Document generated on 07/13/2025 5:22 a.m.

Psychiatrie et violence

Avitolicide : à propos de quatre cas cliniques

Frédéric Millaud, Nathalie Auclair and Jacques D. Marleau

Volume 2, 2002

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1074747ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1074747ar

See table of contents

Publisher(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (digital)

Explore this journal

Cite this article

Millaud, F., Auclair, N. & Marleau, J. D. (2002). Avitolicide : à propos de quatre cas cliniques. *Psychiatrie et violence*, *2*. https://doi.org/10.7202/1074747ar

Tous droits réservés © Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2002

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Titre : Avitolicide : À propos de quatre cas cliniques

Auteurs : Frédéric Millaud, Nathalie Auclair et Jacques D. Marleau

Affiliation : Frédéric Millaud, psychiatre, Institut Philippe Pinel de Montréal; Nathalie Auclair, criminologue, Institut Philippe Pinel de Montréal et Jacques D. Marleau, anthropologue et démographe, Centre de recherche, Institut Philippe Pinel de Montréal.

Introduction

Le terme de parricide désigne le meurtre du père ou de la mère ou de tout autre ascendant légitime. Ainsi dans la littérature, plusieurs auteurs ont utilisé le terme de parricide pour évoquer le meurtre des grands-parents (Petit, Petit et Champaix, 1967; Porot, Couadou et Petit, 1969). Ce n'est qu'en 1984 que Bornstein, Motte-Moitroux et Balette ont proposé le terme d'aviolicide pour désigner spécifiquement l'homicide d'un grand-parent. L'étymologie latine qui nous paraît la plus proche est le terme latin « avitus » qui signifie « qui vient des grands-parents »; aussi il nous semble plus pertinent d'utiliser le terme d'avitolicide pour désigner l'homicide des grands-parents. Il s'agit bien sûr d'un délit extrêmement rare. À notre connaissance, aucune donnée quantitative n'est disponible sur l'avitolicide. Seuls Borsntein et coll. (1985) ont présenté des chiffres à ce sujet pour la France: leurs données indiquent uniquement trois cas d'avitolicides sur 5000 expertises judiciaires, soit moins de 1 pour 1000 des expertises effectués.

Compte tenu de la rareté du phénomène clinique, notre étude est essentiellement qualitative. Quatre cas cliniques provenant de l'Institut Philippe Pinel de Montréal sont présentés et servent d'appui à la réflexion. La revue de la littérature nous aidera par ailleurs à tenter de mieux cerner les éléments cliniques pertinents à la description de l'avitolicide. Enfin, nous terminerons par

un questionnement sur la pertinence d'une entité clinique séparée de celles des parricides.

Présentation des cas d'avitolicides

Cas 1 (Monsieur A)

Monsieur A est âgé de 28 ans au moment où il commet l'homicide de sa grand-mère et de son grand-père adoptif. Au niveau des antécédents psychiatriques familiaux, la mère présente une maladie affective bipolaire. Au niveau personnel, à l'âge de 5 ans, il a été vu en pédopsychiatrie pour un léger retard du développement. A 7 ans, il bénéficie d'un suivi de quelques mois pour un trouble du langage. Le psychiatre relève alors que l'enfant est un garçon intelligent qui vit de l'insécurité et de la tristesse et qui a du mal à s'entendre avec sa mère. Il note aussi que l'enfant est l'objet d'une rivalité entre la mère et la grand-mère pour en avoir l'amour et le contrôle. A 14 ans, la mère consulte pour des problèmes d'apprentissage. La consommation d'alcool débute à l'âge de 16 ans et devient abusive au fil des ans. Plusieurs épisodes de violence surviennent dans des contextes d'intoxication alcoolique. À 26 ans, monsieur A est amené à l'urgence suite à une intoxication éthylique.

Au niveau judiciaire, il a été reconnu coupable de 3 vols mineurs pour lesquels il n'a pas eu de peine d'emprisonnement.

Monsieur A est enfant unique. Peu après sa naissance, ses parents se séparent et le père coupe tout contact avec son fils. À l'âge de 2 ans, à la demande de la mère, les grands-parents gardent l'enfant à temps plein à la maison. La mère a un nouveau conjoint et un emploi qui lui demandent beaucoup de temps. La grand-mère investit massivement l'enfant sur le plan affectif. La relation mère-fille est conflictuelle et tout ce qui concerne l'enfant est sujet de discorde. L'enfant est pris entre une mère instable et une grand-mère surprotectrice et envahissante. Le grand-père est un homme violent verbalement, peu communicatif et dénigrant. A 17 ans, la mère décide d'envoyer son fils chez son père. Elle en a assez des situations conflictuelles, des problèmes scolaires, de sa consommation abusive d'alcool et considère que la surprotection de la grand-mère est nuisible. Monsieur A connaît rapidement des difficultés avec son père qui le met à la porte après quelques semaines suite à des comportements violents avec consommation d'alcool. Il vit sur un mode d'itinérance pendant quelques mois pour finalement revenir vivre auprès de sa grand-mère qui l'aidera financièrement. Monsieur A a connu quelques expériences de travail qui se sont soldés par des échecs. Il a connu deux relations amoureuses avec des jeunes femmes à la fin de l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte. Par la suite, il

cumule de multiples aventures sexuelles avec des femmes et des hommes. À 23 ans, il va vivre seul en logement. Il a beaucoup de mal à fonctionner de façon autonome perdant tour à tour plusieurs logements pour non paiement et tapage lié à des beuveries. Quatre mois avant le drame, la grand-mère recueille son petit-fils se retrouvant dans la rue et l'installe dans un logement de son immeuble en émettant comme condition qu'il cesse sa consommation d'alcool. À partir de ce moment, le sujet prend ses repas chez ses grands-parents et passe tout son temps seul dans son logement. Le sujet vit ce retour au foyer familial comme un échec. Il passe son temps seul à regarder la télévision et dort beaucoup. Il n'a plus d'intérêt si ce n'est de fixer les bandes écrites pour non-voyants sur son téléviseur. La mère de son côté est peu présente à la fois parce qu'elle en a assez des difficultés de son fils mais aussi parce qu'elle est mère de deux jeunes enfants.

Le délit : la nuit du crime, le sujet se réveille et dit-il, décide d'aller chez ses grands-parents afin de manger. Il entre par effraction dans le logement de ses grands-parents. Il prend un long couteau de cuisine et se dirige vers la chambre. Il rencontre son grand-père, alerté par le bruit. Il lui assène plusieurs coups derrière la tête qui lui seront fatals. Pendant ce temps, la grand-mère parle avec urgence-santé au téléphone. Le sujet la rejoint, parle quelques secondes au préposé pour ensuite raccrocher, couper la main de sa grand-mère et la poignarder mortellement. Il quitte ensuite les lieux et est retrouvé recroquevillé et couvert de sang dans un coin de l'immeuble familial. Les policiers doivent le maîtriser pour l'arrêter. Il décrit la séquence délictuelle comme un rêve dont il est le témoin et l'acteur. Il dit avoir entendu des voix sans pouvoir en préciser le contenu. Aucune thématique délirante précise n'est verbalisé. Monsieur A dit qu'il vivait beaucoup de colère face à son grand-père mais sans avoir le projet de le tuer avant le délit.

Un diagnostic de trouble schizo-affectif est retenu (DSM-IV).

Cas 2 (Monsieur B)

Monsieur B est âgé de 31 ans alors qu'il provoque la chute mortelle de sa grand-mère paternelle. Il n'y aurait aucun antécédent familial psychiatrique connu. Monsieur B a son premier contact avec la psychiatrie à l'âge de 25 ans quelques semaines avant un matricide pour lequel il sera jugé non responsable criminellement pour cause de troubles mentaux. Suite au délit, il a été hospitalisé et gardé pendant une période de 5 ans pour ensuite aller vivre en ressource d'hébergement spécialisé.

Au niveau judiciaire, à 23 ans, Monsieur B a été condamné à payer une amende suite à un méfait (a frappé et abîmé un mur dans un débit de boisson). Il cumule

de nombreux antécédents de violence non judiciarisés à l'endroit de membres de sa famille et d'inconnus dans des contextes de bagarre.

Monsieur B est le cadet d'une famille de 3 enfants; il a deux sœurs. Il est élevé dans un climat familial assez tendu où le père est absent et dont les seules interventions semblent se résumer à essayer de pousser son fils dans une carrière de sportif professionnel qu'il n'a pu réaliser lui-même. La mère est décrite comme ayant été alcoolique, autoritaire, intolérante, contrôlante et violente avec le père, lui occasionnant deux fractures du bras. Le sujet a verbalisé avoir toujours détesté sa mère mais ne jamais avoir eu la capacité de lui tenir tête. Jusqu'à l'adolescence, Monsieur B connaît un fonctionnement psychosocial sans heurt majeur bien qu'il soit un enfant très renfermé. À partir de cette période, les disputes familiales se multiplient et amènent le sujet à s'opposer à sa mère et à faire des fugues. Il commence à consommer des drogues et de l'alcool. Les comportements violents apparaissent et se multiplient dans la famille, lors d'activités sportives ou dans les boîtes de nuit. À 18 ans, il va vivre chez ses grands-parents paternels avec lesquels il a toujours eu une relation privilégiée. Vers l'âge de 20 ans, il quitte le milieu familial pour aller vivre en logement. La consommation d'alcool et de drogue est problématique. Il occupe quelques emplois qu'il est incapable de garder à long terme. Il a quelques relations avec des femmes mais est plutôt instable comme dans les autres sphères de sa vie. Quelques mois avant le matricide, son niveau de fonctionnement psychosocial se détériore graduellement. Il perd son emploi, se montre plus agressif, a des propos bizarres, s'isole de plus en plus. Lorsqu'il est intoxiqué, il se sent menacé par autrui ce qui le rend agressif. Il a déjà détruit complètement le sous-sol de la maison familial et a menacé de tuer sa sœur en la pointant d'un couteau.

Ses parents initient une première consultation en psychiatrie qui n'aura pas de suite car le patient ne collabore pas. Quelques semaines avant le délit, le sujet s'installe temporairement chez ses parents. Suite à une discussion avec sa mère, le sujet l'assaille à coups de ciseaux obéissant ainsi à des voix lui disant de la tuer car la fin du monde est proche et les personnes vivantes seront damnées. En tuant sa mère, elle accède à la vie éternelle et cela la protège de la damnation éternelle. Suite au matricide, les membres de la famille demeurent présents et disponibles à l'endroit de monsieur B. Dans le cadre de la réinsertion sociale, le sujet se rend régulièrement chez les siens. Après un séjour de deux années en foyer de groupe, le sujet est orienté en appartement supervisé tout en bénéficiant d'un suivi psychiatrique régulier.

Le délit : depuis deux jours, monsieur B est en visite au chalet familial. Le matin du deuxième jour, le sujet menace son père après que celui-ci lui ait souligné que ses mains tremblaient. Un peu plus tard, le sujet s'exhibe devant un enfant de 4 ans et sa mère. Après que son père l'ait réprimandé sévèrement, monsieur

B lui lance des pierres, ce qui le fait fuir. Le père désire alors quitter le chalet avec sa mère ce à quoi madame s'oppose en nommant qu'elle va s'occuper de son petit-fils. À l'heure du repas, une altercation éclate entre le père et le fils. Le sujet se rend sur le balcon et la grand-mère le rejoint. C'est à ce moment qu'il la projette dans le vide. Par la suite, une bagarre éclate avec le père et le sujet menace de le tuer. Des voisins viennent en aide au père qui s'en tire avec des blessures mineures. Quant à la grand-mère, elle décède quelques jours plus tard.

Le sujet percevait sa grand-mère comme contrôlante à son égard (ex: elle voulait le garder à la maison plutôt qu'il réside dans une ressource d'hébergement spécialisée). Quelques jours avant la commission du délit, il cesse de prendre sa médication et son état mental se détériore rapidement laissant place à un tableau psychotique aigu avec thématique délirante similaire à celle du matricide. Il parle de l'existence d'un sentiment d'étrangeté, l'impression d'être en contact intime avec tout l'univers. Il se sent menacé et persécuté. Il est persuadé que la fin du monde est imminente et que les survivants seront damnés pour l'éternité. Il a des hallucinations auditives impérieuses lui disant de tuer sa grand-mère. Des thèmes religieux et liés aux extraterrestres sont aussi présents.

Un diagnostic de schizophrénie paranoïde est retenu (DSM-IV).

Cas numéro 3 (Monsieur C)

Monsieur C est âgé de 32 ans lorsqu'il commet une tentative de meurtre à l'endroit de ses grand-parents. Il n'y aurait pas d'antécédent psychiatrique connu au sein de la famille. Sur le plan personnel, le sujet cumule 7 séjours en institution psychiatrique depuis l'âge de 22 ans. Il a été vu à de multiples reprises par différents psychiatres dans le cadre d'expertises demandées par la Cour suite à la commission de délits criminels. Monsieur C a présenté plusieurs épisodes de désorganisation psychotique conséquentes à des intoxications aux drogues qu'il consomme depuis l'âge de 16 ans. On retient des diagnostics de polytoxicomanie chronique, personnalité asociale, traits psychopathiques et schizophrénie. Au niveau judiciaire, depuis le début de l'âge adulte, le sujet a été condamné à 18 reprises pour des délits contre les biens et la personne. À chaque fois, les agirs délictueux semblent s'inscrire dans un contexte de toxicomanie et de désordre psychiatrique

Monsieur C est l'aîné d'une fratrie de 3 enfants. Il a vécu dans un climat familial décrit comme étant normal, sans pathologie majeure. Le sujet parle de son côté d'un climat caractérisé par un père autoritaire avec qui il a une relation tendue et difficile. Il parle très peu de sa mère. À 16 ans, il commence à consommer des drogues et à désinvestir sa scolarité. Il commence par des dérivés du cannabis puis des amphétamines par injection et, à l'occasion des opiacés. Il quitte le

foyer familial à 17 ans dans un contexte de conflit avec le père. Il voyage quelques mois. Sa seule expérience de travail est de quelques mois à 19 ans. À 20 ans, il voyage à travers le monde. À son retour, il décide de continuer à vivre comme un vagabond tout en poursuivant sa consommation quotidienne de drogue et d'alcool. Il est isolé socialement et démuni. Il vit quelques mois chez ses grand-parents. Suite à des attitudes agressives verbales envers la grand-mère, il est hospitalisé une première fois en psychiatrie. Il a l'impression que son père est un imposteur qui veut lui nuire, lui faire du mal et l'empêcher de faire des voyages astraux. Il est convaincu que sa grand-mère est aussi un imposteur et c'est dans ce contexte qu'il l'agresse verbalement. Le père décède peu de temps après. Les années qui suivent sont ponctuées de séjours en milieu hospitalier ou carcéral et, entre ceux-ci, monsieur C vit sur un mode itinérant. Il doit se faire amputer des doigts suite à des engelures. Il a peu de contact avec les membres de sa famille et est très seul.

Le délit : la veille du délit, monsieur C est libéré d'un centre de détention, il n'a pas de domicile fixe. Il décide de se rendre chez ses grand-parents qui demeurent à l'extérieur de la ville. En cours de route, il consomme de l'alcool. Il arrive au domicile des victimes au début de la nuit. Ses grand-parents l'accueillent, lui offrent un goûter pour ensuite l'inviter à se coucher. Le sujet n'arrive pas à dormir, se lève et se dirige vers la salle de bain. Il se frappe la tête contre le mur et verbalise en avoir assez de la vie qu'il mène depuis une douzaine d'années. Ses grand-parents se lèvent pour voir ce qui se passe. Il est menaçant. Au moment où son grand-père lui offre de l'argent pour qu'il parte, monsieur le frappe d'un coup de poing. La grand-mère prend une chaise pour défendre son mari mais le sujet s'en empare et l'utilise pour frapper son grand-père qui est déjà par terre. Il le frappe à 7 ou 8 reprises pour ensuite frapper sa grand-mère à coups de poing. Il les laisse gisant sur le sol, s'habille et quitte les lieux. Il revient un peu plus tard; son grand-père s'est réfugié chez un voisin pour demander de l'aide. Monsieur C tente alors de le convaincre de ne pas aviser les policiers, ce qui était déjà fait. Il se fait arrêter quelques minutes plus tard alors qu'il avait de nouveau quitter les lieux. Ultérieurement, le sujet rapporte avoir perçu son grand-père comme un imposteur, un certain monsieur L. qui le persécute depuis environ deux ans (syndrome de Capgras). Ce dernier incarne le Diable pour monsieur C et lui fait du tort. Il indique aussi que le fait que son grand-père lui offre de l'argent pour partir l'a rendu agressif car cela signifiait qu'il ne voulait pas passer la période des Fêtes avec lui.

Le diagnostic retenu est celui de schizophrénie paranoïde (DSM-IV)

Cas 4 (Monsieur D)

Monsieur D est âgé de 15 ans lorsqu'il commet le meurtre de sa grand-mère paternelle dans le cadre d'un vol avec des complices. Aucun antécédent psychiatrique familial n'est connu. Sur le plan personnel à l'âge de 7 ans, il est vu en pédopsychiatrie où l'on retient un diagnostic de déficit de l'attention avec hyperactivité. Il est traité jusqu'à l'âge de 12 ans où il décide de cesser la prise de médication. Quelques mois avant la commission du délit, à la suggestion des parents, monsieur D rencontre un psychologue afin d'améliorer sa motivation face à ses études. Il cesse le suivi après un mois. Le sujet n'a aucun antécédent judiciaire officiel mais il est connu pour avoir fait du vandalisme à plusieurs reprises et des vols. Il est aussi connu pour avoir eu des comportements de cruauté envers les animaux et a mis le feu à une reprise. Monsieur D consomme de la marijuana de façon abusive depuis de nombreux mois. Il parle d'une consommation quotidienne de plusieurs grammes par jour en compagnie de pairs. Il a pris des hallucinogènes à quelques reprises mais consomme majoritairement des drogues douces.

Monsieur D est l'aîné d'une famille de deux enfants, il a un frère. Ses parents se séparent une première fois alors qu'il est âgé de 5 ans. La mère revient vivre à la maison après quelques semaines. La relation parentale demeure conflictuelle. La séparation définitive se fait alors que Monsieur est âgé de 9 ans. Il reste avec son père tandis que son frère va vivre avec sa mère. Le père est décrit comme un homme autoritaire et contrôlant. Il fait des arts martiaux, est impressionnant physiquement et utilise de façon ponctuelle les corrections physiques comme méthode d'éducation. L'adolescent le perçoit comme violent, mais parle de périodes où la relation était adéquate. La relation avec la mère est décrite comme étant plus difficile et ce, depuis de nombreuses années car Monsieur D ne respecte nullement l'autorité, seul le père aura un certain impact. Les visites de fin de semaine étaient constamment écourtés à cause des troubles de comportement et d'agressivité du sujet. Au fil des ans, la mère s'éloigne de son fils aîné et le désinvestit graduellement pour finalement n'avoir que des contacts réduits dans les mois précédant le délit.

Très tôt dans l'enfance, monsieur D présente des difficultés d'adaptation ainsi que dans ses relations interpersonnelles. Il est agité, bagarreur, agressif et s'oppose systématiquement à l'autorité. Des interventions sont nécessaires dès son entrée dans le réseau scolaire. Il est expulsé une première fois à la première année primaire. L'instauration d'une médication de type psychostimulant semble avoir un impact positif sur le plan comportemental au niveau primaire. Les troubles de comportement réapparaîtront de façon plus significative à partir du niveau secondaire II. Le sujet se lie à des pairs négatifs, il conteste ouvertement l'autorité, fait l'école buissonnière, est agressif et violent. C'est à cette période qu'il commence à consommer des drogues et à être impliqué dans différentes activités délinquantes (vols, vandalisme, bagarres) avec lesquelles il se valorise

grandement. Les relations familiales sont tendues. Le sujet devient de plus en plus contrôlant et méprisant dans son environnement familial. Il n'a pratiquement plus de contact avec sa mère car est trop agressif à son endroit. Les contacts avec le père sont empreints de violence verbale et très conflictuels. Sept mois avant le délit, monsieur D abandonne l'école par manque de motivation mais aussi parce qu'il n'aime pas plusieurs adolescents qui se retrouvent dans ses cours. Il occupera un emploi à temps partiel quelques semaines pour finalement être mis à la porte. Il réintègre l'école suite aux pressions familiales mais son implication et sa motivation demeurent très faibles.

Le délit : le jour du délit, quelques amis viennent voir le sujet pour lui proposer d'aller faire des vols par effraction au cours de l'après-midi. Un de ces derniers a proposé aller voler chez la grand-mère du sujet et ajoute, à la blague, qu'ils pourraient l'assassiner. Le groupe (5) se dirige vers la maison de la victime tout en continuant à discuter de leur plan et en défiant monsieur D de tuer sa grand-mère. Les complices vont jusqu'à gager 3 plans de marijuana avec le sujet s'il arrive à tuer sa grand-mère. Monsieur D prend cette gagure au sérieux. Le groupe passe chez le sujet et trois de ces derniers, dont le sujet, prennent un couteau et entrent dans la maison de la victime qui habite à côté. Les deux autres complices demeurent à l'extérieur. Monsieur D se retrouve seul devant sa grand-mère et lui donne un premier coup de couteau pour ensuite l'asséner de plusieurs coups; 47 au total. Le sujet se fera arrêter quelques jours plus tard.

Monsieur D parle d'une grande colère, d'une rage qui l'a envahit suite au premier coup donné à la victime. Il dit s'être retrouvé comme dans un état second. Aucun élément délirant n'a été nommé en lien au passage à l'acte. Monsieur D n'avait pas une relation conflictuelle avec sa grand-mère. Il n'avait pas non plus de colère contre elle particulièrement, disait-il. Il l'avait volé à quelques reprises déjà. Cependant dans la compréhension dynamique du passage à l'acte, l'expertise psychiatrique fait référence à une charge de colère importante provenant des carences affectives précoces. L'intensité de colère au moment du geste posé peut se comprendre par cette colère refoulée qui est exprimée de façon inconsciente par rapport à la figure symbolique représentant le père, c'est-à-dire la mère du père.

Les diagnostics retenus sont : trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité; trouble de la conduite d'intensité sévère avec début dans l'enfance; dépendance au cannabis et traits de personnalité antisociale et narcissique (DSM-IV).

Discussion

D'un point de vue épidémiologique il n'existe pas, à notre connaissance, d'informations quantitatives publiées sur l'avitolicide. Rappelons qu'il s'agit d'un phénomène très rare. Ceci explique très certainement l'absence d'études épidémiologiques.

La littérature rapporte donc principalement des histoires de cas; nous avons retrouvé 36 cas publiés, dont 30 cas d'avitolicides réussis, 3 tentatives d'avitolicides, 2 gestes violents envers les grands-parents et 1 cas d'idéation homicide (voir l'annexe 1). Très peu d'articles traitent spécifiquement de la question de l'avitolicide; en général, les cas recensés sont mentionnés dans le cadre d'études d'autres problématiques : études des parricides (Campion et coll., 1985; Ewing, 1990; Heide, 1992; Newhill, 1991; Zagury et Millaud, 1998); meurtres ou troubles de conduites chez les adolescents (Adam et Livingston, 1987; Easson, 1960; Heide, 1999; Smith, 1965), syndromes cliniques rares, en particulier le syndrome de Capgras (Casu, Cascella et Maggini, 1994; Silva et coll., 1999), un cas de vampirisme (Jaffe, Tschopp et Dicataldo, 1992) ou des questions générales liées à la santé mentale (problèmes de la stigmatisation des malades mentaux (Mayer et Barry, 1992)). Compte tenu de la grande difficulté que cela occasionne pour repérer ces cas, il est bien entendu possible que notre revue de la littérature soit incomplète.

D'un point de vue socio-démographique et criminologique, on peut repérer les éléments suivants :

- Le sexe des agresseurs : dans les quatre vignettes à l'étude, les agresseurs sont des hommes. L'ensemble des 36 cas répertoriés dans la littérature nous indique une claire majorité masculine (92%). On retrouve également cette prédominance du sexe masculin chez les agresseurs parmi les autres homicides intrafamiliaux (parricide, fratricide, uxoricide, etc.), à l'exception cependant des passages à l'acte filicides (Fedorowycz, 2001).

- L'âge des agresseurs se situe entre 15 et 32 ans, ce qui correspond à ce qu'on retrouve dans la littérature (entre 13 et 33 ans). La majorité des agresseurs sont âgés de 18 ans et plus (57%); c'est le cas de 3 de nos sujets sur 4.

- Le lieu de l'agression est en général le domicile des grands-parents. C'est le cas des 4 sujets de notre étude. C'est aussi ce qu'indique la littérature.

- Les moyens utilisés sont le couteau ou une absence d'arme (coups de poing, défenestration). C'est ce que semble indiquer aussi la littérature, soit l'utilisation d'arme blanche ou l'absence d'arme. Cependant, on doit noter que

les adolescents peuvent, et ce sont les seuls, utiliser une arme à feu et que dans ce contexte il y a habituellement plus d'une victime.

- Les victimes : les grand-mères ont été à chaque fois victimes de l'agression dans nos cas cliniques, mais on doit souligner que dans les deux cas où le grand-père était vivant, celui-ci a aussi été agressé. Les données de la littérature vont également dans ce sens puisque c'est la grand-mère qui a été assassinée ou victime de tentative de meurtre dans la majorité des cas (72%). Bornstein et coll. (1985) croient que les agressions plus fréquentes envers les grands-mères s'expliquent en grande partie par le fait qu'elles vivent seules et plus longtemps que les hommes.

- On observe également dans nos cas cliniques qu'il y a plus d'une victime trois fois sur quatre. Les sujets A et C ont agressé également les grands-pères et le sujet B a agressé son père. C'est une observation qui est aussi mentionnée dans la littérature à quelques reprises , les victimes étant soit d'autres membres de la famille ou des personnes étrangères à la famille (Adam et Livingston, 1987; Ewing, 1990; Heide, 1999; Mayer et Barry, 1992; Nakatami et Fujimori, 1991; Zagury et Millaud, 1998). On retrouve également deux autres cas dans la littérature où il y a eu récidive homicide (Casu, Cascella et Maggini, 1994; Cheney, 1976); dans notre échantillon, le sujet B avait tué sa mère 5 ans

auparavant. Bien sûr, les petits nombres de sujets ne peuvent permettre de dire s'il y a des tendances criminologiques qui se dégagent de ces observations.

Sur le plan psychiatrique, on doit différencier les trois adultes de l'adolescent. En effet, les trois adultes souffrent d'une maladie mentale appartenant au registre de la psychose (schizophrénie, trouble schizo-affectif) alors qu'aucun élément de type psychotique n'est retenu chez l'adolescent. Ce dernier se situe plus dans un registre de troubles des conduites, traits de personnalité pathologique et trouble de l'attention. Les éléments psychodynamiques prennent donc certainement une place beaucoup plus importante chez ce sujet. En ce qui concerne le sujet C, il souffre de façon spécifique d'un syndrome de Capgras. Le père était tout d'abord perçu comme un imposteur, mais la mort naturelle du père a précédé le délit. La grand-mère paternelle et le grand-père sont par la suite identifiés à leur tour comme des imposteurs et c'est un des éléments clés du passage à l'acte, même s'il n'est pas le seul; on repère en effet des facteurs externes qui peuvent être considérés comme des déclencheurs importants, en particulier la demande du grand-père de partir de la maison. Dans la littérature, on retrouve sensiblement les mêmes constatations pour les sujets adultes, à savoir la présence d'une maladie mentale sévère, en particulier une schizophrénie. L'information est rarement disponible en ce qui concerne les adolescents.

Dans les cas cliniques présentés, on peut également repérer certains facteurs de risque qui sont par ailleurs souvent identifiés dans la littérature comme des facteurs de risque de violence. Ainsi, tous nos sujets ont abusé d'alcool ou de drogues à partir de l'adolescence; on doit cependant souligner qu'il n'y a pas d'état d'intoxication au moment du délit pour deux des quatre sujets. Ils ont des antécédents de comportement violent au sein de la famille : le sujet B a tué sa mère et a eu des comportements violents chez les parents. Les sujets A et D ont également eu des comportements violents chez les parents. On note aussi des comportements délinquants chez les sujets C et D. Ainsi, on peut penser que la présence de comportement violent au sein de la famille, on l'observe dans notre étude en particulier avec les parents, peut certainement être considérée comme un facteur de risque pour les grands-parents.

De façon générale, les sujets ont vécu dans un climat familial conflictuel dès l'enfance (parents séparés, violence conjugale). Ils ont subi certaines formes de violence de la part des parents, violence psychologique ou physique. On observe en particulier un déséquilibre dans les couples parentaux; un des parents est autoritaire, contrôlant, parfois violent physiquement alors que l'autre est absent, effacé, instable. Dans le cas du sujet A, l'instabilité et l'absence des parents a laissé place à la substitution du rôle parental par le couple de grands-parents. Il semble que le déséquilibre se situe alors dans la différence entre des parents absents, instables et des grands-parents qui sont contrôlants et violents sur le

plan psychologique. Les modèles parentaux semblent donc déficients; les carences relationnelles, affectives, l'instabilité sont déjà bien installées lorsque les sujets deviennent adultes. On peut cependant repérer dès l'enfance des difficultés de comportement et des difficultés scolaires. On constate également, et cela est certainement en rapport avec les éléments que nous venons de mentionner, la « carence parentale » que les trois sujets adultes ont vécu chez leurs grands-parents pendant une période de leur vie.

Sur le plan psychodynamique quelques hypothèses peuvent être soulignées. Il est cependant difficile d'argumenter de façon solide ces hypothèses, compte tenu de la faible capacité de mentalisation dont ces patients ont fait preuve par la suite dans les traitements et donc du peu de matériel accessible. Bien sûr, on peut penser à un phénomène de déplacement de l'agressivité des parents vers les grands-parents, tel que le mentionnent déjà Borsntein et coll. en 1984. Certaines dimensions de compétition d'autorité entre la mère et la grand-mère en particulier seraient des facteurs à considérer dans l'apparition de la psychopathologie chez l'enfant (Chouchena, Soulé et Noël, 1995). On retrouve probablement cet élément chez le sujet A. Chez les trois sujets adultes, les grands-parents, la grand-mère en particulier, ont joué le rôle de substitut parental de façon réelle ou symbolique. Les grands-parents peuvent être perçus comme l'ultime recours face à la désorganisation du milieu familial, mais en même temps deviennent l'enjeu de toutes les projections et de toutes les

attentes (Porot, Couadou et Petit, 1969). Il est donc globalement difficile d'identifier des facteurs psychodynamiques particuliers à ce type d'homicide. On peut certainement se référer aux éléments psychodynamiques généraux concernant les passages à l'acte homicides. On peut cependant remarquer un élément particulier dans nos vignettes cliniques : dans tous les cas, la cible première n'était pas la grand-mère, même si celle-ci a été agressée. Le sujet A a d'abord attaqué le conjoint de la grand-mère et c'est lorsqu'elle a appelé les services d'urgence qu'il l'a agressée. Le sujet B a d'abord attaqué son père et sa grand-mère n'a été victime que lorsqu'elle a tenté d'intervenir. Le sujet C a attaqué d'abord son grand-père et sa grand-mère n'a été agressée que lorsqu'elle a également voulu aider son conjoint. C'est la seule constante que l'on retrouve chez les sujets adultes dans la phase post-délictuelle : ils soulignent avec insistance leur attachement à la grand-mère et le regret de leur geste. C'est clairement la personne qui était la plus significative sur le plan affectif et sur le plan du soutien. On peut également observer que les cibles premières d'agression étaient les figures masculines; on pourra faire certains liens avec des sujets qui sont en difficulté face à une absence de cadre ou en conflit avec l'autorité. Le sujet D, adolescent sans pathologie psychotique, témoignait clairement d'un conflit ouvert avec le père et a donné beaucoup de matériel clinique en faveur d'un déplacement de l'agressivité contre le père vers la grand-mère, après le délit.

Avitolicide et parricide : Les cas cliniques rapportés et ceux de la littérature indiquent une grande ressemblance entre le sous-groupe des avitolicides et celui des parricides. Comme pour les parricides, on retrouve également le même profil clinique en ce qui concerne les facteurs de risque et les perturbations de l'état mental (voir Millaud, Auclair et Meunier, 1996). Seules certaines considérations psychodynamiques nous semblent devoir être prises en compte dans la différence de ces deux sous-groupes.

Conclusion

L'avitolicide est un geste extrêmement rare. Il ne semble pas devoir être identifié de façon séparée des parricides d'après les données cliniques que nous avons pu obtenir et d'après les informations de la littérature. Seule la constitution d'un groupe suffisamment important pourrait nous permettre de recueillir de l'information systématique sur les cas de parricides et d'avitolicides afin d'effectuer des analyses en vue de l'identification d'éventuels facteurs spécifiques.

Annexe 1.Caractéristiques des agresseurs et des victimes.

Auteurs	Sexe des agresseurs	Âge des agresseurs	Diagnostic des agresseurs	Moyens employés	Relation avec les victimes	Particularités
Easson (1960) *	Homme	14	•	Bâton de golf, couteau et feu	Grand-mère maternelle	•
Smith (1965)	Homme	13	•	Ciseau	Grand-mère	Avant l'altercation, sa grand-mère lui a rappelé ses origines bâtardes
Petit, Petit et Champeix (1967) (en discussion)	Homme	adolescent	Aucun diagnostic décelable	•	Grand-mère	•
Porot et coll. (1969)	Homme	14	Schizophrénie en début d'évolution clinique	Hachoir	Grand-mère maternelle	•
Cheney (1976)	Homme	15	•	Couteau et arme à feu	Grand-mère et grand-père paternelle	A tué plusieurs autres personnes y compris sa mère (5 ans après)
Gillies (1976)	Homme	•	•	•	Grand-mère	•
Idem	Homme	•	•	•	Grand-mère	•
Idem	Homme	•	•	•	Grand-mère	•
Bénézech et Addad (1982)	Femme	27	Schizophrénie paranoïde	•	Grand-mère	•
Pfeffer (1982) **	Homme	10	•	Coups	Grand-père	Attaque souvent son grand-père
Lewis et al. (1983) ***	Homme	9	•	•	Grand-mère	Idéation homicide envers père et mère aussi
Borstein et coll., (1984)	Homme	17	Schizophrénie latente	Strangulation	Grand-mère maternelle	Altercation au sujet des parents, demande monétaire
Idem *	Homme	21	Psychose de caractère	Couteau	Grand-mère	•
Idem	Homme	26	Psychopathie sur névrose de caractère	Couteau	Grand-mère paternelle	Vol par effraction
Idem	Homme	26	Syndrome psychotique avec automatisme mental	Couteau	Grand-mère maternelle	Idée euthanasique envers elle, syndrome d'influence et télépathie
Annaseril et Holcomb, 1985	Homme	•	•	•	•	•
Bornstein et coll., 1985	Homme	24	Trouble de personnalité anti-sociale	Strangulation	Grand-mère paternelle	Voulait qu'elle signe une reconnaissance de dette

Suite de l'annexe 1. Caractéristiques des agresseurs et des victimes.

Idem	Homme	•	•	•	•	•
Campion et coll. (1985)	Homme	21	Schizophrénie	Couteau	Grand-mère maternelle	Élevé par ses grands-parents, a aussi tué sa mère, sodomise sa tante après les meurtres
Adam et Livingston (1987)	Homme	14	•	Arme à feu	Grand-père	A aussi tué sa mère et sa sœur
Ewing (1990)	Homme	16	•	Arme à feu	Grand-mère	A aussi tué son frère et son beau-père
Nakatani et Fujimori (1991)	Homme	27	Schizophrènie hébéphréno-catatonique	Couteau	Grand-père	Il a tué un policier par la suite, croyait que son père était Satan, délire religieux
Idem	Homme	33	Schizophrène catatonique	•	Grand-mère	Délire de persécution
Heide (1992)	Homme	•	•	•	Grand-père	Il le tue à la demande de sa mère
Mayer et Barry (1992)	Homme	•	Schizophrénie?	•	Grand-mère et grand-père	A aussi tué des voisins
Newhill (1992)	Homme	24	Schizophrénie paranoïde	Couteau	Grand-mère	Elle est intervenue pour aider ses parents
Casu et coll., 1994 *	Homme	22	Syndrome de Capgras	Couteau et marteau	Grand-mère maternelle	A tué sa conjointe par la suite
Jaffe et coll. (1994)	Homme	22	Schizophrénie paranoïde, trouble de personnalité limite	Arme à feu	Grand-mère	Croyait qu'elle voulait mourir, vampirisme
Nestor et coll. 1995	Homme	32.5 (moy.)	Non coupable pour cause d'aliénation mentale(NGRI)	•	•	•
Idem	Homme	32.5 (moy.)	Non coupable pour cause d'aliénation mentale(NGRI)	•	•	•
Journal de Montréal (1995)	Femme	18	•	Couteau	Grand-père	•
Journal de Montréal (1997)	Homme	14	•	Arme à feu	Grand-mère	A aussi tué ses parents, on lui avait interdit d'aller sur la patinoire
Zagury et Millaud, 1998	Homme	vingtaine	Mode d'entrée dans la schizophrénie	Couteau	Grand-mère paternelle	A aussi tué son père

Suite de l'annexe 1. Caractéristiques des agresseurs et des victimes.

Journal de Montréal (1999)	Homme	19	•	Couteau	Grand-mère	A aussi tué son arrière grand-mère, vol, aide de son amie
Heide (1999)	Homme	15	•	•	Grand-père et grand-mère	A aussi tué ses parents et sa sœur
Silva et coll. (1999) **	Femme	24	Trouble schizo-affectif, Syndrome de Capgras	Coups	Grand-mère maternelle	A aussi attaqué sa mère

* Tentative d'avitolicide
** Geste violent
*** Idéation homicide

Bibliographie

Adam, B. S. et Livingston, R. (1987). Homicidal behavior. In A. Kazdin (Eds.), *Conduct disorders in children and adolescents*. Newbury Park (Ca): SAGE Publications.

Annaseril, A. E. et Holcomb, W. R. (1985). A comparison between men charged with domestic and nondomestic homicide. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 13, 233-241.

Bénézech, M. et Addad, M. (1982). L 'homicide des psychotiques en France. À propos d'une enquête portant sur cinq années (1977-1981). *Société médico-psychologique*, 140, 101-106.

Bornstein, S., Motte-Moitroux, J.-F. et Balette, M. (1984). À propos d'une forme rare de parricide : le meurtre de la grand-mère ou aviolicide*. La revue de gériatrie*, 9, 483-486.

Bornstein, S., Motte-Moitroux, J.-F., Lormeau, Y., Vacola, G. et Gayda, M. (1985). À propos d'un nouveau cas d'aviolicide. *Société médico-psychologique*, 141, 391-394.

Campion, J., Cravens, J. M., Rotholc, A., Weinstein, H. C., Covan, F. et Alpert, M. (1985). A study of matricidal men. *American Journal of Psychiatry*, 142, 312-317.

Casu, G., Cascella, N. et Maggini, C. (1994). Homicide in Capgras' syndrome. *Psychopathology*, 27, 281-284.

Cheney, M. (1976). *The co-ed killer : a study of the murders, mutilations, and matricide of Edmund Kemper III*. New York (NY) : Walker & Co., 222 p.

Chouchena, O., Soulé, M. et Noël, J. (1995). Les grands-parents dans la dynamique normale ou pathologique des enfants. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici, R. Diatkine et M. Soulé (Eds.), Vol. IV, Presses universitaires de France : Paris.

Easson, W. M. et Steinhilber, R. M. (1960). Murderous agression by children and adolescents. Archives of General Psychiatry, 4, 27-35.

Ewing, C. P. (1990). *Kids who kill*. Lexington (Massachusetts): Lexington Books.

Fedorowycz, O. (2001). L'homicide au Canada – 2000. *Juristat* 21 : 1-19.

Gillies, H. (1976). Homicide in the West of Scotland. *British Journal of Psychiatry*, 128, 105-127.

Heide, K. M. (1992). *Why kids kill parents: Child abuse and adolescent homicide*. Columbus: OHIO Sate University Press.

Heide. K. M. (1999). Youth homicide. In *Studying and preventing homicide: Issues and challenges*, M. D. Smith and M. A. Zahn (Eds.), Thousand Oaks: SAGE Publications, pp. 175-196.

Jaffe, P. D., Tschopp, C. et Dicataldo, F. (1994). Expertise d'un vampire : mythologie et psychopathologie. *Bulletin de psychologie*, 57, 349-356.

Journal de Montréal (1995). Elle tue son grand-père et la justice l'acquitte. édition du mercredi, 19 juillet, p. 28.

Journal de Montréal (1997). Puni, il tue ses parents et sa grand-mère. Édition du lundi, 17 novembre, p. 28.

Journal de Montréal (1999). Un ado tue ses aïeules pour 740$. Mercredi 29 décembre, p. 31.

Lewis, D. O., Sahnok, S. S., Grant, M. et Ritvo, E. (1983). Homicidally aggressive young children : neuropsychiatric and experimental correlates. *American Journal of psychiatry*, 140, 148-153.

Mayer, A. et Barry, D. D. (1992). Working with the media to destigmatize mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 77-78.

Nakatani, Y. et Fujimori, H. (1991). Réflexions sur un traitement des schizophrènes meurtriers. *L'évolution psychiatrique*, 56, 769-783.

Millaud, F., Auclair, N. et Meunier, D. (1996). Parricide and mental illness : a study of 12 cases. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 173-182.

Nestor, P. G., Haycock, J., Doiron, S., Kelly, J., and Kelly, D. (1995). Lethal violence and psychosis : A clinical profile. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 23, 331-341.

Newhill, C. (1992). Parricide. *Journal of Family Violence*, 6, 375-394.

Petit, G., Petit, G. et Champeix, J. (1967). Parricide réalisé par un adolescent avec suicide secondaire (à propos d'une observation). *Annales de médecine légale*, 47, 685-690.

Pfeffer, C. R. (1982). Acute psychiatric hospital treatment of assaultive and homicidal children. In The human side of homicide, B. L. Danto, J. Bruhns et A. H. Kutscher (Eds.), New York: Columbia Press University, 175-198.

Porot, M., Couadau, A. et Petit, G. (1969). Réflexions sur le parricide. *Annales de Neuro-psychiatrie de Clermont*, 21-27.

Silva, J. A., Leong, G. B., Doleshal, B. et Medina, R. (1999). Delusional misidentification and aggression in women. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 20, 39-52.

Smith, S. (1965). The adolescent murder : a psychodynamic interpretation. *Archives of General Psychiatry*, 13, 310-319.

Zagury, D. et Millaud, F. (1998). Le passage à l'acte parricide psychotique. In Le passage à l'acte : Aspects cliniques et psychodynamiques. Masson : Paris, p. 119-134.