

Étude des homicides intrafamiliaux commis par des personnes souffrant d'un trouble mental.

Écrit par S. Léveillé, J. Lefebvre
Réalisée par David Guilmette
Mise en forme par Justin Sirois-Marcil

Référence complète de l'étude

Léveillé, S. & Lefebvre, J. (2008). *Étude des homicides intrafamiliaux commis par des personnes souffrant d'un trouble mental*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/Rapport-homicides_intrafamiliaux.pdf

Préliminaire et cadre théorique

L'objectif principal du mandat confié a été de répertorier (sur une période de 10 ans, 1997-2007) les homicides familiaux commis sur le territoire de la province de Québec par des personnes souffrant d'un trouble mental et de dégager certaines caractéristiques, telles que les soins de santé et les services juridiques reçus par ces personnes.

Selon des études consultées, il y a un lien significatif entre la présence d'un trouble mental grave et la violence (Fazel, & Grann, 2004; Shanda, & al., 2004). Pour leur part, Schanda et al. (2004) indiquent qu'entre 10,9% et 12,6% des individus atteints de schizophrénie ont commis un délit grave (homicides tous types confondus) et 20,6% des individus étaient atteints d'un trouble dépressif majeur. De plus, il y a augmentation des pourcentages quand il y a comorbidité d'un trouble mental grave et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues. Les chercheurs en viennent à la conclusion qu'un sous-groupe d'individus atteints d'un trouble mental grave seraient à risque de commettre des gestes de violence extrême. Dans la majorité des études, la notion de trouble mental grave réfère au trouble psychotique (tel que la schizophrénie) ou au trouble de l'humeur (avec caractéristiques psychotiques ou le trouble bipolaire).

Il existe différents types d'homicides familiaux, tels que le filicide, le familicide, le parricide et l'homicide conjugal. Dans la littérature, ces termes sont utilisés autant pour désigner le passage à l'acte que l'individu qui le commet. D'une part, selon Carloni et Nobili (1977), le filicide signifie l'homicide d'un ou de plusieurs enfants par l'un ou les deux parents. Pour leur part, Dubé (1998) et Wilczynski (1993) utilisent la définition du filicide suivante, c'est-à-dire l'homicide d'un enfant âgé entre 0 et 18 ans par son père ou sa mère. De plus, selon Wilson, Daly et Daniele (1995), le familicide est l'homicide du (de la) conjoint(e) et d'au moins un enfant. D'autre part, Weisman et Sharma (1997) et Marleau, Millaud et Auclair (2003) définissent le parricide comme étant l'homicide du père, de la mère ou des deux parents commis par l'enfant (adulte ou adolescent). Enfin, pour ce qui est de l'homicide conjugal, les chercheurs (Lefebvre, 2006; Martins Borges, & Léveillé, 2005) utilisent le terme uxoricide pour définir l'homicide conjugal commis par un homme. Tandis que selon Frigon (2003) et Frigon et Viau (2000), il n'y a aucun terme spécifique pour définir l'homicide conjugal commis par une femme. Les auteurs mentionnent que le terme maricide peut être utilisé dans ces cas. Les termes *utilisés* tout au long de ce rapport sont le **filicide** (l'homicide d'un enfant âgé entre 0 et 18

ans par un ou les deux parents), le **familicide** (l'homicide d'un ou des enfant(s) et du(de la) conjoint(e)), le **parricide** (l'homicide du père, de la mère ou les deux par son enfant-adulte) et l'**homicide conjugal** (l'homicide du(de la) conjoint(e) par son(sa) conjoint(e)).

Le nombre d'homicides familiaux varie considérablement d'un pays à l'autre (Eisner, 2003). Toutefois, les homicides commis dans la famille représentent une proportion assez stable de l'ensemble des homicides résolus au cours des dernières années et ce, au Canada, en Europe et en Australie. Ce pourcentage oscille entre 30 et 40% (Eisner, 2003; Fedorowyz, 2001). Au Canada, en 2005, les homicides résolus les plus fréquents sont le filicide (6%), le parricide (4%) et l'homicide conjugal (18%). Parmi les homicides familiaux, le filicide, le parricide et l'homicide conjugal représentent respectivement 17%, 12% et 53%. De plus, en 2005, il y a eu 658 homicides au Canada et 15% (100) ont été commis sur le territoire de la province de Québec (tous types d'homicides confondus) (Dauvergne, & Li, 2006). Plus spécifiquement, selon les données de Statistique Canada (données non publiées, 2007), il y a eu 21 homicides familiaux au Québec en 2005, soit 3 filicides, 0 familicide, 6 parricides et 12 homicides conjugaux.

Études portant sur le filicide

Au cours des quatre dernières années, environ 60% des filicides ont été commis par un homme et 40% par une femme (Dauvergne, 2003, 2004, 2005; Dauvergne, & Li, 2006). Le filicide est commis plus fréquemment par des individus âgés entre 25 et 35 ans, ayant une situation d'emploi instable et peu spécialisée au moment du délit (Abel, 1986; Champion, Cravens, & Covan, 1988; Goetting, 1990; Greenland, 1986; Marleau, Poulin, Webanck, Roy, & Laporte, 1999; Resnick, 1969).

Dans la littérature, les chercheurs indiquent qu'il y a des différences entre les hommes et les femmes qui ont fait un filicide quant aux variables reliées aux troubles mentaux et à la criminalité (antécédents criminels). Dans son étude effectuée en Angleterre, Wilczynski (1993, 1997) indique que 50% des filicides (autant les hommes que les femmes) ont été traités en psychiatrie après le filicide. L'auteur mentionne que les femmes présentent plus fréquemment un diagnostic psychiatrique (trouble mental), tandis que les hommes présentent plus souvent un trouble de la personnalité et des antécédents criminels. Des résultats semblables sont trouvés dans les études effectuées au Québec (Marleau, Poulin, & Laporte, 2001; Léveillé, Marleau, & Dubé, 2007). Léveillé et al. (2007) mentionnent que, dans leur échantillon composé de dossiers du Bureau du Coroner en chef de Québec, aucune femme filicide ne présentait des antécédents criminels et 19% des hommes filicides présentaient ce type d'antécédents.

Il y a davantage d'études portant sur les hommes filicides que sur les femmes. Dans une étude effectuée aux États-Unis, Champion et al. (1988) indiquent, qu'au moment du crime, 58% des hommes filicides de leur échantillon présentaient un état d'intoxication à diverses substances (alcool, drogue) ou un trouble psychotique induit ou exacerbé par des substances. Pour leur part, Marleau et al. (1999) mentionnent que sur dix hommes filicides hospitalisés en psychiatrie (hôpital sécuritaire au Québec), un seul présentait un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles de l'humeur et le trouble de la personnalité borderline. Toutefois, ces auteurs soulignent la présence de symptômes psychotiques chez quatre hommes au moment du passage à l'acte.

Selon Bourget, Grace et Whitehurst (2007), les points communs à tous les filicides (hommes et femmes) sont la présence d'événements stressants dans la vie de la personne, tels que des problèmes financiers, l'isolement social et le manque de soutien social, et une histoire d'abus dans leur passé. Les hommes filicides présentent plus souvent une histoire de violence contre leur enfant et une proportion plus grande de suicide suite à l'homicide, tandis que les femmes présentent plus souvent un diagnostic psychiatrique. Les chercheurs soulèvent l'importance de mieux évaluer les problèmes de santé mentale de ces personnes.

Le familicide est un sous-type d'homicide familial qui regroupe le filicide et l'homicide conjugal. La définition privilégiée est une personne (majoritairement un homme) qui tue sa conjointe et son ou ses

enfants et qui, dans la majorité des cas, se suicide par la suite. Ce type d'homicide familial est souvent classé autant dans la catégorie des filicides ou des homicides conjugaux. Selon Léveillé, Marleau et Lefebvre (2007), le familicide se distingue toutefois des deux autres types d'homicides et s'apparente à un suicide élargi. Ainsi, au Québec, dans la période de 1986 à 2000, il y a eu 11 hommes sur 16 qui avaient commis un familicide qui se sont suicidés. La perte serait un des éléments clés qui semble présent pour la quasi-totalité de ces passages à l'acte. Il y a, d'une part, la perte de la conjointe (rupture amoureuse) et, d'autre part, la perte sociale (faillite). Ces individus n'étaient pas criminalisés et en majorité, ils ne consultaient pas des intervenants en santé mentale.

Études portant sur le parricide

La presque totalité des parricides, soit neuf sur dix, sont commis par des hommes (Bénézech, 1992; Daly, & Wilson, 1988; Hillbrand, Alexandre, Young, & Spitz, 1999; Zagury, & Millaud, 1998). Dans une étude effectuée au Québec, Marleau et al. (2003) mentionnent que les adultes parricides présentant un trouble psychotique de leur échantillon étaient sans emploi et que plus de la moitié d'entre eux vivaient au domicile de leurs parents.

La plupart des chercheurs font un lien entre le parricide et les troubles mentaux. La schizophrénie paranoïde semble être la pathologie la plus souvent diagnostiquée chez cette population. La prévalence est variable allant de 12% à 56% selon les études (Cravens, Campion, Rotholc, Covans, & Cravens, 1985 ; D'Orban, & O'Connor, 1989 ; McKnight, Mohr, Quinsey, & Erochko, 1966). Dans une étude effectuée en Angleterre, Baxter, Duggan, Larkin, Cordess et Page (2001) notent que les parricides présentent plus souvent une problématique liée à la schizophrénie comparativement aux individus ayant commis un homicide sur un étranger.

Dans une étude réalisée au Québec auprès de parricides psychotiques, Marleau et al. (2003) mentionnent que tous les individus de leur échantillon avaient des idées délirantes ou des hallucinations au moment de l'homicide. Les idées délirantes de persécution ont été également soulignées dans d'autres études chez les adultes parricide vus à l'hôpital psychiatrique (Baxter, & al., 2001; Green, 1981; D'Orban, & O'Connor, 1989; Singhal, & Dutta, 1992). De plus, selon la littérature, entre 11% et 19% des parricides présentent un trouble de la personnalité (Clark, 1993; Weisman, & Sharma, 1997). Plus spécifiquement, Marleau et al. (2003) soulignent que 28% de leurs participants avaient un trouble de la personnalité. Selon Bissonnette (2007), il y a différents sous-groupes à l'intérieur de cette population.

Pour ce qui est des antécédents criminels, selon quelques chercheurs, les parricides vus à l'hôpital psychiatrique et qui présentent un trouble psychotique ont dans 90% des cas une histoire de comportements violents et 70% ont déjà été arrêtés par la police. De plus, 88% des parricides avaient déjà fait des agressions contre le parent (Cravens, & al., 1985). Selon leur étude, Baxter et al. (2001) indiquent que 40% des parricides ont fait une tentative de meurtre sur la victime avant le drame. Au Québec, Marleau et al. (2003) vont dans le même sens puisqu'ils soulèvent la présence de menaces de mort envers la victime ou un autre membre de la famille dans 51% des cas et ce, dans les semaines précédant l'homicide. Ces chercheurs incluent toutefois les parricides complétés et les tentatives de parricides dans leur échantillon. Seul Heide (1993) indique que les parricides ont généralement peu d'antécédents de violence.

Études portant sur l'homicide conjugal

Selon Dauvergne et Li (2006), 3 homicides conjugaux sur 4 sont commis par des hommes. Selon les quelques études descriptives portant sur les homicides conjugaux commis par des hommes, les individus ont en moyenne 40 ans, un niveau d'éducation moins élevé que la population générale et la majorité d'entre eux occupaient un emploi stable au moment du délit (Dawson, & Gartner, 1998; Shackelford, Buss, & Peters, 2000). Pour leur part, Léveillé, Lefebvre, Galdin et Martins Borges (article soumis, 2007) soulignent que les femmes ayant commis un homicide conjugal ont en moyenne 41 ans et sont majoritairement en couple.

Selon les études réalisées au Québec par Martins Borges et Léveillé (2005) et par Léveillé et al. (article soumis, 2007), il y a des différences entre les hommes et les femmes qui font un homicide conjugal. Selon leurs résultats, autant les hommes que les femmes présentent certains symptômes dépressifs (sans que ce soit un trouble dépressif majeur), aucun individu ne présente de trouble dans le registre psychotique, **la majorité des hommes font le passage à l'acte suite à une rupture amoureuse, et plusieurs femmes réagissent par auto-défense**. Les chercheurs soulignent l'importance de poursuivre ces recherches car il y a peu d'études comparatives sur les hommes et les femmes qui ont commis un homicide conjugal.

Dans la plupart des études, les chercheurs indiquent que les homicides conjugaux sont majoritairement commis par des hommes. Dans une étude effectuée au Canada, Dutton et Kerry (1999) mentionnent que les hommes qui font un homicide conjugal présentent souvent des troubles de la personnalité, soit les troubles de la personnalité passive-agressive, évitante ou dépendante. Les chercheurs ajoutent **que ces hommes ont souvent commis l'homicide suite à une tentative de réconciliation ayant échoué ou à l'annonce d'une séparation de la part de la conjointe**. De plus, au Québec, Lefebvre (2006) mentionne que 43,4% des hommes qui ont commis un homicide conjugal ont un trouble de la personnalité (principalement un trouble de la personnalité borderline ou antisociale). Le chercheur ajoute que 35% de ces hommes présentent des antécédents criminels.

En résumé, selon les études consultées, d'une part, le parricide est un type d'homicide familial le plus souvent commis par un homme et le plus associé à la présence de trouble de santé mentale grave se situant dans le registre de la psychose. De plus, avant le délit, les individus avaient fait des menaces de mort ou avaient agressé leur parent. D'autre part, il y a des différences importantes entre les hommes et les femmes qui ont fait un filicide. Les hommes présentent plus souvent un trouble de la personnalité, de la violence contre leur enfant avant le délit et de la criminalité (antécédents criminels), tandis que les femmes présentent plus souvent un trouble psychiatrique. Quant aux individus qui font un familicide, ils consultent peu, ont peu d'antécédents criminels et la majorité d'entre eux se suicide suite au délit. Enfin, l'homicide conjugal est le type d'homicide le plus souvent commis par un homme et le moins associé à un trouble mental grave dans le registre de la psychose. Les chercheurs rapportent plutôt que certains troubles de la personnalité seraient associés à ce type d'homicide.

Méthodologie de l'étude

Description de la ou des méthodes utilisées

Pour répondre *aux objectifs*, les sources d'informations qui ont été consultées sont: les dossiers répertoriés au Bureau du Coroner en chef de Québec. Il s'agit de tous les dossiers des victimes d'un homicide familial commis dans la période déterminée de 10 ans (1997-2007). Dans ces dossiers colligés par un Coroner, il y a des extraits (parfois des rapports complets) de rapports psychiatriques, les enquêtes des policiers et le rapport médico-légal du pathologiste judiciaire. *Les auteurs ont aussi consulté des dossiers psychiatriques à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal; cet hôpital étant le principal au Québec à recevoir en évaluation de la dangerosité et en traitement les personnes reconnues non criminellement responsables en raison de trouble mental grave et qui ont commis un délit grave, tel que l'homicide dans la famille.* *Les auteurs ont aussi eu accès aux données de Statistique Canada (données non publiées, 2007).* Les plumitifs criminels ont été consultés afin de déterminer les antécédents criminels. De plus, les personnes suivantes ont été consultées : Madame Anny Sauvageau (pathologiste judiciaire au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale de Montréal), Madame Louise Nolet (Coroner en chef au Bureau du Coroner de Québec), Monsieur Pierre-Hugues Boisvenu (président de l'Association des familles et personnes assassinées ou disparues, AFPAD), Madame Doris Provencher (coordonnatrice de l'Association des groupes de défense des droits en santé mentale du Québec, AGIDD-SMQ), Madame Hélène Fradet (Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, FFAPAMM), Madame Odette Beaudoin (Société québécoise de schizophrénie, SQS) et Monsieur Luc Vigneault (Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale, APUR).

Principaux résultats

Cette recherche a permis de répertorier tous les homicides (parricides, filicides et homicides conjugaux) commis dans la famille et ce, sur une période de 10 ans (de 1997 à 2007); et aussi de dresser un portrait des personnes qui commettent un homicide dans la famille et qui souffrent d'un trouble mental. *Les auteurs ont* répertorié 268 personnes qui ont commis un homicide dans la famille (tous types confondus) au Québec et ce, dans la période déterminée de 10 ans (1997 à 2007). Il y a 33 parricides (30 hommes, 3 femmes), 68 filicides (40 hommes, 28 femmes), 11 familicides (10 hommes, 1 femme) et 156 homicides conjugaux (139 hommes, 17 femmes). Voici les pourcentages d'individus reconnus non criminellement responsables en raison de trouble mental et ce, par type d'homicide : 14 (46,6%) hommes parricides, 0 (0%) femme parricide, 4 (10,0%) hommes filicides, 10 (35,7%) femmes filicides, 0 (0%) homme familicide, 0 (0%) femme familicide, 3 (2,2%) hommes ayant commis un homicide conjugal et 2 (11,8%) femmes qui ont fait un homicide conjugal.

Les auteurs constatent que le pourcentage d'individus qui ont été reconnus non criminellement responsables en raison d'un trouble mental diffère selon le type d'homicide. Ainsi, il y a un pourcentage plus élevé de personnes souffrant d'un trouble mental qui ont commis un parricide (46,6% d'hommes et 0% de femmes), le pourcentage décroît pour le filicide, et ce pourcentage est plus élevé pour les femmes que pour les hommes (10,0% d'hommes et 35,7% de femmes) et enfin le pourcentage décroît encore pour l'homicide conjugal (2,2% d'hommes et 11,8% de femmes). Il y a un sous-groupe d'individus atteints d'un trouble mental grave et qui ont commis un homicide dans la famille et ce, à l'intérieur de chaque type d'homicide. Ainsi, la discussion est divisée en trois sections en fonction du type d'homicide.

Premièrement, il est à noter que le nombre de parricides est très différent selon le sexe des agresseurs (30 hommes et 3 femmes). Parmi ces hommes parricides, il y a 46,6% qui ont été reconnus non criminellement responsables en raison d'un trouble mental et 0% de femme. Les hommes parricides (57,1%) habitaient chez leurs parents ou étaient retournés vivre chez leurs parents au moment du délit. Nous sommes en présence d'un individu en détresse et aussi face à une famille entière qui démontre un besoin d'aide et de soutien. De plus, les troubles répertoriés sont les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur (avec ou sans caractéristiques psychotiques). Parmi les individus reconnus non criminellement responsables en raison de trouble mental, un pourcentage élevé ne prenait pas leur médication ou la prenait de manière irrégulière. De plus, 3 personnes n'avaient pas été diagnostiquées avant le délit. Étant donné que ces personnes n'avaient pas consulté en santé mentale avant le délit, elles ont été diagnostiquées (2 souffrant de schizophrénie et 1 de dépression psychotique) et ont reçu un traitement suite au parricide. Par ailleurs, le fait d'être reconnu non criminellement responsables en raison de trouble mental grave est le critère majeur pour distinguer les individus atteints d'une maladie mentale grave. Toutefois, il est à noter que certains individus qui présentaient des symptômes reliés à un trouble mental ont reçu une sentence de prison fédérale. En fait, il y a 25% de ces hommes qui avaient reçu un diagnostic psychiatrique. La notion d'intensité est à prendre en considération. Certaines personnes atteintes d'un trouble mental étaient en mesure de bien discerner la réalité lors du passage à l'acte (être criminellement responsable). Toutefois, certains symptômes étaient présents, tels que des symptômes de psychose ou de dépression majeure. Enfin, 35,7% (5 sur 14) des hommes parricides reconnus non criminellement responsables en raison de trouble mental, 25% (4 sur 16) des hommes criminellement responsables et 100% (3 sur 3) des femmes parricides criminellement responsables avaient des antécédents criminels. Il y a des hommes et des femmes parricides qui ont fait des passages à l'acte violents contre leurs parents; ces gestes n'ont pas été judiciairisés avant l'homicide.

Deuxièmement, il y a plus de femmes filicides (35,7%) qui ont été reconnues non criminellement responsables en raison de trouble mental en comparaison aux hommes (10,0%). De plus, tel qu'évoqué en introduction, les femmes filicides ont plus souvent recours à des services psychiatriques que les hommes, tandis que les hommes ont plus fréquemment des antécédents criminels. Les

troubles répertoriés sont surtout les troubles de l'humeur (avec ou sans caractéristiques psychotiques), un seul homme qui a tué sa fille avait un diagnostic de schizophrénie et une seule femme avait un diagnostic de trouble schizo-affectif. Un pourcentage élevé de femmes reconnues non criminellement responsables en raison de trouble mental ne prenaient pas leur médication au moment du délit. De plus, notons le taux de suicide (filicides suicides) élevé chez les hommes, ainsi que la présence d'une séparation conjugale peu de temps avant le délit. Cet élément indique un haut niveau de détresse psychologique sans que ces personnes n'aient consulté un intervenant social ou en santé mentale. Pour ce qui est du familicide, il y a 80% d'hommes qui se sont suicidés suite à l'homicide, un homme s'est suicidé en prison et enfin, la seule femme qui avait fait un familicide s'est suicidée suite au délit.

Pour ce qui est de l'homicide conjugal, il est à remarquer un nombre élevé d'individus qui en viennent à tuer leur conjoint(e) ainsi que le peu d'individus qui ont été reconnus non criminellement responsables en raison de trouble mental. Il y a 2,2% d'hommes et 11,8% de femmes qui ont été reconnus non criminellement responsables en raison d'un trouble mental. Il y a peu d'individus qui présentent un trouble mental toutefois, ils ont plus d'antécédents criminels. Ainsi, 23,5% des hommes avaient des antécédents criminels et 48,5% des hommes avaient fait de la violence contre leur conjointe sans que cette violence soit criminalisée (pas de plainte officielle ou retrait de celle-ci). Tandis que pour les femmes, 33,3% avaient des antécédents criminels et 6,7% avait fait de la violence non criminalisée contre leur conjoint (pas de plainte officielle ou retrait de celle-ci). Enfin, les éléments qui ressortent sont : la séparation conjugale, les traits ou le trouble de la personnalité, la violence non criminalisée et le peu d'individus qui consultent un intervenant social ou en santé mentale.

Les résultats de *cette* recherche s'avèrent essentiels à la compréhension de l'homicide familial au Québec, ainsi qu'une première étape visant à une prévention accrue de ce phénomène. Les questions que *les auteurs n'ont pas* été en mesure de répondre de manière précise sont : l'identification des lacunes dans les services de santé ou juridiques que recevait le prévenu ou sa famille au moment du délit, l'identification des situations où des recommandations par les intervenants qui ont été ignorées par les familles, par le prévenu, par le coroner et l'identification des tendances qui se dégagent de l'étude des cas.

Besoins identifiés

Recommandations : À partir des résultats, *les auteurs constatent* que les homicides les moins fréquents en nombre sont ceux qui sont commis par des personnes reconnues non criminellement responsables en raison de trouble mental (l'ordre est le suivant : parricide, filicide et homicide conjugal). Les troubles psychotiques sont fréquents et aussi les troubles de l'humeur. De plus, plusieurs individus qui présentaient un trouble mental ne suivaient pas leur traitement (médication) et enfin, un nombre élevé de personnes (spécifiquement les hommes parricides) habitaient ou étaient retournés habiter chez leurs parents au moment du délit. Ainsi, le niveau de détresse est important non seulement pour des individus mais pour des familles entières. *Les auteurs observent* aussi qu'il y a dans plusieurs cas de la violence (menaces de mort, voies de fait) commis sur les membres de la famille avant l'homicide et la difficulté des personnes à porter plainte. Il y a eu intervention des policiers dans plusieurs cas sans qu'une plainte formelle soit maintenue. Le niveau de détresse est particulièrement élevé et les gens n'osent pas porter une plainte contre un membre de leur propre famille, que ce soit contre son enfant, son parent ou son conjoint. *Les auteurs constatent* qu'il y a plus de criminalité (antécédents criminels) pour les délits les plus fréquents et chez des personnes qui n'ont pas été reconnues non criminellement responsables en raison de trouble mental (homicides conjugaux).

Les auteurs présentent sept recommandations divisées en cinq volets principaux : stratégie visant à informer les familles, stratégie visant à informer les intervenants, la mise en place d'un comité de travail, la poursuite de la recherche, stratégie visant les homicides familiaux les moins associés aux troubles mentaux graves.

Stratégie visant à informer les familles

1) Une première recommandation porte sur les informations à donner aux familles. Le développement d'un guide d'informations pour les familles qui ont dans leur entourage ou qui vivent avec un membre atteint d'un trouble mental et qui présentent des passages à l'acte violents (menaces verbales, assauts physiques). L'objectif de ce guide étant d'informer les gens non seulement sur la maladie mentale et aussi sur les comportements violents commis au sein de la famille; ainsi l'association des troubles mentaux et de la violence est visée de manière prioritaire. La collaboration avec les associations de familles et d'usagers en santé mentale étant primordiale dans l'élaboration de ce document.

2) La deuxième recommandation qui découle directement de la première est le développement (ou la poursuite pour les gens qui le font déjà) de partenariat plus serré entre les intervenants qui travaillent dans les associations de familles et d'usagers en santé mentale et les intervenants en santé mentale. Ce type de collaboration en partenariat pourrait permettre dans un premier temps, le transfert d'informations (autant sur la maladie mentale que sur les différentes actions à faire lorsqu'un membre de la famille fait des menaces verbales ou des assauts physiques). Dans un deuxième temps, de donner du soutien aux membres des familles (espace de paroles). Et enfin, d'assurer un suivi plus serré par l'observation de l'évolution de la maladie de la personne et des relations familiales. Ce type de partenariat apparaît majeur dans l'optique de la prévention (informations privilégiées données aux familles en détresse, continuité des soins, circulation d'informations).

Stratégie visant à informer les intervenants

3) Une troisième recommandation porte sur le développement de formations (sous forme d'atelier ou de formation continue) pour les intervenants en santé mentale. D'une part, l'accent mis sur l'échange d'informations est particulièrement important entre les intervenants qui travaillent en équipe multidisciplinaire (par exemple, l'échange d'informations entre les psychiatres et les différents intervenants sociaux, les psychologues). D'autre part, il apparaît important voire même nécessaire d'identifier un intervenant de l'équipe multidisciplinaire en santé mentale qui pourrait faire des visites à domicile de manière systématique. Les visites à domicile permettent l'observation d'indices de désorganisation psychotique chez la personne atteinte d'un trouble mental, et des rencontres avec les membres de la famille permettent d'avoir plus d'informations (pour l'intervention) sur les craintes et aussi sur les menaces vécues par ces derniers.

Mise en place d'un comité de travail sur les liens entre les troubles mentaux et la violence

4) Une quatrième recommandation qui s'impose est la formation d'un comité de travail composé d'une dizaine de personnes impliquées dans le domaine. *Les auteurs* suggèrent à l'Annexe 4 certaines personnes qui pourraient faire partie de ce comité. Les éléments majeurs qui pourraient être discutés selon une perspective multidisciplinaire dans ce comité sont: 1) l'implication des familles dans le traitement des individus qui présentent ces deux composantes (trouble mental et risque de violence envers des proches); 2) une réflexion supplémentaire sur la notion de partenariat (et le travail en équipe) des intervenants en santé mentale et des membres des regroupements ou d'associations; 3) une discussion portant sur la loi P-38 (protection des individus atteints de maladie mentale) pourrait aussi faire partie du travail ; pour l'instant, il apparaît prématuré de changer le libellé de cette loi, toutefois un approfondissement de la notion de danger immédiat vs imminent serait un aspect fort important à discuter dans ce comité.

Population cible

Personnes souffrant d'un trouble mental ayant commis un homicide intrafamilial.

Objectifs et hypothèses

Effectuer un inventaire des homicides intrafamiliaux reliés à un trouble mental commis au Québec depuis les dix (10) dernières années et les catégoriser selon le trouble mental; Établir, si possible, la

proportion de prévenus jugés non responsables de leur délit en raison de leur trouble mental; Établir, si possible, la proportion de ceux qui recevaient des soins au sein du groupe identifié; Établir, si possible, la nature des services de santé ou juridique que le prévenu recevait au moment du délit; Identifier, si possible, la proportion des individus qui avaient refusé les soins ou services offerts peu avant le délit; Déterminer, si possible, si l'aptitude à refuser les soins chez les prévenus était connue; Identifier, si possible, des lacunes dans les services de santé ou juridiques que recevait le prévenu ou sa famille au moment du délit; Identifier, si possible, les situations où des recommandations par les intervenants ont été ignorées par les familles, par le prévenus, par le coroner; Identifier, le cas échéant, les tendances qui se dégagent de l'étude des cas et recommander, lorsque pertinent, des pistes de solution pour réduire le taux d'homicide intrafamilial.

Mots-clés Aucun mot clé n'a été associé à cette fiche

Juillet, 2014