

Particularités du parricide psychotique tunisien. À propos de 14 cas

L. HADDAD², A. BENZARTI^{1*}, R. RIDHA², M.F. MAKHLOUF¹,
M. HAMDOUN¹, F. HAFFANI²

« Le parricide est un acte criminel – Oh Dieux immortels ! – un acte impie, un acte tel que ce forfait semble à lui seul renfermer tous les crimes à la fois. Il s'agit d'un crime si grave, si atroce, si peu ordinaire, commis si rarement que, lorsqu'il est perpétré, on l'a mis au nombre des faits monstrueux. »

Cicéron

RÉSUMÉ

Le parricide est défini comme étant « le meurtre du père ou de la mère ou de tout autre ascendant légitime ». En Tunisie et selon l'article 203 du Code Pénal, il est puni de mort. Dans notre pays, nous ne disposons d'aucune donnée épidémiologique précise concernant la fréquence de ce crime qui représente entre 1 et 5 % de l'ensemble des homicides, mais il est assez fréquent chez les meurtriers psychotiques et en particuliers les schizophrènes.

Nous nous proposons à travers une étude rétrospective portant sur 14 parricides psychotiques, colligés au service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi sur une période de 26 ans (1979-2004) de décrire le profil du parricide psychotique et d'aborder l'aspect clinique et médico-légal de ce crime dans le but de repérer les facteurs de risque parricide afin de prévenir ce passage à l'acte gravissime.

Mots-clés : Parents, Homicide, Psychose, Schizophrénie, Psychiatrie médico-légale, Autopsie.

1. Service de Médecine légale de Tunis, Hôpital Charles Nicolle de TUNIS (Tunisie).

2. Service de Psychiatrie légale, Hôpital Razi de TUNIS (Tunisie).

* Professeur agrégé en Médecine légale.

SUMMARY

The Particularities of Tunisian Psychotic Parricide: Fourteen Cases

Parricide is defined as "the act of killing one's father or mother or any other legitimate ascendant". In Tunisia and according to article 203 of the Penal Code, the murderer is punished by death. In our country, there is no precise epidemiological data concerning the frequency of this crime which represents between 1 and 5% of all homicides, but it is quite frequent in psychotic murderers and in particular schizophrenics.

We propose, through a retrospective study done on 14 psychotic parricides, from the legal psychiatry ward of the Razi hospital over a period of 26 years (1979-2004), to outline the profile of the psychotic parricide and to address the clinical and forensic aspect of this crime with the objective of recognizing the parricide risk factors in order to prevent this serious act from an increasing occurrence.

Key-words: Parents, Homicide, Psychosis, Schizophrenia, Forensic Psychiatry, Autopsy.

I. INTRODUCTION

Le parricide est l'acte le plus épouvantable et le plus réprouvé par la société. Il détruit l'un des tabous humains les plus fondamentaux. Il est défini comme étant « le meurtre du père ou de la mère ou de tout autre ascendant légitime ». Il désigne l'acte criminel en tant que tel, il définit aussi la personne qui commet ce crime et est également employé comme qualificatif [19].

Le parricide représente 11 à 30 % des homicides commis par des malades mentaux [3, 4, 11, 16, 22].

Le sage Solon n'avait pas prévu le parricide dans ses lois tellement cette atrocité lui paraissait improbable et ne pouvait appartenir qu'à un espace inhumain. Ce ne serait que depuis 451-450 avant J-C. que la *Loi des douze Tables* prévoit et réprime le parricide par la peine du *culléus* : « cousu dans un sac avec des serpents et jeté à l'eau ». Et depuis, ce crime semble avoir attiré sur son auteur les châtiments les plus impitoyables : le bûcher, les bêtes féroces, la calcination de la main criminelle, le déchirement des membres par des tenailles ardentes, huile bouillante, écartèlement, etc. [1].

Actuellement, et depuis mars 1994, le parricide n'est plus un crime sui generis en France, mais juste une circonstance aggravante du meurtre. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité selon l'article 221.4 du nouveau code pénal français [18].

En Tunisie, le parricide constitue une catégorie juridique à part entière et il est puni de mort selon l'article 203 du code pénal tunisien [9].

Pour être constitué juridiquement, le parricide doit réunir trois conditions [13] :

- ✓ un meurtre ;
- ✓ le rapport de filiation ;
- ✓ l'intention homicide.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre étude est rétrospective portant sur 14 hommes parricides psychotiques hospitalisés d'office dans le service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi, sur une

période de 26 ans, de 1979 à 2004. Nous avons choisi de limiter notre étude au meurtre du père et/ou de la mère uniquement, ainsi les avitolicides (meurtre des grands parents) sont exclus.

Selon son règlement intérieur, le service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi ne reçoit que des malades de sexe masculin. De ce fait, les femmes ont été exclues de notre étude.

Le matériel d'étude comprend les observations et les dossiers médicaux, les expertises psychiatriques pénales, les rapports de fin d'instruction, les ordonnances de non-lieu et les éventuels rapports d'autopsie.

III. RÉSULTATS

III.1. Les agresseurs

III.1.1. Données sociodémographiques

Tous nos auteurs étaient de sexe masculin, âgés en moyenne de 28 ans (avec comme extrêmes 19 et 37 ans) au moment de l'acte. Le rang dans la fratrie était variable (tableau I).

La majorité était d'origine rurale (9/14).

La majorité des patients avait un bas niveau scolaire : la moitié n'a pas dépassé le niveau primaire, deux sont analphabètes, quatre ont un niveau secondaire et aucun n'a fait d'études universitaires.

Plus de la moitié des patients était sans profession au moment de l'acte (8/14) et presque le tiers était des ouvriers journaliers (4/14). Un seul était fonctionnaire et un autre exerçait un métier libéral.

Les conditions socio-économiques étaient médiocres dans plus de la moitié des cas (8/14), sinon moyennes (6/14).

La quasi totalité des patients avait cependant un domicile fixe (11/14) et neuf d'entre eux cohabitaient avec la victime.

La majorité des agresseurs était célibataire (9/14), certains étaient divorcés (3/14), mariés (1/14) et séparés (1/14).

III.1.2. Données psychiatriques

La quasi totalité des patients était connue malades mentaux avant l'acte médico-légal (12/14) qui était inaugural de la psychose dans les deux cas restants. La durée moyenne d'évolution de la maladie mentale avant le crime était de 6 ans. Quatre des patients seulement avaient des antécédents psychiatriques familiaux. On a noté que la quasi totalité de nos patients était atteint de schizophrénie, selon le DSM-IV (13/14). Un seul souffrait d'une psychose greffée sur une arriération mentale. Dans le groupe des schizophrènes, on a noté la prédominance du sous-type paranoïde selon le DSM-IV (7/13), suivi des sous-types indifférencié (4/13) et désorganisé (2/13).

Nous n'avons relevé que deux cas de comorbidité avec des conduites addictives : un patient qui a séjourné à l'étranger avant l'éclosion de ses troubles et qui présentait une toxicomanie à l'héroïne substituée depuis son retour en Tunisie par une poly toxicomanie à l'alcool et aux psychotropes. Un deuxième patient présentait un abus d'alcool associé à sa psychose et était en état d'ivresse aigu lors du passage à l'acte homicide.

Parmi les patients déjà connus psychotiques avant le crime, plus de la moitié avait déjà été hospitalisée dans un service de psychiatrie, mais jamais en psychiatrie légale (7/12).

Aucun des douze patients connus psychotiques avant le passage à l'acte ne prenait correctement son traitement psychotrope, la majorité était en arrêt de traitement (8/12) depuis une durée non précisée et le reste avait une mauvaise observance thérapeutique (4/12).

Une tolérance vis-à-vis des troubles présentés par les patients est notée chez les familles et surtout une vision négative et péjorative du traitement psychotrope était partagée par la quasi totalité des parents de ces derniers, le médicament étant assimilé à une drogue.

Rang	Aîné	Cadet	Intermédiaire	Benjamin	Non précisé
Nombre	3	1	5	4	1

Tableau I : Rang des agresseurs dans la fratrie.

Un seul patient avait fait l'objet d'une demande d'hospitalisation sans le consentement suite à des plaintes déposées auprès du poste de police par ses voisins juste avant le passage à l'acte.

III.1.3. Antécédents judiciaires

Près des 3/4 des patients (10/14) avaient un casier judiciaire vierge avant le parricide. Quatre patients ont déjà été incarcérés, mais leurs délits n'étaient pas en relation avec la future victime de parricide. Deux parmi eux avaient commis des actes hétéro agressifs sexuels et/ou de violence physique en dehors du milieu familial.

III.2. Les victimes : (14 cas)

On a noté la prédominance du patricide dans notre étude (9/14). Nous n'avons pas noté de cas de double-parricide accompli.

L'âge moyen était de 64 ans (allant de 48 à 80 ans). Toutes les victimes vivaient avec l'agresseur au moment du crime.

Dans le cadre du patricide, nous avons retrouvé les profils suivants, relatifs au père victime : violent, dur, véritable tyran domestique (6/9) ; soumis, permissif (1/9) ; indifférent, méprisant son fils (1/9) ; non mentionné dans un cas. Nous avons constaté également l'existence d'une relation conflictuelle épineuse entre le fils et son père dans la majorité des cas (7/9) avec haine de la part du fils et mépris, humiliation et maltraitance de la part du père.

Bien qu'il soit largement admis que la victime privilégiée du schizophrène soit sa mère [10, 12, 15, 17], nos résultats ne concordant pas avec les données de la littérature, nous incitent à émettre comme hypothèse pour tenter d'avancer une explication à cette spécificité culturelle, le fait que, comme le souligne Ammar S. [2, 8] « en plus des pères des schizophrènes décrits comme passifs, effacés et absents, il existe en Tunisie une grande proportion de pères autoritaires, sévères, cruels, véritables tyrans domestiques ».

Dans le cadre du matricide, nous avons relevé les profils maternels suivants : mère autoritaire, intrusive, trop impliquée (2/5) ; hyper-protectrice, entretenant une relation fusionnelle avec son fils (1/5) ; non mentionné dans deux cas.

Les conflits et les tensions régnaient sur l'ambiance familiale dans la majorité des cas (9/14). Nous avons retrouvé souvent dans l'histoire d'un même patient plusieurs éléments favorisant cette ambiance familiale conflictuelle. Il s'agissait surtout de conflits conjugaux parentaux, de séparation parentale, de la haine du père, véritable modèle de violence intra familiale (tyran, violent, agressif envers sa femme ou ses enfants...), ou de conflits du patient avec sa future victime.

III.3. La scène du crime

III.3.1. Répartition dans le temps et l'espace

Le crime a souvent (9/14) eu lieu durant la saison chaude (printemps et été), il est souvent perpétré au domicile parental (10/14), sinon aux alentours (3/14), rarement ailleurs (lieu du travail de la victime : 1/14).

Il est à signaler que jusqu'en 1999, le recrutement du service de psychiatrie légale avait lieu sur l'ensemble du territoire tunisien. Depuis la sectorisation, le recrutement s'est réduit aux régions du grand Tunis, du nord-est et du nord-ouest, du Sahel et du centre ; ces secteurs étant encore dépourvus de services fermés.

III.3.2. Moyen utilisé

Le parricide psychotique a souvent eu recours à une arme d'opportunité, qui se trouvait à sa proximité ou dans la cuisine. Les armes blanches, tels les couteaux de cuisine, ont été utilisées dans plus de la moitié des cas (8/14). Nous avons noté un cas particulier d'une agression mortelle par un instrument piquant (paire de ciseaux) et l'emploi dans un autre cas d'un instrument contondant et tranchant (pioche). Cinq de nos patients ont recouru aux objets contondants (pierre : 2/5, bâton : 1/5, chaise : 1/5, contusion passive contre une marche d'escalier : 1/5) et un seul a perpétré son meurtre par l'usage d'une arme à feu.

III.3.3. Préméditation du crime

Le parricide psychotique a été rarement prémédité. Cette notion a été retrouvée uniquement chez trois de nos patients :

- ✓ Le premier, guidé par ses sentiments de haine et de rancune, a attendu le bon moment pour

se venger de son père jusqu'au jour du drame où il a profité du moment où son père attachait son cheval pour l'agresser avec une pierre.

- ✓ Le second avait en tête l'idée du patricide pour se venger de son père qu'il considérait comme un vrai tyran. Il a préparé l'arme d'avance (couteau) et l'a caché sous son armoire attendant la bonne occasion pour accomplir son projet.
- ✓ Le dernier, suite à une altercation avec son père au téléphone, avait quitté la maison, furieux en direction du lieu de travail de son père, après avoir caché dans la poche de son pantalon un couteau.

III.3.4. Motivations du crime

Le délire de persécution et les hallucinations qui dominent les esprits de la majorité de nos patients ont constitué les motivations primordiales du crime (13/14). Le meurtre a paru immotivé dans un seul cas.

Nous avons noté l'existence d'un délire poly-thématique chez plusieurs de nos patients (5/14). Parmi les thèmes de délires, nous avons constaté la prédominance et la sur-représentation de la persécution (empoisonnement, ensorcellement, menace de l'intégrité physique et psychique), suivi du préjudice, de la négation de la filiation et d'un thème sexuel.

Le thème sexuel du délire consistait en l'accusation de la mère dans un cas d'avoir des rapports sexuels avec un voisin et dans un autre cas, elle était accusée d'inceste avec son frère (l'oncle maternel du patient). Dans un troisième cas, le père victime était accusé d'avoir eu des rapports sexuels avec l'ex-femme du patient.

III.3.5. Le crime

Lors de l'attaque de sa victime, l'auteur était généralement seul avec la elle (9/14). Une altercation préalable était retrouvée (8/14) dans l'heure précédant l'acte. L'auteur était rarement sous l'emprise de l'alcool (1/14) ou de la drogue (1/14). Il s'acharnait rarement sur sa victime (3/14).

Parmi les lésions de violence retrouvées, il a été noté des plaies multiples (3/9), une plaie unique (3/9), un égorgement (2/9), un traumatisme crânien grave (1/9).

Il existe un acharnement sur la victime tel que décrits dans la littérature (16,21) mais pas d'acte de barbarie, ni d'anthropophagie

III.3.6. Attitude post-homicide

Presque la moitié de nos patients avait pris la fuite une fois leur acte accompli (6/14), certains s'étaient laissés arrêter sans résistance (4/14), un s'était dénoncé à la police, un seul avait essayé de sauver la victime en la conduisant aux urgences et un autre avait tenté de dissimuler le crime en effaçant les traces du sang du sol. Le comportement post-homicide n'a pas été mentionné dans un cas. Aucun patient n'a tenté de se suicider après son geste meurtrier.

III.3.7. Sensation après le crime

A l'entretien psychiatrique initial, la majorité de nos patients (10/14) éprouvait une indifférence et une froideur totale vis-à-vis de leur crime, surtout les patricides (8/9). Certains étaient satisfaits de leur geste (4/14), en particulier les matricides (3/5). Aucun ne regrettait son acte à ce moment-là.

Par la suite, sous traitement adapté et prise en charge adéquate dans le service de psychiatrie légale (après une durée variable selon les patients), la majorité arrivait à regretter leur acte (9/14). Certains restaient indifférents (3/14). Nous n'avons pas d'informations concernant l'évolution de deux patients.

III.3.8. Niveau de reconnaissance du crime

La moitié de nos patients niait totalement le meurtre et l'autre moitié reconnaissait avoir tué leur parent mais soit en banalisant, soit en rationalisant leur geste. Dans les suites du traitement, la majorité reconnaissait son geste (11/14), le déni du meurtre a persisté dans 2 cas. Nous n'avons pas de détails concernant cette entité dans un cas.

III.4. Comparaison entre patricides et matricides (tableau II)

Nous avons constaté que le patricide est plus fréquent que le matricide (9 cas pour 5). L'auteur du patricide est plus jeune (27 ans contre 29 ans) et il est plus souvent chômeur (6/9 contre 2/5). Le matricide est plus

	Patricide	Matricide
Nombre	9	5
Age moyen	27	29
Rang dans la fratrie	Intermédiaire (3/9) ou aîné (3/9)	Intermédiaire (2/5) Ou benjamin (2/5)
Origine rurale	5/9	4/5
Célibataire	5/9	4/5
Bas niveau scolaire	6/9	3/5
Chômeur	6/9	2/5
Bas niveau socioéconomique	6/9	3/5
Ambiance familiale conflictuelle	6/9	2/5
Antécédents psychiatriques personnels	8/9	4/5
Antécédents psychiatriques familiaux	2/9	2/5
Antécédents d'hospitalisation en milieu psychiatrique	5/9	2/5
Diagnostic psychiatrique Schizophrénie	8/9	5/5
Sous-type (DSM IV) :		
- Paranoïde	6/9	1/5
- Désorganisé	0/9	2/5
- indifférencié	2/9	2/5
Crime inaugural de la psychose	1/9	1/5
Antécédents judiciaires	4/9	0/5
Meurtre dans le domicile familial	7/9	3/5
Arme du crime :		
- arme blanche	5/9	3/5
- objet contondant	3/9	2/5
- arme à feu	1/9	0/5
Préméditation du crime	3/9	0/5
Facteur précipitant :		
- Altercation	6/9	1/5
- Aucun	2/9	3/5
- Sevrage toxique	1/9	0/5
- Alcoolisation aigue	0/9	1/5
Mauvaise observance du traitement	3/9	2/5
Arrêt de traitement psychotrope	6/9	2/5
Conduites addictives	1/9	1/5
Motif du crime : Délire de persécution	7/9	5/5
Fuite post-homicide :	4/9	2/5
Sensation dans l'après-coup :		
- indifférence	8/9	2/5
- soulagement	1/9	3/5
Reconnaissance de l'acte	4/9	3/5

Tableau II.

souvent issu d'un milieu rural (4/5 contre 5/9). Si le parricide n'occupe pas un rang intermédiaire, alors il est soit l'aîné de sa fratrie (le cas du patricide : 3/9) ou le benjamin (cas du matricide : 2/5). Les matricides sont majoritairement célibataires (4/5 contre 5/9). L'ambiance familiale des patricides est plus conflictuelle (6/9 contre 2/5).

Les matricides ont plus d'antécédents familiaux psychiatriques (2/5 contre 2/9). Le sous-type paranoïde de la schizophrénie (DSM-IV) est plus retrouvé chez les patricides (6/9 contre 1/5). Les matricides souffrent surtout de schizophrénie désorganisée (2/5 contre 0/9) ou indifférenciée (2/5 contre 2/9).

Il n'existe pas d'antécédents judiciaires chez nos matricides. Les armes blanches et les objets contondants sont employés dans des proportions presque identiques entre les deux groupes. Aucun des matricides n'a eu recours aux armes à feu. La préméditation n'a pas été retrouvée chez les matricides.

Le motif du crime est un délire de persécution chez tous les matricides. La fuite post-homicide est retrouvée dans des proportions presque identiques entre les deux groupes. Les matricides expriment un soulagement immédiatement après le crime (3/5 contre 1/9), alors que les patricides éprouvent plutôt une froideur et une indifférence vis-à-vis de leur acte (8/9 contre 2/5). Le regret dans l'après-coup n'a pas été noté dans les deux groupes. Les matricides reconnaissent leur crime beaucoup plus que les patricides (3/5 contre 4/9).

III.5. Profil type du parricide psychotique de notre série et particularités de la scène du crime

Il s'agit d'un homme âgé de 28 ans en moyenne, ayant un rang intermédiaire parmi sa fratrie, d'origine rurale, célibataire, ayant un bas niveau scolaire, chômeur et appartenant à un bas niveau socioéconomique. Il est déjà connu psychotique avant l'acte médico-légal et sa psychose évolue en moyenne depuis 6 ans. Il est atteint de schizophrénie paranoïde (DSM-IV). Il a déjà séjourné en milieu psychiatrique, mais pas en psychiatrie légale. Il est en arrêt de traitement psychotrope au moment du meurtre ou en mauvaise compliance thérapeutique. Il n'a pas d'antécédents judiciaires. L'ambiance familiale est conflictuelle.

La victime privilégiée est le père, véritable tyran domestique. Le crime est perpétré au domicile de la victime et durant la saison chaude. Le moyen utilisé

est une arme d'opportunité, c'est une arme blanche et plus précisément un couteau de cuisine. L'acte est rarement prémédité. Le facteur précipitant est une altercation avec la future victime. Le meurtrier est rarement sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue au moment de l'acte. Il s'acharne rarement sur sa victime. Le meurtre est motivé par un délire de persécution à mécanisme hallucinatoire à l'encontre de la future victime. L'agresseur s'enfuit suite au crime et il exprime une froideur et une indifférence vis-à-vis de son geste.

IV. FACTEURS DE RISQUE DU PASSAGE À L'ACTE PARRICIDE

Parmi les facteurs de risque du passage à l'acte parricide chez le psychotique mentionnés par Bouchard [5, 6], nous avons relevé chez nos patients les éléments suivants :

- ✓ L'âge jeune ;
- ✓ Une psychose dissociative paranoïde en phase active ;
- ✓ Un délire de persécution, de préjudice, d'influence plus ou moins bien systématisé incluant la mère et/ou le père ;
- ✓ Des hallucinations impératives 2/14 ;
- ✓ Un sentiment anxieux d'insécurité ou une atmosphère persécutive/globale, les idées d'empoisonnement, de préjudice ou de vengeance ;
- ✓ Un attachement affectivo-émotionnel intense au délire et une accentuation de la conviction délirante avec exaltation réactionnelle lors de l'épisode fécond ;
- ✓ L'intensification et la pérennisation de cette activité délirante ;
- ✓ L'expression verbale et/ou comportementale du sentiment du rejet ou du délire ;
- ✓ Des pensées automatiques évoquant la possibilité du parricide ou dictant sa réalisation ;
- ✓ Le repliement dans le logement parental ;
- ✓ Une chimiothérapie psychotique insuffisante ou arrêtée au moment du crime.

C'est l'association de ces facteurs qui peut se révéler dangereuse plutôt que chacun pris individuellement, car chacun de ses signes, pris à part, est non spécifique,

alors que l'ensemble peut témoigner d'un apport clinique prédictif important.

V. PRÉVENTION DU PARRICIDE

Comment prévenir le parricide est une question à laquelle nous ne prétendons pas répondre de manière définitive ni radicale, au risque de méconnaître la complexité de la dynamique criminelle et de nier l'existence de facteurs impondérables, mais nous tenterons, à la lumière des conclusions auxquelles nous sommes parvenus à l'issue de notre travail, d'avancer des pistes de réflexion et des lignes de conduite qui permettraient au moins d'agir sur certains facteurs maîtrisables en vue de limiter le risque.

Notre analyse nous permet d'avancer que les psychotiques qui tuent un ou leurs deux parents présentent une organisation psychique et relationnelle génératrice de parricide, c'est-à-dire qu'ils présentent un terrain propice, une symptomatologie induisant la dynamique criminogène et qu'ils n'obéissent pas à une fatalité pathologique sans logique évolutive. Ces troubles criminogènes pourraient être repérables et donc donner lieu à l'élaboration d'orientations préventives du passage à l'acte parricide.

La grande majorité des patients psychotiques ayant commis un parricide étant déjà connus malades avant le passage à l'acte et la moitié ayant déjà séjourné en milieu psychiatrique, la prévention du parricide psychotique peut être envisagée en trois temps :

V.1. En amont de l'hospitalisation

En matière de schizophrénie, il importe de repérer les prodromes de la maladie. Le dépistage de ces prodromes non spécifiques doit favoriser un diagnostic et une prise en charge précoces. La précocité et la continuité des soins sont très importants [6].

Ces soins devraient favoriser les monothérapies notamment avec les nouveaux antipsychotiques et les démarches psycho-éducatives [14, 20]. Ces dernières concernent autant le patient que sa famille ; en effet, les familles confrontées à la maladie mentale utilisent souvent des mécanismes de défense qui sont le déni de la pathologie, les amenant à banaliser, minimiser, cacher les troubles ou à les tolérer [21].

Prévenir les parricides commis par les patients psychotiques et plus généralement les crimes commis par les malades mentaux consiste aussi et avant tout à dépister les signes d'alerte, à évaluer, à tenir compte objectivement des facteurs de risque du passage à l'acte [12].

Le cas des schizophrènes délirants illustre la nécessité de ne pas sous-estimer les indicateurs de dangerosité évidents et récurrents.

Fréquemment les sujets psychotiques, avant de passer violemment à l'acte, ont exprimé verbalement ou par leur comportement, leurs préoccupations délirantes dans leur famille, à leurs proches et en particulier à la future victime, pendant des jours, des semaines, des mois ou même des années. Des indicateurs psychopathologiques clairs, verbaux, émotionnels et/ou comportementaux, sont donc souvent présents ou récurrents. Il ne faut pas les minimiser ou les sous-estimer.

Mais il existerait parfois des « négligences » diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques concernant ces psychotiques le plus souvent connus des milieux sanitaires et psychiatriques, pouvant avoir des conséquences pathogènes et criminogènes graves.

Le contrôle de l'assiduité au traitement psychotrope, l'utilisation de formes injectables retard, ainsi que le recours à l'hospitalisation sont des mesures préventives et curatives incontournables à mettre en place systématiquement pour éviter les passages à l'acte dangereux [7].

V.2. Lors de l'hospitalisation

La prévention passe d'abord par une phase diagnostique dans laquelle les symptômes doivent être restitués dans l'économie psychique du patient et dans la dynamique familiale. Les sentiments ou les délires de persécution, de préjudice, d'influence comme tous les autres éléments délirants ne doivent pas être sous-évalués et banalisés, car ils induisent une souffrance et des modifications émotionnelles importantes pouvant provoquer de graves troubles du comportement. C'est donc cette activité délirante, primordiale dans la criminogénèse du parricide psychotique qu'il importe de traiter en priorité et le plus tôt possible [6].

Les thérapies familiales paraissent tout à fait indiquées pour réguler les relations intra-familiales dys-

fonctionnelles qui pourraient notamment générer des conflits importants entre les patients et leurs parents [6].

V.3. Après la sortie de l'hôpital et en dehors des bouffées processuelles

La meilleure prévention reste, à cette étape, le maintien de la stabilisation psychiatrique au moyen d'une bonne observance thérapeutique. Le contrôle de l'assiduité au traitement, au moyen d'un suivi thérapeutique adapté doit être maintenu afin d'entretenir l'amélioration et d'évaluer les éventuels risques d'aggravation ou de rechutes délirantes.

VI. ET LA RÉCIDIVE ?

Il est rare, en pratique, qu'un parricide psychotique récidive en commettant un deuxième meurtre. Le meurtre du deuxième parent est quasi exceptionnel et ceci pourrait s'expliquer par le fait que la dynamique pathogène sous-jacente est très différente selon qu'il s'agisse de patricide ou de matricide. Nous n'avons pour notre part, constaté aucune récidive meurtrière chez les patients parricides qui ont séjourné dans le service de psychiatrie légale de l'hôpital Razi. Cependant, la possibilité de tuer une ou plusieurs autres personnes, étrangères ou appartenant au cadre familial, n'est pas nulle. Rappelons nous le cas de Roberto Succo qui, après avoir commis son double-parricide, a perpétré plusieurs autres crimes et délits, se transformant en un véritable tueur en série [23].

Des mesures préventives de la récidive d'un nouveau meurtre doivent accompagner le parcours médico-judiciaire du parricide psychotique et devraient être concomitantes des différentes étapes de sa prise en charge thérapeutique (durant l'hospitalisation d'office dans le service de psychiatrie légale, lors de la sortie de ce service et à la post-cure).

VII. CONCLUSION

Tous ceux qui se sont penchés sur la question du parricide ont toujours rapporté l'horreur et la fascination que ce crime engendrait. Rare, peu étudié et difficile à recenser, le parricide a été et demeure un crime opaque pour les chercheurs. Notre avons essayé à tra-

vers notre étude de dresser une sorte de profil type du parricide psychotique tunisien d'après des données socio-démographique, psychiatriques et médico-légales. La connaissance de ce profil, ainsi que des éléments prédictifs du passage à l'acte parricide nous seraient d'un grand apport pour aboutir à une éventuelle prévention de ce crime contre nature.

La prévention du parricide psychotique passe ainsi par un suivi régulier assurant une meilleure observance du traitement, la continuité de la prise en charge par un thérapeute et/ou par une équipe soignante aguerris proches du lieu de vie du patient, un placement judiciaire en milieu psychiatrique quand des indices de dangerosité sont décelés, ainsi que par une psycho-éducation du malade et de sa famille [14, 20]. Ces recommandations pratiques ne sont malheureusement pas toujours réalistes devant les moyens humains et matériels limités, l'absence de réseaux de coordination permettant d'assurer la prise en charge du patient dans son environnement après sa sortie de l'hôpital et surtout face à l'inexistence d'alternatives à la famille lorsqu'elle celle-ci n'est plus à même d'offrir au patient un environnement viable. ■

VIII. RÉFÉRENCES

- [1] ALBERNHE T. – *Criminologie et psychiatrie*. Paris, Ellipses, 1997, p. 153.
- [2] AMMAR S., LEDJRI H. – Les conditions familiales de développement de la schizophrénie. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. XX^e Session. Tunis, Masson, 1972, p. 318.
- [3] BÉNÉZECH M. – De quoi souffrent les parricides ? *Perspectives Psychiatriques* 1992, 34, 207-12.
- [4] BÉNÉZECH M., HADDAD M. – L'homicide des psychotiques en France. A propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981). *Annales Médico-Psychologiques* 1983, 141, 101-6.
- [5] BOUCHARD J.P. – Ils ont tué père et mère. Analyse clinique du parricide pathologique. Thèse de doctorat en droit 1995. Université de Pau.
- [6] BOUCHARD J.P. – Le parricide commis par des sujets masculins psychotiques : De l'analyse clinique à la prévention. Thèse de psychologie (spécialité : Psychopathologie) 2000. UFR de psychologie. Centre d'Etudes et de recherches en Psychopathologie de l'Université de Toulouse le Mirail (Toulouse II).
- [7] BOUCHARD J.P., BACHELIER A.S. – Schizophrénie et double parricide : à propos d'une observation clinique. *Annales Médico-Psychologiques* 2004, 162, 626-33.

- [8] BOUKADIDA L. – Le meurtre dans la schizophrénie. Thèse de médecine. Tunis. 1995, p. 69.
- [9] Code Pénal Tunisien. Publications de l'IORT 2002.
- [10] DANILAU-BESSOU E. – Tentative de parricide à l'adolescence. Thèse de médecine 2004. Faculté de médecine Paris-Sud de l'Université Paris XI, p. 84.
- [11] De BAUDOUIN, HAUMONTE, BESSING, GEISSMANN P. – Etude d'une population de 97 meurtriers internés. *Annales Médico-Psychologiques* 1961, 1, 625-86.
- [12] DEVAUX C., PETIT G., POROT M. – Enquête sur le parricide en France. *Annales Médico-Psychologiques* 1974, 1, 161-8.
- [13] LALLEMENT D. – Le crime dans la famille : les exemples du parricide et de l'uxoricide devant le tribunal criminel d'Ile-et-Vilaine. Mémoire pour le DEA d'Histoire du Droit et des Institutions 2004. Faculté de Droit et de Science Politique de l'Université de Rennes 1.
- [14] LE BIHAN P., BÉNÉZECH M. – Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique ; à propos de 42 observations. *Annales Médico-Psychologiques* 2004, 162, 615-25.
- [15] MARLEAU J.D., MILAUD F., AUCLAIR N. – A comparison of parricide and attempted parricide. *International Journal of Law and Psychiatry* 2003, 26, 269-79.
- [16] MCKNIGHT C. – Matricide and mental illness. *Canad. Psychiatr. Assoc. J.* 1966, 11, 99-106.
- [17] MILAUD F., AUCLAIR N., MEUNIER D. – Parricide and mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry* 1996, 19, 173-82.
- [18] Nouveau Code Pénal Français. Paris : Dalloz 1993. 7.
- [19] Petit Robert. Paris : Le Robert, 1993.
- [20] RICHARD-BURTEY A. – Le parricide : Impact d'un crime majeur sur le diagnostic et le suivi psychiatrique. Thèse de médecine 2001. Faculté de médecine de Marseille de l'Université de la Méditerranée, p. 118.
- [21] RICHEL A. – L'expertise psychiatrique du parricide : à propos de 8 parricides et de 11 victimes. Thèse de médecine 1999. Faculté de médecine de l'Université Paul Sabatier – Toulouse III.
- [22] STOESSEL P., BORNSTEIN S.J. – Enquête sur le parricide en France en 1985 et 1986. *Annales de Psychiatrie* 1988, 3, 222-9.
- [23] ZAGURY D., MILAUD F. – Le passage à l'acte parricide psychotique. In : Millaud F., eds. *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson, 1998, p. 119-34.