |
| Oui  | 7  | 21,9  |      |     |
| <b>Diagnostic psychiatrique</b>  |    |       |      |     |
| schizophrénie paranoïde  | 26 | 81,3  |      |     |
| schizophrénie hébéphrénique  | 2  | 6,3   |      |     |
| trouble schizo-affectif  | 2  | 6,3   |      |     |
| schizophrénie simple   | 1  | 3,1   |      |     |
| troubles mentaux liés aux substances   | 1  | 3,1   |      |     |

## ANNEXE 1 : descriptif global des parricides

|  | N  | %     | moy | ET* |
|--|----|-------|-----|-----|
| <b>Trouble de la personnalité</b>                        |    |       |     |     |
| aucun  | 18 | 56,3  |     |     |
| schizoïde  | 8  | 25,0  |     |     |
| dyssoziale   | 4  | 12,5  |     |     |
| schizotypique  | 1  | 3,1   |     |     |
| paranoïaque  | 1  | 3,1   |     |     |
| <b>QI normal</b>   |    |       |     |     |
| Oui  | 32 | 100,0 |     |     |
| <b>Diagnostics associés</b>                              |    |       |     |     |
| aucun  | 27 | 84,4  |     |     |
| épilepsie  | 2  | 6,3   |     |     |
| encéphalite  | 1  | 3,1   |     |     |
| traumatisme crânien                                      | 2  | 6,3   |     |     |
| <b>Antécédents de consommation de toxiques</b>           |    |       |     |     |
| aucun  | 13 | 40,6  |     |     |
| alcool   | 8  | 25,0  |     |     |
| polyconsommation   | 7  | 21,9  |     |     |
| cannabis   | 4  | 12,5  |     |     |
| <b>Délire de persécution</b>                             |    |       |     |     |
| Non  | 8  | 25,0  |     |     |
| Oui  | 24 | 75,0  |     |     |
| <b>Délire d'influence</b>                                |    |       |     |     |
| Non  | 16 | 50,0  |     |     |
| Oui  | 16 | 50,0  |     |     |
| <b>Délire mystique</b>                                   |    |       |     |     |
| Non  | 16 | 50,0  |     |     |
| Oui  | 16 | 50,0  |     |     |
| <b>Délire mégalomane</b>                                 |    |       |     |     |
| Non  | 20 | 62,5  |     |     |
| Oui  | 12 | 37,5  |     |     |
| <b>Délire de filiation</b>                               |    |       |     |     |
| Non  | 27 | 84,4  |     |     |
| Oui  | 5  | 15,6  |     |     |
| <b>Délire sexuel</b>                                     |    |       |     |     |
| Non  | 27 | 84,4  |     |     |
| Oui  | 5  | 15,6  |     |     |
| <b>Délire messianique</b>                                |    |       |     |     |
| Non  | 29 | 90,6  |     |     |
| Oui  | 3  | 9,4   |     |     |
| <b>Délire somatique</b>                                  |    |       |     |     |
| Non  | 31 | 96,9  |     |     |
| Oui  | 1  | 3,1   |     |     |
| <b>Hallucinations</b>                                    |    |       |     |     |
| Non  | 3  | 9,4   |     |     |
| Oui  | 29 | 90,6  |     |     |
| <b>Hallucinations intrapsychiques/automatisme mental</b> |    |       |     |     |
| Non  | 9  | 28,1  |     |     |
| Oui  | 23 | 71,9  |     |     |
| <b>Hallucinations auditives</b>                          |    |       |     |     |
| Non  | 21 | 65,6  |     |     |
| Oui  | 11 | 34,4  |     |     |
| <b>Hallucinations visuelles</b>                          |    |       |     |     |
| Non  | 24 | 75,0  |     |     |
| Oui  | 8  | 25,0  |     |     |
| <b>Hallucinations cénesthésiques</b>                     |    |       |     |     |
| Non  | 28 | 87,5  |     |     |
| Oui  | 4  | 12,5  |     |     |
| <b>Mécanisme interprétatif</b>                           |    |       |     |     |
| Non  | 8  | 25,0  |     |     |
| Oui  | 24 | 75,0  |     |     |
| <b>Mécanisme intuitif</b>                                |    |       |     |     |
| Non  | 24 | 75,0  |     |     |
| Oui  | 8  | 25,0  |     |     |
| <b>Mécanisme imaginaire</b>                              |    |       |     |     |
| Non  | 31 | 96,9  |     |     |
| Oui  | 1  | 3,1   |     |     |

## ANNEXE 1 : descriptif global des parricides

|   | N  | %     | moy  | ET*  |
|---|----|-------|------|------|
| <b>Irresponsabilité pénale</b>  |    |       |      |      |
| Non   | 4  | 12,5  |      |      |
| Oui   | 28 | 87,5  |      |      |
| <b>Type d'acte</b>  |    |       |      |      |
| Patricide   | 14 | 43,8  |      |      |
| Matricide   | 18 | 56,3  |      |      |
| <b>Age de la victime au moment des faits</b>                          | 19 |       | 58,9 | 12,8 |
| <b>Victime retraité</b>   |    |       |      |      |
| Non   | 16 | 50,0  |      |      |
| Oui   | 16 | 50,0  |      |      |
| <b>L'auteur vivait avec la victime</b>                                |    |       |      |      |
| Non   | 10 | 31,3  |      |      |
| Oui   | 22 | 68,8  |      |      |
| <b>Vivait seul avec la victime</b>                                    |    |       |      |      |
| Non   | 16 | 50,0  |      |      |
| Oui   | 16 | 50,0  |      |      |
| <b>Comportement violent envers l'auteur avant le passage à l'acte</b> |    |       |      |      |
| Non   | 17 | 53,1  |      |      |
| Oui   | 15 | 46,9  |      |      |
| <b>Homicide au domicile de la victime</b>                             |    |       |      |      |
| Non   | 1  | 3,1   |      |      |
| Oui   | 31 | 96,9  |      |      |
| <b>Arme d'opportunité</b>   |    |       |      |      |
| Non   | 4  | 12,5  |      |      |
| Oui   | 28 | 87,5  |      |      |
| <b>Arme blanche</b>   |    |       |      |      |
| Non   | 10 | 31,3  |      |      |
| Oui   | 22 | 68,8  |      |      |
| <b>Moyens naturels</b>  |    |       |      |      |
| Non   | 24 | 75,0  |      |      |
| Oui   | 8  | 25,0  |      |      |
| <b>Objet contondant</b>   |    |       |      |      |
| Non   | 27 | 84,4  |      |      |
| Oui   | 5  | 15,6  |      |      |
| <b>Arme à feu</b>   |    |       |      |      |
| Non   | 30 | 93,8  |      |      |
| Oui   | 2  | 6,3   |      |      |
| <b>Immolation</b>   |    |       |      |      |
| Non   | 31 | 96,9  |      |      |
| Oui   | 1  | 3,1   |      |      |
| <b>Acharnement sur la victime</b>                                     |    |       |      |      |
| Manquant  | 6  |       |      |      |
| Non   | 9  | 34,6  |      |      |
| Oui   | 17 | 65,4  |      |      |
| <b>Témoins de l'homicide</b>  |    |       |      |      |
| Non   | 27 | 84,4  |      |      |
| Oui   | 5  | 15,6  |      |      |
| <b>Agit seul</b>  |    |       |      |      |
| Oui   | 32 | 100,0 |      |      |
| <b>Facteur déclencheur</b>  |    |       |      |      |
| Non   | 12 | 37,5  |      |      |
| Oui   | 20 | 62,5  |      |      |
| <b>Dispute avant l'homicide</b>                                       |    |       |      |      |
| Non   | 17 | 53,1  |      |      |
| Oui   | 15 | 46,9  |      |      |
| <b>Prise de toxiques</b>  |    |       |      |      |
| aucun   | 24 | 75,0  |      |      |
| alcool  | 6  | 18,8  |      |      |
| polyintoxication  | 2  | 6,3   |      |      |
| <b>Motivation délirante</b>   |    |       |      |      |
| Non   | 15 | 46,9  |      |      |
| Oui   | 17 | 53,1  |      |      |
| <b>Idées suicidaires/épisode dépressif après l'homicide</b>           |    |       |      |      |
| Non   | 20 | 62,5  |      |      |
| Oui   | 12 | 37,5  |      |      |

\* écart-type

## ANNEXE 2 : descriptif global des patricides

|  | N  | %/moy | ET* |
|--|----|-------|-----|
| <b>Age de l'auteur au moment des faits</b>                                       | 14 | 29,9  | 6,0 |
| <b>Aîné de la fratrie</b>  |    |       |     |
| Non  | 9  | 64,3  |     |
| Oui  | 5  | 35,7  |     |
| <b>Seul garçon de la fratrie</b>   |    |       |     |
| Non  | 10 | 71,4  |     |
| Oui  | 4  | 28,6  |     |
| <b>Fils unique</b>   |    |       |     |
| Non  | 14 | 100,0 |     |
| <b>Célibataire</b>   |    |       |     |
| Oui  | 14 | 100,0 |     |
| <b>Divorcé</b>   |    |       |     |
| Non  | 13 | 92,9  |     |
| Oui  | 1  | 7,1   |     |
| <b>Enfants</b>   |    |       |     |
| Non  | 13 | 92,9  |     |
| Oui  | 1  | 7,1   |     |
| <b>Niveau d'étude</b>  |    |       |     |
| secondaire   | 11 | 78,6  |     |
| universitaire  | 3  | 21,4  |     |
| <b>Apprentissage ou enseignement technique</b>                                   |    |       |     |
| Non  | 5  | 35,7  |     |
| Oui  | 9  | 64,3  |     |
| <b>Diplôme</b>   |    |       |     |
| Non  | 8  | 57,1  |     |
| Oui  | 6  | 42,9  |     |
| <b>Travaille</b>   |    |       |     |
| Non  | 13 | 92,9  |     |
| Oui  | 1  | 7,1   |     |
| <b>Antécédents judiciaires</b>   |    |       |     |
| Non  | 10 | 71,4  |     |
| Oui  | 4  | 28,6  |     |
| <b>Comportement violent, menaces envers la victime avant le passage à l'acte</b> |    |       |     |
| Non  | 5  | 35,7  |     |
| Oui  | 9  | 64,3  |     |
| <b>Antécédents psychiatriques</b>  |    |       |     |
| Non  | 5  | 35,7  |     |
| Oui  | 9  | 64,3  |     |
| <b>Antécédents d'hospitalisation</b>   |    |       |     |
| Non  | 5  | 35,7  |     |
| Oui  | 9  | 64,3  |     |
| <b>Prenait un traitement</b>   |    |       |     |
| Non  | 11 | 78,6  |     |
| Oui  | 3  | 21,4  |     |
| <b>En situation de rupture thérapeutique</b>                                     |    |       |     |
| Non  | 8  | 57,1  |     |
| Oui  | 6  | 42,9  |     |
| <b>N'a jamais eu de traitement</b>   |    |       |     |
| Non  | 9  | 64,3  |     |
| Oui  | 5  | 35,7  |     |
| <b>Diagnostic psychiatrique</b>  |    |       |     |
| schizophrénie paranoïde  | 11 | 78,6  |     |
| schizophrénie hébéphrénique  | 2  | 14,3  |     |
| trouble schizo-affectif  | 1  | 7,1   |     |
| <b>Trouble de la personnalité</b>  |    |       |     |
| aucun  | 4  | 28,6  |     |
| schizoïde  | 6  | 42,9  |     |
| dyssoziale   | 2  | 14,3  |     |
| schizotypique  | 1  | 7,1   |     |
| paranoïaque  | 1  | 7,1   |     |
| <b>QI normal</b>   |    |       |     |
| Oui  | 14 | 100,0 |     |

## ANNEXE 2 : descriptif global des patricides

|  | N  | %/moy | ET*  |
|--|----|-------|------|
| <b>Diagnostics associés</b>                              |    |       |      |
| aucun  | 12 | 85,7  |      |
| épilepsie  | 1  | 7,1   |      |
| traumatisme crânien                                      | 1  | 7,1   |      |
| <b>Antécédents de consommation de toxiques</b>           |    |       |      |
| aucun  | 6  | 42,9  |      |
| alcool   | 4  | 28,6  |      |
| polyconsommation   | 3  | 21,4  |      |
| cannabis   | 1  | 7,1   |      |
| <b>Délire de persécution</b>                             |    |       |      |
| Non  | 4  | 28,6  |      |
| Oui  | 10 | 71,4  |      |
| <b>Délire d'influence</b>                                |    |       |      |
| Non  | 7  | 50,0  |      |
| Oui  | 7  | 50,0  |      |
| <b>Délire mystique</b>                                   |    |       |      |
| Non  | 7  | 50,0  |      |
| Oui  | 7  | 50,0  |      |
| <b>Délire mégalomane</b>                                 |    |       |      |
| Non  | 10 | 71,4  |      |
| Oui  | 4  | 28,6  |      |
| <b>Délire de filiation</b>                               |    |       |      |
| Non  | 11 | 78,6  |      |
| Oui  | 3  | 21,4  |      |
| <b>Délire sexuel</b>                                     |    |       |      |
| Non  | 12 | 85,7  |      |
| Oui  | 2  | 14,3  |      |
| <b>Délire messianique</b>                                |    |       |      |
| Non  | 13 | 92,9  |      |
| Oui  | 1  | 7,1   |      |
| <b>Délire somatique</b>                                  |    |       |      |
| Non  | 14 | 100,0 |      |
| <b>Hallucinations</b>                                    |    |       |      |
| Non  | 2  | 14,3  |      |
| Oui  | 12 | 85,7  |      |
| <b>Hallucinations intrapsychiques/automatisme mental</b> |    |       |      |
| Non  | 4  | 28,6  |      |
| Oui  | 10 | 71,4  |      |
| <b>Hallucinations auditives</b>                          |    |       |      |
| Non  | 11 | 78,6  |      |
| Oui  | 3  | 21,4  |      |
| <b>Hallucinations visuelles</b>                          |    |       |      |
| Non  | 12 | 85,7  |      |
| Oui  | 2  | 14,3  |      |
| <b>Hallucinations cénesthésiques</b>                     |    |       |      |
| Non  | 13 | 92,9  |      |
| Oui  | 1  | 7,1   |      |
| <b>Mécanisme interprétatif</b>                           |    |       |      |
| Non  | 4  | 28,6  |      |
| Oui  | 10 | 71,4  |      |
| <b>Mécanisme intuitif</b>                                |    |       |      |
| Non  | 10 | 71,4  |      |
| Oui  | 4  | 28,6  |      |
| <b>Mécanisme imaginaire</b>                              |    |       |      |
| Non  | 14 | 100,0 |      |
| <b>Irresponsabilité pénale</b>                           |    |       |      |
| Non  | 3  | 21,4  |      |
| Oui  | 11 | 78,6  |      |
| <b>Age de la victime au moment des faits</b>             | 7  | 60,3  | 15,7 |
| <b>Victime retraitée</b>                                 |    |       |      |
| Non  | 8  | 57,1  |      |
| Oui  | 6  | 42,9  |      |

## ANNEXE 2 : descriptif global des patricides

|   | N  | %/moy | ET* |
|---|----|-------|-----|
| <b>L'auteur vivait avec la victime</b>                                |    |       |     |
| Non   | 3  | 21,4  |     |
| Oui   | 11 | 78,6  |     |
| <b>Vivait seul avec la victime</b>                                    |    |       |     |
| Non   | 10 | 71,4  |     |
| Oui   | 4  | 28,6  |     |
| <b>Comportement violent envers l'auteur avant le passage à l'acte</b> |    |       |     |
| Non   | 7  | 50,0  |     |
| Oui   | 7  | 50,0  |     |
| <b>Homicide au domicile de la victime</b>                             |    |       |     |
| Oui   | 14 | 100,0 |     |
| <b>Arme d'opportunité</b>   |    |       |     |
| Non   | 3  | 21,4  |     |
| Oui   | 11 | 78,6  |     |
| <b>Arme blanche</b>   |    |       |     |
| Non   | 4  | 28,6  |     |
| Oui   | 10 | 71,4  |     |
| <b>Moyens naturels</b>  |    |       |     |
| Non   | 11 | 78,6  |     |
| Oui   | 3  | 21,4  |     |
| <b>Objet contondant</b>   |    |       |     |
| Non   | 12 | 85,7  |     |
| Oui   | 2  | 14,3  |     |
| <b>Arme à feu</b>   |    |       |     |
| Non   | 13 | 92,9  |     |
| Oui   | 1  | 7,1   |     |
| <b>Immolation</b>   |    |       |     |
| Non   | 14 | 100,0 |     |
| <b>Acharnement sur la victime</b>                                     |    |       |     |
| Manquant  | 3  |       |     |
| Non   | 7  | 63,6  |     |
| Oui   | 4  | 36,4  |     |
| <b>Témoins de l'homicide</b>  |    |       |     |
| Non   | 9  | 64,3  |     |
| Oui   | 5  | 35,7  |     |
| <b>Agit seul</b>  |    |       |     |
| Oui   | 14 | 100,0 |     |
| <b>Facteur déclencheur</b>  |    |       |     |
| Non   | 3  | 21,4  |     |
| Oui   | 11 | 78,6  |     |
| <b>Dispute avant l'homicide</b>                                       |    |       |     |
| Non   | 4  | 28,6  |     |
| Oui   | 10 | 71,4  |     |
| <b>Prise de toxiques</b>  |    |       |     |
| aucun   | 11 | 78,6  |     |
| alcool  | 3  | 21,4  |     |
| <b>Motivation délirante</b>   |    |       |     |
| Non   | 9  | 64,3  |     |
| Oui   | 5  | 35,7  |     |
| <b>Idées suicidaires/épisode dépressif après l'homicide</b>           |    |       |     |
| Non   | 11 | 78,6  |     |
| Oui   | 3  | 21,4  |     |

\* écart-type

## ANNEXE 3 : descriptif global des matricides

|  | N  | %/moy | ET* |
|--|----|-------|-----|
| <b>Age de l'auteur au moment des faits</b>                                       | 18 | 29,5  | 8,3 |
| <b>Aîné de la fratrie</b>  |    |       |     |
| Non  | 9  | 50,0  |     |
| Oui  | 9  | 50,0  |     |
| <b>Seul garçon de la fratrie</b>   |    |       |     |
| Non  | 12 | 66,7  |     |
| Oui  | 6  | 33,3  |     |
| <b>Fils unique</b>   |    |       |     |
| Non  | 15 | 83,3  |     |
| Oui  | 3  | 16,7  |     |
| <b>Célibataire</b>   |    |       |     |
| Oui  | 18 | 100,0 |     |
| <b>Divorcé</b>   |    |       |     |
| Non  | 18 | 100,0 |     |
| <b>Enfants</b>   |    |       |     |
| Non  | 17 | 94,4  |     |
| Oui  | 1  | 5,6   |     |
| <b>Niveau d'étude</b>  |    |       |     |
| primaire   | 1  | 5,6   |     |
| secondaire   | 15 | 83,3  |     |
| universitaire  | 2  | 11,1  |     |
| <b>Apprentissage ou enseignement technique</b>                                   |    |       |     |
| Non  | 8  | 44,4  |     |
| Oui  | 10 | 55,6  |     |
| <b>Diplôme</b>   |    |       |     |
| Non  | 12 | 66,7  |     |
| Oui  | 6  | 33,3  |     |
| <b>Travaille</b>   |    |       |     |
| Non  | 17 | 94,4  |     |
| Oui  | 1  | 5,6   |     |
| <b>Antécédents judiciaires</b>   |    |       |     |
| Non  | 13 | 72,2  |     |
| Oui  | 5  | 27,8  |     |
| <b>Comportement violent, menaces envers la victime avant le passage à l'acte</b> |    |       |     |
| Non  | 12 | 66,7  |     |
| Oui  | 6  | 33,3  |     |
| <b>Antécédents psychiatriques</b>  |    |       |     |
| Non  | 2  | 11,1  |     |
| Oui  | 16 | 88,9  |     |
| <b>Antécédents d'hospitalisation</b>   |    |       |     |
| Non  | 3  | 16,7  |     |
| Oui  | 15 | 83,3  |     |
| <b>Prenait un traitement</b>   |    |       |     |
| Non  | 14 | 77,8  |     |
| Oui  | 4  | 22,2  |     |
| <b>En situation de rupture thérapeutique</b>                                     |    |       |     |
| Non  | 6  | 33,3  |     |
| Oui  | 12 | 66,7  |     |
| <b>N'a jamais eu de traitement</b>   |    |       |     |
| Non  | 16 | 88,9  |     |
| Oui  | 2  | 11,1  |     |
| <b>Diagnostic psychiatrique</b>  |    |       |     |
| schizophrénie paranoïde  | 15 | 83,3  |     |
| trouble schizo-affectif  | 1  | 5,6   |     |
| schizophrénie simple   | 1  | 5,6   |     |
| troubles mentaux liés aux substances   | 1  | 5,6   |     |
| <b>Trouble de la personnalité</b>  |    |       |     |
| aucun  | 14 | 77,8  |     |
| schizoïde  | 2  | 11,1  |     |
| dyssoziale   | 2  | 11,1  |     |
| <b>QI normal</b>   |    |       |     |
| Oui  | 18 | 100,0 |     |



## ANNEXE 3 : descriptif global des matricides

|  | N  | %/moy | ET*  |
|--|----|-------|------|
| <b>Diagnostics associés</b>                              |    |       |      |
| aucun  | 15 | 83,3  |      |
| épilepsie  | 1  | 5,6   |      |
| encéphalite  | 1  | 5,6   |      |
| traumatisme crânien                                      | 1  | 5,6   |      |
| <b>Antécédents de consommation de toxiques</b>           |    |       |      |
| aucun  | 7  | 38,9  |      |
| alcool   | 4  | 22,2  |      |
| polyconsommation   | 4  | 22,2  |      |
| cannabis   | 3  | 16,7  |      |
| <b>Délire de persécution</b>                             |    |       |      |
| Non  | 4  | 22,2  |      |
| Oui  | 14 | 77,8  |      |
| <b>Délire d'influence</b>                                |    |       |      |
| Non  | 9  | 50,0  |      |
| Oui  | 9  | 50,0  |      |
| <b>Délire mystique</b>                                   |    |       |      |
| Non  | 9  | 50,0  |      |
| Oui  | 9  | 50,0  |      |
| <b>Délire mégalomane</b>                                 |    |       |      |
| Non  | 10 | 55,6  |      |
| Oui  | 8  | 44,4  |      |
| <b>Délire de filiation</b>                               |    |       |      |
| Non  | 16 | 88,9  |      |
| Oui  | 2  | 11,1  |      |
| <b>Délire sexuel</b>                                     |    |       |      |
| Non  | 15 | 83,3  |      |
| Oui  | 3  | 16,7  |      |
| <b>Délire messianique</b>                                |    |       |      |
| Non  | 16 | 88,9  |      |
| Oui  | 2  | 11,1  |      |
| <b>Délire somatique</b>                                  |    |       |      |
| Non  | 17 | 94,4  |      |
| Oui  | 1  | 5,6   |      |
| <b>Hallucinations</b>                                    |    |       |      |
| Non  | 1  | 5,6   |      |
| Oui  | 17 | 94,4  |      |
| <b>Hallucinations intrapsychiques/automatisme mental</b> |    |       |      |
| Non  | 5  | 27,8  |      |
| Oui  | 13 | 72,2  |      |
| <b>Hallucinations auditives</b>                          |    |       |      |
| Non  | 10 | 55,6  |      |
| Oui  | 8  | 44,4  |      |
| <b>Hallucinations visuelles</b>                          |    |       |      |
| Non  | 12 | 66,7  |      |
| Oui  | 6  | 33,3  |      |
| <b>Hallucinations cénesthésiques</b>                     |    |       |      |
| Non  | 15 | 83,3  |      |
| Oui  | 3  | 16,7  |      |
| <b>Mécanisme interprétatif</b>                           |    |       |      |
| Non  | 4  | 22,2  |      |
| Oui  | 14 | 77,8  |      |
| <b>Mécanisme intuitif</b>                                |    |       |      |
| Non  | 14 | 77,8  |      |
| Oui  | 4  | 22,2  |      |
| <b>Mécanisme imaginaire</b>                              |    |       |      |
| Non  | 17 | 94,4  |      |
| Oui  | 1  | 5,6   |      |
| <b>Irresponsabilité pénale</b>                           |    |       |      |
| Non  | 1  | 5,6   |      |
| Oui  | 17 | 94,4  |      |
| <b>Age de la victime au moment des faits</b>             | 12 | 58,1  | 11,4 |

## ANNEXE 3 : descriptif global des matricides

|   | N  | %/moy | ET* |
|---|----|-------|-----|
| <b>Victime retraitée</b>  |    |       |     |
| Non   | 8  | 44,4  |     |
| Oui   | 10 | 55,6  |     |
| <b>L'auteur vivait avec la victime</b>                                |    |       |     |
| Non   | 7  | 38,9  |     |
| Oui   | 11 | 61,1  |     |
| <b>Vivait seul avec la victime</b>                                    |    |       |     |
| Non   | 6  | 33,3  |     |
| Oui   | 12 | 66,7  |     |
| <b>Comportement violent envers l'auteur avant le passage à l'acte</b> |    |       |     |
| Non   | 14 | 77,8  |     |
| Oui   | 4  | 22,2  |     |
| <b>Homicide au domicile de la victime</b>                             |    |       |     |
| Non   | 1  | 5,6   |     |
| Oui   | 17 | 94,4  |     |
| <b>Arme d'opportunité</b>   |    |       |     |
| Non   | 1  | 5,6   |     |
| Oui   | 17 | 94,4  |     |
| <b>Arme blanche</b>   |    |       |     |
| Non   | 6  | 33,3  |     |
| Oui   | 12 | 66,7  |     |
| <b>Moyens naturels</b>  |    |       |     |
| Non   | 13 | 72,2  |     |
| Oui   | 5  | 27,8  |     |
| <b>Objet contondant</b>   |    |       |     |
| Non   | 15 | 83,3  |     |
| Oui   | 3  | 16,7  |     |
| <b>Arme à feu</b>   |    |       |     |
| Non   | 17 | 94,4  |     |
| Oui   | 1  | 5,6   |     |
| <b>Immolation</b>   |    |       |     |
| Non   | 17 | 94,4  |     |
| Oui   | 1  | 5,6   |     |
| <b>Acharnement sur la victime</b>                                     |    |       |     |
| Manquant  | 3  |       |     |
| Non   | 2  | 13,3  |     |
| Oui   | 13 | 86,7  |     |
| <b>Témoins de l'homicide</b>  |    |       |     |
| Non   | 18 | 100,0 |     |
| <b>Agit seul</b>  |    |       |     |
| Oui   | 18 | 100,0 |     |
| <b>Facteur déclencheur</b>  |    |       |     |
| Non   | 9  | 50,0  |     |
| Oui   | 9  | 50,0  |     |
| <b>Dispute avant l'homicide</b>                                       |    |       |     |
| Non   | 13 | 72,2  |     |
| Oui   | 5  | 27,8  |     |
| <b>Prise de toxiques</b>  |    |       |     |
| aucun   | 13 | 72,2  |     |
| alcool  | 3  | 16,7  |     |
| polyintoxication  | 2  | 11,1  |     |
| <b>Motivation délirante</b>   |    |       |     |
| Non   | 6  | 33,3  |     |
| Oui   | 12 | 66,7  |     |
| <b>Idées suicidaires/épisode dépressif après l'homicide</b>           |    |       |     |
| Non   | 9  | 50,0  |     |
| Oui   | 9  | 50,0  |     |

\* écart-type

## ANNEXE 4 : comparaison entre les patricides et les matricides

|  | Total<br>N= 32 |       |     | Patricide<br>N=14<br>(43,8%) |       |     | Matricide<br>N=18<br>(56,3%) |       |     | p**    |
|--|----------------|-------|-----|------------------------------|-------|-----|------------------------------|-------|-----|--------|
|  | N              | %/moy | ET* | N                            | %/moy | ET* | N                            | %/moy | ET* |        |
| <b>Age de l'auteur au moment des faits</b>                                       | 32             | 29,7  | 7,3 | 14                           | 29,9  | 6,0 | 18                           | 29,5  | 8,3 | 0,8933 |
| <b>Aîné de la fratrie</b>  |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,4190 |
| Non  | 18             | 56,3  |     | 9                            | 64,3  |     | 9                            | 50,0  |     |        |
| Oui  | 14             | 43,8  |     | 5                            | 35,7  |     | 9                            | 50,0  |     |        |
| <b>Seul garçon de la fratrie</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,7731 |
| Non  | 22             | 68,8  |     | 10                           | 71,4  |     | 12                           | 66,7  |     |        |
| Oui  | 10             | 31,3  |     | 4                            | 28,6  |     | 6                            | 33,3  |     |        |
| <b>Fils unique</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,1086 |
| Non  | 29             | 90,6  |     | 14                           | 100,0 |     | 15                           | 83,3  |     |        |
| Oui  | 3              | 9,4   |     | 0                            | 0,0   |     | 3                            | 16,7  |     |        |
| <b>Célibataire</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | .      |
| Oui  | 32             | 100,0 |     | 14                           | 100,0 |     | 18                           | 100,0 |     |        |
| <b>Divorcé</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,2493 |
| Non  | 31             | 96,9  |     | 13                           | 92,9  |     | 18                           | 100,0 |     |        |
| Oui  | 1              | 3,1   |     | 1                            | 7,1   |     | 0                            | 0,0   |     |        |
| <b>Enfants</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,8540 |
| Non  | 30             | 93,8  |     | 13                           | 92,9  |     | 17                           | 94,4  |     |        |
| Oui  | 2              | 6,3   |     | 1                            | 7,1   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| <b>Niveau d'étude</b>  |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,5127 |
| primaire   | 1              | 3,1   |     | 0                            | 0,0   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| secondaire   | 26             | 81,3  |     | 11                           | 78,6  |     | 15                           | 83,3  |     |        |
| universitaire  | 5              | 15,6  |     | 3                            | 21,4  |     | 2                            | 11,1  |     |        |
| <b>Apprentissage ou enseignement technique</b>                                   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,6179 |
| Non  | 13             | 40,6  |     | 5                            | 35,7  |     | 8                            | 44,4  |     |        |
| Oui  | 19             | 59,4  |     | 9                            | 64,3  |     | 10                           | 55,6  |     |        |
| <b>Diplôme</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,5809 |
| Non  | 20             | 62,5  |     | 8                            | 57,1  |     | 12                           | 66,7  |     |        |
| Oui  | 12             | 37,5  |     | 6                            | 42,9  |     | 6                            | 33,3  |     |        |
| <b>Travaille</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,8540 |
| Non  | 30             | 93,8  |     | 13                           | 92,9  |     | 17                           | 94,4  |     |        |
| Oui  | 2              | 6,3   |     | 1                            | 7,1   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| <b>Antécédents judiciaires</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,9605 |
| Non  | 23             | 71,9  |     | 10                           | 71,4  |     | 13                           | 72,2  |     |        |
| Oui  | 9              | 28,1  |     | 4                            | 28,6  |     | 5                            | 27,8  |     |        |
| <b>Comportement violent, menaces envers la victime avant le passage à l'acte</b> |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0818 |
| Non  | 17             | 53,1  |     | 5                            | 35,7  |     | 12                           | 66,7  |     |        |
| Oui  | 15             | 46,9  |     | 9                            | 64,3  |     | 6                            | 33,3  |     |        |
| <b>Antécédents psychiatriques</b>  |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0949 |
| Non  | 7              | 21,9  |     | 5                            | 35,7  |     | 2                            | 11,1  |     |        |
| Oui  | 25             | 78,1  |     | 9                            | 64,3  |     | 16                           | 88,9  |     |        |
| <b>Antécédents d'hospitalisation</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,2170 |
| Non  | 8              | 25,0  |     | 5                            | 35,7  |     | 3                            | 16,7  |     |        |
| Oui  | 24             | 75,0  |     | 9                            | 64,3  |     | 15                           | 83,3  |     |        |

## ANNEXE 4 : comparaison entre les patricides et les matricides

|  | Total<br>N= 32 |       |     | Patricide<br>N=14<br>(43,8%) |       |     | Matricide<br>N=18<br>(56,3%) |       |     | p**    |
|--|----------------|-------|-----|------------------------------|-------|-----|------------------------------|-------|-----|--------|
|  | N              | %/moy | ET* | N                            | %/moy | ET* | N                            | %/moy | ET* |        |
| <b>Prenait un traitement</b>                   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,9570 |
| Non  | 25             | 78,1  |     | 11                           | 78,6  |     | 14                           | 77,8  |     |        |
| Oui  | 7              | 21,9  |     | 3                            | 21,4  |     | 4                            | 22,2  |     |        |
| <b>En situation de rupture thérapeutique</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,1780 |
| Non  | 14             | 43,8  |     | 8                            | 57,1  |     | 6                            | 33,3  |     |        |
| Oui  | 18             | 56,3  |     | 6                            | 42,9  |     | 12                           | 66,7  |     |        |
| <b>N'a jamais eu de traitement</b>             |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0949 |
| Non  | 25             | 78,1  |     | 9                            | 64,3  |     | 16                           | 88,9  |     |        |
| Oui  | 7              | 21,9  |     | 5                            | 35,7  |     | 2                            | 11,1  |     |        |
| <b>Diagnostic psychiatrique</b>                |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,3821 |
| schizophrénie                                  | 26             | 81,3  |     | 11                           | 78,6  |     | 15                           | 83,3  |     |        |
| paranoïde                                      |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     |        |
| schizophrénie                                  | 2              | 6,3   |     | 2                            | 14,3  |     | 0                            | 0,0   |     |        |
| hébéphrénique                                  |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     |        |
| trouble schizo-                                | 2              | 6,3   |     | 1                            | 7,1   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| affectif                                       |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     |        |
| schizophrénie                                  | 1              | 3,1   |     | 0                            | 0,0   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| simple   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     |        |
| troubles mentaux                               | 1              | 3,1   |     | 0                            | 0,0   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| liés aux substances                            |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     |        |
| <b>Trouble de la personnalité</b>              |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0563 |
| aucun  | 18             | 56,3  |     | 4                            | 28,6  |     | 14                           | 77,8  |     |        |
| schizoïde                                      | 8              | 25,0  |     | 6                            | 42,9  |     | 2                            | 11,1  |     |        |
| dyssoziale                                     | 4              | 12,5  |     | 2                            | 14,3  |     | 2                            | 11,1  |     |        |
| schizotypique                                  | 1              | 3,1   |     | 1                            | 7,1   |     | 0                            | 0,0   |     |        |
| paranoïaque                                    | 1              | 3,1   |     | 1                            | 7,1   |     | 0                            | 0,0   |     |        |
| <b>QI normal</b>                               |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | .      |
| Oui  | 32             | 100,0 |     | 14                           | 100,0 |     | 18                           | 100,0 |     |        |
| <b>Diagnostics associés</b>                    |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,8383 |
| aucun  | 27             | 84,4  |     | 12                           | 85,7  |     | 15                           | 83,3  |     |        |
| épilepsie                                      | 2              | 6,3   |     | 1                            | 7,1   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| encéphalite                                    | 1              | 3,1   |     | 0                            | 0,0   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| traumatisme                                    | 2              | 6,3   |     | 1                            | 7,1   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| crânien  |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     |        |
| <b>Antécédents de consommation de toxiques</b> |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,8658 |
| aucun  | 13             | 40,6  |     | 6                            | 42,9  |     | 7                            | 38,9  |     |        |
| alcool   | 8              | 25,0  |     | 4                            | 28,6  |     | 4                            | 22,2  |     |        |
| polyconsommation                               | 7              | 21,9  |     | 3                            | 21,4  |     | 4                            | 22,2  |     |        |
| cannabis                                       | 4              | 12,5  |     | 1                            | 7,1   |     | 3                            | 16,7  |     |        |
| <b>Délire de persécution</b>                   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,6807 |
| Non  | 8              | 25,0  |     | 4                            | 28,6  |     | 4                            | 22,2  |     |        |
| Oui  | 24             | 75,0  |     | 10                           | 71,4  |     | 14                           | 77,8  |     |        |
| <b>Délire d'influence</b>                      |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 1,0000 |
| Non  | 16             | 50,0  |     | 7                            | 50,0  |     | 9                            | 50,0  |     |        |
| Oui  | 16             | 50,0  |     | 7                            | 50,0  |     | 9                            | 50,0  |     |        |
| <b>Délire mystique</b>                         |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 1,0000 |
| Non  | 16             | 50,0  |     | 7                            | 50,0  |     | 9                            | 50,0  |     |        |
| Oui  | 16             | 50,0  |     | 7                            | 50,0  |     | 9                            | 50,0  |     |        |
| <b>Délire mégalomaniac</b>                     |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,3575 |
| Non  | 20             | 62,5  |     | 10                           | 71,4  |     | 10                           | 55,6  |     |        |
| Oui  | 12             | 37,5  |     | 4                            | 28,6  |     | 8                            | 44,4  |     |        |

## ANNEXE 4 : comparaison entre les patricides et les matricides

|   | Total<br>N= 32 |       |      | Patricide<br>N=14<br>(43,8%) |       |      | Matricide<br>N=18<br>(56,3%) |       |      | p**    |
|---|----------------|-------|------|------------------------------|-------|------|------------------------------|-------|------|--------|
|   | N              | %/moy | ET*  | N                            | %/moy | ET*  | N                            | %/moy | ET*  |        |
| <b>Délire de filiation</b>                                    |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,4252 |
| Non   | 27             | 84,4  |      | 11                           | 78,6  |      | 16                           | 88,9  |      |        |
| Oui   | 5              | 15,6  |      | 3                            | 21,4  |      | 2                            | 11,1  |      |        |
| <b>Délire sexuel</b>  |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,8540 |
| Non   | 27             | 84,4  |      | 12                           | 85,7  |      | 15                           | 83,3  |      |        |
| Oui   | 5              | 15,6  |      | 2                            | 14,3  |      | 3                            | 16,7  |      |        |
| <b>Délire messianique</b>                                     |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,7024 |
| Non   | 29             | 90,6  |      | 13                           | 92,9  |      | 16                           | 88,9  |      |        |
| Oui   | 3              | 9,4   |      | 1                            | 7,1   |      | 2                            | 11,1  |      |        |
| <b>Délire somatique</b>                                       |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,3702 |
| Non   | 31             | 96,9  |      | 14                           | 100,0 |      | 17                           | 94,4  |      |        |
| Oui   | 1              | 3,1   |      | 0                            | 0,0   |      | 1                            | 5,6   |      |        |
| <b>Hallucinations</b>   |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,4006 |
| Non   | 3              | 9,4   |      | 2                            | 14,3  |      | 1                            | 5,6   |      |        |
| Oui   | 29             | 90,6  |      | 12                           | 85,7  |      | 17                           | 94,4  |      |        |
| <b>Hallucinations intrapsychiques/<br/>automatisme mental</b> |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,9605 |
| Non   | 9              | 28,1  |      | 4                            | 28,6  |      | 5                            | 27,8  |      |        |
| Oui   | 23             | 71,9  |      | 10                           | 71,4  |      | 13                           | 72,2  |      |        |
| <b>Hallucinations auditives</b>                               |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,1739 |
| Non   | 21             | 65,6  |      | 11                           | 78,6  |      | 10                           | 55,6  |      |        |
| Oui   | 11             | 34,4  |      | 3                            | 21,4  |      | 8                            | 44,4  |      |        |
| <b>Hallucinations visuelles</b>                               |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,2170 |
| Non   | 24             | 75,0  |      | 12                           | 85,7  |      | 12                           | 66,7  |      |        |
| Oui   | 8              | 25,0  |      | 2                            | 14,3  |      | 6                            | 33,3  |      |        |
| <b>Hallucinations cénesthésiques</b>                          |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,4190 |
| Non   | 28             | 87,5  |      | 13                           | 92,9  |      | 15                           | 83,3  |      |        |
| Oui   | 4              | 12,5  |      | 1                            | 7,1   |      | 3                            | 16,7  |      |        |
| <b>Mécanisme interprétatif</b>                                |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,6807 |
| Non   | 8              | 25,0  |      | 4                            | 28,6  |      | 4                            | 22,2  |      |        |
| Oui   | 24             | 75,0  |      | 10                           | 71,4  |      | 14                           | 77,8  |      |        |
| <b>Mécanisme intuitif</b>                                     |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,6807 |
| Non   | 24             | 75,0  |      | 10                           | 71,4  |      | 14                           | 77,8  |      |        |
| Oui   | 8              | 25,0  |      | 4                            | 28,6  |      | 4                            | 22,2  |      |        |
| <b>Mécanisme imaginaire</b>                                   |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,3702 |
| Non   | 31             | 96,9  |      | 14                           | 100,0 |      | 17                           | 94,4  |      |        |
| Oui   | 1              | 3,1   |      | 0                            | 0,0   |      | 1                            | 5,6   |      |        |
| <b>Irresponsabilité pénale</b>                                |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,1780 |
| Non   | 4              | 12,5  |      | 3                            | 21,4  |      | 1                            | 5,6   |      |        |
| Oui   | 28             | 87,5  |      | 11                           | 78,6  |      | 17                           | 94,4  |      |        |
| <b>Age de la victime<br/>au moment des<br/>faits</b>          | 19             | 58,9  | 12,8 | 7                            | 60,3  | 15,7 | 12                           | 58,1  | 11,4 | 0,7280 |
| <b>Victime retraitée</b>                                      |                |       |      |                              |       |      |                              |       |      | 0,4760 |
| Non   | 16             | 50,0  |      | 8                            | 57,1  |      | 8                            | 44,4  |      |        |
| Oui   | 16             | 50,0  |      | 6                            | 42,9  |      | 10                           | 55,6  |      |        |

## ANNEXE 4 : comparaison entre les patricides et les matricides

|   | Total<br>N= 32 |       |     | Patricide<br>N=14<br>(43,8%) |       |     | Matricide<br>N=18<br>(56,3%) |       |     | p**    |
|---|----------------|-------|-----|------------------------------|-------|-----|------------------------------|-------|-----|--------|
|   | N              | %/moy | ET* | N                            | %/moy | ET* | N                            | %/moy | ET* |        |
| <b>L'auteur vivait avec la victime</b>                                |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,2905 |
| Non   | 10             | 31,3  |     | 3                            | 21,4  |     | 7                            | 38,9  |     |        |
| Oui   | 22             | 68,8  |     | 11                           | 78,6  |     | 11                           | 61,1  |     |        |
| <b>Vivait seul avec la victime</b>                                    |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0325 |
| Non   | 16             | 50,0  |     | 10                           | 71,4  |     | 6                            | 33,3  |     |        |
| Oui   | 16             | 50,0  |     | 4                            | 28,6  |     | 12                           | 66,7  |     |        |
| <b>Comportement violent envers l'auteur avant le passage à l'acte</b> |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,1008 |
| Non   | 21             | 65,6  |     | 7                            | 50,0  |     | 14                           | 77,8  |     |        |
| Oui   | 11             | 34,4  |     | 7                            | 50,0  |     | 4                            | 22,2  |     |        |
| <b>Homicide au domicile de la victime</b>                             |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,3702 |
| Non   | 1              | 3,1   |     | 0                            | 0,0   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| Oui   | 31             | 96,9  |     | 14                           | 100,0 |     | 17                           | 94,4  |     |        |
| <b>Arme d'opportunité</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,1780 |
| Non   | 4              | 12,5  |     | 3                            | 21,4  |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| Oui   | 28             | 87,5  |     | 11                           | 78,6  |     | 17                           | 94,4  |     |        |
| <b>Arme blanche</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,7731 |
| Non   | 10             | 31,3  |     | 4                            | 28,6  |     | 6                            | 33,3  |     |        |
| Oui   | 22             | 68,8  |     | 10                           | 71,4  |     | 12                           | 66,7  |     |        |
| <b>Moyens naturels</b>  |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,6807 |
| Non   | 24             | 75,0  |     | 11                           | 78,6  |     | 13                           | 72,2  |     |        |
| Oui   | 8              | 25,0  |     | 3                            | 21,4  |     | 5                            | 27,8  |     |        |
| <b>Objet contondant</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,8540 |
| Non   | 27             | 84,4  |     | 12                           | 85,7  |     | 15                           | 83,3  |     |        |
| Oui   | 5              | 15,6  |     | 2                            | 14,3  |     | 3                            | 16,7  |     |        |
| <b>Arme à feu</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,8540 |
| Non   | 30             | 93,8  |     | 13                           | 92,9  |     | 17                           | 94,4  |     |        |
| Oui   | 2              | 6,3   |     | 1                            | 7,1   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| <b>Immolation</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,3702 |
| Non   | 31             | 96,9  |     | 14                           | 100,0 |     | 17                           | 94,4  |     |        |
| Oui   | 1              | 3,1   |     | 0                            | 0,0   |     | 1                            | 5,6   |     |        |
| <b>Acharnement sur la victime</b>                                     |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0077 |
| Non   | 9              | 34,6  |     | 7                            | 63,6  |     | 2                            | 13,3  |     |        |
| Oui   | 17             | 65,4  |     | 4                            | 36,4  |     | 13                           | 86,7  |     |        |
| Manquant  | 6              |       |     | 3                            |       |     | 3                            |       |     |        |
| <b>Témoins de l'homicide</b>  |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0058 |
| Non   | 27             | 84,4  |     | 9                            | 64,3  |     | 18                           | 100,0 |     |        |
| Oui   | 5              | 15,6  |     | 5                            | 35,7  |     | 0                            | 0,0   |     |        |
| <b>Agit seul</b>  |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | .      |
| Oui   | 32             | 100,0 |     | 14                           | 100,0 |     | 18                           | 100,0 |     |        |
| <b>Facteur déclencheur</b>  |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0977 |
| Non   | 12             | 37,5  |     | 3                            | 21,4  |     | 9                            | 50,0  |     |        |
| Oui   | 20             | 62,5  |     | 11                           | 78,6  |     | 9                            | 50,0  |     |        |
| <b>Dispute avant l'homicide</b>                                       |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0141 |
| Non   | 17             | 53,1  |     | 4                            | 28,6  |     | 13                           | 72,2  |     |        |
| Oui   | 15             | 46,9  |     | 10                           | 71,4  |     | 5                            | 27,8  |     |        |

## ANNEXE 4 : comparaison entre les patricides et les matricides

|  | Total<br>N= 32 |       |     | Patricide<br>N=14<br>(43,8%) |       |     | Matricide<br>N=18<br>(56,3%) |       |     | p**    |
|--|----------------|-------|-----|------------------------------|-------|-----|------------------------------|-------|-----|--------|
|  | N              | %/moy | ET* | N                            | %/moy | ET* | N                            | %/moy | ET* |        |
| <b>Prise de toxiques</b>   |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,4289 |
| aucun  | 24             | 75,0  |     | 11                           | 78,6  |     | 13                           | 72,2  |     |        |
| alcool   | 6              | 18,8  |     | 3                            | 21,4  |     | 3                            | 16,7  |     |        |
| polyintoxication   | 2              | 6,3   |     | 0                            | 0,0   |     | 2                            | 11,1  |     |        |
| <b>Motivation délirante</b>                                      |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0818 |
| Non  | 15             | 46,9  |     | 9                            | 64,3  |     | 6                            | 33,3  |     |        |
| Oui  | 17             | 53,1  |     | 5                            | 35,7  |     | 12                           | 66,7  |     |        |
| <b>Idées suicidaires/<br/>épisode dépressif après l'homicide</b> |                |       |     |                              |       |     |                              |       |     | 0,0977 |
| Non  | 20             | 62,5  |     | 11                           | 78,6  |     | 9                            | 50,0  |     |        |
| Oui  | 12             | 37,5  |     | 3                            | 21,4  |     | 9                            | 50,0  |     |        |

\* Ecart-type

\*\* Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives

## ANNEXE 5 : régression logistique bivariée

|  | N  | Patricide<br>(Ref) |      | Bivariate regression |                   |        |   |
|--|----|--------------------|------|----------------------|-------------------|--------|---|
|  |    | n                  | %    | Odds<br>ratio        | 95% CI*           |        | p |
|  |    |                    |      |                      | lower             | upper  |   |
| <b>Age de l'auteur au moment des faits</b>   | 32 | 14                 | 43.8 | 1.007                | 0.914 - 1.110     | 0.8890 |   |
| <b>Ainé de la fratrie</b>  |    |                    |      |                      |                   | 0.4174 |   |
| Non  | 18 | 9                  | 50.0 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 14 | 5                  | 35.7 | 0.556                | 0.133 - 2.325     |        |   |
| <b>Seul garçon de la fratrie</b>   |    |                    |      |                      |                   | 0.7726 |   |
| Non  | 22 | 10                 | 45.5 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 10 | 4                  | 40.0 | 0.800                | 0.175 - 3.651     |        |   |
| <b>Fils unique</b>   |    |                    |      |                      |                   | 0.0547 |   |
| Non  | 29 | 14                 | 48.3 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 3  | 0                  | 0.0  | <0.001               | <0.001 - >999.999 |        |   |
| <b>Célibataire</b>   |    |                    |      |                      |                   | 0.0547 |   |
| Oui  | 32 | 14                 | 43.8 | 1                    |                   |        |   |
| <b>Divorcé</b>   |    |                    |      |                      |                   | 0.1929 |   |
| Non  | 31 | 13                 | 41.9 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 1  | 1                  | 100  | >999.999             | <0.001 - >999.999 |        |   |
| <b>Enfants</b>   |    |                    |      |                      |                   | 0.8545 |   |
| Non  | 30 | 13                 | 43.3 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 2  | 1                  | 50.0 | 1.308                | 0.075 - 22.935    |        |   |
| <b>Niveau d'étude</b>  |    |                    |      |                      |                   | 0.4265 |   |
| primaire   | 1  | 0                  | 0.0  | 1                    |                   |        |   |
| secondaire   | 26 | 11                 | 42.3 | >999.999             | <0.001 - >999.999 |        |   |
| universitaire  | 5  | 3                  | 60.0 | >999.999             | <0.001 - >999.999 |        |   |
| <b>Apprentissage ou enseignement technique</b>                                       |    |                    |      |                      |                   | 0.6171 |   |
| Non  | 13 | 5                  | 38.5 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 19 | 9                  | 47.4 | 1.440                | 0.343 - 6.048     |        |   |
| <b>Diplôme</b>   |    |                    |      |                      |                   | 0.5813 |   |
| Non  | 20 | 8                  | 40.0 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 12 | 6                  | 50.0 | 1.500                | 0.354 - 6.347     |        |   |
| <b>Travaille</b>   |    |                    |      |                      |                   | 0.8545 |   |
| Non  | 30 | 13                 | 43.3 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 2  | 1                  | 50.0 | 1.308                | 0.075 - 22.935    |        |   |
| <b>Antécédents judiciaires</b>   |    |                    |      |                      |                   | 0.9605 |   |
| Non  | 23 | 10                 | 43.5 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 9  | 4                  | 44.4 | 1.040                | 0.220 - 4.909     |        |   |
| <b>Comportement violent, menaces<br/>envers la victime avant le passage à l'acte</b> |    |                    |      |                      |                   | 0.0796 |   |
| Non  | 17 | 5                  | 29.4 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 15 | 9                  | 60.0 | 3.600                | 0.829 - 15.629    |        |   |
| <b>Antécédents psychiatriques</b>  |    |                    |      |                      |                   | 0.0935 |   |
| Non  | 7  | 5                  | 71.4 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 25 | 9                  | 36.0 | 0.225                | 0.036 - 1.405     |        |   |
| <b>Antécédents d'hospitalisation</b>   |    |                    |      |                      |                   | 0.2176 |   |
| Non  | 8  | 5                  | 62.5 | 1                    |                   |        |   |
| Oui  | 24 | 9                  | 37.5 | 0.360                | 0.069 - 1.880     |        |   |



## ANNEXE 5 : régression logistique bivariée

|  | N  | Patricide<br>(Ref) |      | Bivariate regression |                   |       |        |
|--|----|--------------------|------|----------------------|-------------------|-------|--------|
|  |    | n                  | %    | Odds<br>ratio        | 95% CI*           |       | p      |
|  |    |                    |      |                      | lower             | upper |        |
| <b>Prenait un traitement</b>                   |    |                    |      |                      |                   |       | 0.9570 |
| Non  | 25 | 11                 | 44.0 | 1                    |                   |       |        |
| Oui  | 7  | 3                  | 42.9 | 0.955                | 0.176 - 5.186     |       |        |
| <b>En situation de rupture thérapeutique</b>   |    |                    |      |                      |                   |       | 0.1768 |
| Non  | 14 | 8                  | 57.1 | 1                    |                   |       |        |
| Oui  | 18 | 6                  | 33.3 | 0.375                | 0.089 - 1.587     |       |        |
| <b>N'a jamais eu de traitement</b>             |    |                    |      |                      |                   |       | 0.0935 |
| Non  | 25 | 9                  | 36.0 | 1                    |                   |       |        |
| Oui  | 7  | 5                  | 71.4 | 4.444                | 0.712 - 27.760    |       |        |
| <b>Diagnostic psychiatrique</b>                |    |                    |      |                      |                   |       | 0.2259 |
| schizophrénie paranoïde                        | 26 | 11                 | 42.3 | 1                    |                   |       |        |
| schizophrénie hébéphrénique                    | 2  | 2                  | 100  | >999.999             | <0.001 - >999.999 |       |        |
| trouble schizo-affectif                        | 2  | 1                  | 50.0 | 1.364                | 0.077 - 24.267    |       |        |
| schizophrénie simple                           | 1  | 0                  | 0.0  | <0.001               | <0.001 - >999.999 |       |        |
| troubles mentaux liés aux substances           | 1  | 0                  | 0.0  | <0.001               | <0.001 - >999.999 |       |        |
| <b>Trouble de la personnalité</b>              |    |                    |      |                      |                   |       | 0.0364 |
| aucun  | 18 | 4                  | 22.2 | 1                    |                   |       |        |
| schizoïde                                      | 8  | 6                  | 75.0 | 10.500               | 1.496 - 73.676    |       |        |
| dyssociale                                     | 4  | 2                  | 50.0 | 3.500                | 0.368 - 33.310    |       |        |
| schizotypique                                  | 1  | 1                  | 100  | >999.999             | <0.001 - >999.999 |       |        |
| paranoïaque                                    | 1  | 1                  | 100  | >999.999             | <0.001 - >999.999 |       |        |
| <b>QI normal</b>                               |    |                    |      |                      |                   |       | 0.0935 |
| Oui  | 32 | 14                 | 43.8 | 1                    |                   |       |        |
| <b>Diagnostics associés</b>                    |    |                    |      |                      |                   |       | 0.7485 |
| aucun  | 27 | 12                 | 44.4 | 1                    |                   |       |        |
| épilepsie                                      | 2  | 1                  | 50.0 | 1.250                | 0.071 - 22.133    |       |        |
| encéphalite                                    | 1  | 0                  | 0.0  | <0.001               | <0.001 - >999.999 |       |        |
| traumatisme crânien                            | 2  | 1                  | 50.0 | 1.250                | 0.071 - 22.133    |       |        |
| <b>Antécédents de consommation de toxiques</b> |    |                    |      |                      |                   |       | 0.8577 |
| aucun  | 13 | 6                  | 46.2 | 1                    |                   |       |        |
| alcool   | 8  | 4                  | 50.0 | 1.167                | 0.200 - 6.805     |       |        |
| polyconsommation                               | 7  | 3                  | 42.9 | 0.875                | 0.137 - 5.576     |       |        |
| cannabis                                       | 4  | 1                  | 25.0 | 0.389                | 0.032 - 4.796     |       |        |
| <b>Délire de persécution</b>                   |    |                    |      |                      |                   |       | 0.6815 |
| Non  | 8  | 4                  | 50.0 | 1                    |                   |       |        |
| Oui  | 24 | 10                 | 41.7 | 0.714                | 0.143 - 3.559     |       |        |
| <b>Délire d'influence</b>                      |    |                    |      |                      |                   |       | 1.0000 |
| Non  | 16 | 7                  | 43.8 | 1                    |                   |       |        |
| Oui  | 16 | 7                  | 43.8 | 1.000                | 0.247 - 4.043     |       |        |
| <b>Délire mystique</b>                         |    |                    |      |                      |                   |       | 1.0000 |
| Non  | 16 | 7                  | 43.8 | 1                    |                   |       |        |
| Oui  | 16 | 7                  | 43.8 | 1.000                | 0.247 - 4.043     |       |        |
| <b>Délire mégalomane</b>                       |    |                    |      |                      |                   |       | 0.3543 |
| Non  | 20 | 10                 | 50.0 | 1                    |                   |       |        |
| Oui  | 12 | 4                  | 33.3 | 0.500                | 0.113 - 2.210     |       |        |

## ANNEXE 5 : régression logistique bivariée

|   | N  | Patricide<br>(Ref) |      | Bivariate regression |                   |        |   |
|---|----|--------------------|------|----------------------|-------------------|--------|---|
|   |    | n                  | %    | Odds<br>ratio        | 95% CI*           |        | p |
|   |    |                    |      |                      | lower             | upper  |   |
| <b>Délire de filiation</b>                                    |    |                    |      |                      |                   |        |   |
| Non   | 27 | 11                 | 40.7 | 1                    |                   | 0.4269 |   |
| Oui   | 5  | 3                  | 60.0 | 2.182                | 0.311 - 15.289    |        |   |
| <b>Délire sexuel</b>  |    |                    |      |                      |                   | 0.8536 |   |
| Non   | 27 | 12                 | 44.4 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 5  | 2                  | 40.0 | 0.833                | 0.119 - 5.820     |        |   |
| <b>Délire messianique</b>                                     |    |                    |      |                      |                   | 0.6991 |   |
| Non   | 29 | 13                 | 44.8 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 3  | 1                  | 33.3 | 0.615                | 0.050 - 7.569     |        |   |
| <b>Délire somatique</b>                                       |    |                    |      |                      |                   | 0.2782 |   |
| Non   | 31 | 14                 | 45.2 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 1  | 0                  | 0.0  | <0.001               | <0.001 - >999.999 |        |   |
| <b>Hallucinations</b>   |    |                    |      |                      |                   | 0.4011 |   |
| Non   | 3  | 2                  | 66.7 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 29 | 12                 | 41.4 | 0.353                | 0.029 - 4.350     |        |   |
| <b>Hallucinations intrapsychiques/<br/>automatisme mental</b> |    |                    |      |                      |                   | 0.9605 |   |
| Non   | 9  | 4                  | 44.4 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 23 | 10                 | 43.5 | 0.961                | 0.204 - 4.539     |        |   |
| <b>Hallucinations auditives</b>                               |    |                    |      |                      |                   | 0.1676 |   |
| Non   | 21 | 11                 | 52.4 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 11 | 3                  | 27.3 | 0.341                | 0.070 - 1.654     |        |   |
| <b>Hallucinations visuelles</b>                               |    |                    |      |                      |                   | 0.2071 |   |
| Non   | 24 | 12                 | 50.0 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 8  | 2                  | 25.0 | 0.333                | 0.056 - 1.995     |        |   |
| <b>Hallucinations cénesthésiques</b>                          |    |                    |      |                      |                   | 0.4068 |   |
| Non   | 28 | 13                 | 46.4 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 4  | 1                  | 25.0 | 0.385                | 0.036 - 4.164     |        |   |
| <b>Mécanisme interprétatif</b>                                |    |                    |      |                      |                   | 0.6815 |   |
| Non   | 8  | 4                  | 50.0 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 24 | 10                 | 41.7 | 0.714                | 0.143 - 3.559     |        |   |
| <b>Mécanisme intuitif</b>                                     |    |                    |      |                      |                   | 0.6815 |   |
| Non   | 24 | 10                 | 41.7 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 8  | 4                  | 50.0 | 1.400                | 0.281 - 6.976     |        |   |
| <b>Mécanisme imaginaire</b>                                   |    |                    |      |                      |                   | 0.2782 |   |
| Non   | 31 | 14                 | 45.2 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 1  | 0                  | 0.0  | <0.001               | <0.001 - >999.999 |        |   |
| <b>Irresponsabilité pénale</b>                                |    |                    |      |                      |                   | 0.1748 |   |
| Non   | 4  | 3                  | 75.0 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 28 | 11                 | 39.3 | 0.216                | 0.020 - 2.347     |        |   |
| <b>Age de la victime au moment des faits</b>                  | 19 | 7                  | 36.8 | 1.014                | 0.941 - 1.094     | 0.7094 |   |
| <b>Victime retraitée</b>                                      |    |                    |      |                      |                   | 0.4754 |   |
| Non   | 16 | 8                  | 50.0 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 16 | 6                  | 37.5 | 0.600                | 0.147 - 2.455     |        |   |
| <b>L'auteur vivait avec la victime</b>                        |    |                    |      |                      |                   | 0.2847 |   |
| Non   | 10 | 3                  | 30.0 | 1                    |                   |        |   |
| Oui   | 22 | 11                 | 50.0 | 2.333                | 0.476 - 11.437    |        |   |

## ANNEXE 5 : régression logistique bivariée

|   | N  | Patricide<br>(Ref) |      | Bivariate regression |                   |       |        |
|---|----|--------------------|------|----------------------|-------------------|-------|--------|
|   |    | n                  | %    | Odds<br>ratio        | 95% CI*           |       | p      |
|   |    |                    |      |                      | lower             | upper |        |
| <b>Vivait seul avec la victime</b>  |    |                    |      |                      |                   |       |        |
| Non   | 16 | 10                 | 62.5 | 1                    |                   |       | 0.0302 |
| Oui   | 16 | 4                  | 25.0 | 0.200                | 0.044 - 0.913     |       |        |
| <b>Comportement violent envers l'auteur<br/>avant le passage à l'acte</b> |    |                    |      |                      |                   |       | 0.1000 |
| Non   | 21 | 7                  | 33.3 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 11 | 7                  | 63.6 | 3.500                | 0.760 - 16.118    |       |        |
| <b>Homicide au domicile de la victime</b>                                 |    |                    |      |                      |                   |       | 0.2782 |
| Non   | 1  | 0                  | 0.0  | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 31 | 14                 | 45.2 | >999.999             | <0.001 - >999.999 |       |        |
| <b>Arme d'opportunité</b>   |    |                    |      |                      |                   |       | 0.1748 |
| Non   | 4  | 3                  | 75.0 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 28 | 11                 | 39.3 | 0.216                | 0.020 - 2.347     |       |        |
| <b>Arme blanche</b>   |    |                    |      |                      |                   |       | 0.7726 |
| Non   | 10 | 4                  | 40.0 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 22 | 10                 | 45.5 | 1.250                | 0.274 - 5.705     |       |        |
| <b>Moyens naturels</b>  |    |                    |      |                      |                   |       | 0.6793 |
| Non   | 24 | 11                 | 45.8 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 8  | 3                  | 37.5 | 0.709                | 0.137 - 3.660     |       |        |
| <b>Objet contondant</b>   |    |                    |      |                      |                   |       | 0.8536 |
| Non   | 27 | 12                 | 44.4 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 5  | 2                  | 40.0 | 0.833                | 0.119 - 5.820     |       |        |
| <b>Arme à feu</b>   |    |                    |      |                      |                   |       | 0.8545 |
| Non   | 30 | 13                 | 43.3 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 2  | 1                  | 50.0 | 1.308                | 0.075 - 22.935    |       |        |
| <b>Immolation</b>   |    |                    |      |                      |                   |       | 0.2782 |
| Non   | 31 | 14                 | 45.2 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 1  | 0                  | 0.0  | <0.001               | <0.001 - >999.999 |       |        |
| <b>Acharnement sur la victime</b>   |    |                    |      |                      |                   |       | 0.0067 |
| Non   | 9  | 7                  | 77.8 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 17 | 4                  | 23.5 | 0.088                | 0.013 - 0.606     |       |        |
| <b>Témoins de l'homicide</b>  |    |                    |      |                      |                   |       | 0.0021 |
| Non   | 27 | 9                  | 33.3 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 5  | 5                  | 100  | >999.999             | <0.001 - >999.999 |       |        |
| <b>Agit seul</b>  |    |                    |      |                      |                   |       | 0.0547 |
| Oui   | 32 | 14                 | 43.8 | 1                    |                   |       |        |
| <b>Facteur déclencheur</b>  |    |                    |      |                      |                   |       | 0.0920 |
| Non   | 12 | 3                  | 25.0 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 20 | 11                 | 55.0 | 3.667                | 0.758 - 17.729    |       |        |
| <b>Dispute avant l'homicide</b>   |    |                    |      |                      |                   |       | 0.0127 |
| Non   | 17 | 4                  | 23.5 | 1                    |                   |       |        |
| Oui   | 15 | 10                 | 66.7 | 6.500                | 1.377 - 30.683    |       |        |

## ANNEXE 5 : régression logistique bivariée

|  | N  | Patricide<br>(Ref) |      | Bivariate regression |                   |        |   |
|--|----|--------------------|------|----------------------|-------------------|--------|---|
|  |    | n                  | %    | Odds<br>ratio        | 95% CI*           |        | p |
|  |    |                    |      |                      | lower             | upper  |   |
| <b>Prise de toxiques</b>   |    |                    |      |                      |                   |        |   |
| aucun  | 24 | 11                 | 45.8 | 1                    |                   | 0.2955 |   |
| alcool   | 6  | 3                  | 50.0 | 1.182                | 0.197 - 7.082     |        |   |
| polyintoxication   | 2  | 0                  | 0.0  | <0.001               | <0.001 - >999.999 |        |   |
| <b>Motivation délirante</b>                                      |    |                    |      |                      |                   |        |   |
| Non  | 15 | 9                  | 60.0 | 1                    |                   | 0.0796 |   |
| Oui  | 17 | 5                  | 29.4 | 0.278                | 0.064 - 1.206     |        |   |
| <b>Idées suicidaires/ épisode dépressif<br/>après l'homicide</b> |    |                    |      |                      |                   |        |   |
| Non  | 20 | 11                 | 55.0 | 1                    |                   | 0.0920 |   |
| Oui  | 12 | 3                  | 25.0 | 0.273                | 0.056 - 1.319     |        |   |

\* CI : Confident interval

° Quantitative variables have no reference level. The odds ratio express the risk variation for a unit increase of

VU

NANCY, le **3 septembre 2013**

Le Président de Thèse

**Professeur J-P. KAHN**

NANCY, le **3 septembre 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur H. COUDANE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6542

NANCY, le 05/09/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

**Professeur P. MUTZENHARDT**

---

## **RESUME DE LA THESE**

Le travail présenté par l'auteur s'articule autour de deux parties : dans un premier chapitre, l'auteur effectue une importante revue de la littérature internationale consacrée aux patricides et aux matricides. Après une description de l'historique des parricides, l'auteur développe différentes théories élaborées pour expliciter ces passages à l'acte et aborde le cadre légal de ces homicides.

Dans une seconde partie, qui fait l'originalité de la thèse, l'auteur réalise une étude rétrospective sur dossier, de trente-deux parricides hospitalisés en Unité pour Malades Difficiles. Celle-ci révèle de nombreuses similitudes entre les patricides et les matricides. Cependant, ce travail objective également plusieurs différences statistiquement significatives entre ces deux types d'homicides. Des pathologies mentales graves sont plus fréquemment rencontrées, en général et au moment du passage à l'acte, chez les matricides que chez les patricides et les dynamiques sous-jacentes au passage à l'acte varient entre ces deux groupes. Le patricide survient souvent en réaction à une dispute, chez un sujet présentant une personnalité schizoïde. Le meurtrier de sa mère vit plus fréquemment seul avec sa victime, avec laquelle il entretient une relation de dépendance hostile. Le matricide perçoit ce lien, associant amour et haine, comme une menace pour sa survie. Il tue alors sa victime avec acharnement, afin d'effacer toute trace de son existence. D'autres différences entre ces deux types d'homicides sont suggérées à la lecture des dossiers mais n'ont pu être démontrées statistiquement. Des études complémentaires auprès de la population générale des parricides, avec un échantillon plus important et affinant la sémiologie psychiatrique, permettraient d'objectiver des différences peut-être plus significatives entre ces passages à l'acte, trop souvent confondus dans la littérature.

---

## **TITRE EN ANGLAIS**

Comparative study between patricides and matricides.

---

**THESE : MEDECINE SPECIALISEE – ANNEE 2013**

**MOTS CLES : Parricide - Patricide - Matricide - Homicide - Psychose**

---

## **INTITULE ET ADRESSE**

UNIVERSITE DE LORRAINE  
Faculté de Médecine de Nancy  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex