

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
AMÉLIE GAUVREAU

ENJEUX PSYCHIQUES DE PARRICIDES RECONNUS
CRIMINELLEMENT RESPONSABLES

JUILLET 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ENJEUX PSYCHIQUES DE PARRICIDES RECONNUS CRIMINELLEMENT RESPONSABLES

PAR

AMÉLIE GAUVREAU

Mme Suzanne Léveillé, directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

M. André Pellerin, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Mme Tiziana Costi, évaluatrice externe

Institut Philippe Pinel de Montréal

Sommaire

Plusieurs auteurs ont analysé le phénomène du parricide (l'homicide de la mère ou du père), notamment à partir d'études descriptives, d'études de comparaison et de vignettes cliniques. Selon la littérature scientifique consultée, les individus ayant commis un parricide présentent dans la grande majorité un trouble psychotique. Le diagnostic retenu est principalement la schizophrénie de type paranoïde (Campion, Cravens, Rotholz, Weinstein, Covan & Alpert, 1985; Clark, 1993; Cravens, Campion, Rotholz, Covan & Cravens, 1985; Green, 1981; Léveillé & Lefebvre, 2008 ; Marleau, Millaud & Auclair, 2003; Millaud, Auclair & Meunier, 1996; Singhal & Dutta, 1992). D'ailleurs, la plupart des études portent sur un échantillon d'individus présentant un trouble de santé mentale et qui sont reconnus non criminellement responsables. Par contre, ceux-ci ne représentent qu'environ 47 % (Léveillé & Lefebvre, 2008) et ainsi, plus de la moitié des parricides ne sont que très peu étudiés. Nous ne répertorions qu'une seule étude portant sur les parricides reconnus responsables de leur délit et ayant une sentence d'incarcération (Weisman & Sharma, 1997). Devant le peu d'étude sur cette population, une évaluation du fonctionnement intrapsychique et symptomatologique est pertinente. Au cours de cette étude, nous présentons trois cas de parricide incarcérés dans un pénitencier fédéral (Service Correctionnel du Canada). À travers les résultats au Rorschach (test projectif), nous tenterons de faire ressortir les différences et les similitudes au sein de cet échantillon. Nous tenterons également de mettre en lien ces résultats avec ceux obtenus des études portant sur les individus ayant commis un homicide ou ayant passé à l'acte. Au niveau du fonctionnement cognitif de ses trois cas,

nous avons noté des troubles de la pensée, des préoccupations pouvant venir perturber la clarté de la pensée et un dysfonctionnement cognitif. Les résultats suggéraient également une problématique au niveau de la modulation affective. Ainsi, cette étude exploratoire vise à élaborer une certaine compréhension du fonctionnement psychique et, par le fait même, contribuer à l'élaboration de pistes de prévention et d'intervention.

Table des matières

Sommaire.....	iii
L'introduction.....	1
Le contexte théorique.....	4
Définition.....	5
Ampleur du phénomène.....	7
Compréhension du phénomène.....	9
Variables sociodémographiques.....	11
Caractéristiques du délit.....	14
Variables situationnelles.....	19
Variables psychiatriques, les motivations.....	22
Les classifications.....	28
La typologie des parricides psychotiques.....	28
Le profil type.....	30
Compréhension du fonctionnement intrapsychique.....	31
La méthode.....	38
Participants.....	39
Descriptions des participants.....	39
Instruments de mesure.....	41
Déroulement.....	43
Les résultats.....	45
Le Rorschach.....	46

Le SCID I, II et le MMPI.....	55
La discussion.....	61
La conclusion.....	68
Les références.....	71
Appendices.....	77

Liste des tableaux

Tableau 1 Résultats au Rorschach.....	47
Tableau 2 Sollicitations à l'examineur dans les protocoles de Rorschach.....	52
Tableau 3 Les normes au Rorschach selon Exner.....	71

Remerciements

L'auteure désire remercier madame Suzanne Léveillé, directrice de l'essai doctoral, pour le soutien, la disponibilité et les précieux conseils tout au long de ce processus de rédaction. L'auteure souhaite également exprimer ses remerciements aux correcteurs, monsieur André Pellerin et madame Taziana Costi pour le temps et l'aide accordés. Enfin, l'auteure remercie Maxime Deslauriers, Sylvie Vandet et Jean-Luc Gauvreau pour les encouragements, le support technique et moral lors du cheminement académique.

Introduction

Le parricide est un homicide considéré comme particulier et suscite la peur et l'incompréhension. La famille est perçue par tous comme étant une unité sociale et sécuritaire où les membres sont loyaux et protecteurs.

Les objectifs de notre étude visent principalement à enrichir les connaissances sur les homicides intrafamiliaux, la violence familiale et à mieux comprendre le phénomène du parricide. La recension des écrits sur le sujet démontre l'importance des troubles mentaux graves au sein de la population qui commet un parricide. Plusieurs chercheurs se sont penchés sur les parricides provenant des hôpitaux psychiatriques. Toutefois, dans la littérature scientifique, peu d'études portent sur les parricides qui purgent une sentence d'incarcération après avoir été reconnus criminellement responsables de leur geste. Ainsi, le tableau clinique de la maladie mentale semble se présenter différemment. En effet, l'intensité du trouble, la capacité à discerner la réalité lors du passage à l'acte semblent des éléments importants (Léveillé & Lefebvre, 2008). Les circonstances du délit (attaques précédant le délit, présence de violence excessive) et le comportement à la suite du passage à l'acte le sont également (Weisman & Sharma, 1997). Au sein de la littérature, peu d'études se sont attardées sur le fonctionnement intrapsychique de ces individus parricides. La plupart des études visent à décrire le phénomène et les variables associées (sociodémographiques, situationnelles, psychologiques et les caractéristiques du délit).

Dans notre étude, nous évaluons le fonctionnement intrapsychique de trois individus parricides purgeant une sentence d'incarcération. À partir d'un outil

projectif, le Rorschach, nous tentons d'élaborer sur les particularités de leur fonctionnement intrapsychique. Dans le but de compléter l'analyse, nous utilisons également les résultats d'un test de personnalité (MMPI-II) et une grille d'entrevue semi-structurée permettant d'émettre un diagnostic à l'axe I et à l'axe II (SCID-I et SCID-II). Une meilleure compréhension de ce phénomène pourra contribuer à l'élaboration de sa prévention et des pistes d'intervention auprès de cette clientèle.

Dans le but de bien situer ce travail, nous débuterons par la présentation des définitions et de l'ampleur du phénomène. Nous enchaînerons ensuite avec la compréhension du parricide à partir de diverses variables : les variables sociodémographiques, les caractéristiques du délit, les variables situationnelles et les variables psychiatriques, en lien avec les motivations. Par la suite, nous présenterons la typologie du parricide et le profil type. Finalement, la compréhension intrapsychique du parricide sera explorée à travers la théorie psychodynamique, tout en faisant le lien avec les méthodes projectives.

Le contexte théorique

Définitions

La violence familiale se manifeste de différentes façons et les homicides intrafamiliaux sont la forme la plus sérieuse. Dans un premier temps, selon le Code criminel du Canada (Cournoyer & Ouimet, 2008), l'homicide est l'action de causer la mort d'une personne sans justification au plan juridique, ni négligence criminelle ou encore de décès accidentels. L'homicide comprend le meurtre au premier degré, le meurtre au deuxième degré, l'homicide involontaire coupable et l'infanticide (homicide d'un enfant, 18 ans et moins). Pour ce qui est du meurtre, il doit être commis intentionnellement alors que l'homicide involontaire ne présente pas ces caractéristiques. De façon plus spécifique, le meurtre au premier degré signifie que l'homicide était prémédité et de propos délibéré.

Les homicides intrafamiliaux sont commis par des individus dont le lien avec la victime est considéré comme étant un lien de sang, d'alliance ou encore d'adoption. Il s'agit donc de la fratrie, du conjoint, du parent ou encore, de l'enfant. Ces types de drames familiaux se présentent sous différentes formes : l'uxoricide (l'homicide de la conjointe commis par l'homme), le filicide (l'homicide de l'enfant (0 à 18 ans) commis par le père ou la mère), le familicide (l'homicide de la conjointe et d'au moins un des enfants, commis par l'homme), le sororicide (l'homicide de la sœur), le fratricide (l'homicide du frère) et le parricide. Ce dernier, qui sera le sujet de notre étude, se définit comme étant l'homicide de la mère ou du père. Il est important de noter que certains auteurs (Milaud, Auclair & Meunier, 1996; Le Bihan & Bénézech, 2004) spécifient que le parricide inclut l'homicide du parent naturel, adoptif, légal ou

encore tout autre ascendant légitime. Tandis que D'Orban et O'Connor (1989) définissent le parricide par l'homicide du parent biologique. D'autres auteurs (Campion & al., 1985; Green, 1981; Hillbrand, Alexandre, Young & Spitz, 1999; Marleau, Auclair & Millaud, 2006) ne précisent pas cette relation entre l'enfant et le parent.

Certains auteurs (Campion & al., 1985; Clark, 1993 ; Green, 1981; Lebihan & Bénézech, 2004; Marleau, Millaud & Auclair, 2003 ; Millaud, Auclair & Meunier, 1996; Singhal & Dutta, 1990) classifient le parricide en deux catégories distinctes selon le sexe de la victime. En effet, le matricide est l'homicide de la mère et le patricide est l'homicide du père. De nombreux auteurs (D'Orban & O'Connor, 1989 ; Hillbrand & al., 1999 : Maas, Prakash, Hollender & Regan, 1994 ; Marleau & al., 2003 ; Marleau & al. 2006) ne précisent pas cette notion au sein de leur échantillon ou encore, de leurs résultats. Toutefois, il semblerait que ces deux populations présentent des différences notables, surtout en ce qui a trait à la relation entre l'individu homicide et la victime. Ces particularités seront éventuellement abordées au cours de ce travail. Dans notre étude, les termes patricide (homicide du père) et matricide (homicide de la mère) ne seront pas utilisés et nous privilégierions le terme parricide (l'homicide du parent ou des deux parents) en spécifiant, si nécessaire, le sexe de la victime. Le parricide peut également désigner la personne qui commet le passage à l'acte. Notons également, qu'au cours de notre étude, il sera question d'homicide complété. Au sein de la littérature, certains chercheurs incluent les tentatives et les parricides complétés dans leur échantillon (Marleau & al., 2006)

alors que d'autres les divisent parce qu'ils rapportent des différences au niveau de la psychopathologie et la symptomatologie (Weisman & Sharma, 1997).

Ampleur du phénomène

Selon Statistiques Canada, près de la moitié des crimes résolus sont commis par une connaissance, alors que les homicides intrafamiliaux représentent environ 35% des crimes résolus. Ainsi, uniquement 15 % des homicides sont commis par des étrangers. Il est possible de conclure que les homicides sont davantage commis par des individus connus de la victime, d'où l'importance de la relation de cette victime et son agresseur (Dauvergne, 2004).

À l'instar des études effectuées au Canada, ce taux d'homicides intrafamiliaux est relativement stable, les chiffres demeurent les mêmes pour les dix dernières années (Dauvergne, 2004 ; Li, 2006). La prévalence canadienne d'homicides intrafamiliaux est inférieure à celle des États-Unis où ces homicides sont représentés à 43% entre 1976 et 1999 (Fox & Zawetiz, 2004).

Au Canada, parmi les homicides résolus, le taux de parricide se situe à environ 4% pour l'année 2005. Ce pourcentage est pratiquement le même pour les pays suivants : Angleterre, États-Unis et la France (Devaux, Petit, Perol & Porto, 1974; Ewing 1997; Green, 1981). Parmi les homicides intrafamiliaux résolus, les plus fréquents sont respectivement l'homicide du conjoint (53%), l'homicide de l'un des enfants (17%) et pour terminer, l'homicide de l'un de ses parents, le parricide (12%).

(Dauvergne & Li, 2006). Selon Léveillé et Lefebvre (2008), au Québec entre 1997 et 2007, 30 hommes et 3 femmes ont commis un parricide.

Le parricide serait un crime commis principalement par un homme, ce qui représenterait un peu plus que 90% des individus homicides au Québec (Marleau & al., 2003; Léveillé & Lefebvre, 2008). Une grande proportion de victimes serait des hommes (Daly & Wilson, 1988). Ainsi, plusieurs auteurs indiquent que le parricide commis par le fils dont la victime est le père serait la forme de parricide la plus fréquente (Daly & Wilson, 1988; Devaux & al., 1974). Néanmoins, à la recension des parricides psychotiques, davantage de mères victimes sont répertoriées (Zagury & Millaud, 1998).

Le double parricide (homicide du père et la mère) constitue environ 10% des parricides (Weisman & Sharma, 1997). En ce qui concerne les tentatives de parricides, peu d'études rapportent un taux de prévalence. Toutefois, les tentatives de parricide représenteraient environ 40% des parricides adultes psychiatisés au Québec (Marleau, Millaud et Auclair, 2003).

Au sein même du phénomène du parricide, une proportion importante d'homicides sont commis par des adolescent(e)s, soit près du quart des parricides (Marleau, Auclair & Millaud, 2006). Par contre, au cours de notre étude, il sera question uniquement de parricide adulte, notamment dû au fait que ces deux types de crimes, bien qu'ils présentent des similitudes, ont des motivations et profils fort différents (Hillbrand & al., 1999; Marleau, & al., 2006; Newhill, 1991). En effet,

selon la littérature scientifique, le parricide adulte est en général commis par des personnes souffrant d'un trouble psychotique alors que le parricide adolescent(e) serait précédé d'abus répétitifs, chroniques, physiques ou sexuels de la part de la victime à l'égard de l'individu homicide (Palermo, 2010). Les motivations sous-jacentes se réfèrent à un désir de protection personnel ou encore de protection envers les autres membres de la famille. Dans le même ordre d'idées, le parricide adolescent peut également être commis dans un contexte où le parent représente un obstacle à la formation de l'identité. Selon cette hypothèse, le parent pourrait contribuer à restreindre l'autonomie et l'indépendance de l'adolescent, ce qui par conséquent court-circuite le processus de séparation-individuation. Cette situation pourrait menacer l'identité de l'adolescent. Le passage à l'acte parricide chez l'adolescent vient donc répondre au besoin de restaurer une image positive de soi-même (Marleau & al., 2003). Selon les informations précédentes, il serait discutable de former un seul et unique groupe constitué de parricides adolescents et adultes puisqu'ils forment deux entités différentes.

Compréhension du phénomène

Une fois le parricide bien défini et connu dans son ampleur, il sera maintenant question de la compréhension de ce phénomène. Au sein de la littérature scientifique, différents types d'études sont effectuées afin de décrire et comprendre le parricide : les études comparatives, les études descriptives et les études de cas. Les études comparatives et descriptives seront abordées dans cette section du travail alors que les études de cas le seront dans la prochaine partie. Tout d'abord, les études comparatives permettent de comprendre l'importance de certains éléments au sein

d'un phénomène. Selon la littérature consultée, il y a environ une douzaine d'études comparatives portant sur le parricide. Par exemple, certaines études portent sur les parricides et les tentatives de parricides (Marleau & al., 2003; Weisman & Sharma, 1997). Nous répertorions également des études sur les parricides en comparaison avec les individus ayant commis un autre type d'homicide intrafamiliaux (D'Oban & O'Connor, 1989; Farooque & al., 2004) ou encore un homicide d'un étranger (Baxter & al., 2001; McKinght & al., 1966). Il y a également des études provenant de milieu psychiatrique et ceux provenant du milieu carcéral (Weisman & Sharma, 1997).

L'étude de Weisman et Sharma (1997) est pertinente puisqu'aucune autre ne porte sur les parricides trouvés criminellement responsables. Les individus qui séjournent en milieu psychiatrique demeurent, dans une plus grande proportion, sur les lieux du crime et acceptent la responsabilité tandis que les individus qui sont incarcérés prennent davantage la fuite suite au parricide. De plus, très peu de troubles psychotiques sont diagnostiqués chez les individus reconnus criminellement responsables. Il y a également davantage de confrontation ouverte avec la victime et ils utiliseraient également davantage une arme à feu.

Au sein de la littérature scientifique, nous comptons une importante proportion d'études descriptives. Plusieurs auteurs ont fait état de profils de l'individu qui commet le parricide en approfondissant principalement les variables sociodémographiques. Le parricide est également décrit à travers les caractéristiques du délit et les facteurs situationnels. La grande majorité de ces études sont effectuées

à partir d'analyse de dossiers, c'est-à-dire, des rapports de médecins légistes et de milieux psychiatriques. Les échantillons étudiés sont diversifiés, notamment au niveau de la quantité, du sexe de l'agresseur, de la victime, du pays d'origine et de leur milieu de détention. Ces différences ne sont pas toujours très bien nommées, ce qui rend parfois difficile le regroupement de certaines variables. De plus, la plupart des études ont un échantillon formé uniquement d'hommes et très peu d'études portent sur des femmes ou encore, cet échantillon est plutôt petit. Cette situation représente le phénomène du parricide lui-même : il est commis principalement par des hommes. Au cours de cette section du travail, nous présenterons les différentes variables explorées au sein des études descriptives.

Les variables sociodémographiques

Âge de l'individu homicide

L'âge des individus ayant commis un parricide varie et l'étendue est relativement grande. En effet, il semble que ce soit autant de jeunes adultes que de personnes d'âge mûr qui commettent un parricide. Selon l'étude de Marleau et al. (2003) portant sur des individus parricides qui se retrouvent en milieu psychiatrique, l'âge moyen est de 31 ans variant entre 18 et 59 ans. Selon les études effectuées en France, l'âge moyen est d'environ 30 ans (Bénézech & Lebihan, 2004). Ce chiffre ne diffère que très peu chez la population de l'Angleterre (Baxter, Dugan, Larkin, Cordess & Page, 2001), ainsi que celle des États-Unis (Weiman & Sharma, 1997). Une étude effectuée en Angleterre portant uniquement sur des femmes, démontre une moyenne d'âge relativement semblable. Bien que cette étude ne soit pas des plus récentes, elle

permet tout de même de constater qu'aucune différence n'est à noter quant au sexe et à l'âge de l'agresseur (D'Orban & O'Connor, 1989).

Âge de la victime

Peu d'études abordent cette variable. Il s'agit d'une donnée qui est souvent manquante dans les différents dossiers. Dans une étude américaine, Weisman et Sharma (1997) rapportent une moyenne d'âge de 60 ans pour les mères victimes alors qu'elle se situe à 61 ans pour les hommes.

Origine ethnique

Selon une étude effectuée en Angleterre, la plupart des parricides sont commis par des hommes caucasiens, sauf pour quelques exceptions où il s'agissait d'individus d'origine chinoise et d'un patient originaire de l'Afrique (Green, 1981). En ce qui concerne les études américaines, les individus de race blanche représentent toujours une proportion importante (58%), ils sont suivis des Afro-américains (25%) (Weisman & Sharma, 1997). Dans une étude française de Lebihan et Bénézech (2004), ceux-ci dénotent une plus grande proportion de patients non caucasiens. Près de 19% sont nés à l'étranger, soit l'Indochine, l'Espagne, l'Algérie, le Canada, les États-Unis ou la République Centre Africaine.

Statut civil

Selon Lebihan et Bénézech (2004), le statut civil des parricides est à 76% célibataire, suivent les séparés (14%), les divorcés (5%) et finalement les conjoints de fait (5%). Puisqu'une majorité d'entre-eux ne sont pas en relation de couple, cela

a pour conséquence que la plupart des parricides sont sans enfant. Ces variables diffèrent peu lorsque nous nous attardons aux données de l'Angleterre (Clark, 1993) ainsi que des États-Unis (D'Orban & O'Connor, 1989). Par conséquent, la majorité des individus homicide étaient seuls, sans relation amoureuse au moment du délit (Campion & al., 1985; Green, 1981). Selon les données québécoises, les résultats sont sensiblement les mêmes (Léveillé & Lefebvre, 2008).

Fratrie

L'individu parricide est l'enfant unique de la famille dans environ 33%, selon l'étude de Green (1981). L'étude de Marleau (2002) portant essentiellement sur la fratrie des parricides, souligne que les parricides adultes sont plus souvent les derniers enfants de la famille que chez les parricides adolescents.

Niveau d'éducation et emploi

Selon les études françaises, la majorité des parricides ont atteint le niveau secondaire (55%), 31% sont du niveau primaire alors que 14% sont du niveau universitaire. Les difficultés scolaires caractérisent le cheminement académique de ces individus, d'où le faible niveau d'éducation (Lebihan & Bénézech, 2004). Par conséquent, de telles difficultés scolaires, de même qu'un niveau d'éducation plutôt faible, mènent à des difficultés liées à l'emploi. Ainsi, 81% vivent une instabilité professionnelle, des périodes de chômage, une inactivité prolongée ou très souvent une absence d'insertion professionnelle (Lebihan & Bénézech, 2004). Au moment des faits, la majorité n'avait pas d'emploi ou n'exerçait pas de profession. Léveillé & Lefebvre (2008) ont étudié le parricide au Québec sur une période de 10 ans

(1997-2007). Selon cette étude, seulement 17% des parricides étaient sur le marché du travail.

Cette situation d'instabilité financière contribue à ce que ces individus résident dans la maison familiale avec la victime. Plusieurs études rapportent une proportion importante de parricides cohabitant avec les parents (Bénézech, 1992; Clark, 1993; Lebihan & Bénézech, 2004; Marleau et al., 2006). Selon l'étude de Clark (1993) portant sur l'homicide de la mère commis par le fils, 84% vivaient dans la résidence familiale et 46% d'entre eux habitaient seul avec leur victime. Singhal et Dutta (1992) rapportent, quant à eux, que la totalité des individus de leur étude résidaient avec la victime. Selon une étude québécoise, environ la moitié des parricides cohabitaient avec les parents (Léveillée & Lefebvre, 2008).

Les caractéristiques du délit

Armes utilisées

Dans la majorité des études, les auteurs rapportent que le couteau est l'arme la plus fréquente (Baxter & al., 2001; Dakhlaoui, Khémiri, Gaha, Ridha & Haffani, 2009; Lebihan & Bénézech, 2004; Marleau & al., 2003; Weisman & Sharma, 1997). Weisman et Sharma (1997) et Shon (2009), deux études américaines, dénotent que l'arme à feu est davantage utilisée que le couteau. Par la suite, l'ordre d'utilisation est plutôt variable selon les études. Certains auteurs soulignent que les armes à feu sont le deuxième moyen utilisé, suivi des armes naturelles, par exemple les mains, les poings et les pieds (Lebihan & Bénézech, 2004; Millaud & al., 1996). D'autres

prétendent le contraire, soit que les armes naturelles sont le deuxième moyen utilisé, suivi des armes à feu (Baxter & al., 2001; Marleau & al., 2003).

L'importance du couteau ou de l'arme blanche comme arme pour commettre le crime peut s'expliquer par le fait qu'une grande proportion des parricides sont commis avec un instrument qualifié comme étant d'opportunité. En effet, l'agresseur utilise souvent une arme improvisée, immédiatement disponible et qui n'est pas préparée à l'avance, d'où l'importance du couteau de cuisine, par exemple. Il s'agit d'une arme déjà présente dans le domicile et facilement accessible (Marleau, 2003).

Violence excessive

La violence excessive caractérise dans la majorité des cas le parricide (67%). Il y a un acharnement, d'où parfois le nombre de lésions abusives ou encore la combinaison de celles-ci sur le parent victime. Ceci démontre le caractère émotionnel de l'acte. Ici, l'intention n'est pas seulement de tuer, mais également « de détruire, de faire disparaître, d'anéantir le parent victime. » (Lebihan & Bénézech, 2004). Derrière cette brutalité inouïe se cache une volonté de faire en sorte que ce parent n'ait jamais existé et par le fait même, « d'empêcher la renaissance de la victime » (Zagury & Millaud, 1998; Millaud & al., 2008). Certains auteurs rapportent que la violence excessive serait davantage présente chez des individus atteints d'un trouble psychotique. En effet, des idées liées à la persécution amènent un plus grand risque de violence excessive (Campion & al., 1985; Cravens & al., 1985).

Lieu et moment

Comme mentionné précédemment, en grande majorité, l'individu homicide vit dans la résidence familiale, d'où le grand nombre de parricides y étant commis : entre 91% et 94% (Baxter & al., 2001; Weisman & Sharma, 1997). Plus précisément, selon l'étude de Bénézech (1992), dans la plupart des cas, l'agresseur passe à l'acte dans la chambre à coucher du parent victime. En ce qui concerne les autres endroits répertoriés où l'homicide a été commis, Weisman & Sharma (1997) estiment que les endroits publics représentent uniquement 4% et la résidence de l'agresseur représente seulement que 2%.

L'attaque de la victime et les blessures

Le parricide se caractérise comme étant un acte de violence soudain et brutal. Il ne dure que quelques minutes. Les lésions ciblent habituellement la tête et le visage, suivies respectivement du thorax, l'abdomen et le cou. Selon la classification des homicides à partir du degré d'organisation, il en ressort qu'environ 66% des parricides de l'étude de Le Bihan et Bénézech (2004) sont passés à l'acte sous un « mode opératoire totalement désorganisé ». En fait, l'individu commet le délit de « façon impulsive, spontanée, non préparée, avec une violence soudaine et excessive. » Il ne fait rien pour dissimuler le corps ou encore pour cacher son identité. Ce type d'organisation fait référence à une violence dite affective, elle est motivée par divers sentiments (colère, angoisse, dépression, passion, haine, vengeance, peur) et ce, sans mobile rationnel ou utilitaire. Le dernier tiers, soit 33% des parricides de l'étude de Le Bihan et Bénézech (2004), démontrent un degré légèrement plus élevé de planification avec une faible préméditation. Ils se situent

donc dans la catégorie « mixte » ou « organisée ». Cette dernière est particulière, notamment dû au fait que la violence est dite prédatrice, c'est-à-dire, instrumentale avec un mobile rationnel et utilitaire. Par contre, seulement 7% des cas forment ce dernier groupe.

Le comportement, le discours et les affects post-homicide

Lebihan et Bénézech (2004) ne rapportent aucune mesure de réparation, c'est-à-dire de premiers soins, appel des secours à la suite de l'homicide. Dans 93% des cas, rien n'est fait pour maquiller la scène du crime et dans 12% des cas, le corps est rarement déplacé. Par conséquent, le corps est laissé sur la scène du crime sans aucune dissimulation. Dans cette étude française, près de la moitié des parricides demeurent sur les lieux de l'homicide, ne démontrant aucun signe de fuite. Près du quart se dénoncent spontanément aux autorités policières, alors que 8% se confient à l'entourage familial, 2,5% au voisinage et 2,5% à l'hôpital. L'arrestation se fait dans les 24 heures suivant le délit dans 80% des cas. Pour ce qui est des autres parricides, l'arrestation a lieu en moyenne 5,5 jours après l'acte de violence.

Dans l'étude américaine de Weisman et Sharma (1997), les auteurs dénotent qu'environ 44% des parricides fuient la scène du crime alors que 24% ne font rien et demeurent sur les lieux. Finalement, uniquement 11% d'entre-eux communiquent avec les autorités policières.

Selon l'étude de Lebihan et Bénézech (2004), lors du retour sur les faits, près de 93% des parricides font preuve de froideur affective notable. Malgré la gravité des

actes, le récit des événements est verbalisé avec une indifférence, une absence d'expression affective et de culpabilité. Environ 88% des patients reconnaissent avoir commis le crime. Près de 74% n'expriment aucun remord même longtemps après le passage à l'acte. Ils ne critiquent pas moralement leur crime, laissant davantage la place à des sentiments de délivrance et de soulagement dans le quart des homicides (Lebihan & Bénézech, 2004). Selon une étude québécoise (Léveillé, Lefebvre & Vaillancourt, 2010), plus de 80% des individus ayant commis un parricide confessent leur crime aux policiers.

Suicide

L'étude québécoise de Marleau, Auclair et Millaud (2006) portent sur des parricides provenant de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, un hôpital psychiatrique légal. Ces chercheurs rapportent des idéations suicidaires présentes avant et après les faits dans un peu plus du quart des patients. Les tentatives de suicide sont toutefois moins nombreuses, 19% avant le passage à l'acte et 7% après le délit (Marleau & al., 2006). Toujours selon les données québécoises, l'étude de Léveillé et Lefebvre (2008) portant sur les parricides commis entre 1997 et 2007, dénote un faible taux de suicide (9%) et de tentative de suicide (6%). Toutefois, tous les suicides complétés ont été commis par des hommes qui ont été trouvés criminellement responsables.

Conséquences légales

Selon l'étude québécoise de Léveillé et Lefebvre (2008), environ 53% des parricides commis entre 1997 et 2007 ont été reconnus criminellement responsables

et ont reçu une sentence d’incarcération. Ces auteurs rapportent que 25% d’entre-eux avaient pourtant un diagnostic de maladie mentale. Toutefois, l’intensité de ces symptômes serait moindre, ce qui aurait pour conséquence que le contact avec la réalité serait davantage préservé. Ainsi, une proportion importante d’individus ayant commis un parricide sont jugés aptes à subir leur procès et également responsables de leurs actes (Clark, 1993; Marleau & al. 2003; Weisman & Sharam, 1997). Seules deux études dénotent une proportion beaucoup plus élevée. En effet, des auteurs français soulignent que 88% des parricides sont déclarés non criminellement responsables alors que des auteurs américains rapportent un taux de 81% (Hillbrand & al., 1999; Lebihan & Bénézech, 2004).

Les variables situationnelles

Événements de vie

Certaines situations apparaissent significatives dans le parcours de vie des individus ayant commis un parricide. Ces éléments semblent en association avec ce passage à l’acte. Tout d’abord, plusieurs affirment que la perte du père chez ces patients avant les faits, est relativement commune (71%) (Baxter & al., 2001; Green, 1981). Cette perte s’explique par diverses raisons, soit le décès, la séparation ou le divorce (Green, 1981). D’Orban et O’Connor (1989) relèvent qu’environ 59% des femmes parricides ont perdu un des deux parents avant le passage à l’acte. Toutefois, Millaud, Auclair et Meunier (1996) rapportent que seulement 25% des parricides psychotiques ont connu la mort d’un proche.

Comportement et attitude du parent victime

Lebihan et Bénézech (2004) rapportent certains facteurs de victimisation, notamment l'attitude des parents à l'égard de la maladie de leur enfant. Environ le tiers des parents de cette étude présentent une attitude de déni face à la maladie mentale. La non-reconnaissance de la maladie est parfois accompagnée d'un refus d'hospitalisation. Par contre, ce pourcentage augmente à 55% selon l'étude de Marleau, Auclair et Meunier (2006) portant sur des parricides psychotiques. Toujours selon cette même étude, une proportion importante de parricides sont commis (entre 69 et 72%) alors que durant le mois précédent le passage à l'acte, le parent victime impose une limite à l'enfant (Marleau & al., 2003; 2006). Cette limite vise très souvent la relation entre les parents et l'individu homicide. En effet, il peut s'agir d'un projet d'hospitalisation, d'une diminution de contact, ou d'une cessation de cohabitation.

La médication : l'arrêt ou la prise irrégulière

Selon Newhill (1991), la cessation de la médication serait un facteur de risque important dans le passage à l'acte parricide. Marleau, Millaud et Auclair (2003) observent que chez les patients psychotiques, près de 83% d'entre eux ne prennent pas leur médication de façon régulière, bien qu'une médication soit prescrite. Millaud, Auclair et Meunier (1996), quant à eux, soulignent que seulement 33% des parricides bénéficiaient d'un suivi psychiatrique sur une base régulière et 75% d'entre eux ne prenaient pas leur médication avant de commettre leur délit. Léveillé et Lefebvre (2008) relèvent une proportion importante (86%) de parricides reconnus non criminellement responsables qui avaient refusé, cessé leur médication ou la

prenaient de façon irrégulière. Certains d'entre eux n'avaient aucun traitement pharmacologique. Des parricides reconnus criminellement responsables, seulement 12 % prenaient leur médication de façon irrégulière. (Léveillé & Lefebvre, 2008).

Abus de substance lors du délit

Plusieurs auteurs mentionnent que cette variable représente un risque important chez les sujets psychotiques ou encore une vulnérabilité à la psychose (Bénézech, 1992; Champion & al., 1985; Cravens & al., 1983; Newhill, 1991). Selon une étude anglaise (Baxter & al., 2001), il est question que seulement 17% des parricides psychotiques avaient consommé de l'alcool lors des faits. En ce qui concerne l'intoxication par les drogues, ce pourcentage diminue à 7%. Les études québécoises (Marleau & al., 2006; Millaud & al., 1996) avec un échantillon de patients psychotiques rapportent des données semblables.

Certains expliquent que la consommation d'alcool et de drogue, relativement fréquente chez les individus homicides, serait un désinhibiteur quant au passage à l'acte violent (Millaud, 1988). Newhill (1991) prétend que dans certains cas de parricide, il est clair que l'agresseur entretenait déjà l'idée d'un passage à l'acte violent et que c'est à la suite d'une consommation excessive que la fantaisie s'est transformée en action. L'auteur apporte toutefois une nuance en expliquant que ce n'est pas tous les individus qui consomment de cette façon qui répondent à cette dynamique.

Les demandes d'aide formulées par l'individu homicide

Les demandes d'aide formulées par l'individu homicide peuvent prendre diverses formes et surviennent dans différents contextes. Chez les patients psychotiques, environ 38% n'étaient pas traités avec une médication anti psychotique. De ce 38%, environ la moitié ont demandé de l'aide durant le mois qui précède les faits (Marleau & al., 2003). Selon l'étude de Millaud, Auclair et Meunier (1996) portant sur des parricides psychotiques, près de la moitié des patients ont essayé d'obtenir de l'aide auprès des services psychiatriques durant les semaines qui ont précédé l'attaque.

Les attaques à l'endroit de la victime avant les faits peuvent également être considérées comme étant une formulation de demande d'aide. Cette situation est présente dans 40% des cas (Baxter & al., 2001). Dans le même ordre d'idées, les menaces à l'égard du parent, de même qu'à tout autre membre de la famille sont présents dans 51% des cas selon Marleau, Auclair et Meunier (2006). Selon Léveillé et Lefebvre (2008), 18 % des parricides avaient proféré des menaces ou encore avaient battu le parent victime sans qu'aucune plainte officielle à la police ne soit portée contre eux.

Les variables psychiatriques, les motivations

Dans cette section, il sera question des motivations de l'individu ayant commis le parricide, c'est-à-dire, l'événement ou l'indice pouvant expliquer le passage à l'acte homicide (Leveillé & al., 2010). Dans un premier temps, nous présenterons les perturbations de l'état mental, c'est-à-dire, les troubles cliniques à l'Axe I et les

troubles de personnalité à l'Axe II (DSM-IV-R, 2003). Les motivations liées à la colère réactionnelle ainsi que l'altruisme termineront cette partie du travail. Notons qu'au sein de la littérature consultée, d'autres motivations sont également rapportées, mais celles-ci demeurent plutôt rares. Ainsi, dans un registre davantage antisocial, certains parricides seraient commis dans un but pécuniaire, c'est-à-dire afin d'obtenir l'héritage familial (Lebihan & Bénézech, 2004). Dans de rares cas, le parricide fait suite à des abus répétés de la part du parent victime. Ce contexte familial problématique appartient davantage au profil des parricides adolescents (Ewing, 1997).

Perturbation de l'état mental

Tel que mentionné précédemment, les variables psychiatriques amènent un éclairage significatif dans la compréhension du phénomène du parricide. Elles comprennent les caractéristiques faisant référence à la présence d'une perturbation de l'état mental en lien avec le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R, 2003), un système nosographique.

Selon les études, les troubles à l'Axe I reliés au parricide comprennent la schizophrénie et les troubles psychotiques, les troubles liés à une substance et les troubles de l'humeur. La schizophrénie et les autres troubles psychotiques représentent les plus grands nombres de diagnostics chez les parricides. Selon les différentes études, entre 23% et 94% souffrent de troubles psychotiques. Le type de schizophrénie qui se retrouve le plus fréquemment est le type paranoïde (entre 56% et 12%), suivi du type indifférencié avec traits paranoïdes (40%) et du type

catatonique (environ 19%). Certains auteurs dénotent une faible proportion de schizophrénie de type hébéphrénique (entre 6 et 7%) et de type résiduelle (6%) (Campion & al., 1985; Clark, 1993; Cravens & al, 1985; Dakhlaoui & al., 2009; D'Orban & O'Connor, 1989; Green, 1981; Liettu, Saavala, Hakko, Rasanen & Joukama, 2008; Léveillé & Lefebvre, 2008 ; Marleau & al., 2003; Millaud & al., 1996; Singhal & Dutta, 1992; Weisman & Sharma, 1997).

Dans le même ordre d'idées, quelques études notent des symptômes positifs des troubles psychotiques (idées délirantes, hallucinations, discours, comportements désorganisés). Bien que ces éléments ne soient pas toujours abordés dans les études, ils sont directement liés à la maladie mentale. Ces symptômes psychotiques sont considérés comme étant reliés au passage à l'acte (Millaud & al., 1996). Selon les études portant sur les parricides psychotiques, les auteurs relèvent que tous les patients présentaient des idées délirantes lors des faits. Les idées délirantes de persécution sont les plus fréquentes, entre 51% et 67% (Marleau & al., 2003; Millaud & al., 1996;). Ces idées délirantes de persécution se manifestent, par exemple, par des croyances que le parent victime tente de le blesser ou encore de l'empoisonner (D'Orban & O'Conner, 1989). Dans d'autres cas, l'individu homicide perçoit le parent victime comme étant un personnage maléfique ou dangereux (zombie, diable) (Green, 1981). Les idées délirantes de grandeur avec un thème religieux sont également présentes (23%), suivies des idées délirantes dépressives altruistes (13%) et finalement, des idées délirantes de contrôle (3%) (D'Orban & O'Conner, 1989). Il est à noter que les hallucinations auditives étaient présentes en concomitance avec les idées délirantes dans environ 36% des cas.

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, ceux-ci font référence au trouble dépressif avec ou sans symptôme psychotique et au trouble bipolaire. Les troubles de l'humeur représentent entre 8 et 29% des cas de parricides. Dans la littérature scientifique, il n'y a que très peu d'information quant à ces aspects. (Green, 1981; D'Orban & O'Connor, 1989; Léveillé & Lefebvre, 2008 ; Millaud & al., 1996; Weisman & Sharma, 1997)

Finalement, les troubles liés à une substance sont répertoriés dans les différentes études sous les appellations suivantes : abus de psychotropes, drogues ou alcool, toxicomanie, psychose toxique. Ces troubles sont présents dans 3% à 42% des cas selon les diverses études. L'alcool et les drogues semblent être un important facteur de risque, notamment chez les patients avec un trouble psychotique ou présentant une vulnérabilité psychotique. Comme rapporté précédemment, ces substances joueraient possiblement un rôle de désinhibiteur, menant au passage à l'acte. Dans le même ordre d'idées, certains auteurs notent la présence de comorbidité au niveau des troubles à l'Axe I et à l'Axe II. Plus précisément, près de 41 % des parricides psychotiques souffraient d'un trouble d'abus d'alcool ou de drogue accompagné d'un autre trouble à l'Axe I. Encore ici, il est possible que la consommation d'alcool ou de drogue vienne exacerber un trouble déjà présent (Millaud & al., 1996)

Selon une étude américaine (Campion & al., 1985), environ 20% des matricides psychotiques souffriraient d'un trouble des impulsions. Ce trouble peut se définir comme étant une faiblesse à résister à un acte impulsif, à une tentation ou encore à

un comportement blessant la personne elle-même ou les autres. Ce trouble est présent lorsqu'aucun autre trouble majeur psychiatrique n'est diagnostiqué. Cinq sous-types le caractérisent : cleptomanie, trichotillomanie, pyromanie, jeu pathologique, trouble intermittent explosif (DSM-IV-R, 2003). Il s'agit de l'unique étude rapportant la présence de ce trouble.

Il est à noter que les troubles de personnalité à l'Axe II sont parfois en comorbidité avec les troubles psychotiques. Cette comorbidité fait en sorte que l'évaluation et le diagnostic des troubles de personnalité devient difficile (Bénézech, 2004). Selon les études, ces troubles sont présents dans 10 à 30% des cas (Clark, 1993; Green, 1981; Marleau & al., 2003; Millaud & al., 1996; Singhal & Dutta; 1990; Weisman & Sharma, 1997). Les études québécoises provenant d'un échantillon de parricide psychotique en dénotent davantage (30%) (Marleau & al., 2003; Millaud & al., 1996). Bissonnette (2007) a étudié les parricides psychotiques¹, il rapporte qu'environ 21% de son échantillon ont été diagnostiqués ayant un trouble de personnalité de groupe B.

Très peu d'auteurs se sont attardés à décrire la dynamique de ces troubles de personnalité chez les parricides. En fait, Marleau et al. (2003) soulignent que 28% de leur échantillon présentent un trouble de personnalité, et de ceux-ci, 45% ont un trouble ou des traits de personnalité narcissique. Clark (1993) mentionne que le trouble de personnalité antisocial et schizoïde est présent dans une proportion de 8%

¹ Cette notion « parricide psychotique » réfère aux individus présentant un trouble psychotique selon le Diagnostic Statistical Manual IV-TR (DSM-IV-TR).

chacun. Millaud et al. (1996) prétendent que le trouble de personnalité serait associé à certaines dynamiques relationnelles pouvant jouer un rôle considérable dans le choix de la victime. Par exemple, toujours selon Millaud et al. (1996), les parricides diagnostiqués comme ayant un trouble de personnalité borderline agresseraient le père tandis que les personnes présentant un trouble de personnalité agressif ou dépendant s'en prendraient à leur mère. Selon Léveillée et Lefebvre (2008), aucun trouble de personnalité n'est répertorié chez les parricides reconnus non criminellement responsables. Toutefois, chez les individus reconnus criminellement responsables, environ 13% d'entre eux présentent un trouble de personnalité. Près de la moitié de ce 13% ont un diagnostic de trouble de personnalité antisociale et borderline, alors que l'autre moitié aurait un trouble de personnalité schizoïde et schizotypique.

La colère réactionnelle

Selon Léveillée et al. (2010), la colère réactionnelle serait la motivation la plus fréquente, ce qui devancerait celle de la perturbation de l'état mental décrite précédemment. Celle-ci fait suite à une dispute entre le parent agressé et l'enfant. Comme mentionné par Zagury et Millaud (1998), la mise de limite par le parent est habituellement le déclencheur. Ainsi, il peut s'agir d'une demande de se reprendre en main, de se trouver du travail ou encore suite à une demande de la part de l'agresseur, soit une demande d'argent, demande de prêt de la voiture. Ceci suggère, chez ces individus, une difficulté au niveau de la prise de leur autonomie.

L'altruisme

Le thème de l'altruiste se présente de deux façons, soit un suicide élargi ou encore, un désir d'alléger la souffrance du parent victime (D'Orban & O'Conner, 1989). Green (1981), quant à lui, mentionne qu'il s'agit de la deuxième motivation associée au parricide, la perturbation de l'état mental serait la première. Il note que l'agresseur est habituellement gravement malade et estime qu'il ne peut laisser un de ses parents sans aucune personne pour s'en occuper. Dans le deuxième scénario, l'homicide vient répondre à l'idée de vouloir apaiser les souffrances d'un parent malade. Notons que le trouble de l'humeur est parfois associé à ce type d'homicide. Dans l'étude de Léveillé & al. (2010), aucun parricide n'était identifié comme étant perpétré avec de tels motifs.

Les classifications

La typologie des parricides psychotiques

Bissonnette (2007) présente une typologie des parricides psychotiques à partir de données québécoises. En effet, l'auteur a étudié une population psychiatisée de l'Institut Philippe Pinel de Montréal². À la suite d'une analyse statistique approfondie, l'auteur en est arrivé à trois regroupements. Le premier groupe est constitué d'individus qui ont une maladie schizophrénique connue et reçoivent un traitement pharmacologique à cet effet. Ils n'ont aucun antécédent de violence, n'ont jamais fait de menace à leur parent, n'ont pas été exposés à de la violence familiale et ils respectent la posologie de leur médication. En fait, le passage à l'acte semble se

² Hôpital psychiatrique légale à sécurité maximum.

produire à la suite d'une mise de limite de la part des parents. De plus, les parents ne semblent pas reconnaître la maladie psychiatrique de leur enfant. Cette mise de limite peut ainsi exprimer un danger ou encore un malaise de la part du parent. La façon dont cette limite est interprétée par l'agresseur peut expliquer le passage à l'acte homicide. Chez la structure psychotique, la relation à l'autre est fusionnelle et cette distance imposée peut être perçue comme une rupture, ce qui amène un éclatement, une perte de contact avec la réalité. Dans le but de survivre, l'individu agressera l'autre.

Le deuxième groupe, dégagé par Bissonnette (2007), est composé d'individus ayant une problématique de santé mentale, la schizophrénie. Tout comme dans le premier regroupement, une mise de limite de la part des parents était présente. Toutefois, ceux-ci reconnaissent la présence du trouble psychiatrique. Dans la majorité, le sujet n'avait aucun antécédent de violence familiale et n'avait pas été exposé à des modèles de violence familiale. Ce qui vient différencier ce groupe du premier, est la présence d'antécédents de violence et une prise de médication irrégulière. Il semble donc que ces individus avaient tendance à commettre des passages à l'acte afin de diminuer la tension interne. Ceci, accompagné d'une prise de médication irrégulière a pu précipiter le passage à l'acte.

Le troisième groupe est fort différent des deux autres. En effet, les individus de ce regroupement ne sont pas diagnostiqués comme étant schizophrènes. Il s'agit plutôt de divers troubles avec des caractéristiques psychotiques (trouble délirant, épisode dépressif avec caractéristiques psychotiques, trouble bipolaire avec psychose, trouble

psychotique bref, psychose induite par des substances toxiques). Ces individus ont également des antécédents de passages à l'acte violents. Ils ont évolué au sein d'une famille où les modèles parentaux ont fait preuve de violence. Ils avaient déjà menacé auparavant la victime. Ils étaient intoxiqués lors du délit et ils prenaient leurs médicaments de façon irrégulière. Ce qui est également présent dans ce troisième groupe est la non-reconnaissance de la maladie psychiatrique de la part des parents. Aussi, il n'y a aucune mise de limite de leur part en comparaison avec les deux premiers groupes. Du fait qu'il y ait eu des menaces envers les parents et des antécédents de violence, il est possible que les parents ont, en quelque sorte, banalisé l'agressivité exprimée par leur enfant.

Le profil type

Selon les résultats de diverses études et les données sociodémographiques recueillies, plusieurs auteurs ont dégagé un profil du parricide. En général, il s'agit d'un homme âgé entre 25 et 30 ans, célibataire et sans enfant. Il vit habituellement au domicile parental et a éprouvé des difficultés scolaires ou encore professionnelles. Il est, le plus souvent, sans emploi. Il est isolé socialement et peut faire l'usage d'alcool et de drogue. Il souffre de troubles psychotiques, notamment la schizophrénie paranoïde depuis quelque temps. À cela peut s'ajouter la dépression ou encore un trouble de personnalité, bien que cet élément soit un peu moins présent chez les individus commettant un parricide. L'individu homicide présente également une dépendance hostile envers son ou ses parents, autant au niveau matériel qu'affectif. Une relation conflictuelle insoluble teintée d'une haine persécutrice et de déception

est notée (Dakhloui & al., 2009; Léveillée & al., 2010; Newhill, 1991; Singhal & Dutta, 1992).

Bénézech (1992) a présenté un profil différent selon le sexe de la victime selon la relation entre ces deux individus. Chez l'homicide de la mère, il y a généralement une mère dominatrice et possessive dans une relation de mutuelle dépendance mais hostile avec l'enfant. En ce qui concerne l'homicide du père, il s'agit d'une relation cruelle avec un père dominant, agressif et une mère « super-protectrice » et tolérante.

Selon l'étude québécoise de Léveillée et Lefebvre (2008)³, les parricides reconnus non criminellement responsables sont tous des hommes. De plus, la majorité demeurait chez leurs parents, il s'agit d'hommes en détresse qui se retrouvent devant une famille ayant également besoin d'aide et de soutien. Les principales problématiques psychiatriques diagnostiquées sont les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur. Une importante proportion ne prenait pas leur médication ou la prenait de façon irrégulière.

Compréhension du fonctionnement intrapsychique

Selon la littérature scientifique consultée et comme mentionné précédemment, la plupart des études portant sur le parricide visent à décrire le phénomène et les variables associées à ce type de délit. Ces études, bien qu'elles proposent un apport au niveau de la compréhension du parricide, n'explorent pas les éléments du

³ Cette étude n'inclue pas les tentatives de parricide.

fonctionnement intrapsychique de ces individus. Un tel travail nécessite un approfondissement du monde interne, des enjeux parfois inconscients des sujets. En fait, très peu d'études ont effectué une telle analyse chez les individus ayant commis un parricide. Quelques recherches présentent des études de cas et utilisent des méthodes projectives. Toutefois, celles-ci révèlent des résultats préliminaires (Campion & al., 1985; Cravens & al., 1985).

Étant donné le peu d'études portant principalement sur le parricide, nous avons également retenu les études réalisées auprès d'individus ayant commis d'autres types de passages à l'acte : comportements hétéroagressifs, l'homicide ou encore l'homicide intrafamilial tel que l'uxoricide (homicide conjugal) et le familicide (homicide conjugale et de l'enfant). En nous référant aux théories psychodynamiques, nous présenterons les résultats de ces études, pour ensuite terminer avec les études spécifiquement sur le parricide.

Léveillé (2001) compare deux groupes d'individus qui présentent un trouble de personnalité limite, le premier groupe ayant commis des passages à l'acte hétéroagressifs alors que le deuxième groupe n'a jamais adopté de tels comportements. Selon les résultats au Rorschach, l'auteure révèle que les sujets ayant commis des comportements hétéroagressifs présentent une certaine rigidité défensive (Lamba élevé)⁴ et des forces du Moi plus faibles (peu de mouvements humains). Les résultats suggèrent également que ces individus expriment très peu

⁴ Voir Annexe 1 sur les normes selon la méthode d'Exner. Le Rorschach en système intégré, procédure de cotation et d'interprétation (2001).

leur agressivité et qu'elle se « manifeste plutôt dans l'agir et ainsi, elle est évacuée du monde interne » (AG et S peu fréquents, sollicitations à l'examineur fréquentes). Ces individus semblent présenter moins d'affects dépressifs (constellation Depi non significative), ce qui suggère que ces personnes ont moins accès à leur monde interne, leur souffrance. Les différents indices rapportés sont souvent présents chez les individus ayant une carence au niveau de leur capacité de mentalisation⁵.

Coram (1995) a comparé deux groupes: des meurtriers violents⁶ et des agresseurs non violents. Selon les résultats de cette étude, le groupe de meurtriers violents sont enclin à présenter davantage de distorsions perceptuelles (X-% élevé) et ont également tendance à trop analyser (Zf élevé). Les individus de ce groupe présentent toutefois une pensée moins marginale (XU% plus faible) et ils possèdent davantage de ressources internes (EA élevé). Ils présentent une plus grande confusion émotionnelle (FC < CF+C), un plus grand potentiel d'impulsivité et de vulnérabilité au stress (SumC' > WsumC).

Lefebvre & Léveillé (2008) ont comparé un groupe d'individus ayant commis un homicide conjugal (uxoricide) à un groupe d'individus qui ont exercé de la violence conjugale. Ainsi, les uxoricides « présentent un fort contrôle ainsi qu'un accrochage

⁵ Debray (2001) définit la mentalisation comme étant la capacité d'un individu à tolérer, traiter et négocier l'angoisse intrapsychique, la dépression et les conflits inhérent à la vie. Il s'agit de l'activité de liaison de la représentation à l'affect. La mentalisation est liée aux capacités de l'imaginaire et du symbole.

⁶ L'auteur ne spécifie pas de quel type d'homicide il s'agit. Il ne précise pas le lien entre l'agresseur et la victime. Il définit toutefois le meurtrier violent comme étant un individu ayant mutilé, enlevé une partie du corps de la victime ou ayant usé de violence excessive. Il note également qu'aucun individu ne présentait d'antécédent psychiatrique.

à la réalité concrète pour éviter toute émergence pulsionnelle » (Lambda élevé). Ils présentent également peu de force du Moi (peu de mouvements humains), de l'impulsivité, un certain égocentrisme ($3r + (2)/R$ élevé), des distorsions cognitives (X-%) et un manque d'introspection positive (peu de déterminants FD). Ceci suggère également de faibles capacités de mentalisation, tel que mentionné dans l'étude de Léveillée (2001).

Léveillée et Lefebvre (2008) se sont attardés aux individus ayant commis un familicide. Les auteures amènent des résultats supplémentaires qu'à ceux rapportés précédemment. Ces individus ont tendance à présenter « une carapace sociale en tant que défense majeure pour éviter le contact, la relation d'objet authentique » (A% élevé). Les résultats suggéraient également un certain déni de la relation d'objet (M et H faible). En résumé, ces éléments démontraient une pauvreté particulière dans la capacité de mentalisation.

En ce qui concerne les études portant spécifiquement sur la compréhension psychique des parricides, Cravens et al. (1985) se sont attardés aux parricides dont la victime est le père (patricide). Ils présentent des études de cas, à partir d'entrevues, d'évaluation intellectuelle (WAIS) et des résultats de tests projectifs (Thematic Apperception Test, Rorschach). Ces auteurs relèvent la prédominance de la structure psychotique, notamment avec la présence de délires, d'hallucinations et d'épisodes psychotiques dans le passé. La menace d'annihilation perçue par l'agresseur serait un élément important dans le processus du passage à l'acte. Les auteurs présentent deux cas cliniques où les parricides se sentaient menacés par leur père. Les fils croyaient

que les pères étaient affiliés à un service externe, tels que la mafia et les services secrets. À cela s'ajoutent les conflits liés à l'identité sexuelle, que les auteurs estiment être une des raisons primaires de l'acte violent. Sans toutefois donner de plus amples informations, les auteurs relèvent que certains individus percevaient leur père comme étant une menace à leur masculinité. Les auteurs relatent un cas où le fils souffrait d'un délire homosexuel centré sur le père et il croyait que ce dernier pouvait lui « enlever sa masculinité » avec les pouvoirs Vodou qu'il possédait.

Campion et al. (1985) ont étudié les matricides (homicide de la mère). À partir d'études de cas, les auteurs tentent d'en ressortir une compréhension des enjeux psychiques. Peu d'information est donnée sur les méthodes d'interprétation et les indices des protocoles des tests projectifs utilisés. Toutefois, les auteurs rapportent que ces patients se perçoivent comme étant faibles, inadéquats, inefficients et désespérés. Ces individus homicides se perçoivent comme étant dans une relation de dépendance avec leur mère (L'Objet) qu'ils considèrent comme étant hostile, provocatrice et dominante. Les résultats suggèrent que ces individus se retrouvent dans une relation symbiotique qui vise davantage à répondre aux besoins de la mère.

D'autres auteurs (Lebihan & Bénézech, 2004 ; Weisman & al., 1997 ; Zagury & Millaud, 1998) ont également décrit la relation symbiotique dans le contexte du parricide. Cette relation à la mère amène l'enfant à osciller entre la fusion et la confusion. Dans la fusion, le désir de l'enfant est réalisé, il est dans un lieu de quiétude rassurant. Ce rapprochement fait toutefois naître des états de confusion, parce qu'il craint l'anéantissement, le déni de l'altérité, le déni de la différence et

l'existence de l'Autre. De cette situation naît un sentiment d'angoisse teinté d'une ambivalence amour-haine.

Selon certains auteurs (Campion & al. (1985) ; Weisman & Sharma, 1997) l'enfant a échoué à vivre indépendamment de la mère en dépit de leur relation empreinte d'hostilité. Ainsi, la tension émotionnelle est grande. Dans une telle situation, l'enfant peut projeter la responsabilité de son état sur le parent. La seule solution est de détruire l'Autre pour s'épargner soi-même. C'est également à ce moment que les délires à l'endroit du parent victime peuvent se construire. Le mauvais objet est projeté à l'extérieur, à l'endroit du parent victime afin de dénier la réalité présente. Selon Bergeret (1996), de là émane toute la notion de violence fondamentale⁷, de survie qui est également au sein de la structure psychotique.

En fait, Campion et al. (1985) concluent que le passage à l'acte se produit à la suite d'une faille au niveau de la séparation avec la mère. L'homicide vient donc répondre à une défense personnelle contre la mère qui est perçue comme une menace à l'identité. Le défi d'indépendance, de séparation avec la mère étant trop grand, ceci les oblige à se rapprocher du parent engloutissant, ce qui réveille de fortes pulsions pouvant mener à l'homicide. L'affirmation de soi et de l'identité mène à la destruction du parent. Ainsi, comme le mentionnent les auteurs, dans le cas de

⁷ La violence fondamentale se manifeste lors d'une situation conflictuelle où la seule solution envisageable est la mort de soi ou de l'Autre. En d'autres mots, il s'agit de se défendre contre l'autre, préserver sa vie, son droit à la vie. En fait, selon Bergeret (1984), l'instinct violent naturel présent dès les premiers moments d'existence a un but défensif où la vie et la survie sont mises à l'avant plan. Au cours d'un développement dit normal, cet instinct violent s'intégrera afin de former des capacités amoureuses et créatrices appropriées. Toutefois, lorsque cette intégration se fait dans une moins grande efficacité, les comportements violents (par exemple l'homicide) répondent à cet instinct violent qui fait référence à la violence fondamentale (Bergeret, 1984).

l'homicide de la mère lorsque l'individu est diagnostiqué schizophrène⁸, le passage à l'acte peut être compris comme une réaction à une angoisse d'annihilation, un acte désespéré et violent dans le but de se séparer de la mère.

De plus, chez les parricides dont la victime est la mère, certaines études révèlent que le père est peu présent dans la vie familiale, ou encore, qu'il est décédé avant le parricide (Campion & al., 1985, Singhal & Dutta, 1992). Campion & al. (1985) soulèvent l'hypothèse que cette situation familiale particulière a pu être un facteur intensifiant la complexité de la relation entre la mère et l'enfant. Ce contexte familial peut rendre la triangulation entre les parents et l'enfant laborieuse. Ainsi, Zagury et Millaud (1998) ajoutent qu'il y a « la double poussée d'une réalité externe qui est perçue comme étant intolérable et un débordement pulsionnel interne », ce qui amène une certaine confusion des limites.

En conclusion, bien que ces auteurs aient élaboré une certaine compréhension du fonctionnement et de la dynamique des parricides, le peu d'études portant sur ces aspects demeure flagrant et démontre l'existence de résultats plutôt préliminaires. De plus, la plupart des études sont effectuées à partir d'études de dossiers. Notre étude vient donc répondre à cette lacune puisqu'une étude approfondie de chaque cas sera effectuée, permettant d'élaborer sur le fonctionnement intrapsychique des individus ayant commis un parricide.

⁸ Cette notion de schizophrénie paranoïde se réfère à la terminologie du DSM-IV (APA, 2000). Cette classification des troubles de santé mentale est tout de même différente de l'approche structurale (psychodynamique), qui est abordée dans cette rubrique.

La méthode

La présente section a pour but de présenter la méthode. La sélection et la description des participants seront présentées, de même que les instruments de mesure et le déroulement de la présente recherche.

Participants

Selon les données de l'étude de Léveillé et Lefebvre (2008), 33 parricides complétés sont répertoriés au Québec pour la durée de 1997 à 2007. De ce nombre, 16 ont été trouvés criminellement responsables et ont reçu une sentence d'incarcération au niveau fédéral (plus de 2 ans). Trois individus de cette population du Service Correctionnel du Canada sont retracés afin de participer à cette étude. Ce choix est déterminé par la disponibilité de ces individus, de même que leur consentement à participer à notre étude. Des explications quant à la confidentialité leur sont fournies et un formulaire de consentement est également signé. Notons que pour les trois individus participant à l'étude, il y a eu un souci de respecter la confidentialité. Rappelons que notre étude n'a pas pour but d'élaborer le sens du passage à l'acte en effectuant des liens avec l'histoire de vie de ses individus et les données de l'anamnèse. Ainsi, peu d'informations quant à ces données sont partagées et nous nous concentrons davantage sur les résultats aux différents tests.

Description des participants

Cas no.1

Monsieur A a commis le délit alors qu'il était dans la fin trentaine. Il est le benjamin des garçons au sein d'une famille de sept enfants. Il est séparé de sa

conjointe avec qui il a eu deux enfants. Au moment du délit, il a un emploi. Au dossier, figure un antécédent judiciaire pour vol alors que monsieur était dans la vingtaine. Aucun antécédent suicidaire ou psychiatrique n'est rapporté. Il a tué son père à l'aide d'une arme à feu. Il n'y a pas eu de violence excessive. Au moment des faits, monsieur vit dans la résidence familiale puisqu'il s'occupe à prodiguer les soins à ses deux parents malades. Cette tâche est prenante et lui demande beaucoup de temps. À la suite du délit, monsieur A s'est enfui de la résidence et a pris l'argent des parents ainsi que la voiture. Quelques jours plus tard, il est arrêté sans résister. Sous une attitude défensive, il a présenté le délit comme répondant à une forme d'altruisme.

Cas no.2

Monsieur B est âgé dans la jeune vingtaine lorsqu'il est passé à l'acte. À ce moment, il réside dans la résidence familiale. Il a un frère aîné qui vit en appartement. Monsieur B n'a aucun antécédent psychiatrique. Des antécédents suicidaires sont toutefois rapportés à l'adolescence. À l'époque des délits, il vit plusieurs difficultés : professionnelles, financières et relationnelles. Quelques temps avant le délit les parents avaient demandé à monsieur B une plus grande autonomie. La relation avec le père est tendue. Il tue ses deux parents. Il tente de modifier la scène du crime, il contacte lui-même les services d'urgence en affirmant avoir fait la découverte des corps. Il a d'abord réfuté son implication dans ce crime pour ensuite reconnaître sa culpabilité.

Cas no. 3

Monsieur C est âgé dans la fin quarantaine au moment du délit. Il est le cadet d'une famille de trois garçons. Il a toujours été dépendant financièrement de ses parents. Il a occupé des emplois sur de courtes périodes. Il aurait consulté un psychologue à deux reprises en raison de comportements de compulsion. Il semble qu'à l'époque, les professionnels auraient émis l'hypothèse d'un trouble obsessionnel compulsif. Au moment du délit, monsieur réside dans l'appartement du sous-sol de la résidence familiale. Monsieur C a tué sa mère par strangulation. Suite au décès, monsieur C n'a pas tenté de fuir et il a reconnu son implication dans cet homicide.

Instrument de mesure

Tout d'abord, au niveau des tests psychométriques, le *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) est utilisé. Cet instrument se base sur les critères diagnostiques du DSM-IV-R (2003). Deux volets forment cet instrument de mesure : le SCID I (First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1997) et II (Spitzer, Williams & Gibbon, 1990) Le SCID I concerne l'Axe I (troubles ou symptômes cliniques), et le SCID II explorent les troubles de personnalité à l'Axe II, du *Diagnostic Statistical Manual-IV*. Pour ce qui est du SCID-II, le participant doit compléter lui-même un questionnaire. En fonction des résultats significatifs (trois réponses positives), d'autres questions lui sont posées afin d'approfondir l'évaluation. À partir de ces différents résultats, il est possible de statuer sur la présence de troubles mentaux ou encore de troubles de personnalité. En ce qui concerne les valeurs psychométriques de cet instrument de mesure, pour le SCID-I,

le coefficient interjuge moyen (kappa) se situe à 0,68 (Williams, 1992) alors que pour le SCID-II, le coefficient de kappa se situe entre 0,62 et 0,94 (First et al. 1995; Maffei & al, 1997 dans Lefebvre, 2006)

Le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory II (MMPI-II)* (Hathaway & McKinley, 1989) est également utilisé. Il s'agit d'un test papier crayon de 567 énoncés grandement utilisé pour l'évaluation de la personnalité et de la psychopathologie. Il s'approche des critères diagnostiques du *Diagnostic Statistical Manual (DSM)*. Le participant doit évaluer, par vrai ou faux, si les énoncés le représentent. Diverses échelles forment le MMPI dont trois échelles de validité et dix échelles cliniques.

Toujours dans le but d'investiguer le fonctionnement intrapsychique des cas cliniques, un test projectif est utilisé : le *Rorschach*. Ce test projectif se base sur les réactions du participant face à dix planches de taches d'encre. La passation dure environ de 45 minutes à une 1h30. Comme tout autre test projectif, le *Rorschach* est basé sur le principe que l'individu, devant un stimulus ambigu, projette les enjeux de sa personnalité et les conflits inconscients. Il fournit également des informations sur les mécanismes de défense et les pulsions de l'individu. Ainsi, il demeure difficile de feindre ou simuler au sein des tests projectifs. Exner (2001) mentionne qu'il s'agit d'un outil permettant d'aller au-delà des observations comportementales et des symptômes en mettant l'accent sur le fonctionnement et l'organisation psychologique du sujet. Pour la cotation et l'interprétation du protocole des participants, le système intégré d'Exner (2003) est utilisé.

Déroulement

Cette étude se situe au sein d'un projet de recherche réalisé par la professeure chercheuse Suzanne Léveillé au Service Correctionnel du Canada¹. Cette recherche s'intitule « Comparaison des homicides intrafamiliaux : variables sociodémographiques, criminologiques, situationnelles et psychologiques ». Tous les cas d'homicides intrafamiliaux qui séjournent dans un pénitencier fédéral du Québec sont répertoriés². Dans un premier temps, un formulaire de consentement est signé par les participants qui acceptent une première rencontre individuelle. Lors de cet entretien, des informations à propos de ce projet de recherche leur sont transmises. Des explications quant aux objectifs et au déroulement de la recherche leur sont données. Par la suite, un deuxième formulaire de consentement est présenté afin de connaître leur intérêt à participer à cette recherche. Des explications quant à la confidentialité leur sont fournies. S'ils offrent leur consentement, quatre à cinq rencontres sont planifiées dans le but de leur administrer différents tests psychologiques (psychométriques, projectifs, inventaire de personnalité, questionnaire socio-démographique). Nous sélectionnons, au hasard, trois cas de parricide. Au sein de cette batterie de tests, nous utilisons les données de l'anamnèse, les résultats au SCID-I et SCID-II, les résultats du MMPI-II et les protocoles de Rorschach.

En ce qui concerne le Rorschach, l'analyse quantitative de chaque protocole a été effectuée à partir du système intégré d'Exner (2001). Une procédure de consensus

¹Nous désirons remercier les trois participants, le Service Correctionnel du Canada ainsi que les intervenants ayant permis la cueillette de données.

²Pour ce projet de recherche, un certificat d'éthique fût émis par le Service Correctionnel du Canada ainsi que par l'Université du Québec à Trois-Rivières.

interjuge³ a été réalisée pour chaque protocole et ce, afin de nous assurer de l'exactitude de la cotation et des interprétations.

³ Tous les protocoles ont été cotés à nouveau par la directrice d'essai, Mme Léveillé, et toutes les cotes ont fait l'objet d'une révision pour en arriver à un consensus interjuge.

Les résultats

Tout d'abord, nous présentons les résultats des protocoles de Rorschach (voir tableau 1, Résultats Rorschach) selon chaque bloc de cotation. Au sein de ce bloc, il sera question des résultats de chaque participant. Nous allons débiter par les indices considérés comme étant dans la moyenne habituelle pour ensuite enchaîner avec les résultats en dehors de la norme. Par la suite, nous poursuivons avec les résultats du SCID I et II, pour terminer avec les résultats du MMPI.

Le Rorschach

Affects

Dans tous les cas, il n'y a aucun déterminant C (indice d'impulsivité), ni de déterminant CP (indice de dénie de la réalité). Les indices d'internalisation des affects (SumC' : WSumC) se situent dans la norme habituelle (norme= $\text{SumC} < \text{WSumC}$). Toujours dans les trois protocoles, notons la présence d'un problème de modulation affective, le FC : CF +C ne se situe pas dans la norme habituelle (norme= 2 :1). Les trois protocoles présentent davantage de CF+C que de FC. Seul le protocole du cas 1 présente un indice Afr faible (0,38), suggérant un évitement des stimulations sociales. Dans le protocole des cas 1 et 2, il y a une proportion élevée de réponses Blends et l'indice de mesure de l'agressivité inconsciente est élevé (S :3). L'indice d'accroissement de la complexité psychique en raison du stress situationnel (X%) est à 67% pour le cas 1, 25% pour le cas 2 et 33% pour le cas 3.

Tableau 1
Résultats au Rorschach

	Cotation	Cas 1	Cas 2	Cas 3
Ensemble de base	R	18	17	18
	L	0,29	0,21	1,25
	EB	4 : 5,5	3 : 6,5	4 : 2,5
	EA	9,5	9,5	6,5
	EBper	1,38	2,17	1,6
	eb	8 : 3	5 : 6	1 : 2
	es	11	11	3
	Adj es	6	10	3
	D	0	0	1
	Adj D	1	0	1
	FM	3	5	1
	M	5	0	0
	C'	0	1	0
	Y	2	2	1
	T	1	1	1
	V	0	2	0
Bloc Affect	FC : CF+C	1 : 5	3 : 5	1 : 2
	Pure C	0	0	0
	SumC':WSumC	0:5,5	1:6,5	0:2,5
	Afr	0,38	0,55	0,8
	S	3	3	1
	Blends : R	0,33	0,47	0,17
	Blends avec un m ou Y	66,67%	25%	33,33%
	Blends	1	2	0
	CP	0	0	0

Tableau 1
Résultats au Rorschach (suite)

	Cotation	Cas 1	Cas 2	Cas 3
Bloc Relation	COP	3	0	0
	AG	2	1	2
	GHR :PHR	4 :1	1 :2	4 :0
	a :p	10 :2	4 :4	4 :4
	FOOD	0	0	1
	Sum T	1	1	1
	Human Cont	3	3	4
	Per	3	2	5
	Isol indx	0,39	0,35	0,17
Triade cognitive				
Bloc Médiation	XA%	0,89	0,71	0,53
	WDA%	0,88	0,69	0,47
	X-%	0,11	0,29	0,5
	S-	0	2	1
	P	5	3	3
	X+%	0,72	0,47	0,39
	Xu%	0,17	0,24	0,11
Bloc Traitement de l'information	Zf	18	14	9
	W :D	17 :0	12 :4	5 :10
	Dd	1	1	3
	W :M	17 :4	12 :3	5 :4
	Zd	2,5	8,5	-2
	PSV	0	0	1
	DQ+	5	5	4
	DQv	3	1	1

Tableau 1
Résultats au Rorschach (suite)

	Cotation	Cas 1	Cas 2	Cas 3
Bloc Idéation				
	a:p	10:2	4:4	3:2
	Ma:Mp	4:0	1:2	2:1
	2Ab+ART+AY	4	2	0
	MOR	3	1	2
	Sum 6, WSum 6	13 et 51	8 et 22	11 et 30
	Lv2	3	0	30
	Dv1	0	0	3
	Incom1	0	2	0
	Incom2	0	0	0
	Dr1	7	6	6
	Dr2	3	0	0
	Fabcom1	3	0	1
	Fabcom2	0	0	0
	Alog	0	0	1
	Contam	0	0	0
	M-	1	1	2
Bloc Perception de soi				
	3r+(2)/R	0,06	0,35	0,33
	Fr+rF	0	0	1
	SumV	0	2	0
	FD	0	0	1
	An+Xy	1	1	5
	Mor	3	1	2
	H : (H)+Hd+ (Hd)	2 :1	2 :1	2 :2

Relation interpersonnelle

Pour le **cas 1**, il y a un déterminant texture et aucun contenu nourriture. Ces résultats ainsi que les réponses à contenu humain se situent dans la norme habituelle. Il y a un nombre élevé de COP (3) et de AG (2), ce qui indique que le sujet perçoit les relations interpersonnelles comme étant bienveillantes mais également présentant une certaine agressivité consciente. Il y a davantage de GHR que de PHR et les réponses contenant des mouvements sont majoritairement actifs ($a : p = 10 : 2$). Nous notons un nombre élevé de réponses PER (3) et l'indice d'isolement social est également élevé (0,39). Pour le **cas 2**, il y a un déterminant texture et aucun contenu nourriture. Ces réponses ainsi que celles à contenu humain, pure H et PER sont dans la norme. Il n'y a aucune cotation COP alors qu'une cotation AG se retrouve au sein du protocole. En ce qui concerne la perception des relations interpersonnelles, il y a davantage de PHR que de GHR. L'indice d'isolement social est élevé (0,35). Pour le **cas 3**, le déterminant texture, les réponses à contenus humains, l'indice d'isolement social (0,17) sont dans la norme habituelle. Le protocole ne présente aucune cotation COP et deux cotations AG s'y retrouvent. Il y a davantage de GHR que de PHR. Il y a la présence d'une cotation nourriture et un nombre très élevé de PER (5).

Sollicitations

Pour les trois cas, il y a présence de sollicitations à l'examinatrice (voir tableau 2, Sollicitations à l'examineur dans les protocoles du Rorschach). Celles-ci sont principalement des commentaires ou encore des questions posées directement à

l'examinatrice. De telles sollicitations tendent à interpeler, partager une expérience ou encore justifier une réponse. Aucune tendance à la dévalorisation n'est notée au sein de ces sollicitations. Le premier et troisième cas en présente davantage (respectivement, 7 et 8). Il y en a très peu pour le deuxième cas (4).

Tableau 2
Sollicitations à l'examineur dans les protocoles de Rorschach

Cas	Nombre	Verbatim
Cas 1	1-	Je te dirais pas ça à tous, tu vas trouver ça plate, faut de l'imagination (...) pour essayer de trouver autre chose.
	2-	Ça c'est dommage, pas de couleurs (...) j'en voyais souvent jeune.
	3-	Je ne suis pas trappeur dans l'âme.
	4-	Dommage que Pâque soit passé. (...) Quelque part, ça me rappelle ma plus vieille, ça c'est une autre histoire.
	5-	Je me demande la forme que ça va prendre une fois la boucane finie de monter. (...) C'est peut-être parce qu'aux nouvelles hier, ils parlaient d'un feu.
	6-	Si j'étais ben négatif, ça pourrait ressembler à une expérience nucléaire.
	7-	À quelque part c'est réconfortant après l'expérience nucléaire, il va peut-être avoir des fleurs de cette forme là.
Cas 2	1-	Je suis dessinateur et je fais souvent ça dans mes dessins.
	2-	Deux bonshommes, encore... je ne sais pas si je suis fou!
	3-	Je dessine comme ça des dragons.
	4-	(...) un cartoon tsé... quand on était jeune.
Cas 3	1-	J'ai de la misère à voir honnêtement...
	2-	J'ai de la misère à trouver... Si je comprends bien, on dit quelque chose de figuratif, rien précisément? (...) Mes études, j'ai déjà étudié les insectes.
	3-	Spontanément, j'aurais tendance à la retourner. On peut?
	4-	Excuse, je ne suis pas très imaginaire. Si je disais quelque chose, ce serait farfelu. Je ne vois rien.
	5-	Est-ce que c'est ce que j'ai dit?
	6-	Qui a inventé le Rorschach ?
	7-	Rien de précis... c'est la plus variée en termes de... en isolant chaque élément...
	8-	C'est drôle la planche la plus fournie, la plus élaborée et j'ai de la difficulté à trouver. Beaucoup de détails, mais pas capable de faire un tout.

Triade cognitive

Médiation

Dans le protocole du **cas 1**, les indices suivants : XA%, WDA%, X-%, S-, P, X+%, XU%, se situent dans la norme. De tels résultats suggèrent que le sujet ne présente pas de distorsion perceptuelle, ni d'élément psychotique. Dans le protocole du **cas 2**, l'indice mesurant la capacité à voir la réalité (WDA% :0,69) est en dehors de la norme. Il y a également présence de distorsions perceptuelles (X-% : 0,29). Concernant l'indice de mesure de la pensée conventionnelle, il est plus faible (X+ : 0,47) que la norme habituelle. Le protocole du cas 2 présente également un résultat plus élevé en ce qui concerne l'indice de mesure de la marginalité (XU% : 0,24). Dans le protocole du **cas 3**, il y a davantage de scores en dehors de la norme. Ainsi, il présente des difficultés à voir la réalité (XA% : 0,53 WDA% :0,47 P : 3), des distorsions perceptuelles (X-% :0,5) et une vision individualiste (X+% :0,39).

Traitement de l'information

Pour les trois protocoles, notons la tendance à trop analyser (Zf : entre 9 et 18) et une difficulté à effectuer une synthèse (DQv : entre 1 et 3). Dans le protocole du **cas 1**, il n'y a aucun indice PSV (indice de rigidité cognitive). Le protocole du cas 1 se caractérise également par une tendance à ignorer les détails (W :D= 17 :0). Les attentes sont réalistes en fonction des capacités du sujet (W : M = 17 :4). Dans le protocole du **cas 2**, il n'y a aucun indice PSV (indice de rigidité cognitive). Le protocole du cas 2 présente également une tendance à ignorer les détails (W :D=12 :4). L'indice de mesure

de la capacité cognitive à mettre en lien est supérieur ($Zd : 8,5$) à la norme habituelle, ce qui suggère que le sujet peut être scrutateur ou paranoïde. Dans le protocole du **cas 3**, il y a une cotation PSV (indice de rigidité défensive), la présence de difficultés à analyser à et à faire de la synthèse (DQv : 1).

Idéation

Pour les trois protocoles, il y a peu ou d'indices Mor (entre 0 et 3). L'indice des troubles de la pensée (Sum6 et WSum6) est nettement élevé chez les trois protocoles. De plus, les trois protocoles présentent un manque de clarté de la pensée (M- entre 1 et 2). Il y a également un nombre élevé (entre 6 et 7) de Dr1. Seul le protocole du cas 1 présente un indice d'intellectualisation (2Ab+ART+Ay) plus élevé que la norme habituelle (norme=0-3). Pour ce qui est des cotations spéciales, les protocoles des cas 1 et 2 présentent un nombre élevé de Lv2 (respectivement, 3 et 30). Pour le cas 1, les indices Dr2 et Fabcom 1 sont en dehors de la norme. Dans le protocole du cas 3, il y a la présence d'un Alog, ce qui ne se situe pas dans la norme.

Perception de soi

Dans le protocole du **cas 1**, il n'y a aucune surévaluation de la valeur personnelle (Fr+rF :0), ni d'autocritique négative (SumV :0), ni de préoccupation pour le corps (An+Xy : 1). L'indice d'égoïsme est inférieur ($3r+(2)/R : 0,06$) à la norme habituelle, indiquant que le sujet manque d'égoïsme. Il y a absence de déterminant FD, ceci suggère un manque d'autocritique positive. Le protocole présente un nombre

relativement élevé de Mor (3), indiquant une perception pessimiste de soi-même. Le protocole du **cas 2** se caractérise par les éléments suivants : l'absence d'élément narcissique (Fr+rF :0), aucune préoccupation pour le corps (An +Xy :1, Mor :1), un indice d'égoïsme ($(3r+ (2)/R : 0,35)$) dans la norme habituelle. Il y a également un manque d'autocritique positive (absence de déterminant FD) et la présence d'autocritique négative (SumV :2). Dans le protocole du **cas 3**, l'indice d'égoïsme ($(3r+ (2)/R : 0,33)$) est dans la norme habituelle. Il n'y a aucune autocritique négative (SumV :0) et un niveau adéquat d'autocritique positive (FD :1). Il y a présence d'une surévaluation de sa valeur personnelle (Fr+rF :1) et des préoccupations excessives pour le corps (An+Xy :5, Mor : 2).

Le SCID I, II et le MMPI

Le SCID I et II

Rappelons que cette passation, sous forme d'entrevue semi-structurée, se base sur les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (2003). L'instrument comprends deux volets, le SCID-I (First & al., 1997) concerne les problématiques à l'axe I et le SCID-II (Spitzer & al., 1990) explore les troubles de personnalité.

Pour le cas 1, les résultats du SCID-I indiquent que cet individu présentait des symptômes dépressifs avant le passage à l'acte homicide. Le SCID-II démontre qu'à l'axe II, il y aurait des traits de personnalité passive-agressive (résistance passivement à

faire face à ses obligations, porté à argumenter, critique et mépris face aux personnes en autorité) sans toutefois répondre entièrement aux critères du trouble.

Pour le cas 2, à l'axe I, nous identifions la présence d'un trouble dépressif passé ainsi qu'un abus et une dépendance à diverses substances (alcool et drogue) avant le délit. Selon les résultats du SCID-II, des traits de personnalité histrionique (inconfortable lorsqu'il n'est pas le centre de l'attention, utilise son apparence pour attirer l'attention), personnalité narcissique (sens grandiose de sa propre importance, croit qu'il est spécial et qu'il ne peut s'associer qu'à d'autres personnes spéciales, est souvent envieux des autres) et personnalité borderline (perturbation de l'identité, impulsivité, sentiment chronique de vide, expression intense et inappropriée de la colère) sont répertoriés.

Pour le cas 3, monsieur présente un trouble obsessionnel-compulsif. Monsieur a également connu un trouble dépressif majeur au cours des cinq dernières années. En axe II, nous identifions un trouble de personnalité évitante (évite les activités professionnelles, réticence à se lier aux autres à moins de garanties d'être aimé, démontre de la retenue dans ses relations intimes, réticent à prendre des risques personnels) et obsessionnelle-compulsive (démontre un perfectionnisme qui interfère avec l'achèvement d'une tâche, dévotion excessive au travail, est incapable d'écarter des objets usés, démontre de la rigidité et de l'entêtement). Notons que pour les troubles répertoriés avant le délit, les trois individus n'ont bénéficié d'aucun traitement psychiatrique, pharmacologique ou psychologique.

Le MMPI-II

Pour le cas 1, au niveau de la validité, les échelles L et K légèrement élevées indiquent que le sujet présenterait une attitude défensive vis-à-vis le test ou encore présentait une attitude que « tout va bien ». Concernant les échelles cliniques, la plupart des résultats se situent dans le registre de la norme (entre 44 et 54). L'échelle D présente un score relativement faible, ce qui suggère une tendance à être actif, optimiste et énergique. Un tel score suggère également la présence d'une certaine désinhibition et un manque de contrôle. Les échelles de contenu présentent de façon générale, des scores relativement bas ou encore dans le registre normal. Pour les échelles de personnalité, l'échelle histrionique présente un score à tendance élevée. Il y a donc une tendance à l'extraversion, à être grégaire. Les réponses émotionnelles peuvent être excessives et manquer de modulation. Le sujet peut aussi demander l'attention dans un groupe.

Les résultats au MMPI-II pour le cas 2, présentent un score légèrement élevé aux échelles K et VRIN ce qui remet en question la validité du test. L'interprétation du bloc Validité Plus était donc recommandée par les auteurs. Le profil de validité est de type « ascendant/valide/tendance plutôt cynique-défensive ». Un tel profil signifie qu'il y a la présence d'une attitude légèrement défensive ou une tentative de se présenter sous un angle trop positif. Au niveau des échelles cliniques, l'échelle Pd est très élevée (79), ce qui démontre que le sujet présente une attitude agressive, ce qui peut entraîner des passages à l'acte antisociaux. Un tel résultat est lié à un pauvre jugement, de

l'instabilité, de l'égoïsme et de l'immaturation. En ce qui concerne les échelles de contenu, un score élevé est noté à l'échelle FAM (68), ce qui indique la présence de difficultés familiales importantes : un manque d'amour, de compréhension, de support dans la famille. De la colère et de l'hostilité peuvent être ressenties à l'égard de la famille. Pour les échelles de personnalité, un score élevé est noté à l'échelle histrionique. Le sujet aurait tendance à être grégaire, extraverti, à chercher l'attention au sein d'un groupe. Il peut également présenter un manque de modulation affective et des réponses émotionnelles excessives. À l'échelle antisociale, le sujet présente également un score élevé. Il présenterait une tendance au mépris de l'autre et à la transgression des normes de la société.

Pour le troisième cas, la validité du test est remise en question en raison d'une échelle F élevée. Ceci suggère que le sujet simulerait une psychopathologie, un style de réponses « tout vrai » ou encore un état de confusion psychotique. Ce score indique également que le sujet présenterait une image de soi exagérément négative. Lorsque nous nous attardons au bloc Validité Plus, tel que recommandé par les auteurs, il présente un profil inversé de type « V inversé/validité/pathologie extrêmement importante ». Ceci suggère un inconfort psychologique, un niveau de détresse important. Au niveau des échelles cliniques, à l'échelle D, un score très élevé s'y retrouve (81). Ces individus éprouvent habituellement un sentiment d'être envahi par les problèmes et manifeste un retrait social important. Ils ont généralement un concept de soi très pauvre, une préoccupation pour la mort et un découragement. L'échelle Pt présente également

un score élevé (79), ce qui indique de la rumination, des rituels rigides, de l'agitation, de l'anxiété et des éléments dépressifs. Un score élevé se retrouve à l'échelle Sc (86), ce qui peut indiquer la présence d'un désordre de la pensée, possiblement un pauvre contact avec la réalité et des comportements excentriques. Un comportement de retrait social est parfois noté. À l'échelle de Si, un score élevé (85) s'y retrouve également. Les individus présentant un tel score sont habituellement retirés socialement, ils présentent une attitude distante, une certaine froideur. Au niveau des échelles de contenu, plusieurs échelles présentent un score élevé : échelle ANX (65), échelle OBS (77), échelle DEP (83), échelle LES (77), échelle SOD (86), échelle WRK (78), échelle TRT (74). L'échelle ANX indique que le sujet peut présenter de l'anxiété, de l'appréhension, de la tension, des difficultés somatiques, des difficultés de sommeil ou de concentration. L'échelle OBS, quant à elle, suggère une rigidité, une difficulté à accepter le changement, des comportements compulsifs et une difficulté à prendre des décisions. Le score élevé à l'échelle DEP démontre la présence de pensées dépressives, une tristesse et des préoccupations pour la mort, le suicide. À l'échelle LSE, le score suggère un pauvre concept de soi, une sensibilité aux critiques et au rejet. Le score à l'échelle SOD indique que la personne est plutôt gênée, timide et introvertie. À l'échelle WRK, nous identifions la présence de différents comportements et attitudes pouvant nuire à un bon rendement au travail, par exemple, une difficulté à supporter la tension, un manque de concentration et une faible estime de soi. Finalement, à l'échelle TRT, un tel score signifie que la personne peut présenter une attitude négative envers les thérapeutes, les traitements de santé mentale. Il est également possible que la personne ait l'impression

que personne ne peut la comprendre, l'aider. La volonté de changer n'est pas non plus assurée. Aux échelles de personnalité, nous identifions l'échelle de dépendance, l'échelle obsessionnelle-compulsive, l'échelle schizotypique, l'échelle évitante et schizoïde.

Discussion

Dans un premier temps, rappelons que l'objectif de notre étude est d'approfondir la compréhension du fonctionnement intrapsychique des individus ayant commis un parricide. Ainsi, nous présentons les similitudes entre ces trois cas, tout en faisant le lien avec la littérature scientifique, c'est-à-dire les indices au Rorschach reliés au passage à l'acte. Par la suite, nous explorons certains indices soulevés dans la littérature scientifique comme étant significatifs chez les individus ayant commis un passage à l'acte. Pour terminer, chaque cas est exploré afin d'en ressortir des particularités au niveau du fonctionnement intrapsychique. Dans une optique de convergence d'indices, nous mettons en lien ces résultats avec ceux du MMPI-II et du SCID-I, SCID-II.

Tout d'abord, les trois individus ayant commis un parricide présentent un problème majeur au niveau de la modulation affective, ce qui serait un indicateur de la présence d'impulsivité. Les résultats de Coram (1995), Léveillé et Lefebvre (2008), Lefebvre et Léveillé (2008) vont en ce sens. Comme le rapportent ces auteurs, ce problème de modulation affective est relié au passage à l'acte. Chez les trois sujets de notre étude, nous remarquons la présence d'une complexité psychique augmentée en raison du stress situationnel. Rappelons que les trois individus sont actuellement incarcérés dans un pénitencier fédéral, ce qui peut venir influencer le niveau de stress situationnel vécu. La modulation et le contrôle des émotions seraient davantage touchés lors de situation de stress, rendant la prise de décision, la résolution de conflit plus difficile. Coram (1995) avait également rapporté de tels résultats, indiquant que les individus ayant commis un homicide violent présentaient

davantage de vulnérabilité à la désorganisation ainsi qu'une difficulté à tolérer le stress au quotidien.

Ce qui apparaît également comme significatif chez les trois individus est la présence de troubles de la pensée pouvant mener à des erreurs de jugement. Les résultats suggèrent la présence de difficultés cognitives ainsi que des préoccupations pouvant venir perturber la clarté de la pensée. Notons toutefois que le troisième cas présente davantage de difficultés à ce niveau, que le premier et le deuxième cas. L'étude de Coram (1995) en était arrivée aux mêmes résultats. En effet, selon cet auteur, chez les individus ayant commis un homicide, le « testing » de la réalité est plus défaillant que chez les agresseurs non violents. Notons également que les trois participants de notre étude possèdent certaines forces du Moi leur permettant de composer avec l'environnement. Seul le troisième cas présenterait un léger manque à ce niveau.

Chez les trois individus, nous relevons plusieurs sollicitations à l'examinatrice. Il s'agissait de questions posées directement à l'examinatrice, alors que d'autres étaient des commentaires qui cherchaient à l'interpeller, à partager une expérience ou encore à justifier une réponse. La présence élevée de sollicitations peut répondre à l'hypothèse que ces individus ont tendance à exprimer les conflits par des passages à l'acte au sein de la relation avec l'examineur. Les émotions liées aux conflits sont donc évacuées de leur monde interne. D'ailleurs Husain (1994) et Léveillé (2001) rapportaient que ces individus avaient tendance à vouloir placer l'examineur dans une position de spectateur ou complice. L'interprétation de ces sollicitations amène

certaines questionnements et hypothèses. Ainsi, il peut s'agir d'une demande d'attention, une provocation ou encore, une forme d'étayage.

Ainsi, trois éléments clés ressortent donc de l'étude du fonctionnement intrapsychique de ces trois individus : un problème de modulation affective, des difficultés cognitives et des sollicitations à l'examinatrice. D'autres indices sont significativement présents. La littérature scientifique rapporte que les individus qui ont commis un passage à l'acte présentent un contrôle pulsionnel massif (Léveillée, 2001; Léveillée & Lefebvre, 2008; Lefebvre & Léveillée, 2008). Seul le troisième cas présente un tel résultat, une plus grande rigidité et un surinvestissement la réalité concrète. Le contrôle répondrait à la crainte d'un débordement émotionnel, pour ainsi contenir une possible charge pulsionnelle. Il y aurait aussi la possibilité d'un clivage. Quant aux deux autres cas, ils présentent une plus grande sensibilité aux stimuli de l'environnement que la moyenne des gens. Il leur semble difficile d'utiliser les ressources de manière adaptée, ce qui peut amener un plus grand risque de débordement affectif. Ces résultats diffèrent avec la littérature scientifique consultée.

De plus, en ce qui concerne les enjeux dépressifs, les deuxième et troisième cas en présentent peu, ce qui est également rapporté dans la littérature scientifique. En effet, les individus qui commettent des passages à l'acte ont généralement moins accès à leur monde interne, à leur souffrance et à leurs conflits internes (Léveillée, 2001). Seul le premier cas présente des affects dépressifs, ce qui peut indiquer que cet individu a davantage accès à ses émotions, ce qui pourrait être relié à de meilleures capacités de mentalisation.

Concernant l'égoïsme, le premier cas présente un manque d'égoïsme, suggérant une faible estime de soi et une dévalorisation de soi. Les deuxième et troisième cas, présentent un niveau d'égoïsme adéquat, sans exagération. Ces résultats diffèrent, en partie, de la littérature consultée. Lefebvre et Léveillé (2008) notaient que les individus ayant passé à l'acte présentaient une centration sur soi, une « sur-évaluation » de leurs capacités. Par contre, Coram (1995) mentionne que les individus ayant commis un homicide violent présentent un niveau d'égoïsme adéquat. Selon l'auteur, ce résultat pourrait signifier une estime de soi adéquate.

Pour chacun des cas, nous présentons les particularités notées au niveau de leur fonctionnement intrapsychique. Concernant le premier cas, il vit possiblement une certaine anxiété situationnelle, il est inhibé, présentant un sentiment d'impuissance. Il s'agit du sujet le plus axé sur les relations interpersonnelles, il est grégaire. Toutefois, il y a un certain besoin de contrôle dans les relations interpersonnelles sans que cela puisse nuire au fonctionnement. Ainsi, il aurait tendance à éviter les stimulations affectives et sociales. Il utiliserait également l'intellectualisation comme mécanisme de défense. Ce qui caractérise ce sujet est certainement cette tendance à trop analyser, sa difficulté à faire une synthèse. Ainsi, il semble que ce premier cas présente davantage de ressources, de capacités de mentalisation. Les résultats au SCID I, II et MMPI-II, viennent également supporter cette affirmation. Il s'agit d'un individu qui semble aux prises avec des affects dépressifs, ce qui suggère qu'il est davantage dans la capacité d'être en contact avec son monde interne. Le profil au MMPI-II présente peu d'éléments significatifs, la plupart des scores aux échelles se

retrouvent dans la norme. Ainsi, il présente davantage de forces, d'habiletés sociales.

Pour le deuxième cas, nous remarquons une trop grande complexité psychique, une difficulté à composer avec les émotions, entraînant une hypersensibilité. Nous remarquons également la présence d'une autocritique négative, de douleurs et malaises qui seraient induits par une inspection « ruminative ». De plus, le sujet présenterait une orientation colérique envers l'environnement, pouvant mener à des difficultés relationnelles. Cette agressivité peut s'exprimer par de l'opposition ou encore de l'irritabilité. Il aurait une pauvre perception de ses relations interpersonnelles et il se perçoit comme étant isolé, ayant de la difficulté à maintenir ses relations sociales. Une vision non conventionnelle et marginale est observée. Cette vision marginale est également soulevée dans les résultats au MMPI-II. En effet, cet individu présenterait une attitude agressive, notamment en commettant des passages à l'acte antisociaux et une transgression des règles. Il y aurait une pauvreté au niveau du jugement, de l'instabilité et de l'égoïsme. Il présenterait également un manque de modulation affective. Les particularités de ce deuxième cas semblent s'inscrire dans une dynamique de trouble de la personnalité.

Finalement, le troisième cas présente une immaturité affective. Il aurait de la difficulté à percevoir les relations interpersonnelles et présenterait un besoin de contrôle dans de tels contextes. Nous remarquons aussi certains indices d'une dépendance affective. Au niveau de la pensée, comme mentionné précédemment, le troisième cas présente aussi des difficultés au niveau du fonctionnement cognitif

pouvant mener à des erreurs de jugement. La présence d'un trouble obsessionnel compulsif, rapporté à l'axe I selon les résultats du SCID, vient corroborer le besoin de contrôle, la rigidité et les distorsions perceptuelles. Les résultats du MMPI-II indiquent également que monsieur présenterait une pathologie importante, qui pourrait aller jusqu'à une confusion psychotique. Ainsi, ce troisième cas présente de l'anxiété, une rigidité, un retrait social, un pauvre contact avec la réalité, possiblement un désordre de la pensée et des comportements compulsifs. Il semble donc y avoir une perturbation relativement sévère qui peut venir entraver la perception de la réalité.

En résumé, cette étude exploratoire visait à préciser le fonctionnement intrapsychique de trois cas de parricides criminellement responsables. Dans une optique de convergence d'indices, les résultats nous amènent à trois profils présentant des enjeux différents. Ainsi, le premier cas semble présenter des éléments davantage dépressifs, alors que le deuxième cas nous apparaît dans une dynamique appartenant davantage au trouble de la personnalité. Le troisième cas, quant à lui, présente des éléments du registre psychotique.

Conclusion

À partir de trois cas de parricide issus de la population carcérale, une analyse de leur fonctionnement intrapsychique a été effectuée. Cette étude visait à explorer les particularités de leur monde interne. Ainsi, dans cette étude, nous avons procédé à la passation du Rorschach, du MMPI-II et au SCID-I, II. Les résultats ont permis de dégager une compréhension intrapsychique tout de même différente des parricides psychotiques et des individus qui commettent des passages à l'acte. Sans pour autant présenter de psychopathologie franche (symptomatologie psychotique), ces trois individus présentaient des indices suggérant des troubles de la pensée, des distorsions perceptuelles, cognitives pouvant mener à des erreurs de jugement et une confusion de la pensée. Ils présentaient également un manque de modulation affective, ce qui suggère une certaine impulsivité. Il y avait également la présence d'une complexité psychique augmentée en raison du stress situationnel.

Cette étude, bien qu'exploratoire, amène des résultats préliminaires intéressants. Nous avons procédé à l'évaluation en profondeur de la personnalité, du fonctionnement psychique de ces individus. Ajouté des résultats du SCID-I, SCID-II et du MMPI-II, une telle analyse du fonctionnement intrapsychique n'avait jamais été effectuée auparavant. Cette étude nous apparaît donc novatrice, notamment du à cette notion de convergence d'indices.

Au niveau des limites de notre étude, notons le peu d'informations concernant le contexte dans lequel le passage à l'acte a été commis ainsi que les données sociodémographiques. Toutefois, par souci de confidentialité, cette démarche a été nécessaire et même, privilégiée. Dans le même ordre d'idées, le petit échantillonnage

(trois cas) est également une limite. Pour cette raison, une généralisation des résultats demeure difficile. Par contre, cet échantillon représente également la population de parricides reconnus criminellement responsables puisqu'environ la moitié des parricides commis présentent une psychopathologie majeure amenant un verdict non criminellement responsable. Seulement trois cas par année se retrouvent incarcérés dans les pénitenciers fédéraux. Notons également que lors de cette étude près de la moitié des personnes recrutées ont refusé de participer. Ainsi, le petit échantillon représente également la difficulté de recruter ces individus et le sujet délicat qu'est le parricide.

D'ailleurs, pour les études futures, il serait pertinent d'aborder l'histoire de vie et le sens du passage à l'acte au sein de la dynamique de ces individus. Également, le fait d'inclure les tentatives de parricide augmenterait l'échantillon des sujets. De plus, une étude approfondie du fonctionnement intrapsychique, tout en incluant l'histoire de vie de ces parricides reconnus non criminellement responsables amènerait un éclairage significatif dans la compréhension du parricide.

Références

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Auclair, N., Marelau, J., Millaud, F., & Toutant, C. (2007). Adolescent parricides : une comparaison avec des adolescents homicides. *Évolution Psychiatrique*, *71*, 259-267.
- Baxter, H., Duggan, C., Larkin, E., Cordess, D., & Page, K. (2001). Mentally disordered parricide and stranger killers admitted to high-security care: 1- A descriptive comparison. *Journal of Forensic Sciences*, *12* (2), 287-299.
- Bénézech, M. (1992). De quoi souffrent les parricides ? *Perspectives Psychiatriques*, *31*, 207-212.
- Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale*. Paris : Dunond.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Bordas.
- Bissonnette, P. (2007). *Vers une typologie du parricide adulte psychotique*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Boots, D.P., Heide, K.M. (2006). Parricides in the media. A content analysis of available reports across culture, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *50* (4), 418-445.
- Bouchard, J.P. (2005). Violence, homicide et délires de persécution. *Annales Médico-psychologiques*, *163* (10), 820-826.
- Bouchard, J.P., Bachelier, A.S. (2004). Schizophrénie et double parricide: à propos d'une observation clinique. *Annales Médico psychologiques*, *162*, 626-633.
- Bourget, D., Gagné, P. & Labelle, M.E. (2007). Parricide : a comparative study of matricide versus patricide, *Journal of American Academic Psychiatry Law*, *35*, 306-312.
- Campion, J., Cravens, J.M., Rotholc, A., Weinstein, H., Covan, F., & Alpert, M. (1985). A study of 15 matricidal men. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 312-317.
- Clark, S.A. (1993). Matricide: the schizophrenic crime? *Medecine, Science and the Law*, *33*, 325-328.
- Cournoyer, G., Ouimet, G. (2008). *Code criminel annoté 2009*. Cowansville: Édition Blais.
- Coram, G. J. (1995). A Rorschach analysis of violent murderers and nonviolent offenders. *European Journal of Psychological Assessment*, *11*, 81-88.

- Cravens, J.M., Champion, J., Rotholc, A., Covan, F., & Cravens, R.A. (1985). A study of 10 men charged with patricide. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1089-1092.
- Cusson, M. (1998). *Les homicides d'hier et d'aujourd'hui*. Cahiers de recherche du CICC, Université de Montréal.
- Dakhlaoui, O., Khémiri, O., Gaha, N., Ridha, R. & Haffani, F. (2009). Le parricide psychotique : étude clinique et analytique. A propos de 16 cas. *Tunisie médicale*, 87 (12), 824-828.
- Daly, M., & Wilson, M. (1998). *Homicide*. New York : Adline de Gruyter.
- Dauvergne, M. (2004). L'homicide au Canada, 2003. *Statistique Canada*, 24, (6).
- Dauvergne, M. & Li, G. (2006). L'homicide au Canada, 2005. *Statistique Canada*, 26, (6).
- Debray, R. (2001). *Épître à ceux qui somatisent*. France : Presses universitaires de France.
- Devaux, C., Petit, G., Perol, Y. & Porto, M. (1974). Enquête sur le parricide en France. *Annales Médico-Psychologiques*, 1, 161-168.
- D'Orban, P.T., & O'Connor, A. (1989). Women who kill their parents. *British Journal Of Psychiatry*, 154, 27-33.
- Ewing, C.P. (1997). *Fatal Families*. Thousand Oaks. Sage Publications.
- Exner, J. E. (2001). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré*. Paris : Éditions Frison-Roche.
- First, B.M., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams J. & Benjamin. L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV : Patient edition (SCID-P)*. New York : American Psychiatric Press. Traduction française par L. Bordeleau, Québec : Centre Hospitalier Universitaire du Québec (CHUL).
- Farooque, R.S., Stout, R.G., & Ernest F.A., (2004). Homicide at home : parental murder, child murder, intimate partner murder - a comparative study of ultimate violence in the family. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 25 (2), 5-24.
- Foucault, M. (1973). *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère... : un cas de parricide au XIXe*. Paris : Gallimard.
- Fox, J.A., & Zawitz, M.W. (2004). *Homicides trends in the United States*. Bureau of justice Canada: Departement of Justice, États-Unis.

- Garrison, A. (2008). The catathymic crisis: An explanation of serial killer. *Journal of Policy and Criminal Psychology*, 11(1), 1996.
- Green, C. (1981). Matricide by sons. *Medecine, Science and the Law*, 21, 207-214.
- Hathaway, S.R. & McKinley, J.C. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory II (MMPI-II)*. University of Minnesota.
- Hart, J.L. & Helms, J.L. (2003). Factors of parricide: Allowance of the use of battered child syndrome as a defense. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 671-683.
- Heide, K.M. (1992). *Why kids kill parents: child abuse and adolescent homicide*. Columbus, Usa: Ohio State University Press.
- Heide, K.M. & Petee, A.T. (2007). Parricide an empirical analysis of 24 years of U.S. data, *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (11), 1382-1399.
- Heide, K.M & Petee, A.T. (2007). Weapons used by juvenile and adult offenders in U.S. parricide cases, *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (11), 1400-1414.
- Hillbrand, M. & Cipriano, T. (2007). Commentary: Parricides-unanswered questions, methodological obstacles and legal considerations, *Journal American Academic Psychiatry Law*, 35, 312-316.
- Hillbrand, M. & Alexandre, J.W., Young, J.L., & Spitz, R.T. (1999). Parricides: characteristics of offenders and victims, legal factors, and treatment issues. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 179-190.
- Husain, O. (1994). Réflexions sur la convergence projective des techniques de l'examen psychologique. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 38, 91-106.
- Holcomb, W. (2000). Matricide: primal aggression in search of self-affirmation. *Psychiatry*. 63, 264-287.
- Le Petit Robert: Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française (2008). Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Le Bihan, P. & Bénézech, M. (2004). Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. À propos de 42 observations. *Annales Médico Psychologiques*, 162, 615-625.
- Lefebvre, J. (2006). *Uxoricide et violence conjugale : Comparaison de deux groupes d'hommes à partir de variables situationnelles et psychologiques*. Thèse de doctorat inédite. Université du Québec à Trois-Rivières.

- Léveillé, S., Lefebvre, J. & Vaillancourt, J.P. (2010). Parricide commis par des hommes adultes : Variables descriptives et motivations sous-jacentes au passage à l'acte. *Évolution Psychiatrique*, 75, 77-91.
- Léveillé, S. & Lefebvre, J. (2008). Étude des homicides intrafamiliaux commis par des personnes souffrant d'un trouble mental. Rapport de recherche présenté au Ministère de la Santé et des Services Sociaux du gouvernement du Québec.
- Li, G. (2006). L'homicide au Canada, *Juristat Centre canadien de la statistique juridique*, 27 (8), 1-19.
- Liettu, A., Saavala, H., Hakko, H., Rasanen, P. & Joukamaa, M. (2008). Mental disorders of male parricidal offenders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44, 96-103.
- Marleau, J. (2002). Parricide et caractéristiques de la fraterie des agresseurs. *Canadian Journal of Criminology*, 44, 77-96.
- Marleau, J. (2003). Methods of killing employed by psychotic parricides. *Psychological Reports*, 93, 519-520.
- Marleau, J., Auclair, N., & Millaud, F. (2006). Comparison of factors associated with parricide adults and adolescents. *Journal of Family Violence*, 21, 321-325.
- Marleau, J., Millaud, F., & Auclair, N. (2003). A comparaison of parricide and attempted parricide : a study of 39 psychotic adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 269-271.
- Maas, R.L., Prakash, R., Hollender, M.H., & Regan, W.M. (1984). Double parricide – matricide and patricide: a comparaison with other schizophrenic murders. *Psychiatric Quarterly*, 56, 286-290.
- McKight, C.K., Mohr, J.W., Quinsey, R.E. & Erochko, J. (1966). Matricide and mental illness. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 11, 99-106.
- Millaud, F. (1998). *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson.
- Millaud, F. (1989). L'homicide chez le patient psychotique: une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *Canadian journal of psychiatry*, 34 (3), 340-346.
- Millaud, F., Auclair, N. & Meunier, D. (1996). Comparaison of factors associated with parricide in adults and adolescents. *Journal of family violence*, 21 (5), 321-325.

- Millaud, F., Marleau, J., Proulx, F. & Brault, J. (2008). Violence homicide intra-familiale. *Psychiatrie et violence*, 8 (1).
- Newhill, C. E. (1991). Parricide. *Journal of Family Violence*, 6 (4), 375-394.
- Palermo, G. (2010). Parricide : A crime against nature. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 54 (3), 3-5.
- Provost, M.A., Alain, M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (2006). *Normes de présentation d'un travail de recherche* (2^{ième} éd.). Trois-Rivières : Les Éditions SMG.
- Shentoub, V. (1998). *Manuel d'utilisation du T.A.T. – Approche psychanalytique*. Paris : Bourdas.
- Shon, P. C., & Targonski, J. R. (2003). Declining trends in U.S. parricides, 1976-1998: testing the Freudian assumptions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 387-402.
- Shon, P.C. (2009). Weapon usage in attempted and completed parricides in nineteenth-century America: an archival exploration of the physical strength hypothesis. *Journal of forensic sciences*, 55 (1), 232-236.
- Singhal, S., & Dutta, A. (1990). Who commits matricide? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 40-43.
- Singhal, S., & Dutta, A. (1992). Who commits matricide? *Medicine, Science and the Law*, 32, 213-217.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., & Gibbon M. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID II)*. New York: American Psychiatric Press. Adapté au DSM-IV par l'équipe S Hodgins (1994). Montréal: Université de Montréal (UDM)
- Tsalicoglou, F. (1988). Le matricide, paradis perdu du psychotique. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, 3, 332-344.
- Weisman, A., Ehrenclou, M.G. & Sharma, K. (2002). Double parricide: forensic analysis and psycholegal implications. *Journal of forensic sciences*, 47 (2), 313-317.
- Weisman, A.M., & Sharma, K.K. (1997). Forensic analysis and psycholegal implications of parricide and attempted parricide. *Journal of Forensic Sciences*, 42, 1107-1113.
- Williams J.B. Gibbon, M. First, M., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J. & al. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) : Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Zagury, D., & Millaud, F. (1998). *Le passage à l'acte*. Montréal : Masson.

Appendice A

Les normes au Rorschach selon Exner

Tableau 3

Les normes au Rorschach selon la méthode d'Exner

	Cotation	Norme
Ensemble de base	Lamda	0,33-0,99
	EA	<7
	FM	2-5
	m	0-1
	C'	0-1
	Y	0-1
	T	1
	V	0
Bloc Affects	FC : CF+C	2 : 1
	Pure C	0
	SumC':WSumC	SumC'<WSumC
	Afr	0,50-0,26
	S	0-2
	Blends : R	0,13-0,26
	Blends	1
	CP	0
Bloc Relations	COP	1-2
	AG	0-1
	GHR :PHR	GHR>PHR
	a :p	0
	FOOD	1
	Sum T	*varie en fonction du nombre de réponses
	Human Cont	*varie en fonction du nombre de réponses
	Per	0-2
	Isol indx	0-0,25

Tableau 3
Les normes au Rorschach selon la méthode d'Exner (suite)

	Cotation	Norme
Triade cognitive	Ma:Mp	Ma>Mp
Bloc Idéation	2Ab+ART+AY	0-3
	Mor	0-3
	Sum 6	0-3
	WSum6	0-6
	Lv2	0
	Dv1	0-3
	Dv2	0
	Incom1	0-2
	Incom2	0
	Dr1	0-1
	Dr2	0
	Fabcom1	0-1
	Fabcom2	0
	Alog	0
	Contam	0
	M-	0
	M none	0
Bloc Médiation	XA%	>0,70
	WDA%	>0,75
	X-%	0-0,15
	S-	0-2
	P	5-7
	X+%	0,70-0,89
	Xu%	0-20
Bloc Traitement de l'information	Zf	6-7
	W :D	1:2
	Dd	0-3
	W :M	2 :1
	Zd	-3,5 à 3,5
	PSV	0
	DQ+	5-10
	DQv	0

Tableau 3

Les norms au Rorschach selon la method d'Exner (suite)

	Cotation	Norme
Bloc Perception	$3r+(2)/R$	0,33-0,45
de soi	Fr+rF	0
	SumV	0
	FD	1
	An+Xy	0-2
	Mor	0-2
	H : (H)+Hd+ (Hd)	3 : 1

Appendice B

Formulaire de consentement

Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychologie
Case postale 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7
(819) 376-5011, poste 3519

FORMULE DE CONSENTEMENT

J'accepte qu'un(e) assistant(e) de recherche vienne me rencontrer afin de me parler d'une recherche en cours intitulée « Comparaison des homicides intrafamiliaux : variables sociodémographiques, criminologiques, situationnelles et psychologiques » et à laquelle je pourrais éventuellement participer si je suis d'accord. Cette recherche est réalisée par Suzanne Léveillée, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Lors de notre premier rendez-vous, l'assistant(e) de recherche me donnera des informations sur la recherche et je serai libre par la suite de participer ou non à cette recherche.

Nom en lettres moulées

SED

Signature

Date

Signature du témoin

Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychologie
C.P. 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7
(819) 376-5011, poste 3519

Formule de consentement

Ce projet de recherche est réalisé par Suzanne Léveillée, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, et s'intitule « Comparaison des homicides intrafamiliaux : variables sociodémographiques, criminologiques, situationnelles et psychologiques ». Le recrutement de participants pour cette étude s'échelonne sur une période de 2 ans. De plus, le recrutement sera réalisé dans les Établissements de détention suivants : Montée Saint-François, Leclerc, Centre Fédéral de Formation, Sainte-Anne-des-Plaines, Archambault, Centre Régional de Réception, Cowansville, Drummondville, Donnacona, La Macaza, Port-Cartier, Centre régional de santé mentale et Joliette.

Pour ce faire, je participerai à environ trois entrevues dans lesquelles il y aura des tests psychologiques. Ces tests ne requièrent aucune connaissance particulière; il s'agit de répondre spontanément aux questions posées.

Ma participation aidera à l'avancement des connaissances dans ce domaine de recherche; les résultats obtenus pourront faire l'objet de publications dans des revues scientifiques tout en assurant la stricte confidentialité. Ces rencontres sont une occasion de parler de moi. Si ces rencontres me font vivre des émotions difficiles, je serai référé aux intervenants de l'Établissement de détention.

Ma participation est absolument volontaire et je peux y mettre fin en tout temps. Les informations recueillies demeureront confidentielles et leur utilisation sera faite sous le sceau de l'anonymat. Aucune communication de renseignements ne sera faite aussi longtemps que leur forme risquerait de permettre de m'identifier.

Ma participation à ce projet n'aura aucune répercussion sur les conditions ou la durée de ma peine et aucune récompense ne me sera consentie. Toutefois, advenant l'aveu de crimes non déclarés, les autorités devront en être informées.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-07-121-07.09 a été émis le 4 mai 2008. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Martine Tremblay, par téléphone au (819) 376-5011, poste 2136 ou par courrier électronique à Martine.Y.Tremblay@uqtr.ca.

J'autorise les chercheurs à enregistrer sur magnétophone les entrevues réalisées dans le cadre de cette recherche :

Oui _____

Non _____

Ayant pris connaissance des informations contenues dans ce formulaire de consentement, je, _____ (nom en lettres moulées), soussigné, accepte de participer à cette recherche. Les avantages, inconvénients et justifications de la recherche m'ont été expliqués.

Signature du participant

Date

SED du participant

Signature du témoin

Date