Le parricide psychotique : à propos d'un cas

Psychotic parricide: a case report

Zoubir Benmebarek

Service de psychiatrie, EHS
psychiatrique El Madher,
Batna, Algérie

Correspondance à :
Dr. Zoubir BENMEBAREK
zoubirbenmeh@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2014.1215>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Le parricide est un crime abject qui suscite indignation et incompréhension. Le parricide psychotique survient souvent dans un contexte délirant ou dans une situation de crise conflictuelle intrafamiliale. Classiquement, il traduit une relation d'ambivalence qu'entretient le psychotique avec sa mère ou son père. Plusieurs études ont tenté de cerner ce phénomène et de décrire les caractéristiques cliniques et criminologiques du parricide et le profil de l'agresseur dans le but de faire sortir des éléments prédictifs susceptibles de prévenir ce crime. Nous présenterons le cas d'un schizophrène suivi depuis plusieurs années qui a tué son père à coups de pioche, l'a traîné dans la rue avant de se laisser arrêter par la police sans aucune résistance.

Mots clés : psychose, parricide, cas clinique.

ABSTRACT

Parricide is a despicable crime that arouses indignation and incomprehension. Psychotic parricide is committed under delirious state or following a familial crisis situation. Typically, it reflects an ambivalent relationship of the psychotic patient with his mother or his father. Several studies have attempted to understand this phenomenon and describe the clinical and criminological characteristics in order to delineate the perpetrator's profile for a preventive purpose. We present the case of a schizophrenic patient who killed his father with pickaxes, dragged him in the street before being arrested by the police without any resistance.

Key words: psychosis, parricide, clinical case.

المخلص

قتل الأصول جريمة تثير السخط والاشمئزاز. حين يكون الجرم نتيجة مرض عقلي فهو غالبا ما يكون تحت تأثير الهذيان أو في إطار عنف عائلي و يعكس هذا الفعل العلاقة المتناقضة التي يعيشها الذهان مع والديه. حاولت العديد من الدراسات تحليل هذه الظاهرة و وصف خصائص الجريمة والمرضى بغرض التنبأ و منع وقوع مثل هذه الجريمة. نقدم حالة مريض فصام يقتل والده بفأس وجره إلى الشارع قبل أن يتم توقيفه من الشرطة دون مقاومة.

الكلمات المفتاحية: الذهان، قتل الأب، الحالة السريرية.

INTRODUCTION

Le parricide est défini comme le meurtre du père ou de la mère ou de tout autre ascendant légitime. Le patricide concerne le meurtre du père et le matricide celui de la mère. Les chiffres sur le parricide sont rares en Algérie et la proportion des malades mentaux parmi les auteurs de ce crime n'est pas connue. Classiquement, la schizophrénie est la maladie la plus représentée parmi les parricides commis par des malades mentaux [1-3] et le parricide représente 20 à 30 % des crimes psychotiques [4]. C'est un crime qui reste tabou dans toutes les sociétés [3]. Il soulève en plus de l'ambivalence relationnelle (dépendance-hostilité) qui se tisse entre le schizophrène et son père/sa mère, l'importance du délire et des crises conflictuelles dans la genèse du parricide [3].

La notion d'impasse relationnelle et l'impossibilité de prendre ses distances ou de se libérer de l'hégémonie du père (réelle ou symbolique) mais vécue dans l'angoisse par le psychotique est retrouvée dans l'analyse psychopathologique des patients [5].

Les faits du crime

Un samedi après-midi, la victime, alors âgée de 68 ans, puisatier de profession se rendait au domicile familial où il vivait seul avec son fils malade. Le crime se déroule sans témoins et l'agresseur ne donnera pas de détails sur les faits. Selon le rapport de police le père aurait eu une altercation avec son fils au sujet d'une éventuelle hospitalisation et voulait l'emmener contre son gré à l'hôpital psychiatrique, suite à quoi le fils ligote les mains de son père derrière le dos, enroule un fil de fer autour de ses jambes et ligote fermement les pieds. L'aspect méticuleux et soigné de l'acte est évident (ce qui a fait dire à un juge que cette méticulosité ne saurait être l'œuvre d'un malade n'ayant pas toutes ses facultés mentales).

Il frappe son père avec la tête d'une pioche au visage et au thorax jusqu'à lui faire défigurer le visage, puis il le traîne ensanglanté à travers le couloir de la maison par les pieds, le laisse dans la rue devant la porte du domicile familial, rentre dans la maison, ferme la porte à clef puis monte sur la terrasse jusqu'à l'arrivée des sapeurs-pompiers et de la police. Sur insistance de ces deniers, il leur aurait jeté les clés de la maison en leur disant que son père n'était pas mort mais simulait.

Pour citer l'article :

Benmebarek Z. Parricide psychotique : à propos d'un cas. *Batna J Med Sci* 2014;1(2):121-123.
<https://doi.org/10.48087/BJMScr.2014.1215>

OBSERVATION

Biographie de l'auteur

Mr. X est âgé de 35 ans, divorcé, sans profession, vivait seul avec son père. Sa mère et ses sœurs vivaient dans un autre domicile fuyant les menaces du malade. Il est l'unique garçon d'une fratrie de six, il a un niveau scolaire primaire (6^{ème} année). Il avait travaillé comme maçon jusqu'à ce que les troubles mentaux l'envahissent et l'empêchent de travailler. Son mariage n'a duré que 15 mois à cause de la maladie. Dans les antécédents judiciaires on retrouve une incarcération d'un mois en 2009 pour incendie volontaire du domicile familial.

Évolution de la maladie

Le début des troubles psychiatriques remonte à 1995 par une instabilité comportementale et une hétéro-agressivité qui sera le motif de plusieurs hospitalisations. En tout il fût hospitalisé 51 fois de 1995 à 2013 (de 1 à 7 hospitalisations par an). Dès le début de sa maladie, il a montré une tendance toxicomaniaque au cannabis et surtout au trihéxyphténydyle. Le diagnostic de toxicomanie initialement évoqué est vite supplanté par celui de schizophrénie paranoïde au vu de la nature et de l'évolution des troubles. Le motif des admissions était surtout l'agressivité intra familiale, l'indiscipline thérapeutique voire le refus thérapeutique ainsi que les états d'agitation psychomotrice. Une fois, il a été signalé une tentative d'agression sexuelle sur sa sœur. Une tentative de suicide a été aussi un motif d'hospitalisation.

Dans la majorité des cas il fût ramené par sa famille, sa mère ou son père. Dans d'autres circonstances c'est la police ou la commission communale des malades mentaux qui le ramène à l'hôpital. Il s'est évadé de l'hôpital trois fois. L'évolution semble chronique avec des périodes de rémissions partielles et de courte durée. Parfois, il a présenté des signes dépressifs et des symptômes d'angoisse massive et envahissante qui le poussaient à demander lui-même l'hospitalisation à cinq reprises. Des signes psychotiques délirants persécutifs centrés sur sa famille sont notés ainsi que des troubles perceptifs et une désorganisation comportementale avec agressivité qui dominait le tableau clinique. Sa dernière hospitalisation a duré 16 jours. Il a commis son crime 1 mois après sa sortie.

L'expertise psychiatrique

Une première expertise psychiatrique avait conclu à l'irresponsabilité pénale de l'accusé. Nous l'avons vu en surexpertise 12 jours après le crime. L'accusé était stable, coopérant à l'entretien. Sa mimique était pauvre, il était déprimé, s'irritait facilement. Il a dit qu'il ne savait pas pourquoi il était en prison ; niait totalement le crime et s'emportait chaque fois qu'on lui faisait allusion à son père. Après insistance il finit par dire « c'est vous les psychiatres qui aviez tué mon père. » Il a montré des signes de violence à l'intérieur de la prison, a agressé un codétenu, réclamait du trihéxyphténydyle. Il était sous traitements neuroleptiques classiques et antidépresseurs. Nous avons conclu à l'irresponsabilité pénale de l'accusé.

Aspect pénal

Le code pénal algérien ne fait pas du parricide un crime particulier plus grave qu'un quelconque autre homicide. En effet l'article 261 du code pénal stipule que tout coupable

d'assassinat, de parricide ou d'empoisonnement, est puni de mort [8].

DISCUSSION

Le taux de parricide varie de 2% à 3 % (France) à 6% (Canada) de l'ensemble des homicides. La schizophrénie est le diagnostic le plus fréquemment retrouvé (de 40 à 80 % des cas) suivi de la paranoïa dans 14,3% des cas [1,4-6]. Dans une étude de 42 hommes parricides hospitalisés dans une unité pour malades difficiles sur une période de 40 ans (1963-2003), Le Bihan a mis en évidence que l'auteur est souvent célibataire (76,2%), d'âge moyen de 29,9 ans, sans profession (80,9%), vivant au domicile familial. Son niveau d'instruction est généralement bas [1]. Ces données sont retrouvées dans plusieurs études [2,5,7]. Dans la majorité des cas le trouble est ancien avec des antécédents d'hospitalisation. Le refus de soin est souvent constaté. La majorité des patients étaient en arrêt thérapeutique au moment des faits [1,7].

Les antécédents de violence sur la victime sont retrouvés dans de 27 à 35% des cas [1,2]. Dans un échantillon tunisien, des antécédents médico-légaux ont été retrouvés chez seulement 19% des patients et aucun patient n'a été hospitalisé dans un service de psychiatrie légale [7]. Sur le plan d'organisation du crime, on note l'absence de préméditation. Mais cette absence de préméditation s'associe à un long murissement de l'idée parricide qui semble exister durant des périodes allant de quelques minutes à plusieurs années [1,2,4,7]. Le crime était le plus souvent commis au domicile parental (81%), sinon aux alentours du domicile (13%) [1,2,4,7].

Pour ce qui est des motivations, ce qui les domine est essentiellement une activité délirante qui est retrouvée chez plus de 2/3 des malades. Parmi les thèmes délirants, il a été constaté la prédominance de la persécution et particulièrement le vécu de menace de l'intégrité physique ou psychique [1,2,4,5,7]. Une altercation avec la victime est retrouvée dans plus de la moitié des cas [1,2,7]. Une étude a retrouvé une consommation d'alcool associée à l'acte parricide [5].

Beaucoup d'auteurs de parricide expriment un sentiment ancien d'impasse relationnelle, d'étouffement, d'échec de toutes les tentatives de prise de distance avec le ou les parents victimes. Un sentiment d'humiliation et de dévalorisation est souvent présent [1]. Le passage à l'acte est brutal dans un contexte paroxystique traduisant une impasse situationnelle, d'étouffement, d'échecs de toutes les tentatives de fuite ou de mise à distance. Une violence excessive caractérise l'homicide (notion d'acharnement pour but de faire en sorte que la victime n'ait jamais existé). L'intention n'est pas de tuer mais de détruire, de faire disparaître [1,2,4,6]. L'arme du crime est généralement une arme d'opportunité non préparée à l'avance. Les armes blanches sont les plus fréquemment utilisées. Il a été constaté le recours fréquent des patients aux instruments piquants et tranchants : couteau, pioche, paire de ciseaux, ou contondants : pierre, bâton, chaise [1,2,5,7].

L'après coup est généralement caractérisé par une atténuation de la violence avec indifférence, froideur affective, détachement par rapport à l'acte médico-légal [1,7]. Parfois une angoisse importante avec délire et vécu de dépersonnalisation et déréalisation est présente [1]. Les conduites de réparation sont toujours absentes (premiers soins, appels des secours.). Le cadavre est laissé sur place, le

maquillage de la scène du crime est peu fréquent. L'arrestation a lieu dans les 24 heures dans 80% des cas [1]. La majorité reconnaît avoir commis le crime (88,1%) et la plupart n'expriment pas de remords même longtemps après le drame [1].

Bénézech a établi le portrait robot du sujet ayant commis un parricide : homme de 25 à 30 ans à l'intelligence souvent normale, fréquemment atteint de schizophrénie paranoïde, célibataire, sans travail, vivant avec une mère hyperprotectrice et/ou un père dominateur, tuant son père le plus souvent dans la chambre parentale, avec des moyens contondants. L'après coup de l'acte est caractérisé par une atténuation de la violence, une pauvreté de la verbalisation. Il se caractérise par la coexistence de l'étrangeté de l'acte pour son auteur comme s'il ne l'avait pas intégré et du maintien de préoccupation terre à terre contrastant avec le paroxysme qu'il vient de vivre [4].

Parmi les auteurs d'un homicide, c'est dans la population de parricides qu'on relève le plus fort pourcentage d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux graves. Dans une étude [1], 88,1 % ont été déclarés pénalement irresponsables après 2 ou 3 expertises. Quant à l'évolution à long terme, une étude a retrouvé que la durée moyenne d'hospitalisation dans une unité pour malades difficiles est de 42 mois (DS 61 ; étendue 1 mois et 22 ans) [1].

Gabison-Hermann *et al.* retrouvent sur 17 cas de parricides suivis après 7 ans de l'acte que 1/3 des patients étaient domiciliés à l'hôpital et 1/4 à domicile. L'évolution sur sept ans retrouve que 70,6 % sont en hospitalisation d'office et 52,9% sont suivis en ambulatoire. Il y a une bonne compliance au traitement et aucun autre homicide n'a eu lieu et 23,5% sont hébergés dans le domicile familial [6]. Malgré les critères socio démographiques et cliniques décrits et le profil tracé de l'auteur éventuel d'un parricide, il existe une faible capacité à prédire un comportement violent à moyen et à long terme. Le risque de violence n'est ni dépendant du seul diagnostic, ni constant au cours de la trajectoire d'un patient [5,7]. La schizophrénie, les idées délirantes de persécution, la longue évolution des troubles, les énonciations et menaces envers l'entourage, le sentiment d'impasse situationnelle avec échec des demandes d'aide et des tentatives de fuite, sont des éléments à prendre en compte dans la prévention du parricide [7]. Le travail sur les dysfonctionnements familiaux pourrait désamorcer les situations de crise et entamer un mode relationnel plus sain entre les protagonistes ; diverses méthodes psychothérapiques sont proposées et utilisées à cet effet [5].

CONCLUSION

Le parricide est un crime qui bouleverse non seulement la famille mais aussi la société. Par son imprévisibilité et sa violence il met au devant le concept de la dangerosité du schizophrène. S'il est toujours difficile de prédire le passage à l'acte, un suivi rapproché et soigneux des patients et une connaissance de la dynamique familiale permettrait de repérer des signes d'alerte de violence qu'il faut prendre au sérieux et décider de l'hospitalisation chaque fois que cela est nécessaire vu l'impossibilité de mettre en œuvre d'autres stratégies thérapeutiques.

Déclaration d'intérêts : l'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Le Bihan P, M. Bénézech. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. À propos de 42 observations Annales Médico Psychologiques 2004 ; 162 : 615–25.
2. Léveillé S, Lefebvre J, Vaillancourt J-P. Parricide commis par des hommes adultes : variables descriptives et motivations sous-jacentes au passage à l'acte. L'évolution psychiatrique 2010 ; 75 :77-91.
3. Newhill Christina E. Parricide. Journal of Family Violence 1991; 6(4):375-94.
4. Cornic F, Olié J-P. Le parricide psychotique. La prévention en question L'Encéphale 2006 32(4), Part 1 : 452-458.
5. Millaud F, Auclair N, Meunier D. Parricide and mental illness. A study of 12 cases. International Journal of Law and Psychiatry 1996 ;19(2): 173-82.
6. Gabison-Hermann D, Raymond S, Mathis D, Robbe G. Le parricide psychotique : description et évolution des patients pris en charge à l'unité pour malades difficiles Henri-Colin. L'évolution psychiatrique 2010 ; 75 :35-43.
7. Dakhlaoui O, Khemiri O, Gaha N, RidhaR, Haffani F. Le parricide psychotique: étude clinique et analytique. A propos de 16 cas. La Tunisie Médicale 2009 ; 87 (12) : 824 – 828.
8. Didane M. Code pénal. Alger : Belkeise editions;2012.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com
ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com