

## LE PARRICIDE PSYCHOTIQUE: ETUDE CLINIQUE ET ANALYTIQUE. A PROPOS DE 16 CAS.

Olfa Dakhlaoui \*, Omar Khémiri \*\*, Nesrine Gaha \*\*, Rym Ridha \*\*, Fakhreddine Haffani \*.

\* : Service de psychiatrie « E » du Professeur F. Haffani.

\*\* : Service de psychiatrie légale du Professeur R. Ridha.  
Hôpital Razi, rue des orangers, La Manouba, Tunisie

O. Dakhlaoui, O. Khémiri, N. Gaha, R. Ridha, F. Haffani .

O. Dakhlaoui, O. Khémiri, N. Gaha, R. Ridha, F. Haffani .

LE PARRICIDE PSYCHOTIQUE: ETUDE CLINIQUE ET ANALYTIQUE. A PROPOS DE 16 CAS.

PSYCHOTIC PARRICIDE: CLINICAL AND ANALYTIC STUDY ABOUT 16 CASES.

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°12) : 824 - 828

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°12) : 824 - 828

### R É S U M É

**Pré-requis :** Le parricide est défini comme étant le « meurtre du père ou de la mère ou de tout autre ascendant légitime ». Il représente 1 à 5 % de l'ensemble des homicides et 20 à 30 % des homicides psychotiques. En Tunisie, peu d'études se sont intéressées à ce sujet.

**But :** Nous nous proposons dans ce travail de décrire le profil du parricide psychotique et de repérer les facteurs de risque afin de prévenir ce passage à l'acte gravissime.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 16 patients schizophrènes hommes hospitalisés entre Juin 1979 et Mars 2008 dans le service de psychiatrie légale de l'hôpital psychiatrique de Tunis, à la suite d'un non lieu pour parricide.

**Résultats :** Ils représentaient 20,8 % des homicides psychotiques hospitalisés au cours de cette même période (soit 16/ 77) et environ 30% des homicides schizophrènes. Nous avons retrouvé autant de « patricide » que de matricide. Les principaux facteurs qui se sont dégagés au travers de notre étude sont le jeune âge (28 ans), le célibat (70%), le milieu socio-culturel pauvre, le chômage, les idées délirantes paranoïdes, la thématique persécutive, les hallucinations et l'arrêt récent des traitements. Tous ces facteurs ont été cités par de nombreux auteurs notamment Millaud et al, auxquels ils rajoutent les antécédents médico-légaux de violence et l'abus d'alcool ou de substance. Il faut se rappeler que les signes avant-coureurs de ce geste sont souvent présents mais mal perçus, tels un sentiment d'impasse situationnelle, une demande d'aide détournée, ou une réticence en entretien.

**Conclusion :** Il est essentiel de parvenir à repérer ces facteurs de risque, voire à rechercher activement certains signes sémiologiques d'alerte, qui souvent ne sont pas spontanément verbalisés. Une hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique serait indiquée devant ces indices de dangerosité et constituerait la première étape de la prise en charge, seule garante d'une prévention d'un éventuel passage à l'acte.

### S U M M A R Y

**Background:** The parricide is defined as "murder of the father or the mother or any other legitimate ascendant." It represents 1 to 5% of all homicides and 20 to 30% of psychotic homicides. In Tunisia, few studies have focused on this issue.

**Aim:** We propose in this work to describe the profile of psychotic parricide. We tried to identify risk factors in order to prevent this acting out.

**Methods:** Our study is retrospective we observed 16 male patients diagnosed with schizophrenia hospitalized between June 1979 and March 2008 in the forensic psychiatry department at the psychiatric hospital in Tunis, discharged for no ground for prosecution following parricide.

**Results:** They accounted for 20.8% of psychotic homicides hospitalized during the same period (16 / 77) and approximately 30% of homicides committed by schizophrenic patients. We found as many as patricide as matricide. The main factors that have emerged through our study are an early age (28 years), being single (70%), the socio-cultural poverty, unemployment, paranoid delusions, hallucinations and recent treatment interruption. All these factors have been cited by many authors including Millaud et al, they also cited history of violence and violent behavior and alcohol or drug abuse. One important point is that some signs of this imminent gesture are often present but misunderstood, such a sense of situational impasse, a request for help, or reluctance during interview.

**Conclusion:** It is essential to identify risk factors, even to actively seek some warning signs, which often are not spontaneously reported by the psychotic patient. Hospitalization under constraint in psychiatry should be the appropriate response if these dangerousness signals are noticed by the psychiatrist .

### M O T S - C L É S

Homicide, parricide, schizophrénie, dangerosité, prévention

### KEY - WORDS

Homicide, parricide, schizophrenia, dangerousness, prevention

قتل أحد الأبوين الذهاني دراسة سريرية وتحليلية حول 16 حالة.

الباحثون : و. دخلاوي - و. خميري - ن. قاهة - ر. رضا - ف. حفوني.

**ملخص :** الهدف من هذه الدراسة هو توصيف سيماء القتل الذهاني وتحديد عوامل الخطر من أجل تقاضي المرور إلى التطبيق. أشتملت دراستنا على 16 مريضاً مصابين بانفصام الشخصية. أهم عوامل الخطر هي صغر السن (28 سنة). (العزوبية) 70% (الوسط الاجتماعي الفقير، البطالة، التهيات والإنقطاع عن العلاج. نستنتج أنه من الضروري التعرف على هذه العوامل المرضية التي يمكن أن لا يعبر عنها المريض وإخضاع المريض للعلاج داخل المستشفى المختص مما يساعد على الإحاطة به وتقاضي مروره إلى التنفيذ.

**الكلمات الأساسية :** قتل أحد الأبوين، انفصام الشخصية، خطر، وقاية.

Le parricide est un terme qui désigne à la fois le criminel et son acte représenté par le meurtre du père ou de la mère ou de tout autre ascendant légitime. [1]

Il s'agit d'un évènement rare dont la fréquence apparaît relativement stable depuis le 19<sup>ème</sup> siècle. En France, il représente 2 à 3 % des homicides et 20 à 30 % des homicides psychotiques. [2]

En Tunisie, peu d'études se sont penchées sur ce sujet.

Le parricide interroge plus largement sur la violence chez le psychotique chez qui le meurtre s'inscrit fréquemment dans la sphère relationnelle. Il n'est pas rare en pratique psychiatrique courante qu'un patient nous inquiète par ses menaces envers sa famille. La prévention du parricide passe obligatoirement par une meilleure connaissance de ce phénomène, tant sur le plan clinique que celui de la compréhension psychopathologique.

De nombreux auteurs, notamment Millaud et al ont tenté de dégager des facteurs de risque, basés sur l'observation clinique et sémiologique, permettant d'évaluer la dangerosité à court terme. L'évaluation du risque à moyen et à long terme est plus aléatoire. [3] Nous nous sommes proposés en effet de décrire le profil du parricide schizophrène et d'identifier les facteurs de risque de passage à l'acte, et ce dans une perspective préventive.

## MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique sur des patients schizophrènes, hospitalisés entre juin 1979 et mars 2008 dans le service de psychiatrie légale de l'hôpital psychiatrique de Tunis à la suite d'un non lieu pour «cause de démence» (article 38 du code pénal). L'acte médico-légal était un «parricide». Le matériel d'étude a compris les observations et dossiers médicaux, les expertises psychiatriques pénales, les éventuels rapports d'autopsie médico-légale et les rapports de fin d'instruction judiciaires.

Nous nous sommes proposés dans ce travail d'étudier les caractéristiques de l'agresseur (profil socio-démographique, antécédents judiciaires, conduites addictives, caractéristiques cliniques), et de la victime et d'analyser la scène du crime et ses motivations. L'analyse des données a été faite par le logiciel Excel dans sa version 2007.

## RESULTATS

Nous avons colligé au total 16 patients schizophrènes parricides. Ils représentaient 20,8 % des homicides psychotiques hospitalisés au cours de cette même période (soit 16/77) et environ 30% des homicides schizophrènes.

### Caractéristiques de l'agresseur

#### Profil socio-démographique

Tous nos auteurs de parricide étaient de sexe masculin. Leur âge moyen au moment des faits était de 28 ans, avec des extrêmes de 17 et 37 ans. La majorité était d'origine rurale et de niveau socio-économique médiocre. 70% environ étaient célibataires. La moitié était analphabète ou de niveau scolaire primaire, aucun patient n'a suivi d'études universitaires. 50 % étaient au chômage au moment de l'acte et environ le tiers était des ouvriers journaliers. (Tableau I)

**Tableau 1 :** Profil socio-démographique des parricides

Age moyen lors du parricide	28 ans	
Lieu d'origine	rurale	56%
Niveau d'instruction	analphabète ou primaire	50%
Profession	chômage	50%
Statut marital	célibataire	69%
Niveau socioéconomique	médiocre	56%

Par ailleurs, une ambiance familiale conflictuelle était retrouvée dans 9 cas sur 16: il s'agissait surtout de conflits conjugaux parentaux, de séparation parentale, de la haine du père, véritable modèle de violence intrafamiliale (tyran, violent, agressif envers sa femme ou ses enfants...), ou de conflits du patient avec sa future victime.

Dans 69% des cas, l'agresseur vivait sous le même toit que la victime.

#### Antécédents judiciaires

Des antécédents médico-légaux ont été retrouvés chez seulement 19% des patients. Il s'agissait de violence contre des personnes: agression par arme blanche, coups et blessures volontaires.

#### Conduites addictives

Près du tiers des agresseurs (31%) présentaient des conduites addictives. Il s'agissait pour la plupart d'abus d'alcool ou de substance essentiellement l'Artane; un des patients avait une polytoxicomanie (héroïne, cocaïne, psychotropes et alcool).

#### Caractéristiques cliniques et thérapeutiques

L'acte médico-légal était inaugural de la psychose chez seulement trois patients (19%).

En effet, la quasi-totalité des parricides étaient connus malades mentaux avant l'acte (81%) avec une durée d'évolution moyenne de la maladie de 4.8 années.

La forme indifférenciée (paranoïde en sens classique) était de loin la plus représentée (75%), suivie de la forme désorganisée (19%) et paranoïde (6%).

Parmi les patients suivis pour leur trouble psychotique, 62% ont déjà été hospitalisés en milieu psychiatrique, mais jamais dans le service de psychiatrie légale.

Aucun des patients ne prenait correctement son traitement avant le passage à l'acte, la grande majorité (77%) était en arrêt de traitement, le reste avait une mauvaise observance thérapeutique. La durée entre l'arrêt de traitement et le passage à l'acte a été difficile à évaluer car non mentionnée chez la plupart des patients.

#### Caractéristiques de la victime

Dans notre étude, nous avons retrouvé autant de parricide que de matricide; nous n'avons pas noté de double parricide accompli.

#### Profil victimologique et relation antérieure patient-victime

##### Patricide

Trois profils principaux de la victime ont été relevés:

Le père tyran, autoritaire et violent: dans quatre cas

Le père permissif: dans deux cas

Le père indifférent, méprisant son fils: dans un cas.

Nous avons constaté également l'existence d'une relation conflictuelle épineuse entre le fils et son père chez cinq patients sur huit, avec haine de la part du fils et mépris, humiliation et maltraitance de la part du père.

#### **Matricide**

Dans les 8 cas de matricide, nous avons relevé les deux profils suivants:

La mère autoritaire, intrusive, trop impliquée: chez quatre patients

La mère hyper-protectrice avec une relation fusionnelle: chez le reste des patients

#### **La scène du crime**

##### *Lieu du crime*

Le crime était le plus souvent commis au domicile parental (81%), sinon aux alentours du domicile (13%). Pour un de nos patients, le crime a été perpétré sur le lieu de travail de la victime.

##### *Moyens utilisés*

Les armes blanches étaient utilisées dans plus des deux tiers des cas (69%); on a constaté le recours fréquent de nos patients aux instruments piquants et tranchants: couteau, pioche, paire de ciseaux, ou contondants: pierre, bâton, chaise.

Un seul patient a perpétré son meurtre par une arme à feu. (Tableau II)

**Tableau 2 :** Moyens utilisés

arme utilisée	nb
<b>arme blanche :</b>	11
instrument piquant et tranchant: couteau	8
instrument piquant : ciseaux	1
instrument contondant et tranchant: pioche	2
<b>Objet contondant :</b>	4
pierre	1
bâton	1
chaise	1
marche d'escalier (contusion passive)	1
<b>Arme à feu</b>	1
<b>TOTAL</b>	16

#### **Préméditation**

Seulement deux de nos patients ont prémédité le crime.

Le premier avait en tête l'idée de tuer son père pour se venger de sa tyrannie, il a saisi une lame de couteau de 14 cm qu'il a aiguisée chez le forgeron et lui a préparé une manche de 10 cm chez le menuisier, il a ensuite caché le couteau qu'il a fabriqué sous l'armoire de sa chambre en attendant la bonne occasion pour accomplir son projet.

Le deuxième, suite à une altercation avec son père au téléphone, a quitté la maison furieux en direction du lieu de travail de son père, après avoir caché dans la poche de son pantalon un couteau.

#### **Facteur précipitant**

Une altercation avec la victime est retrouvée dans plus de la

moitié des cas (56%).

#### **Motivations**

Le délire était présent dans 13 cas sur 16, soit dans 81 % des cas. Dans près de la moitié des cas, l'activité délirante était dirigée à l'encontre de la victime. Parmi les thèmes délirants, nous avons constaté la prédominance de la persécution et particulièrement le vécu de menace de l'intégrité physique ou psychique. Chez deux patients, le passage à l'acte a été motivé par une menace de mort : ils ont vu l'image de leur parent se transformer en un diable défiguré et monstrueux. La thématique sexuelle était retrouvée chez deux patients qui avaient la conviction délirante que leur mère avait des relations sexuelles avec des inconnus. Ces délires étaient soutenus dans la majorité des cas (11 cas) par une riche activité hallucinatoire, essentiellement auditive et intrapsychique. Un automatisme mental avec un syndrome d'influence était retrouvé dans un tiers des cas.

#### **Attitude après le meurtre**

Six de nos patients ont pris la fuite une fois leur acte accompli (38%), quatre se sont laissés arrêter sans résistance (25%), trois patients sont allés se dénoncer à la police (19%), un seul a essayé de sauver la victime et un autre a tenté de dissimuler le crime. Aucun cas de tentative de suicide n'a été noté.

#### **Vécu après le crime**

La majorité des parricides (75% soit 12 cas) ont éprouvé une indifférence et un détachement par rapport à leur acte médico-légal; seulement 3 patients ont regretté leur passage à l'acte et un patient a été soulagé par son parricide.

#### **Niveau de reconnaissance**

63% des patients ont reconnu avoir tué leur parent mais soit en banalisant, soit en rationalisant leur geste. Le reste des patients niait toujours leur parricide.

#### **Acharnement sur la victime**

Nous n'avons disposé que de neuf rapports d'autopsie, dont 6 ont révélé un acharnement sur la victime, soit 66% des cas. Nous n'avons pas noté d'acharnement extrême (cannibalisme, monstruosité)

## **DISCUSSION**

Nous nous sommes proposés de décrire le profil du parricide schizophrène afin d'identifier les facteurs de risque de passage à l'acte. Au décours de cette étude descriptive, se sont dégagés le profil type du parricide psychotique et la scène type du crime: Le profil type du parricide psychotique

Age 28 ans, origine rurale, célibataire, scolarité médiocre, sans profession au moment des faits, niveau socio-économique bas ou moyen, ambiance familiale conflictuelle, connu psychotique avant le crime, atteint de schizophrénie paranoïde (au sens classique), ayant déjà séjourné en milieu psychiatrique, en arrêt de traitement psychotrope.

#### **La scène type du crime**

Victime père = mère, crime au domicile familial, arme d'opportunité, crime non prémédité, facteur précipitant: Altercation avec la victime, délire de persécution à mécanisme hallucinatoire à l'encontre de la victime, reconnaissance mais banalisation du crime, indifférence par rapport à l'acte médico-légal.

### **Incidence du parricide psychotique**

Nous ne disposons pas en Tunisie de données statistiques concernant l'incidence du parricide par rapport à l'homicide en général. La littérature internationale rapporte que le parricide représente 1 à 5 % de l'ensemble des homicides: 2 à 3% pour Bénézech en 2004, 3 à 6 % pour Millaud en 1996. [4]

Il constitue 11 à 30% des homicides psychotiques, ce qui corrobore nos résultats (20,8 %). Contrairement à ce qui est observé pour l'ensemble des parricides, la victime des actes psychotiques n'est plus majoritairement le père. Selon les études, on retrouve une proportion égale ou supérieure de matricide. [5, 6, 7, 4] Le double parricide reste d'occurrence rare et correspond à environ 1 parricide sur 10. [5, 2] Dans notre travail, nous avons noté autant de matricide que de patricide mais aucun cas de double parricide.

### **Profil socio-démographique de l'agresseur**

L'exclusivité masculine de notre échantillon est liée au recrutement du service de psychiatrie légale qui ne prend en charge que les hommes. Les auteurs de parricide psychotique sont dans 9 cas sur 10 de sexe masculin. [2] La moyenne d'âge se situe entre 24 et 30 ans. Classiquement, les parricides sont issus des zones rurales. Ils sont célibataires et sans travail. [2] Ils vivent le plus souvent avec leur future victime. [2] La littérature souligne les faibles acquisitions scolaires des parricides psychotiques et la fréquence de leurs difficultés d'apprentissage. [2] Concernant le niveau socio-économique, la pauvreté et la misère sociale ont toujours été rapportées par les études comme facteur favorisant la criminalité. Bénézech et Le Bihan soulignent que 40% de leurs patients psychotiques sont sans ressources. [8] Les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon à savoir l'âge, l'origine géographiques, la proximité avec la victime, le niveau d'instruction, le statut professionnel et marital ainsi que le niveau socioéconomiques concordent avec les données retrouvées dans la littérature. [8, 9, 3, 10]

### **Conduites addictives, antécédents judiciaires**

Toutes les études s'accordent sur le fait que l'abus de substance ou d'alcool augmente la prévalence de comportements violents et le risque de dangerosité chez les patients schizophrènes. [2] Les antécédents médico-légaux notamment de violence contre des personnes sont cités par certains auteurs comme le principal facteur de risque de violence. Contrairement à ce qui est retrouvé dans la littérature internationale, seulement le quart de nos patients ont des antécédents judiciaires, et moins du tiers présente une comorbidité d'abus d'alcool ou de substance. Il nous semble que ce dernier facteur est largement sous-évalué. En effet, et du fait de son caractère illicite, la consommation de toxiques est souvent non rapportée voire niée par les patients et de ce fait sous diagnostiquée dans notre pays.

### **Aspects cliniques et thérapeutiques**

81% de nos malades étaient connus schizophrènes avant le passage à l'acte et environ les deux tiers ont été hospitalisés à l'hôpital psychiatrique; Bénézech et Le Bihan soulignent que leurs patients parricides ont majoritairement des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. [11]

Parmi ceux qui étaient suivis, 77 % étaient en arrêt de traitement lors du crime et le reste était mal observants. Il est important de souligner le rôle principal de cette non observance

thérapeutique et l'échappement au suivi psychiatrique dans la précipitation de l'acte parricide et l'amplification de la dangerosité du schizophrène [12, 3, 13]

La forme paranoïde (au sens classique) est celle la plus représentée dans notre échantillon. (75%). Dans la littérature, la schizophrénie est considérée comme la maladie mentale statistiquement la plus criminogène. Un sous-groupe à dangerosité élevée est clairement défini, celui de la forme paranoïde avec co-morbidité d'abus de substance et antécédents médico-légaux. [14, 15, 16, 17] Divers auteurs soulignent le risque de dangerosité accru chez les patients présentant des idées délirantes de persécution ou un syndrome d'influence avec idées d'emprise et de contrôle idéique. [8] Certains retiennent les idées paranoïdes comme étant associées au passage à l'acte. [3] D'autres iront jusqu'à retenir le diagnostic transnosographique d'idées délirantes paranoïdes comme facteur de risque majeur. [18, 3] Chez nos patients, le délire était présent dans 81% des cas, la thématique de persécution était prédominance. De plus, ces délires étaient associés dans 70 % des cas (11 cas) à une riche activité hallucinatoire. Un automatisme mental avec un syndrome d'influence était retrouvé dans un tiers des cas.

### **La scène du crime**

Lieu du crime : Comme l'affirment de nombreux auteurs, le parricide psychotique est un crime de l'intimité, il est perpétré quasi-systématiquement sous le toit domestique, et en particulier dans la chambre des parents [2]. Dans notre étude, il a été commis dans 81% des cas au domicile parental.

**Moyens utilisés :** Une arme blanche est retrouvée dans la majorité des cas, les objets contondants sont venus en 2ème position. Il s'agissait en effet d'une arme d'opportunité, que le patient trouvait sous la main. L'arme à feu est rarement utilisée dans notre série vu que notre pays impose des restrictions sur le port et l'usage de ce type d'armes. Green, Millaud et al, Marleau et al Loretto et al rapportent dans leurs études que les armes blanches et en particulier le couteau sont utilisés préférentiellement, suivis des objets contondants. Les armes à feu viennent en dernière position. Il s'agit d'un moyen improvisé dans la moitié des cas. [4,3]

### **Etapas du passage à l'acte**

Zagury et Millaud rappellent la classique absence de préméditation dans les parricides psychotiques. [19]

Bien que le passage à l'acte soit généralement décrit comme brutal et paroxystique, la grande majorité des parricides exprime un sentiment d'impasse situationnelle, d'étouffement, d'échec de toute tentative de fuite ou de mise à distance. [2] Cette période au cours de laquelle l'idée parricide se développe est caractérisée par la lutte du sujet contre celle-ci: avant l'acte parricide, un sujet sur deux tente d'obtenir une aide psychiatrique, directement en sollicitant les psychiatres ou la famille, ou indirectement par l'interpellation des forces de l'ordre afin d'être protégé. [4] Après cette phase de lutte intérieure la décision peut être prise et le passage à l'acte préparé en achetant par exemple une arme. Un de nos patients s'est fabriqué le couteau avec lequel il a tué son père à la bonne occasion. Les auteurs précisent que c'est souvent à l'occasion d'un évènement dérisoire, d'une dispute banale ou d'une

remarque de trop que la relation bascule et le drame survienne. [2] Nous avons relevé chez plus de la moitié de nos patients une altercation avec la victime comme facteur précipitant le passage à l'acte. Kottler et Robbe dans leur étude sur le matricide psychotique, notent l'importance de la transformation de l'image parentale « à la façon d'une métamorphose ». [20] Deux de nos patients se sont sentis menacés par une imago parentale terrifiante: l'un a vu son père et l'autre sa mère se transformer en un diable défiguré et monstrueux. L'instant du crime est caractérisé par sa soudaineté et souvent par son acharnement féroce. Bénézech et le Le Bihan retrouve l'acharnement chez 67,4% de leurs patients parricides. [11] Dans notre série, cette dimension a été retrouvée dans 66% des cas où nous avons pu disposer du rapport d'autopsie.

#### **Réaction post-homicide**

Elle est marquée par le calme, l'apaisement et le soulagement. Les auteurs ont depuis toujours décrit l'extrême atténuation de la violence dans l'après-coup de l'acte. [2]

L'une de ces caractéristiques est la co-existence de l'étrangeté de l'acte pour son auteur, comme s'il ne l'avait pas intégré, et du maintien de préoccupations terre à terre contrastant avec le paroxysme qu'il vient de vivre. Habituellement, il n'y a ni fuite, ni dissimulation. [2] Les idéations et les passages à l'acte suicidaires sont fréquemment retrouvés avant et après le meurtre selon certains auteurs [6]. Cette notion est controversée par Stoessel et al qui ne décrivent pas de tentative de suicide et mentionnent une faible incidence des syndromes dépressifs. [10] Dans notre série, aucun cas de tentative de suicide n'a été relevé; ceci pourrait découler de la rareté des sentiments de regrets et de remords, de désespoir et de culpabilité ressentis après le crime, qui sont souvent pourvoyeurs de suicide.

A l'opposé, la majorité de nos patients ont éprouvé une indifférence et un détachement vis-à-vis de leur geste. La plupart des études mentionnent la classique froideur affective des parricides psychotiques. [8] 63% de nos patients ont reconnu leur crime mais en le rationalisant et en le banalisant. Bénézech et Le Bihan signale que la plupart des

parricides reconnaissent leur crime. [8]

#### **La victime**

Dans la moitié des cas du meurtre du père, ce dernier était décrit comme tyran, autoritaire et violent. La mère du parricide était décrite comme autoritaire et intrusive ou hyperprotectrice et fusionnelle. Bénézech a rapporté ces deux profils de père dominateur et de mère hyperprotectrice comme éléments faisant partie du portrait-robot du sujet ayant commis un parricide. [5]

#### **CONCLUSION**

La dangerosité du patient schizophrène est un processus dynamique qui n'est dépendant ni du seul diagnostic, ni constant au cours de la trajectoire d'un patient.

La prédiction à court terme d'un comportement violent repose sur une évaluation d'indicateurs de dangerosité ou facteurs de risque. Nous retenons concernant le parricide les indices prédictifs suivants: le jeune âge (25-30 ans), le sexe masculin, le célibat, le milieu socio-culturel pauvre, le chômage, les idées délirantes paranoïdes, la thématique persécutive, les hallucinations, les antécédents médico-légaux de violence, l'abus d'alcool ou de substance et l'arrêt récent des traitements. Il faut se rappeler que les signes avant-coureurs de ce geste sont souvent présents mais mal perçus, tels un sentiment d'impasse situationnelle, une demande d'aide détournée, ou une réticence en entretien. Il est essentiel de parvenir à repérer voire à rechercher activement certains signes sémiologiques d'alerte, qui souvent ne sont pas spontanément verbalisés. Une hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique serait indiquée quand les indices de dangerosité sont décelés.

La prévention du parricide psychotique passe également par un suivi régulier par un thérapeute ou une équipe soignante proches du lieu de vie du patient, et par une psychoéducation du patient et de sa famille assurant ainsi une meilleure compliance thérapeutique. Ce n'est qu'à ce prix qu'on pourrait espérer un jour réduire le risque de parricide.

#### **RÉFÉRENCES**

1. Petit Robert. Paris : Le Robert, 1993 : 2757.
2. Comic F, Olié J-P. Le parricide psychotique. La prévention en question. L'encéphale 2006; 32 :452-8, (cahier 1).
3. Millaud F. L'homicide chez le patient psychotique: une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. Can J Psychiatry 1989 ; 34 : 340-6.
4. Millaud F, Auclair N, Meunier D. Parricide and mental illness : a study of 12 cases. Intern J Law Psychiatry 1996; 19: 173-82.
5. Bénézech M. De quoi souffrent les parricides? *Perspect Psychiatr* 1992; 34 :207-12.
6. Devaux C, Petit G, Perol Y et al. Enquête sur le parricide en France. *Ann Med Psychol* 1974 ;1 : 161-8.
7. McKnight CK, Mohr JW, Quinsey RE et al. Matricide and mental illness. *Can Psychiatr Ass J* 1966 ; 11 : 99-106.
8. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois M L. Criminologie et psychiatrie. EMC, 2002 ; 37-906-A-10 :1-15.
9. Gillies H. Homicide in the west of scotland. *Brit J Psychiatry* 1976; 128: 105-27.
10. Stoessel P, Bornstein S.J. Enquête sur le parricide en France en 1985 et 1986. *Ann Psychiatr* 1988 ; 3: 222-9.
11. Le Bihan P, Bénézech M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique ; à propos de 42 observations. *Ann Med Psychol* 2004 ; 162 :615-25.
12. Estève D. y a-t-il une prévention du parricide psychotique ? *Perspect Psychiatr* 2003; 42 : 56-62.
13. Singhal S, Dutta A. Who commits Matricide? *Med Sci Law* 1992; 32: 213-7.
14. Addad M, Bénézech M. Schizophrénie et délinquance. Enquête médico-sociale chez 116 psychotiques dont 63 délinquants, hospitalisés en centres hospitaliers spécialisés. *Ann Med Psychol* 1997;1 : 1-33.
15. Addad M, Bénézech M, Bourgeois M et al. Criminal acts among schizophrenics in French mental hospitals. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169:289-93.
16. Bénézech M, Bourgeois M, Yesavage J. Violence in the mentally ill. A study of 547 patients at a French hospital for the criminally insane. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 698-700.
17. Nestor PG et al. Lethal violence and psychosis: a clinical profile. *Bull Am Acad Psychiatr Law* 1995; 23: 331-41.
18. Cravens JM, Campion J, Rotholc A et al. A study of 10 men charged with patricide. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1089-92.
19. Zagury D, Millaud F. Le passage à l'acte parricide psychotique. Dans *Ouvertures Psy : Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson, 1998: 119-34.
20. Kottler C, Robbe G. Reflexions sur le passage à l'acte matricide des psychotiques. *Ann psychiatr* 1988 ; 3: 231-4.