

Violence homicide intra-familiale

Frédéric Millaud,¹ Jacques D. Marleau², France Proulx³ et Jocelyne Brault⁴

1. Psychiatre, Institut Philippe-Pinel, Montréal, professeur agrégé de clinique, Université de Montréal

2. Anthropologue et démographe, centre de recherche Institut Philippe-Pinel

3. Psychiatre, Institut Philippe-Pinel, Montréal, professeur adjoint de clinique, Université de Montréal

4. Psychiatre, chef du département de psychiatrie, Institut Philippe-Pinel, Montréal, professeur adjoint de clinique, Université de Montréal

Introduction

Les homicides intra-familiaux ont reçu, pour certains depuis l'antiquité, des dénominations spécifiques. En voici les utilisations les plus communes dans la littérature scientifique.

Parricide : meurtre du père ou de la mère, ou de tout autre ascendant légitime. On a suggéré le terme d'avitolicide pour l'homicide des grands-parents. [MILLAUD, AUCLAIR, MARLEAU, 2002].

Filicide : introduit par Resnick [RESNICK, 1969], en 1969, il désigne le meurtre d'un enfant par le père ou la mère. L'infanticide, meurtre d'un enfant, n'implique pas qu'il soit commis par un des parents. [MARLEAU, ROY, WEBANCK, LAPORTE, POULIN, PROULX, CUSSON, OUMET, 1999]. Resnick a aussi proposé néonaticide pour le meurtre, par un parent, d'un enfant de moins de 24 heures.

Uxoricide : meurtre de la conjointe. Maricide : celui du conjoint.

Fratricide : meurtre du frère. Sororicide : celui de la sœur.

L'homicide intra-familial, lorsqu'il s'agit de liens de sang, est considéré comme un tabou social; il est au cœur des grandes tragédies grecques et illustre le summum de l'horreur. C'est un geste qui est, spontanément, le plus souvent associé à la folie. Mais qu'en est-il vraiment? Pour tenter d'y répondre, nous examinerons les données épidémiologiques et cliniques en indiquant la place prise par les différents homicides pathologiques.

Données épidémiologiques

Le taux d'homicide dans la population est faible dans la grande majorité des pays industrialisés; de 1 à 5 cas pour 100 000 habitants par année. Le risque varie donc de

0,001 % à 0,005 %. [DUBREUCQ, JOYAL, MILLAUD, 2005]. Une étude a montré que les troubles mentaux graves seraient responsables de 0,16 cas d'homicides, soit un taux de 0,00016 %. [COID, 1983]. Cependant, la proportion des gestes homicides commis par les malades mentaux est considérée élevée, entre 5 et 20 %, voire plus. [FAZEL, GRANN, 2006; HODGINS, JANSON, 2002]. Les victimes sont principalement (50 à 70 %) les membres de l'entourage familial. [CORMIER, 1971; GOTTLIEB, GABRIELSEN, KRAMP, 1959-1983].

En résumé, l'homicide intra-familial est très rare; il est surtout, mais pas seulement, commis par des malades mentaux; certains types de crimes sont le lot des pathologies psychiatriques, comme le parricide adulte, ou le filicide, mais ce n'est pas une situation majoritaire pour les parricides commis par des adolescents ou les uxoricides. Les études sont peu nombreuses et le rôle joué par l'alcool et les drogues est important, ce qui doit nous inciter à la prudence dans l'interprétation du lien entre pathologie psychiatrique et homicide. [MILLAUD, PROULX, CUSSON, OUMET, 1999].

Au niveau diagnostique, l'utilisation du terme de maladie mentale grave ou majeure dans la littérature recouvre les maladies psychotiques (schizophrénie et trouble délirant) et les maladies affectives. La schizophrénie est le plus souvent pointée dans le cas des homicides pathologiques. [DUBREUCQ, JOYAL, MILLAUD, 2005]. Plusieurs études longitudinales rapportent que les hommes schizophrènes présentent un risque homicide 8 à 10 fois supérieur à ceux sans trouble mental. [ERB, HODGINS, FREESE, MULLER-ISBENER, JOCKEL, 2001; WALLACE, MULLEN, BURGESS, PALMER, BROWN, 1998]. Là encore, si on associe schizophrénie et abus d'alcool, on multiplie le risque par 16 chez les hommes et par 84 chez les femmes. [ERONEN, HAKOLA, TIIHONEN, 1996]. Il faut dire par ailleurs qu'une maladie mentale majeure augmente considérablement le risque de violence des femmes [HODGINS, 1992], et que le sexe

n'est alors plus discriminant. [HODGINS, JANSON, 2002; LINK, STUEVE, MONAHAN, STEADMAN, 1994]. Un trouble de personnalité antisociale associé à la schizophrénie est plus souvent observé lorsque la victime n'est pas un membre de la famille et ne vit pas avec le patient. [JOYAL, PUTKONEN, PAAVOLA, TIIHONEN, 2004]. Il s'agit alors plus souvent d'un ami. [DUBREUCQ, JOYAL, MILLAUD, 2005]. La même étude indique que les schizophrènes qui tuent un membre de leur famille sont du sous-type paranoïde et sont influencés par des délires (de persécution, d'influence ou de grandeur) et à un moindre degré par des hallucinations. [JOYAL, PUTKONEN, PAAVOLA, TIIHONEN, 2004].

Soulignons encore que, même si l'homicide est associé à la maladie mentale, comme cela est dit ci-dessus, les patients ne commettent pas la majorité des gestes homicides. Toutes les études insistent sur le rôle prédominant que joue l'intoxication alcoolique, et de façon plus générale le rôle des toxiques (alcool et drogues), dans les passages à l'acte. Par ailleurs les diagnostics isolés de trouble de personnalité antisociale et de psychopathie sont clairement associés à un risque de violence bien supérieur à un diagnostic de maladie mentale majeure et méritent une attention particulière. [WALLACE, MULLEN, BURGESS, PALMER, BROWN, 1998; RICE, HARRIS, 1995; GRAVIER, LUSTENBERGER, 2005]. Bien qu'il n'y ait pas d'étude spécifique à ce sujet, on peut penser que cela est valide aussi pour les homicides.

Éléments cliniques communs aux homicides familiaux pathologiques

Les éléments psychotiques sont au cœur des gestes homicides pathologiques. Les délires jouent un rôle prépondérant et toutes les thématiques ont une coloration paranoïde,

franche dans le délire de persécution ou plus indirecte dans les délires de contrôle, de grandeur, mystiques, dépressifs altruistes. Tous les sujets perçoivent, à un moment ou un autre, qu'eux-mêmes ou leurs proches courent un danger de mort. Ce danger devient imminent et intense au moment du passage à l'acte. Ils doivent sauver leur peau, à tout prix ou, dans le cas des homicides dépressifs altruistes, sauver leurs proches de maux terribles dont ils s'estiment d'ailleurs le plus souvent responsables, leur éviter de souffrir. Cependant, avant d'en arriver à commettre l'irréparable, les jours ou les semaines précédentes sont souvent marquées par le sceau de l'ambivalence et un bon pourcentage des agresseurs cherche de l'aide auprès des hôpitaux, de la police ou des services sociaux. [MILLAUD, 1989; MARLEAU, MILLAUD, AUCLAIR, 2003]. Mais les demandes d'aide sont souvent difficiles à décoder du fait de la perturbation de l'état mental; ainsi, par exemple, le médecin ou le travailleur social rencontré peut être instantanément inclus dans le délire de persécution et le patient s'enfuit, parfois même avant la rencontre, ou bien ne révèle pas ses symptômes délirants et banalise la demande. Les contacts avec la police sont axés autour d'une demande de protection et les contenus délirants peuvent être clairement exprimés mais ne sont pas toujours identifiés comme pathologiques, surtout si la pensée demeure cohérente. Notons que les sujets avec une maladie affective recherchent beaucoup plus activement de l'aide que les schizophrènes (85 % versus 18 %; [MILLAUD, 1989]). Ainsi, ces demandes d'aide se traduisent par des idées suicidaires, des tentatives de suicides, l'association d'idées suicidaires et de symptômes paranoïdes et, plus rarement, des propos homicides. [MILLAUD, 1989].

L'association homicide-suicide est une notion clinique ancienne. [WEST, 1966]. Certains sujets se suicident après l'homicide et ce n'est que par des informations collatérales et

post mortem que nous pouvons tenter de comprendre le drame. Les composantes dépressives, dans le cadre d'un délire altruiste (évoqué plus haut) ou une dynamique de rejet narcissique, paraissent les plus habituelles. Certains patients, sidérés par l'acte homicide, voient la séquence suicidaire s'interrompre et restent en vie; ils demeurent d'ailleurs sur les lieux du drame jusqu'à l'arrivée des secours. D'autres, dans des proportions de 11 à 23 %, sont aux prises avec des idées suicidaires. [MILLAUD, 1989; MARLEAU, MILLAUD, AUCLAIR, 2003; WEST, 1966]. Ce n'est donc pas la majorité; la plupart, victimes de phénomènes paranoïdes intenses, vivent un sentiment de soulagement, qu'on ne peut comprendre qu'en rapport avec le contenu délirant. Certains individus peuvent ainsi paraître, vus de l'extérieur, particulièrement provocateurs, voire inhumains, monstrueux.

Notre observation clinique nous conduit à séparer les familles en deux sous-groupes (notons qu'il n'y a pas toujours unanimité entre les membres de la famille, mais que nous retiendrons la ligne directrice générale prise par la famille) :

- celles qui prennent conscience de la situation pathologique et de la nécessité d'obtenir des soins pour la personne malade; il peut arriver malgré tout que cela ne puisse pas prévenir le drame. Toutefois, on peut penser qu'un certain nombre de situations d'homicides familiaux est évité. Bien sûr on ne peut en déterminer la proportion
- celles qui ont conscience de l'existence d'une pathologie mais en minimisent la gravité et le danger associé, ou qui par crainte de représailles suite à une hospitalisation forcée, s'abstiennent. Enfin, certaines personnes n'identifient pas

du tout la pathologie et peuvent adopter des attitudes de confrontation qui jouent un rôle précipitant.

On remarque, malgré tout, qu'en général la famille a tenté d'obtenir de l'aide mais que le déni du patient face à sa maladie et sa dangerosité le conduit à refuser les soins, à refuser une médication ou à une mauvaise observance. Mentionnons également que des gestes de violence ont presque toujours été posés antérieurement par le meurtrier, dont les membres de la famille ont été témoins ou victimes. [AUCLAIR, MILLAUD, MARLEAU, 2006].

Sous-types particuliers

Nous examinerons maintenant quelques aspects liés plus particulièrement aux 3 types d'homicides intra-familiaux les plus fréquents et les plus étudiés.

1) L'uxoricide :

Sa prévalence est d'environ 15 % des homicides résolus. [FEDOROWYCA, 2001]. Les recherches sont peu nombreuses. Cependant quelques auteurs ont tenté de décrire les profils des hommes uxoricides. Boisvert [BOISVERT, 1996] indique que sur 70 uxoricides perpétrés à Montréal entre 1954 et 1962 et entre 1985 et 1989, seulement 9 individus (13 %) ont été acquittés pour raison d'aliénation mentale. Une autre étude, plus récente, au Québec [BOURGET, GAGNÉ, MOAMAI, 2000] montre que sur 145 agresseurs 38 % présentaient une « motivation psychiatrique ». Pour les auteurs, cette expression signifie que des symptômes psychiatriques ont joué un rôle important dans le passage à l'acte (éléments psychotiques, pensée désorganisée, signes de dépression, etc.). Ils constatent une grande différence entre ceux qui se sont suicidés après l'homicide et les autres. La « motivation psychiatrique » est plus

fréquente chez ceux qui se sont donné la mort (59 % versus 21 %). On doit souligner que ces analyses ont été effectuées a posteriori, sans recours à un instrument d'évaluation. De plus il n'a pas été possible d'établir la présence de symptômes cliniques significatifs dans près de la moitié des dossiers par manque d'information. Enfin, une étude américaine [FAROOQUE, STOUT, ERNST, 2005] montre que les sujets ayant commis un homicide conjugal sont moins fréquemment psychotiques que les parricides.

Il y a donc peu d'études sur le sujet, mais celles-ci nous incitent à penser que dans la grande majorité des cas l'uxoricide n'est pas commis par un malade mental. Pour ceux qui surviennent dans le contexte pathologique, on retrouve la sémiologie décrite précédemment, en insistant sur la dimension dépressive. Certains facteurs liés au fonctionnement de la personnalité tels que la sensibilité aux blessures narcissiques, la dépendance, une dynamique de contrôle jouent probablement un rôle majeur, seuls ou en association à une pathologie psychiatrique.

2) Le filicide :

Sa prévalence est entre 6 et 10 % des homicides résolus. [MARLEAU, ROY, WEBANCK, LAPORTE, POULIN 1999; FEDOROWYCZ, 2001]. La majorité des études cliniques portent sur des femmes. [MARLEAU, ROY, LAPORTE, WEBANCK, POULIN, 1995; LEWIS, BARANOSKI, BUCHANAN, BENEDEK, 1998]. Trois raisons peuvent expliquer cette sur représentation féminine : elle reflète la réalité, mais nous n'avons pas de données statistiques dans ce sens, au contraire : la répartition est sensiblement égale entre les hommes et les femmes [FUGÈRE, ROY, 1998]; les femmes sont plus souvent dirigées vers des établissements psychiatriques

que les hommes [RESNICK, 1969; MARKS, KUMAR, 1993]; enfin, les hommes filicides se suicident plus fréquemment que les femmes suite à un tel geste [RODENBURG, 1971; DALY, WILSON, 1988] et ne sont donc pas inclus dans les études. Il y a divergence dans la littérature quant à la présence de maladies psychotiques chez les mères filicides. Certaines études rapportent des symptômes psychotiques chez la majorité des sujets [RESNICK, 1969; HUSAIN, DANIEL, 1984; FUGÈRE, ROY, MILLAUD, 1998; MYERS, 1970], et d'autres plus récentes constatent l'inverse. [MARLEAU, ROY, LAPORTE, WEBANCK, POULIN 1995; D'ORBAN, 1979; CHEUNG, 1986]. Outre les caractéristiques sémiologiques communes à tous les homicides intra-familiaux, on observe bien souvent que ces femmes sont convaincues d'être les seules à pouvoir prendre soin de leur enfant, en particulier avec les jeunes enfants. Ceux-ci sont parfois perçus comme le prolongement de leur mère, sans différenciation possible de leur part et leur détresse devient dans leur esprit celle de leur enfant. On remarque que la mère (ou le père) vit généralement seul avec ses enfants. [BOURGET, BRADFORD, 1990]. D'autres facteurs dynamiques sont observés, comme une identification ambivalente de ces femmes à leur mère, un déni du rôle maternel, de l'hostilité ou une sur-identification à l'enfant, des troubles de l'identité féminine-masculine. [FUGÈRE, ROY, 1998]. La motivation homicide peut aussi être basée sur le désir de vengeance d'un parent à l'égard de l'autre; c'est ce qu'on nomme le syndrome de Médée. [STERN, 1948]. L'enfant n'est alors pas aimé pour lui-même, mais est utilisé à ses propres fins comme un objet. [STERN, 1948] Fugère et Roy [FUGÈRE, ROY, 1998] distinguent également l'homicide altruiste du suicide élargi; le parent suicidaire, par crainte

d'abandonner l'enfant et convaincu qu'il vivra les mêmes déboires que lui, le tue. Ces auteurs soulignent enfin la fréquence des situations réellement problématiques ou banales mais dont la signification est amplifiée dans les semaines précédant le délit. Le projet homicide s'élabore peu à peu dans ce contexte, le parent devenant de plus en plus seul, désemparé et désespéré.

Malgré tout, ce sujet est encore considéré par certains, comme mal connu en ce qui concerne l'identification de prédicteurs qui permettraient de réduire le risque de passage à l'acte. [FRIEDMAN, HORWITZ, RESNICK, 2005].

Les hommes filicides ont fait l'objet de 3 études [RESNICK, 1969, CAMPION, CRAVENS, COVAN, 1988; MARLEAU, POULIN, WEBANCK, ROY, LAPORTE, 1999] qui portent sur de petits échantillons (MARKS, KUMAR, 1993; ADDAD, BÉNÉZECH, 1977 ET 10 sujets). Il est donc difficile d'en tirer des conclusions. Une maladie psychotique, mais aussi les troubles de l'humeur et un trouble de personnalité limite semblent jouer un rôle prépondérant.

3) Le parricide :

Il représente entre 2 et 4 % des homicides résolus [EWING, 1997; FEDOROWYCZ, 2000]. C'est un geste masculin 9 fois sur 10, et 2 fois sur 3 les victimes sont aussi des hommes. [DALY, 1988; FEDOROWYCZ, 2000; BENEZECH, 1992; HILLBRAND, ALEXANDRE, YOUNG, SPITZ, 1999]. Cela se reflète dans la littérature puisque tous les échantillons de parricides étudiés sont constitués d'hommes, à l'exception de la recherche de D'Orban et O'Connor

[D'ORBAN, O'CONNOR, 1989], basée sur une série de 17 femmes. La majorité des crimes est commise par des adultes, mais on doit surtout souligner la différence marquée des présentations psychopathologiques entre adultes et adolescents.

[MARLEAU, AUCLAIR, MILLAUD, 2006]. En effet, les adultes parricides présentent le plus souvent une pathologie psychotique, telle que nous l'avons décrite plus haut, ce qui ne semble pas le cas pour les adolescents. Ces derniers décrivent fréquemment une relation conflictuelle avec le père. [MARLEAU, AUCLAIR, MILLAUD, 2006; NEWHILL, 1991]. Ils ont souvent été victimes de violence de la part du père, parfois sexuelle, ou témoin de violence conjugale et sur la fratrie; le geste peut alors s'inscrire dans le cadre d'une vengeance et d'une libération de la famille face à un père oppresseur. Chez d'autres, la motivation peut être de nature économique et liée à une personnalité antisociale ou à des problèmes toxiques. Malgré tout, il semble que de 30 à 40 % des sujets souffrent d'une pathologie psychotique ou d'un état prépsychotique. [MARLEAU, AUCLAIR, MILLAUD, 2006; MARTY, 2003]. Il faut avoir à l'esprit que c'est la période de vie au cours de laquelle on observe le plus les phases prodromiques de la schizophrénie. On doit également remarquer que la victime est le père plus de 8 fois sur 10 [MARLEAU, AUCLAIR, MILLAUD, 2006; NEWHILL, 1991] chez les adolescents, ce que nous ne retrouvons pas avec la population adulte, plus psychotique; les mères sont alors victimes à proportion égale voire légèrement supérieure. [GOTTLIEB, GABRIELSEN, KRAMP, 1959-1983; DEVAUX, PETIT, 1974].

Si l'acte est généralement décrit comme brusque, surgissant dans un contexte paroxystique, tous les parricides psychotiques expriment un sentiment d'impasse

situationnelle, d'étouffement, d'échecs de toutes les tentatives de fuite et de mise à distance. [ZAGURY, MILLAUD, 1998]. Ils peuvent se confronter pendant des semaines, voire des années, par intermittence ou de façon constante à l'idée du parricide. Le déclencheur du passage à l'acte est alors le plus souvent anodin : un simple reproche, un regard, une situation familiale banale. On est frappé par l'apparente soudaineté du geste mais surtout par sa brutalité inouïe et son acharnement féroce contre la ou les victimes. Cette observation est souvent décrite par les cliniciens [ZAGURY, MILLAUD, 1998] et renvoie à la mobilisation de pulsions primaires destructrices intenses; Zagury évoque, au plan symbolique une ultime et radicale attaque contre les liens de filiation, et décrit le parricide comme un crime d'autoengendrement. [ZAGURY, 1992].

Conclusion

Les gestes homicides intra-familiaux sont assez rares mais créent toujours des situations traumatiques qui débordent largement le strict cadre familial et touchent l'ensemble de la société. Ce sont des crimes très médiatisés, qui contribuent en partie à la stigmatisation des malades mentaux. On peut constater cependant que des profils différents se dégagent en fonction des sous-types de crimes et que le rôle joué par la maladie mentale est à nuancer grandement.

Références

ADDAD, M., BENEZECH, M. 1977. « Schizophrénie et délinquance. Enquête médico-sociale chez 116 psychotiques, dont 83 délinquants, hospitalisés en centre hospitalier spécialisé », *Ann Médicales*, 1(1) : 1-33.

AUCLAIR, Nathalie., MILLAUD, Frédéric.et MARLEAU Jacques D. 2006. « Patients psychiatriques et violence intra-familiale : l'intervention auprès des familles », *Les cahiers de plaidoyer victime*, 1 : 45-47.

BARBERA PERA, S., DAILLIET, A. 2005. « Homicide par des malades mentaux: analyse clinique et criminologique », *L'Encéphale*, 31 : 539-49.

BENEZECH, M. 1992. « De quoi souffrent les parricides? » *Perspectives psychiatriques*, 31 :207-212.

BOISVERT, R. 1996. « Éléments d'explication sociale de l'uxoricide », *Criminologie*, 29 :73-87.

BOURGET, D., GAGNÉ, P. ET MOAMAI, J. 2000. « Spousal homicide and suicide in Quebec », *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 28: 179-182.

BOURGET, D., BRADFORD, J. M. W. 1990. « Homicidal parents », *Canadian Journal of Psychiatry*, 35 : 233-238.

CAMPION, J. F., CRAVENS, J. M. et COVAN, F. 1988. « A study of filicidal men », *American Journal of Psychiatry*, 145: 1141-1144.

CHEUNG, P. T. K. 1986. « Maternal filicide in Hong Kong, 1971-1985 », *Medicine, Science and the Law*, 26: 185-192.

COID, J. 1983. « The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide », *Psychol Med*, 6 (3-15): 855-860.

CORMIER, B. 1971. « The psychodynamics of homicide in a specific relationship », *Revue canadienne de criminologie*, 13: 1-8.

DALY, M. et M. Wilson.1988. . *Homicide*. New York: Aldine de Gruyter.

DEVAUX C., PETIT G et AL. 1974. « Enquête sur le parricide en France », *Ann. Med. Psychol.*, 1: 161-168

D'ORBAN, P.T. 1979. « Women who kill their children », *British Journal of Psychiatry*, 134: 560-571.

D'ORBAN, P. T. et O'CONNOR, A. 1989. « Women who kill their parents », *British Journal of Psychiatry*, 154: 27-33.

DUBREUCQ, Jean-Luc, JOYAL, Christian et MILLAUD, Frédéric. 2005. « Risque de violence et troubles mentaux graves », *Ann Med Psychol*, 163: 852-865.

ERB, M., HODGINS, S., FREESE, R. MULLER-ISBENER, R. et JOCKEL, D. 2001. « Homicide and schizophrenia: maybe treatments does have a preventive effect », *Criminal Behavior Mental Health*, 11: 6-26.

ERONEN, M., HAKOLA, P., TIIHONEN, J. 1996. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 497-501.

EWING CP. 1997. *Fatal families. The dynamics of intrafamilial homicide. Thousand Oaks: Sage Publications.*

FAROOQUE, R., STOUT, R., et ERNST, F. 2005. « Heterosexual intimate partner homicide : review of ten years of clinical experience », *J Forensic Sci*, 50: 648-651.

FAZEL, S., GRANN, M. 2006. « The population impact of severe mental illness on violent crime », *Am J Psychiatry*, 163 (8) : 1397-1403.

FEDOROWYCZ, O., 2001. « L'homicide au Canada – 2000 », *Juristat*, 21 :1-19.

FRIEDMAN, S., HORWITZ, S. et RESNICK, P. 2005. « Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of Current state of Knowledge and a Research Agenda », *Am J Psychiatry*, ; 162: 1578-1587.

FUGÈRE, Renée et Renée ROY 1998. « Le passage à l'acte filicide » dans Frédéric MILLAUD, ed. *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson « collection ouvertures psy » p.135-148.

GOTTLIEB, P., GABRIELSEN, G. et KRAMP, P. 1987. « Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983 ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76: 285-292.

GRAVIER, B, LUSTENBERGER, Y. 2005. « L'évaluation du risque de comportements violents: le point sur la question », *Ann Med Psychol*, 163: 668-680.

HILLBRAND, M, ALEXANDRE, J. W., YOUNG J.L., et SPITZ, R.T. 1999. «Parricides: Characteristics of offenders and victims, legal factors, and treatment issues», *Aggress Violent Behav*, 4: 179-190.

- HODGINS, S. et C.G. JANSON. 2002. *Criminality and Violence among the Mentally Disorder*, Cambridge University Press,
- HODGINS S. 1992. « Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort ». *Arch of Gen Psychiatry*, 49: 476-483.
- HODGINS S. 2001. « Rethinking Risk Assessment ». dans L. MONAHAN, H. STEADMAN, E. SILVER et al. New York: Oxford University Press.
- HUSAIN, A., DANIEL, A. 1984. « A comparative study of filicidal and abusive mothers », *Canadian Journal of Psychiatry*, 29: 596-598.
- JOYAL, C., PUTKONEN, A., PAAVOLA, P., ET TIIHONEN, J. 2004. « Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia », *Psychol Med*, 34: 433-442.
- LE BIHAN, P, BENEZECH, M.2005. « La récidive dans l'homicide pathologique. Etude descriptive et analytique de douze observations », *Ann Med Psychol*, 163 : 642-655
- LEWIS, C. F., BARANOSKI, M. V., BUCHANAN, J. A. ET BENEDEK, E. P. 1998. « Factors associated with weapon use in maternal filicide », *Journal of Forensic Sciences*, 43: 613-618.
- LEWIS, C. F., BURCE, S.C. 2003. « Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide », *J Am Acad of Psychiatry and Law*, 31: 459-470.
- LINK, B., et STUEVE A. 1994. « Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls ». dans MONAHAN J. et H. STEADMAN , *Ed. Violence and Mental Disorder*. The University of Chicago Press, 137-159.
- LOMIS, M. J. 1986. « Maternal filicide : A preliminary examination of culture and victim sex », *International Journal of Law and Psychiatry*, 9: 503-506.
- MARKS, M. N. ET KUMAR, R. 1993. « Infanticide in England and Wales », *Medicine, Science and the Law*, 33: 329-339.
- MARLEAU, Jaques D., ROY, Renée, WEBANCK, Thierry, LAPORTE, Line et POULIN, Bernard. 1999. « Les parents qui tuent leurs enfants ». dans Jean PROULX, M. CUSSON et M. OUIMET (Eds.), Saint-Nicholas (Canada). *Les violences criminelles*, Les Presses de l'Université Laval.
- MARLEAU, Jacques. D., ROY, Renée., LAPORTE, Line., WEBANCK, Thierry. et POULIN, Bernard. 1995. « Homicide d'enfant commis par la mère », *Revue canadienne de psychiatrie*, 40; 142-149.

MARLEAU, Jacques D., MILLAUD, Frédéric et AUCLAIR, Nathalie. 2003. « A comparison of parricide and attempted parricide : a study of 39 psychotic adults », 2003. *International Journal of law and psychiatry*, 26 : 269-279.

MARLEAU, Jacques D., POULIN, Bernard, WEBANCK, Thierry, ROY, Renée et LAPORTE, Line. 1999. « Paternal filicide : A study of 10 men », *Canadian Journal of Psychiatry*, 44: 57-63.

MARLEAU, Jacques D., AUCLAIR, Nathalie, et MILLAUD Frédéric. 2006. «Comparison of factors associated with parricide in adults and adolescents ». *Journal of Family Violence*, 21: 321-325.

MARTY, F. 2003. « La clinique du pire: les adolescents parricides » dans : P.A. RAOULT, éditeur. *Passage à l'acte : entre perversion et psychopathie*. Paris L'Harmattan. p 101-12.

MILLAUD, Frédéric, AUCLAIR, Nathalie, et MARLEAU, Jacques. 2002. « Avitolicides : à propos de quatre cas cliniques », *Forensic*, 12: 21-27.

MILLAUD, Frédéric, DUBREUCQ, Jean-Luc. 2005. « Évaluation de la dangerosité du malade psychotique », *Ann Med Psychol*, 163: 846-851.

MILLAUD, Frédéric. 1999. « Maladie mentale et violence: Revue de la littérature », dans Jean PROULX, M. CUSSON et M. OUMET (Eds.). *Les violences criminelles*, Saint-Nicholas : Les Presses de l'Université Laval.

MILLAUD, Frédéric. 1989. « L'homicide chez le patient psychotique: une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme », *Revue canadienne de psychiatrie*, 34 : 340-346.

MYERS, S. A. 1970. « Maternal filicide », *American Journal of Disease of Children*, 120: 534-536.

NEWHILL, C.E. 1991. « Parricide », *Journal of Family Violence*, 6: 375-394.

RESNICK, P. J. 1969. « Child murder by parents: A psychiatric review of filicide », *American Journal of Psychiatry*, 126: 325-334.

RICE, M. et HARRIS, G. 1995. « Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism », *International Journal of Law and Psychiatry*, 18: 333-342.

RODENBURG, M. 1971. « Child murder by depressed parents », *Canadian Psychiatric Association Journal*, 16: 41-49.

S. HODGINS et C. JANSON. 2002. *G. Criminality and violence among the mentally disorder*. Cambridge University Press.

STEADMAN, H., MULVEY, P., MONAHAN, J., ROBBINS, P., APPELBAUM, P., GRISSE, T., ROTH, L. et SILVER E. 1998. « Violence by people discharged from acute psychiatric inpatients facilities and by others in the same neighbourhoods », *Arch Gen Psychiatry*, 55: 393-401.

STERN, E.S. 1948. « The Medea Complex : Mother's Homicidal Wishes to her child », *J Mental Sci*, 9: 321-331.

TARDIFF, K., MARZUK, P., LEON, A., et al. 1997. « A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge », *Psychiatric Services*, 48: 678-681.

WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P., PALMER, S. et BROWN, C. 1998. « Serious Criminal Offending and Mental Disorder: Case Linkage Study. Br », *J Psychiatry*, 172: 477-484.

WEISMAN, A. M. et SHARMA, K. K. 1997. « Forensic analysis and psycholegal implications of parricide and attempted parricide », *Journal of Forensic Sciences*, 42: 1107-1113.

WEST, D. J. 1966. *Murder followed by suicide*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

WILCZYNSKI, A. 1997. « Prior agency contact and physical abuse in cases of child homicide », *British Journal of Social Work*, 27: 241-253.

ZAGURY, D. et F. MILLAUD. 1998. « Le passage à l'acte parricide psychotique », dans F. MILLAUD, ed. *Le passage à l'acte . Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson « collection ouvertures psy » p 119-134.

ZAGURY, D. 1992. « Le double parricide, un crime d'auto engendrement », *Perspectives psychiatriques*, 34 : 235-248.