

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

FILICIDES FÉMININS : PORTRAIT ET COMPARAISONS SELON DES
CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, CRIMINOLOGIQUES ET
PSYCHOLOGIQUES

ESSAI DE 3e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
CATHERINE BEAULIEU

JUILLET 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D. Ps.)

Direction de recherche :

Suzanne Léveillée, Ph. D. directrice de recherche

Jury d'évaluation de l'essai :

Suzanne Léveillée, Ph. D. directrice de recherche

Daniela Wiethaeuper, Ph. D. évaluatrice interne

Joao Da Silva Guerreiro, Ph. D. évaluateur externe

Sommaire

L'homicide intrafamilial est un phénomène étudié entre autres à cause de son ampleur et ses conséquences, mais aussi pour mieux comprendre les enjeux psychologiques des auteurs de ce type d'homicide. Les mères qui ont commis l'homicide de leur(s) enfant(s) représentent une proportion de 45 %, par rapport aux pères, au Québec entre 1961 et 2011 (Dawson, 2015). Les objectifs de cette étude sont 1) d'établir un portrait des mères auteures d'un filicide, d'un néonaticide et d'un infanticide et de 2) réaliser des analyses statistiques comparatives pour déterminer s'il existe des différences significatives au niveau des variables sociodémographiques, criminologiques et psychologiques retenues. Les données utilisées proviennent de dossiers du Bureau du coroner en chef du Québec pour la période de 1997 à 2015. Les résultats indiquent entre autres que les mères auteures d'un néonaticide sont plus jeunes que les mères auteures d'un infanticide et d'un filicide. L'objet contondant est le moyen le plus utilisé par les mères auteures d'un filicide. Des symptômes dépressifs et psychotiques, des traits de la personnalité limite et narcissique sont plus présents chez ces dernières que pour les mères infanticides. Les analyses montrent une différence significative pour la dénonciation après le délit. Des différences significatives sont aussi observées, dans le cadre d'analyses statistiques exploratoires, pour d'autres variables. Pour finir, la présente étude a permis d'établir un portrait détaillé des trois groupes de mères, et à l'intérieur même de ceux-ci, ce qui peut ainsi avoir une retombée dans la pratique clinique, en plus de préciser la présence de différence significative pour certaines variables.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	4
Définitions et ampleur du phénomène	5
Compréhension théorique du filicide maternel.....	7
Passage à l'acte : mieux définir.....	7
Passage à l'acte filicide : mieux comprendre.....	10
Trames théoriques entourant le filicide, l'infanticide et le néonatocide.....	12
Études sur le filicide maternel.....	15
Caractéristiques sociodémographiques.....	15
Caractéristiques criminologiques.....	17
Caractéristiques psychologiques.....	21
Études sur l'infanticide	26
Études sur le néonatocide	26
Caractéristiques sociodémographiques.....	27
Caractéristiques criminologiques.....	30
Caractéristiques psychologiques.....	32
Études comparatives sur le filicide maternel, l'infanticide et le néonatocide	35
Pertinence et objectifs de l'étude.....	37

Méthode.....	40
Résultats	46
Portrait des mères auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide selon des caractéristiques sociodémographiques	48
Mères auteures d'un filicide	49
Mères auteures d'un infanticide	49
Mères auteures d'un néonaticide	49
Portrait des mères auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide selon des caractéristiques criminologiques	50
Mères auteures d'un filicide	50
Mères auteures d'un infanticide	51
Mères auteures d'un néonaticide	52
Portrait des mères auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide selon des caractéristiques psychologiques	53
Mères auteures d'un filicide	53
Mères auteures d'un infanticide	54
Mères auteures d'un néonaticide	54
Analyses statistiques comparatives.....	57
Analyses statistiques exploratoires	63
Discussion	66
Portrait des mères auteures d'un filicide	67
Portrait des mères auteures d'un infanticide.....	68
Portrait des mères auteures d'un néonaticide	69
Résultats des analyses statistiques comparatives	70

Résultats des analyses statistiques exploratoires	70
Résultats de l'étude et ceux de la littérature	72
Limites	78
Forces et contributions cliniques	79
Recommandations pour les études futures.....	82
Conclusion.....	83
Références	85

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques sociodémographiques des mères auteures d'un filicide et d'un infanticide	58
2	Caractéristiques criminologiques des mères auteures d'un filicide et d'un infanticide.....	60
3	Caractéristiques psychologiques des mères auteures d'un filicide et d'un infanticide	62

Remerciements

Premièrement, je souhaite exprimer ma reconnaissance et ma gratitude envers ma directrice de recherche, madame Suzanne Léveillée, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa grande disponibilité, ses judicieux conseils et la transmission de sa passion envers ce sujet de recherche. Merci de m'avoir également offert plusieurs occasions d'apprentissages tout au long de ma scolarité. Deuxièmement, je remercie ma famille et mes proches pour leur compréhension et leur énorme soutien au cours de ce processus doctoral menant à terme cet écrit doctoral. Un merci spécial à ma mère pour ses nombreux encouragements et sa confiance en moi m'ayant ainsi permis de me dépasser et d'atteindre mes objectifs ainsi qu'à Éric, pour le sentiment de fierté témoigné. Aussi, une pensée bien spéciale pour toi Louis-Philippe qui a su m'épauler durant cette étape importante. Finalement, un clin d'œil à mon comité d'évaluation pour leurs précieux commentaires et suggestions.

Introduction

Considérant que les homicides intrafamiliaux demeurent un phénomène d'actualité, plusieurs études sur ce sujet sont réalisées dans le domaine de la psychologie. Celles-ci ont entre autres pour but d'étudier les enjeux psychologiques des individus, hommes et femmes, qui commettent différents types d'homicides intrafamiliaux. Au Canada en 2014, 9,1 % des auteures présumées d'homicides intrafamiliaux sont des femmes (Ministère de la Sécurité publique, 2016). Bien qu'il puisse s'agir d'un faible pourcentage, les femmes commettent davantage le meurtre de leurs enfants dans une proportion de 44,8 % (Ministère de la Sécurité publique, 2016). À ce sujet, au Québec entre 1961 et 2011, 208 mères, dans une proportion de 45 %, par rapport aux pères, ont causé la mort de leur(s) enfant(s) (Dawson, 2015).

Cette étude comporte deux objectifs soit d'établir un portrait des mères québécoises auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide et de produire des analyses statistiques comparatives pour déterminer s'il existe des différences significatives entre ces trois groupes de mères quant à des variables sociodémographiques, criminologiques et psychologiques. Pour atteindre ces objectifs, nous utilisons les données disponibles de 1997 à 2015 dans les dossiers au Bureau du coroner en chef du Québec, en plus d'informations dans des articles de journaux. Nous croyons qu'établir un portrait plus détaillé de ces mères et les comparer en trois groupes favorisera l'identification de celles

qui, dans le futur, pourraient être plus à risque de commettre ce type de geste en plus de préciser certaines de leurs particularités générales et respectives.

Cette étude débute par la présentation du contexte théorique en exposant les différents sous-types d'homicides intrafamiliaux commis envers les enfants et l'ampleur de ce phénomène. Une présentation de la définition du passage à l'acte, selon une approche psychodynamique, est ensuite proposée ainsi que l'évolution des terminologies employées et décrites dans la littérature en ce qui concerne le filicide maternel. Ce dernier est aussi illustré par le complexe de Médée et par la présentation de trois trames théoriques. Par la suite, une recension des écrits sur les filicides maternels, en y incluant les études sur l'infanticide et le néonaticide, est présentée en regroupant des caractéristiques sociodémographiques, criminologiques et psychologiques. Nous proposons aussi un bref aperçu des études comparatives réalisées dans la littérature sur le filicide maternel, l'infanticide et le néonaticide. La pertinence et les objectifs de l'étude incluant la question de recherche, les hypothèses et les variables étudiées sont ensuite détaillés ainsi qu'une présentation de la méthode. Nous présentons ensuite les résultats ainsi que la discussion. L'étude se termine par la présentation de la conclusion.

Contexte théorique

Afin de bien cerner la problématique de ce phénomène, cette section débute par la présentation des définitions pertinentes en lien avec la problématique et l'ampleur des homicides intrafamiliaux. Par la suite, une présentation de la définition du passage à l'acte, selon une approche psychodynamique, est proposée ainsi que l'évolution des terminologies employées et décrites dans la littérature en ce qui concerne le filicide maternel. Le complexe de Médée, pour illustrer le passage à l'acte filicide, et trois trames théoriques sont ensuite présentés aux lecteurs. Une recension des écrits sur le filicide maternel, incluant l'infanticide et le néonaticide, suit, et ce, en accordant une attention particulière aux variables sociodémographiques, criminologiques et psychologiques. Cette section se termine par une présentation d'études comparatives de ces trois sous-types d'homicides intrafamiliaux en plus de présenter la pertinence, les objectifs de l'étude, la question de recherche, les hypothèses et les variables retenues.

Définitions et ampleur du phénomène

L'homicide, qui se définit par l'acte de causer la mort d'un individu volontairement ou involontairement, est punissable selon l'article 229 du Code criminel canadien. Plusieurs types d'homicides existent dont l'homicide intrafamilial qui est commis au sein des membres de la famille. Parmi les différents types d'homicides intrafamiliaux, il existe le néonaticide et le filicide. Respectivement, il s'agit l'acte de causer la mort de son nouveau-né de moins de 24 heures (Resnik, 1970) et l'acte d'un parent de causer la mort

de manière volontaire ou involontaire de son enfant de moins de 18 ans (Wilczynski, 1997). De plus, les mères auteures d'un infanticide sont celles qui causent la mort de leur(s) enfant(s) de moins d'un an dans un contexte de dépression post-partum. L'infanticide est d'ailleurs un acte punissable, selon le Code criminel canadien.

Au Canada, pour l'année 2017, 660 homicides, tous types confondus, sont répertoriés, soit 48 de plus que pour l'année 2016, ce qui équivaut à une augmentation de 7 % (Allen, 2018), alors qu'en 2018, 651 homicides sont déclarés à la police au Canada (Moreau, 2019). Au Québec, une trentaine d'homicides intrafamiliaux a lieu chaque année (Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, 2012). Ce type d'homicides comptabilise plus de 30 % du nombre total d'homicides au Québec pour l'année 2011 (Gouvernement du Québec, 2012). En 2009, plus de 60 % des homicides commis par une femme sont à l'endroit d'un « conjoint, ex-conjoint, partenaire intime ou un autre membre de la famille » (Hotton Mahony, 2011). Selon les statistiques, l'homicide conjugal est le type d'homicide intrafamilial avec le plus haut taux d'incidence au pays (Institut national de santé publique du Québec, 2016). En revanche, l'homicide d'un enfant par son parent est également de grande ampleur.

En effet, le filicide est le deuxième type d'homicide intrafamilial le plus répandu, tant au Québec qu'au Canada (Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, 2012). Entre 1961 et 2011, au Québec, il y a 459 personnes qui ont été accusées de l'homicide de leur enfant de moins de 18 ans faisant ainsi de cette province la deuxième en importance, après

l'Ontario, pour ce type de crime (Dawson, 2015). Dans cette même idée, entre 2007 et 2012 au Québec, 22 filicides ont été commis (Léveillée, Tousignant, Laforest, & Maurice, 2015). Par ailleurs, il est possible que le taux de néonaticides soit plus élevé que ce qui est rapporté par les statistiques officielles, car il n'inclurait pas les mères qui ont donné naissance à leur domicile ou qui n'ont pas eu de suivi médical (Seigneurie & Limosin, 2012).

Ainsi, l'incidence du filicide maternel est appuyée par les statistiques. L'ampleur de ce phénomène soulève différentes interrogations, ce qui pousse les chercheurs et les cliniciens à développer des recherches pour affiner la compréhension de celui-ci.

Compréhension théorique du filicide maternel

Cette section débute par une définition du passage à l'acte selon une approche psychodynamique. Ensuite, une présentation de l'évolution des terminologies du filicide maternel, incluant l'infanticide et le néonaticide, est proposée aux lecteurs. Le complexe de Médée est présenté puisqu'il s'agit d'une des notions utilisées pour illustrer le passage à l'acte filicide. Cette section se conclut par la présentation de trois trames théoriques associées respectivement au filicide, à l'infanticide et au néonaticide.

Passage à l'acte : mieux définir. Selon Millaud (2011), le passage à l'acte se caractérise par une limite entre la parole et l'action. La perte d'équilibre entre les mots et les comportements peut se traduire en un passage à l'acte. Ce dernier se définit par

l'absence de « recherche relationnelle », la présence d'isolement et de découragement et la quête d'une toute-puissance. Résultant du déséquilibre entre les mots et les comportements, le passage à l'acte se produit lorsqu'un individu n'est plus en mesure de contrôler son monde interne, éprouve de la difficulté avec les limites internes et externes et utilise des mécanismes de défense primitifs et rigides. Le passage à l'acte peut d'ailleurs se situer dans le registre des *acting out*. Ainsi, le passage à l'acte homicidaire peut être précédé d'*acting out* où l'individu essaie par diverses manières de demander de l'aide et où il cherche à obtenir une réponse à son angoisse. Selon Millaud (2011), le passage à l'acte permet une réduction de la tension interne et agit à titre d'aboutissement ultime pour gérer une situation conflictuelle. Les *acting out* peuvent aussi être utilisés pour gérer un conflit, mais ce même auteur indique, à la suite des écrits analytiques, que ceux-ci seraient associés à une relation transférentielle dans le cadre d'un processus thérapeutique.

Le passage à l'acte violent est le résultat d'une dégradation pathologique du fonctionnement psychologique de l'individu à mettre en mots ses comportements, et ce, dans une optique de défense, de protection et de préservation (Bergeret, 2011). La notion de violence se caractérise par les défenses liées à la dynamique d'un individu qui lui permet de se défendre, de se protéger et de conserver la totalité de son narcissisme (Bergeret, 2011). Parallèlement, les passages à l'acte violents étudiés dans la présente étude sont commis par des femmes et celles-ci ne sont pas à l'abri de commettre un crime violent et plus particulièrement, contre un membre de sa famille. D'ailleurs, les femmes sont plus à risque de commettre un tel geste envers une personne avec qui elles ont un lien

familial, plutôt qu'une connaissance ou une personne considérée comme étrangère (Hotton Mahony, 2011).

Cela dit, il y a une évolution dans la littérature quant aux définitions associées au filicide (Villerbu & Hirschelmann-Ambrosi, 2011). Initialement, il s'agit d'un terme qui désigne l'homicide d'un enfant par son parent, mais qui réfère aussi à la confusion qui existe entre le psychisme de l'auteur du délit et les conventions sociales. Par ailleurs, le néonaticide est un terme associé aux particularités de l'état mental et du psychisme d'une femme nouvellement mère. D'ailleurs, le terme néonaticide, spécifique au nouveau-né, est issu de généralisations faites par rapport au terme infanticide qui référait, de prime abord lui aussi, au concept de nouveau-né (Villerbu & Hirschelmann-Ambrosi, 2011). Les différentes définitions ont ainsi permis la considération de certains aspects propres à chacun des termes utilisés (Ravit, 2011). Par ailleurs, Ravit (2011) évoque l'existence d'un cadre conceptuel criminologique et psychopathologique associé à ces définitions qui permet différents éléments de classification selon le type homicide qu'une mère commet à l'endroit de son enfant. Cependant, une définition plus large est proposée pour désigner l'homicide d'un enfant par son parent, et ce, peu importe son âge (Villerbu & Hirschelmann-Ambrosi, 2011). Il est ainsi question du terme puericidaire. Celui-ci regroupe quatre catégories de problématiques telles que la séparation, la déréliction dans la maltraitance (qui réfère à l'abandon), la substitution et la déshérence dans la non-affiliation (qui réfère au déni de grossesse). Dans le cas de la séparation et de la déréliction dans la maltraitance, les auteurs de cette étude rapportent une difficulté chez les mères à

conjuguer avec la séparation et la fusion, ces deux notions étant inconcevables, ainsi qu'une présence de haine et de ressenti vécus. À l'opposé, dans la substitution et la déshérence dans la non-affiliation, il serait question d'une présence d'enjeux narcissiques et de sentiments de vide et de solitude vécus (Villerbu & Hirschelmann-Ambrosi, 2011).

Enfin, les différentes définitions proposées, détaillées et réfléchies par les auteurs, quant à l'homicide d'un enfant par sa mère, a permis aux chercheurs contemporains de développer une meilleure compréhension de la dynamique interne des auteures de ce type de délit.

Passage à l'acte filicide : mieux comprendre. Pour comprendre plus en profondeur ce qui peut mener une mère à commettre l'homicide de son enfant, le complexe de Médée est présenté aux lecteurs puisqu'il s'agit d'une notion utilisée pour illustrer le passage à l'acte filicide.

Médée est un personnage féminin issu de la mythologie grecque et réfère au mythe d'une mère qui a tué ses enfants pour se venger de son mari qui l'a quitté pour une autre femme¹. À ce sujet, le complexe de Médée, qui précise l'histoire d'une mère qui en vient à tuer ses enfants afin de faire souffrir son mari, est l'une des références de l'infanticide (Verschoot, 2013). Ainsi, l'infanticide pourrait être considéré comme un crime par « vengeance », motivation sous-jacente à cet acte.

¹ Informations tirées de <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/M%C3%A9d%C3%A9e/132536>

De plus, il est possible que le statut conjugal (en référence à la conjugalité) et le statut parental (en référence à la parentalité) soient indivisibles et que la fin d'une relation de couple mette un terme à l'union familiale (Verschoot, 2013). Une rupture conjugale entre Médée et son mari et l'acte de celle-ci de causer la mort de ses enfants mènent ainsi une rupture à la relation familiale. Par ailleurs, considérer la notion de « maternalité » s'avère pertinent pour le filicide maternel. Devenir mère est un processus inconscient qui mène à la différenciation entre le Moi et le non-Moi et nécessite d'avoir eu une mère « suffisamment bonne » et un père « suffisamment tiers ». Malgré leurs acquis aux plans personnel et professionnel et leur conformité sociale, les mères auteures de filicide n'auraient pas acquis le « sentiment d'exister par soi-même dans une présence dans l'absence (...) », générant ainsi une faille à leur narcissisme (Verschoot, 2013). L'enfant représente une image d'« éternité » où il ne peut y exister une altérité, une différenciation entre le Moi et le non-Moi et une subjectivité. Ces mères utilisent différents mécanismes de défense tels que le clivage et le clivage du Moi. Autrement dit, le clivage, combiné parfois au déni, permet à ces mères de consolider une certaine forme d'assise narcissique lacunaire. Le filicide maternel est donc le résultat d'un fonctionnement psychique précaire et défaillant chez la mère (Verschoot, 2013).

Enfin, le complexe de Médée illustré par les concepts de conjugalité, de parentalité et de maternalité permet de mieux comprendre, au-delà des définitions, le développement parfois lacunaire de la construction de la dynamique interne des mères, ce qui peut favoriser une meilleure compréhension du passage à l'acte filicide. De surcroît, des

auteurs contemporains ont également étudié divers facteurs, par le biais de trames théoriques, qui permettent de raffiner cette compréhension du filicide, de l'infanticide et du néonaticide.

Trames théoriques entourant le filicide, l'infanticide et le néonaticide.

Premièrement, Mugavin (2008) propose le *cadre théorique du filicide maternel* qui permet d'étoffer la compréhension des facteurs qui mènent une mère à commettre le meurtre de son enfant de moins de 18 ans. Cette théorie met en perspective la présence de vulnérabilités dites phénotypiques, dont la prédisposition à des problèmes de santé mentale et une construction inadéquate du rôle maternel, ainsi que différents déclencheurs dont le manque d'intérêt envers la parentalité et l'enfant non désiré. En d'autres termes, Fugère et Roy (2011) évoquent aussi que la grossesse force la mère à avoir une représentation d'elle-même ancrée puisque son futur enfant devient une partie d'elle-même, mais aussi un être à part entière. Certaines mères auteures d'un filicide peuvent avoir de la difficulté à concevoir leur enfant comme un être distinct d'elles-mêmes en plus de vivre un flou quant à leurs limites internes et externes (Fugère & Roy, 2011). En somme, la santé mentale, une construction déficitaire du rôle de mère et le manque d'intérêt envers celui-ci ainsi qu'un enfant non désiré peuvent être des facteurs de risque à considérer dans le passage à l'acte filicide.

Deuxièmement, en ce qui concerne l'infanticide, Ravit (2011) mentionne que la mélancolie est un ressenti central dans le psychisme des mères. Ce ressenti ainsi qu'un

narcissisme pathologique peuvent aider à mieux comprendre ce qui mène ces mères à un passage à l'acte. L'homicide de l'enfant serait donc le résultat d'une difficulté, voire d'une impossibilité, à faire le deuil de soi, la femme portant désormais le rôle de mère. Ainsi, les mères auteures d'un infanticide vivent une reviviscence traumatique en lien avec la représentation qu'est l'enfant. L'infanticide est alors un moyen pour surmonter et fuir une dynamique interne teintée d'angoisse et de détresse (Ravit, 2011). En somme, il semble que l'état mental de la mère, au moment de sa grossesse et de la naissance de l'enfant, apparaît être un facteur de risque à considérer dans la compréhension de l'infanticide.

Troisièmement, Riley (2005) propose la *théorie ancrée du néonaticide* qui accorde une attention sur le processus qui mène au néonaticide. Selon cette auteure, il s'agit d'une combinaison de facteurs comportementaux et psychologiques. Ainsi, le néonaticide est une finalité à la suite d'une succession de plusieurs étapes. En premier lieu, il y a la découverte de la grossesse par la mère, grossesse qui s'avère non souhaitée, accompagnée ensuite par « la peur, la dissimulation, l'isolement émotionnel, le déni, la dissociation et la panique ». De plus, Seigneurie et Limosin (2012) considèrent que le déni de grossesse peut parfois entraîner la mère à mettre un terme à la vie de son enfant. À ce sujet, il semble exister une polémique face à la définition du déni de grossesse et ce qu'il implique. Romano (2010) émet la distinction de quatre catégories de néonaticides soit les néonaticides par désespoir, les néonaticides narcissiques, les néonaticides dans un contexte de troubles psychiatriques et les néonaticides lors de déni de grossesse. Selon cette auteure, le néonaticide lors d'un déni de grossesse se définit par le fait que la mère

n'est pas consciente de sa condition de grossesse. Le déni de grossesse est un mécanisme de défense utilisé par la mère, afin d'éviter un anéantissement de son psychisme (Romano, 2010). Pour leur part, Seigneurie et Limosin (2012) expliquent le déni de grossesse par le refus de la mère à reconnaître sa grossesse, alors qu'elle est consciente de celle-ci, mais ne veut pas l'admettre. À cet effet, 65 % des mères auteures d'un néonaticide ont rapporté ne pas avoir été en mesure d'identifier des signes communément associés à la grossesse, alors qu'elles ont pourtant été interrogées en ce sens par au moins une personne (Amon et al., 2012). Selon ces derniers auteurs, le déni de grossesse peut être motivé de plusieurs façons telles que la peur d'être abandonnée et la réponse négative de l'entourage. Romano (2010) catégorise plutôt ce néonaticide comme ayant été commis lors d'une situation de désespoir. D'ailleurs, cette auteure précise que le déni de grossesse peut s'expliquer par l'absence d'altérité de la mère envers son enfant. Précisément, il s'agit d'une fragilité dans la dynamique interne de la mère et d'une absence de symbolique liée au processus de grossesse et de son résultat. Le nouveau-né étant plutôt considéré comme un détritus (Romano, 2010). En somme, il semble qu'une combinaison de facteurs comportementaux et psychologiques ainsi que le déni de grossesse peuvent aider à mieux comprendre le processus menant une mère à commettre un néonaticide.

D'autres motivations et enjeux peuvent être sous-jacents au passage à l'acte tels qu'un enfant non désiré (Resnik, 1970; Wilczynski, 1995) ainsi que des caractéristiques sociodémographiques, criminologiques et psychologiques propres aux mères.

Études sur le filicide maternel

Plusieurs études sont réalisées sur le filicide maternel. Celles-ci sont d'ailleurs présentées en accordant une attention plus particulière aux variables sociodémographiques, criminologiques et psychologiques.

Caractéristiques sociodémographiques. L'âge des mères auteures de filicide semble se situer davantage dans la fin de la vingtaine jusqu'à la fin trentaine avec une moyenne variant entre 29,3 ans et 38 ans (Amon, Putkonen, Weizmann-Henelius, & Fernandez Arias, 2019; Barone, Bramante, Lionetti, & Pastore, 2014; Bourget & Gagné, 2002; Eriksson, Mazerolle, Wortley, & Johnson, 2016; Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; Gowda et al., 2018; Liem & Koenraadt, 2008; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea, 1998). En revanche, selon ces auteurs, l'étendue de l'âge de ces mères varie entre 18 et 66 ans. McKee et Egan (2013) concluent plutôt que les mères auteures de filicide pourraient être plus jeunes soit avec une moyenne d'âge de 28,5 ans et une étendue allant de 14 à 47 ans. Or, cette étude inclurait des mères auteures de néonatocide. Cependant, l'étude de Stanton, Simpson et Wouldes (2000) indique aussi que les mères auteures de filicide sont âgées dans la vingtaine au moment du délit. De son côté, l'étude québécoise de Léveillée, Marleau et Dubé (2007) stipule que 38 % des mères auteures d'un filicide-suicide sont âgées de plus de 36 ans, alors que celles qui ne se suicident pas après le filicide sont âgées de plus de 36 ans dans une proportion de 11 %. Par ailleurs, l'étude canadienne de Dawson (2015), qui compare les filicides maternels et paternels et qui inclut des néonaticides, indique que les mères auteures de filicide sont

âgées de 18 et 24 ans dans 51 % des cas, ont entre 25 et 34 ans dans 46 % des cas et ont moins de 18 ans dans 92 % des cas. Ainsi, dans la littérature consultée, il semble y avoir une absence de résultats unanimes quant à l'âge moyen des mères auteures d'un filicide.

Par ailleurs, nous avons constaté qu'il ne semble pas y avoir d'études dans la littérature consultée qui se sont penchées sur la cohabitation des mères au moment du délit, ajoutant ainsi à la pertinence que cette variable soit retenue dans le cadre de cette étude.

Les résultats ne semblent pas unanimes dans les études consultées quant au statut conjugal des mères auteures de filicide au moment du crime. Elles sont mariées ou en relation, dans une proportion variant entre 35 % et 93,7 % selon certains auteurs (Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea, 1998), alors qu'elles n'ont jamais été mariées et/ou sont célibataires dans une proportion de 79 % selon un autre auteur (Dawson, 2015). De manière plus spécifique, ce dernier auteur rapporte plutôt que les mères auteures de filicide sont mariées dans 37 % des cas et sont séparées, divorcées ou veuves dans 38 % des cas.

Il semble y avoir peu d'études dans la littérature consultée sur la scolarité des mères auteures d'un filicide. Une étude répertoriée s'étant penchée sur cette variable indique la diplomation d'études secondaires pour 29 % des mères (McKee & Bramante, 2010). Toutefois, les résultats d'une étude récente indiquent que les mères auteures d'un filicide

ont atteint dans 31,2 % des cas une diplomation d'études de niveau primaire, dans 43,7 % des cas une diplomation d'études secondaires et dans 25 % des cas une diplomation d'études universitaires (Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019). À l'inverse, l'étude d'Eriksson, Mazerolle, Wortley et Johnson (2016) rapporte plutôt que les mères n'ont pas atteint un niveau d'études secondaires dans 40 % des cas. Il semble y avoir aussi peu d'études sur l'emploi occupé par les mères auteures de filicide. Les résultats varient entre 30 et 75 % quant à l'absence d'un emploi occupé au moment de l'homicide (Gowda et al., 2018; McKee & Shea, 1998), alors que les résultats d'une autre étude font état que la majorité des auteurs d'un filicide, hommes et femmes, sont sans emploi ou ont un emploi à petit revenu au moment du délit (Liem & Koenraadt, 2008). Néanmoins, la même étude de Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti et Aceti (2019) rapporte un plus faible taux lié à l'absence d'emploi chez les mères auteures d'un filicide soit de 6,2 %. Ces dernières occupent un emploi dans 62,5 % des cas, sont mères au foyer dans 18,7 % des cas et sont travailleuses autonomes dans 12,5 % des cas. L'étude québécoise de Léveillée, Marleau et Dubé (2007) fait plutôt état que 56 % des mères auteures d'un filicide-suicide sont sans emploi, alors que 82 % des mères qui ne se suicident pas après le filicide sont sans emploi.

Caractéristiques criminologiques. Les résultats dans la littérature consultée ne semblent pas unanimes quant au moyen utilisé par les mères auteures d'un filicide lors de l'homicide. Les études de Dawson (2015), de Liem et Koenraadt (2008), qui comparent les mères et les pères auteurs de filicide, et de McKee et Egan (2013) rapportent toutes

que la strangulation (incluant l'étouffement et la suffocation) semble être la méthode privilégiée, et ce, dans une proportion variant entre 50 et 66 % des cas. D'un autre côté, les résultats d'autres études concluent que ce moyen est utilisé dans une plus faible proportion variant plutôt entre 14,7 et 25 % des cas (Bourget & Gagné, 2002; Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; Gowda et al., 2018; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea; 1998). La proportion de l'utilisation d'autres moyens utilisés par les mères auteures de filicide semble également varier d'une étude à l'autre. Premièrement, pour ce qui est de l'empoisonnement ou non au monoxyde de carbone ou l'incendie criminel, et ce, incluant aussi la présence de brûlures, ce moyen semble être utilisé dans une proportion variant entre 1 à 43 % des cas (Bourget & Gagné, 2002; Dawson, 2015; Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; Gowda et al., 2018; Liem & Koenraadt, 2008; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea; 1998). Deuxièmement, en ce qui a trait à l'utilisation d'une arme à feu, les résultats des études stipulent qu'elle ne peut être aucunement utilisée ou utilisée jusqu'à une proportion de 19 % (Bourget & Gagné, 2002; Dawson, 2015; Liem & Koenraadt, 2008; McKee & Bramante, 2010). Troisièmement, pour la noyade, ce moyen semble être utilisé dans une proportion variant entre 10 à 31,25 % selon les études (Bourget & Gagné, 2002; Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea, 1998). Quatrièmement, l'utilisation d'un objet contondant, d'une arme blanche pointue ou frappante, incluant le couteau, et qui mène au fait de poignarder, semble avoir été faite dans une proportion variant entre 4 à 44 % des cas (Bourget & Gagné, 2002; Dawson, 2015; Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti,

2019; Liem & Koenraadt, 2008; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea, 1998). Cinquièmement, le fait de battre, de maltraiter et/ou de donner des coups menant au décès semble être une méthode utilisée par les mères dans une proportion variant entre 5,9 et 31 % des cas (Bourget & Gagné, 2002; Dawson, 2015; Gowda et al., 2018; Liem & Koenraadt, 2008; McKee & Shea, 1998). Ces derniers auteurs ajoutent que le fait de secouer l'enfant peut être également une cause du décès dans une proportion de 25 %. Finalement, il n'en demeure pas moins que certains de ces auteurs mentionnent que d'autres moyens peuvent également être utilisés pour causer la mort, et ce, entre 2 et 48 % des cas (Bourget & Gagné, 2002; Dawson, 2015; Liem & Koenraadt, 2008).

La violence excessive (*overkill*), définie par Wolfgang (1958), est la commission de cinq actes incluant des coups ou tirs d'arme à feu pour tuer une personne ou que cette dernière ait été battue sévèrement. Les résultats de l'étude de McKee et Egan (2013) concluent que dans 14,3 % des mères ont utilisé la violence physique lors de l'homicide, soit quatre mères sur 28. Sur ces quatre mères, trois ont utilisé une violence physique excessive. Autrement dit, 75 % des quatre mères ayant fait usage de violence ont fait de l'*overkill*.

Le pourcentage de violence conjugale subie par les mères auteures d'un filicide semble varier d'une étude à l'autre et les résultats ne semblent pas unanimes dans la littérature consultée. Les mères déclarent avoir été victime de violence familiale dans une proportion de 22,2 % (Bourget & Gagné, 2002), alors que d'autres mentionnent dans une

proportion de 42,9 % avoir vécu une relation conjugale abusive (McKee & Shea, 1998). Toutefois, la présence de discordes conjugales qualifiées de sévères est constatée dans 100 % des cas dans l'étude de Gowda et al. (2018), alors que 67 % ont subi de la violence conjugale (Sidebotham & Retzer, 2018). Les résultats de Stanton, Simpson et Woudes (2000) indiquent l'absence de violence conjugale subie pour les participantes de leur étude. L'étude québécoise de Léveillée, Marleau et Dubé (2007) rapporte quant à elle un pourcentage variant entre 23 % pour les mères auteures d'un filicide et 24 % pour les mères auteures d'un filicide-suicide.

Il n'apparaît pas y avoir absence de résultats unanimes dans les études pour les antécédents criminels chez les mères auteures de filicide (Amon, Putkonen, Weizmann-Henelius, & Fernandez Arias, 2019; Léveillée, Marleau, & Dubé, 2007; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea, 1998). De manière plus précise, ces auteurs semblent être d'avis que, dans une proportion variant de 3 % à 16 %, les mères auteures de filicide, dont celles qui ne commettent pas un filicide-suicide (Léveillée, Marleau, & Dubé, 2007), ont un historique d'antécédents criminels, d'arrestation et/ou de condamnation à l'âge adulte (Léveillée, Marleau, & Dubé, 2007; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea, 1998). Toutefois, en ce qui concerne les mères qui commettent un filicide-suicide, les résultats de l'étude québécoise de Léveillée, Marleau et Dubé (2007) estiment qu'elles n'ont pas d'antécédents criminels. Par ailleurs, l'étude de McKee et Shea (1998) ajoute également la présence d'un historique d'arrestations à l'adolescence dans une proportion de 15 % chez les mères auteures d'un filicide.

Les études consultées indiquent un pourcentage variant entre 65 % et 76 % pour la dénonciation de l'homicide au moment de l'arrestation ou après l'enquête (McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea, 1998). L'étude de McKee et Egan (2013) ajoute une nuance en ce qui concerne l'instance où la personne qui reçoit la dénonciation. Selon leurs résultats, 38,1 % des mères auteures d'un filicide communiquent avec les instances policières pour dénoncer l'homicide commis, alors que 4,8 %, soit une mère sur 21, communique avec un membre de son entourage pour dénoncer son geste. Dans tous les cas, il semble uniquement que McKee et différents collaborateurs se soient penchés sur cette variable, ajoutant à la pertinence que celle-ci continue d'être étudiée.

Caractéristiques psychologiques. La littérature consultée fait état que le filicide-suicide semble un phénomène probable chez les mères. De manière plus spécifique, les résultats de l'étude de Bourget et Gagné (2002) émettent que dans le cas de six mères sur 27, soit 22,2 %, deux enfants ou plus ont été tués par celles-ci. Par ailleurs, ces six mères se sont suicidées immédiatement après l'homicide. Également, leurs résultats stipulent que 55,5 % des mères répertoriées dans cette étude, soit 15 sur 27, ont commis un filicide-suicide peu importe le nombre d'enfants qu'elles ont tué, et ce, incluant les six mères précédemment rapportées. Parallèlement à cela, les résultats d'autres études semblent émettre des constats similaires voulant que le filicide-suicide semble être un phénomène commun puisque de 21,4 % à 75 % des mères ayant commis un filicide ont tenté de se suicider après le geste (Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019;

Gowda et al., 2018; McKee & Egan, 2013; Sidebotham & Retzer, 2018), bien qu'au final 16,6 % d'entre elles ont complété leur tentative (McKee & Egan, 2013).

La littérature consultée met de l'avant l'absence d'historique de consommation d'alcool et/ou de drogues et/ou de diagnostic lié à un trouble d'abus de substances chez les mères auteures de filicide (Bourget & Gagné, 2002; Brown, Tyson, & Fernandez Arias, 2014; Léveillée, Marleau, & Dubé, 2007; McKee & Bramante, 2010) laissant toutefois place à une faible possibilité selon d'autres études (Amon, Putkonen, Weizmann-Henelius, & Fernandez Arias, 2019; Léveillée, Marleau, & Dubé, 2007; McKee & Bramante, 2010). À ce sujet, dans une proportion de 5 % les mères ont un trouble lié à l'abus de substances lorsqu'elles ne commettent pas un filicide-suicide, à la différence des mères qui en commettent un (Léveillée, Marleau, & Dubé, 2007), ou ont admis un historique de consommation d'alcool et/ou de drogues (McKee & Bramante, 2010). D'ailleurs, il semble que 13 % des mères auteures d'un filicide ont été intoxiquées au moment de l'homicide (Amon, Putkonen, Weizmann-Henelius, & Fernandez Arias, 2019) ou ont été consommatrices d'intoxicants dans 25 % des cas (Sidebotham & Retzer, 2018).

Les résultats des études répertoriées indiquent que les mères auteures de filicide ont un historique de santé mentale ou une motivation de nature psychiatrique menant à l'homicide (Barone, Bramante, Lionetti, & Pastore, 2014; Bourget & Gagné, 2002; Brown, Tyson, & Fernandez Arias, 2014; McKee & Shea, 1998; Sidebotham & Retzer, 2018) variant entre 43,5 et 85,7 % selon ces études. En revanche, le pourcentage exact

associé à la présence d'un trouble de santé mentale majeure spécifique semble toutefois laisser place à une vaste étendue selon les études. Il semble que les mères auteures d'un filicide ont un diagnostic lié à une dépression majeure variant entre 23 et 78,3 % au moment de l'homicide (Bourget & Gagné, 2002; Brown, Tyson, & Fernandez Arias, 2014; Gowda et al., 2018; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea, 1998) et ont reçu un diagnostic lié à un trouble de l'humeur dans 47,8 % des cas après le geste (Barone, Bramante, Lionetti, & Pastore, 2014). L'étude québécoise de Léveillée, Marleau et Dubé (2007) vient spécifier la présence d'un tel trouble en regard de la présence ou non d'un filicide-suicide. À ce sujet, leurs résultats stipulent que 29 % des mères auteures d'un filicide-suicide ont un trouble dépressif, alors qu'il s'agit de 32 % pour les mères qui ne commettent pas de filicide-suicide. De plus, il semble que les mères auteures de filicide ont un diagnostic lié à une schizophrénie ou un trouble psychotique dans une proportion variant entre 11,1 et 43 % au moment de l'homicide (Bourget & Gagné, 2002; Brown, Tyson, & Fernandez Arias, 2014; Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea, 1998) et ont reçu un diagnostic lié à un trouble psychotique dans 47,8 % des cas après le geste (Barone, Bramante, Lionetti, & Pastore, 2014). De plus, l'étude québécoise de Léveillée, Marleau et Dubé (2007) apporte une nuance selon la présence ou non d'un filicide-suicide. À ce sujet, leurs résultats stipulent que les mères auteures d'un filicide-suicide n'ont dans aucun cas un trouble psychotique, alors que celles qui n'en commettent pas ont un trouble psychotique dans une proportion de 9 %. Parallèlement à cela, les résultats de l'étude de McKee et Shea (1998) spécifient que 80 % des mères ont un diagnostic associé à un trouble de santé

mentale dont la majorité, soit 65 %, est un trouble affectif. Selon ces mêmes auteurs, 20 % des femmes ont été considérées inaptes à subir leur procès et 20 % ont utilisé une défense associée à leur santé mentale, à la suite d'une évaluation psychiatrique. Une étude plus récente conclut que 31 % des mères auteures d'un filicide sont reconnues non criminellement responsables sans toutefois satisfaire les critères d'un trouble psychotique (Amon, Putkonen, Weizmann-Henelius, & Fernandez Arias, 2019). Par ailleurs, en plus des troubles précédemment explicités, certaines études rapportent également la présence de troubles de la personnalité variant entre 6,2 % et 11 %, et parfois combinés avec une dépendance, de troubles anxieux variant entre 4 % et 56,2 % des cas et en incluant parfois des troubles de l'humeur (Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; McKee & Bramante, 2010), de troubles liés à un fonctionnement limite ou un retard mental dans 35 % des cas (McKee & Shea, 1998), de dépression nerveuse dans 7,4 % des cas, de trouble obsessionnel compulsif dans 3,4 % des cas et de changements d'humeur dans 3,7 % des cas (Brown, Tyson, & Fernandez Arias, 2014). Ces derniers auteurs abordent également la présence d'idéations suicidaires dans 11,1 % des cas, d'idéations homicidaires dans 3,7 % des cas et de comportements violents irrationnels dans 3,7 % des cas.

Selon l'étude de Liem et Koenraadt (2008), il y a présence de diagnostic de santé mentale en lien avec les axes I et II. À ce sujet, selon leurs résultats, 37 % des mères ont un diagnostic à la fois sur l'axe I et à l'axe II, alors que de 12 % ont un diagnostic uniquement sur l'axe I et 40 % ont un diagnostic uniquement sur l'axe II. Finalement, bien

que la présence de traits ou de troubles de santé mentale semble claire dans la littérature consultée, les études de Liem et Koenraadt (2008) et de McKee et Bramante (2010) viennent nuancer ce consensus en affirmant qu'il est également possible que les mères auteures de filicide n'aient pas de diagnostic psychiatrique de manière générale ou sur l'axe I et II variant entre 9 et 15 %.

Les résultats des études consultées dans la littérature émettent une tendance pour la consultation et l'hospitalisation des mères auteures d'un filicide. À cet effet, les pourcentages semblent variés, mais ils indiquent la présence d'une consultation ou d'une hospitalisation. Les résultats semblent se situer entre 15 et près de 50 % pour ce qui est des mères qui ont reçu des soins psychiatriques et qui ont consulté un professionnel de la santé ou qui ont été hospitalisées (Bourget & Gagné, 2002; Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; McKee & Shea, 1998). Bourget et Gagné (2002) viennent d'ailleurs spécifier qu'il s'agit de consultation pour des troubles dépressifs ou psychotiques. Une étude plus récente fait état d'un pourcentage de 81,5 % pour des mères qui ont consulté au moins une fois dans leur vie un professionnel de la santé mentale (Brown, Tyson, & Fernandez Arias, 2014). Ces auteurs ont mentionné que ces mères sont plus souvent en contact avec les services de santé mentale que les mères n'ayant pas commis ce type d'homicide. Par ailleurs, l'étude de Stanton, Simpson et Wouldes (2000) spécifie que les participantes retenues dans leur étude avaient été identifiées par des psychiatres et avaient reçu des services en santé mentale pour la majorité. En ce qui concerne les divergences entre les mères auteures d'un filicide qui n'ont pas commis un

suicide après l'homicide et celles qui l'ont fait, l'étude québécoise de Léveillée, Marleau et Dubé (2007) rapporte la présence d'hospitalisation dans 27 % pour le premier cas et 12 % dans le deuxième cas.

Études sur l'infanticide

Selon la littérature consultée, il semble y avoir un nombre restreint d'études portant sur l'infanticide. En revanche, considérant que les définitions semblent variées entre autres par les différentes cultures telles qu'Américaines et Européennes (Spinelli, 2005) et la judiciarisation de l'infanticide selon les lois françaises (Dayan & Bernard, 2013) et le Code criminel canadien, il est possible que certaines études présentées précédemment incluent des infanticides dans les filicides. Il est aussi probable que dans la présentation des études sur le néonaticide qui suit, il y a également des infanticides qui y sont inclus. Cela dit, l'étude française de Viaux (2014) présentait deux vignettes cliniques d'enfants, âgés de quelques mois à quelques années de vie, tués par leur mère, et ce, en accordant une attention particulière aux enjeux psychologiques de ces dernières. Les conclusions de cette étude indiquent que ces deux mères ont attribué leur propre souffrance psychique de manière inconsciente à leur enfant au détriment de leur relation mère-enfant.

Études sur le néonaticide

Plusieurs études sont réalisées sur le néonaticide. Celles-ci sont d'ailleurs présentées en accordant une attention plus particulière aux variables sociodémographiques, criminologiques et psychologiques.

Caractéristiques sociodémographiques. L'âge des mères auteures d'un néonaticide semble se situer davantage dans la vingtaine avec une moyenne ou une médiane variant entre 20,91 ans et 28 ans (Amon et al., 2012; Beyer, Mcauliffe Mack, & Shelton, 2008; Shelton, Corey, Donaldson, & Hemberger Dennison; 2011; Shelton, Muirhead, & Canning, 2010; Vellut, Cook, & Tursz, 2012; Viaux & Combaluzier; 2010). En revanche, selon ces auteurs, l'étendue de l'âge varie entre 12 et 44 ans. Également, les mères auteures de néonaticide ont 17 ans ou moins dans 29,5 % des cas, ont entre 18 et 21 ans dans 38,6 % des cas (Shelton, Muirhead, & Canning, 2010) et ont moins de 21 ans dans 72,5 % des cas (Beyer, Mcauliffe Mack, & Shelton, 2008). L'étude québécoise de cinq cas cliniques de mères auteures de néonaticide de Dubé, Léveillée et Marleau (2003) indique que l'âge moyen varie entre 16 et 26 ans avec une moyenne de 20,2 ans. Ainsi, il est possible de constater l'inclusion d'adolescentes dans les études portant sur le néonaticide, ceci laissant croire que celles-ci peuvent être plus jeunes, mais également d'âge mineur.

La littérature consultée fait état que dans plus de 95 % des cas, les mères auteures de néonaticide cohabitent avec quelqu'un (Shelton, Corey, Donaldson, & Hemberger Dennison, 2011; Shelton, Muirhead, & Canning, 2010). Selon ces auteurs, entre 50 et 64 % des mères demeurent avec leurs parents et de ces proportions, entre 74 et 77 % habitent avec d'autres personnes, incluant la fratrie, en plus des parents. Ils ajoutent également qu'entre 42,8 et 50 % des mères ne demeurent pas avec leurs parents, mais plutôt, entre autres, avec leurs enfants dans une proportion variant entre 33,3 et 42,3 % ou

avec leur conjoint ou mari dans une proportion variant entre 22,2 et 26,9 %. En ce qui concerne la cohabitation avec leur conjoint, cette proportion serait plus élevée, variant ainsi entre 33,3 et 57,1 %, selon d'autres auteurs (Amon et al., 2012; Viaux & Combaluzier, 2010). Ainsi, il semble que les mères auteures de néonaticide cohabitent dans une plus large proportion avec leurs parents ou beaux-parents (45,5 %), leurs conjoints ou partenaires (40,9 %), leurs enfants (9,1 %) ou d'autres personnes incluant les amis (4,5 %) (Vellut, Cook, & Tursz, 2012). Au Québec, les résultats de l'étude de Dubé, Léveillée et Marleau (2003) rapportent dans quatre des cinq cas cliniques de mères auteures de néonaticide que celles-ci ont donné naissance au domicile de leurs parents (3) ou de leur conjoint (1).

Il semble aussi y avoir une absence de résultats unanimes dans la littérature consultée quant au statut conjugal des mères auteures de néonaticide au moment de l'homicide. À ce sujet, elles sont mariées dans 57,1 % des cas selon certains auteurs (Vellut, Cook, & Tursz, 2012), alors qu'elles n'ont jamais été mariées dans une proportion de 85 % des cas selon d'autres auteurs (Beyer, Mcauliffe Mack, & Shelton, 2008). Toutefois, il semble qu'elles sont en relation conjugale dans près de 50 % des cas (Vellut, Cook, & Tursz, 2012), alors que dans d'autres études, elles ne sont pas impliquées dans une relation dite formelle dans une proportion 32,1 % (Amon et al., 2012).

En ce qui concerne les pourcentages liés à la scolarité et l'emploi des mères auteures de néonaticide, il semble y avoir une grande variabilité dans la littérature. Dans l'étude

d'Amon et al. (2012), il est indiqué que 43,5 % des mères accomplissent des études de niveau secondaire, 47,8 % complètent leur scolarité obligatoire, alors que 8,7 % ne les ont pas terminées. Les résultats de l'étude de Shelton, Muirhead et Canning (2010) semblent également tendre vers le fait que près de la moitié, soit 48 %, ont fait leurs études, tous niveaux confondus. Selon les différentes études consultées, entre 14 et 25 % des mères sont sans emploi au moment de l'homicide (Amon et al., 2012; Shelton, Muirhead, & Canning, 2010), alors que 36 % occupent un emploi (Shelton, Muirhead, & Canning, 2010). De son côté, l'étude de Beyer, Mcauliffe Mack et Shelton (2008) vient spécifier le niveau de scolarité complété et l'emploi occupé selon l'âge des mères auteures de néonatocide au moment de l'homicide. À ce sujet, les mères de moins de 18 ans auraient moins d'une éducation de niveau secondaire dans 6 % des cas, alors que 39,4 % ont au moins une scolarité de niveau secondaire. Pour ce qui est des mères de plus de 18 ans, elles ont moins d'une éducation de niveau secondaire dans 14 % des cas, un diplôme de niveau équivalent dans 5 % des cas, un diplôme d'études secondaires dans 29 % des cas et un diplôme d'études collégiales dans 52 % des cas. D'ailleurs, pour ce qui est des études collégiales, le pourcentage semble plutôt de 33,3 % dans l'étude de Viaux et Combaluzier (2010). Les études secondaires ou professionnelles menant à un métier précis semblent également tendre vers un pourcentage de 50 % chez les mères néonaticides. Ces mêmes auteurs indiquent également dans leur échantillon de mères auteures de néonatocide, un niveau d'études de niveau primaire complété dans 16,7 % des cas. Finalement, les résultats de l'étude québécoise de Dubé, Marleau et Léveillée (2003) indiquent une

scolarité de niveau secondaire atteint dans l'un des cinq cas étudiés, alors que cette information ainsi que l'emploi occupé ne sont pas répertoriés pour les quatre autres cas.

Caractéristiques criminologiques. Les résultats des études consultées dans la littérature semblent faire état que l'utilisation d'un asphyxiant est la méthode privilégiée dans une proportion variant entre 53,8 et 86 % pour les mères auteures de néonatocide (Shelton, Corey, Donaldson, & Hemberger Dennison, 2010; Shelton, Muirhead, & Canning, 2010). De manière plus spécifique, l'asphyxiant utilisé varie entre le sac de plastique (38 %), l'eau (31 %), l'étranglement (5 %) et la strangulation à mains nues (3 %) (Shelton, Corey, Donaldson, & Hemberger Dennison, 2011). Également, selon ces mêmes auteurs, les asphyxiants utilisés tels que la suffocation (62 %), la noyade (30 %) et l'étranglement (8 %) sont considérés comme les causes du décès. En plus des asphyxiants, la cause du décès de l'enfant peut aussi être liée à un traumatisme dû à l'utilisation d'un objet contondant, au fait d'avoir été poignardé et à l'utilisation d'autres méthodes que celles évoquées, et ce, dans 5,1 % dans tous ces cas (Shelton, Muirhead, & Canning, 2010). Ces mêmes auteurs ajoutent que la cause de la mort peut être indéterminée dans une proportion de 13,3 %. En revanche, bien qu'il semble y avoir une majorité d'auteurs ayant fait état que l'asphyxie est le moyen le plus répandu auprès des mères auteures de néonatocide, Viaux et Combaluzier (2010) estiment que la cause ayant mené au décès, dans une plus grande portion, soit dans 38,5 % des cas, est l'absence de soins prodigués, suivi ensuite de l'étranglement ou l'asphyxie incluant la noyade dans 30,8 % des cas, la présence de coups violents dans 23,1 % des cas et la noyade réalisée dans une baignoire

dans 7,7 % des cas. Les résultats de l'étude québécoise de Dubé, Léveillée et Marleau (2003) stipulent que dans quatre des cinq cas cliniques, la découverte du corps du nouveau-né a été constatée dans un sac de plastique et/ou de poubelle, bien que la cause du décès ne soit toutefois pas précisée.

Il ne semble pas y avoir d'études s'étant penchées sur l'utilisation de violence excessive (*overkill*) lors de l'homicide ajoutant ainsi à la pertinence que cette variable soit retenue et étudiée dans le cadre de cette étude. En revanche, l'étude québécoise réalisée par Dubé, Léveillée et Marleau (2003) indique que dans un cas de néonatocide, il y avait absence de marque de violence sur le corps du nouveau-né.

Pour ce qui est de la violence conjugale subie, il ne semble pas y avoir d'études dans la littérature consultée s'étant penchée sur cette variable au même titre que la dénonciation à la suite de l'homicide.

Il semble y avoir des résultats unanimes dans les études consultées de la littérature pour ce qui est de la présence d'antécédents criminels chez les mères auteures de néonatocide (Amon et al., 2012; Beyer, Mcauliffe Mack, & Shelton, 2008; Shelton, Muirhead, & Canning, 2010). De manière plus spécifique, il semble qu'un peu plus de 22 % de ces mères ont des antécédents criminels (Beyer, Mcauliffe Mack, & Shelton, 2008; Shelton, Muirhead, & Canning, 2010), mais qu'aucun de ceux-ci n'implique un crime commis à l'endroit d'un enfant (Beyer, Mcauliffe Mack, & Shelton, 2008). De

manière plus spécifique, ces mêmes auteurs font état que les mères auteures de néonaticide de moins de 18 ans ont des antécédents juvéniles dans une proportion de 33,3 % et que les mères auteures de néonaticide de plus de 18 ans en ont dans une proportion de 18 %. De cette proportion, 60 % des antécédents criminels sont des crimes non violents, alors que 40 % des antécédents criminels sont à la fois des crimes non violents et violents. En accord avec cette plus grande proportion d'antécédents criminels non violents, l'étude d'Amon et al. (2012) stipule que les antécédents criminels consistent en des crimes contre les biens dans 17,4 % des cas, alors que les crimes violents se situent dans une proportion de 4,4 %. De plus, parmi les antécédents répertoriés, il est question de fraudes, cambriolages, vols, biens volés et vols qualifiés, d'infractions liées aux drogues, vandalisme, intrusion, menaces terroristes, harcèlement et agressions, perturbations et conduites désordonnées, résistance à une arrestation et violation d'une ordonnance de Cour ainsi que fausses identités et statut de fugitive (Beyer, Mcauliffe Mack, & Shelton; 2008; Shelton, Muirhead, & Canning, 2010). Selon ces derniers auteurs, les antécédents criminels des mères auteures de néonaticide se totalisent au nombre de 26 avec une étendue allant de deux à six, mais dans une proportion de 60 %, il est question d'un ou deux antécédents criminels.

Caractéristiques psychologiques. L'étude québécoise de cas cliniques de mères auteures de néonaticide effectuée par Dubé, Léveillée et Marleau (2003) ne rapporte aucun cas d'homicide-suicide à la suite de l'accouchement et de la mort du nouveau-né. Pour ce qui est de la consommation d'alcool et/ou drogues, cette même étude indique dans un des

cinq cas cliniques, la mère a consommé de l'alcool et était ivre lorsqu'elle a été découverte ainsi que le corps du nouveau-né. Ainsi, il semble y avoir peu d'études dans la littérature s'étant penchées sur ces deux variables ajoutant ainsi à la pertinence de les retenir dans le cadre de cette étude. Comme constaté précédemment pour la cohabitation des mères auteures de filicide et la présence ou l'absence de violence excessive des mères auteures de néonaticide, l'absence d'études répertoriées dans celles consultées amène à réfléchir sur la présence de portraits spécifiques. Cependant, l'étude québécoise de Dubé, Léveillée et Marleau (2003) indique la possibilité de différents portraits de mères pour un même sous-type d'homicide intrafamilial commis à l'endroit d'un enfant et de différences significatives entre ces groupes de mères selon des variables précises.

La littérature consultée fait état que les mères auteures de néonaticide ont avant le l'homicide, au moment de celui-ci ou après ce dernier, un diagnostic psychiatrique (Amon et al., 2012; Beyer, Mcauliffe Mack, & Shelton, 2008; Shelton, Muirhead, & Canning; 2010; Viaux & Combaluzier, 2010). De manière plus spécifique, l'étude de Beyer, Mcauliffe Mack et Shelton (2008) rapporte un diagnostic psychiatrique dans une proportion de 30 % à l'un de ces trois moments. De cette proportion, 41,7 % ont un diagnostic psychiatrique avant, pendant et après le crime. Selon ces mêmes auteurs, avant le néonaticide, les mères, dans une proportion de 15 %, ont un diagnostic psychiatrique. À ce sujet, sur les 40 mères de cette étude, six ont un diagnostic et pour trois d'entre elles, le diagnostic est un retard mental dans deux cas et des difficultés d'apprentissage dans un cas. Ainsi, aucune mère n'a un diagnostic de nature psychotique au moment du crime

(Beyer, McAuliffe Mack, & Shelton, 2008). Dans ce même ordre d'idées, l'étude de Shelton, Muirhead et Canning (2010) appuie l'idée que les mères ont un diagnostic en santé mentale au moment de l'homicide, et ce, dans une proportion de 25 %. Parmi ces diagnostics non mutuellement exclusifs, il est question de dépression, d'anxiété, de trouble dissociatif, de trouble dissociatif de l'identité, de retard mental, de trouble d'adaptation et d'apprentissages. Selon les résultats de cette même étude, une seule mère a un diagnostic de nature psychotique, alors qu'aucune n'a un diagnostic de dépression post-partum. De plus, les mères ont entre un et quatre diagnostics, mais la majorité, dans 63,6 % des cas, en a un. Également, 6,8 % des mères ont plaidé pour la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, mais aucune n'a été retenue (Shelton, Muirhead, & Canning, 2010). En ce qui concerne la période suivant l'homicide, 78,3 % des mères ont reçu une évaluation psychiatrique de nature psycho légale (Amon et al., 2012). Parmi ces mères, 27,8 % ont reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, 11,1 % un trouble psychotique bref et 6 % un trouble de la personnalité. En revanche, 27,8 % n'ont pas reçu de diagnostic psychiatrique à la lumière de cette évaluation. D'autres auteurs estiment qu'aucune des mères n'a un trouble psychotique selon les experts qu'elles ont rencontrés (Viaux & Combaluzier, 2010). En revanche, selon ces auteurs, 50 % des mères ont un trouble de la personnalité dit « non caractérisé » soit 33,3 % sont considérées comme ayant un « état limite », alors que 66,6 % sont considérées comme ayant des traits « névrotiques ». Par ailleurs, l'étude française de quatre vignettes cliniques de néonaticides de Génuit (2013) amène à la réflexion la possibilité d'une « psychotisation ponctuelle » chez les mères auteures d'un néonaticide. La dissociation et le déni sont également soulevés comme

pistes de réflexion en lien avec les notions de conjugalité et de parentalité de ces mères, en regard de l'homicide commis à l'endroit de leur enfant (Génuit, 2013).

Pour ce qui est de la consultation et l'hospitalisation des mères auteures d'un néonaticide, il ne semble pas y avoir d'études s'étant penchées sur ces variables dans la littérature consultée. D'ailleurs, un faible nombre d'études rapportent la présence de consultation médicale liée à la grossesse puisque cette dernière n'a pas été enregistrée avant la naissance de l'enfant (Vellut, Cook, & Tursz, 2012).

Études comparatives sur le filicide maternel, l'infanticide et le néonaticide

Selon la littérature, il existe peu d'études comparant le filicide maternel, l'infanticide et le néonaticide. D'ailleurs, il s'agit principalement de recension de la documentation (Hatters Friedman, Cavney, & Resnik, 2012; Logan, 1995; Pitt & Bale, 1995) ou encore d'études de cas cliniques (Camperino Ciani & Fontanesi, 2012).

L'étude comparative italienne de cas cliniques de Camperino Ciani et Fontanesi (2012) conclut que les mères auteures de néonaticide sont plus jeunes que celles auteures d'un infanticide ou d'un filicide. Selon les résultats de ces auteurs, les femmes auteures de néonaticide ont en moyenne 26,5 ans, alors que les mères auteures d'infanticide ont 32,3 ans et les mères auteures d'un filicide ont 36,3 ans. Également, il existe une différence significative quant au statut conjugal des mères auteures de néonaticide en comparaison aux mères auteures d'infanticide et de filicide. Ces auteurs précisent que la

suffocation est utilisée dans 86,8 % des cas chez les mères auteures de néonatocide ce qui s'avère être une différence significative avec les mères auteures d'infanticide et de filicide. En ce sens, il y a une différence significative en ce qui concerne la présence de violence excessive et d'acharnement sur la victime lors de l'homicide. À ce sujet, *l'overkill* est présente dans une proportion de 13,2 % chez les mères auteures de néonatocide et dans une proportion de 95,8 % chez les mères auteures d'infanticide et de filicide. Pour ce qui est des enjeux psychologiques, il y a aussi une différence significative quant au de suicide chez ces mères. De manière plus spécifique, les mères auteures de néonatocide n'ont pas tendance à se suicider, alors que cela est plutôt le cas dans une proportion de 45,8 % chez les mères auteures d'infanticide et de filicide. Finalement, ces auteurs stipulent que des psychopathologies sont présentes dans 5,3 % des cas des mères auteures de néonatocide et dans 70,8 % des cas des mères auteures d'infanticide et de filicide laissant ainsi place à une différence significative.

À la lumière de ces constats, il est entre autres possible de remarquer qu'il existe des différences quant aux conclusions de cette étude comparative et celles obtenues dans les études spécifiques portant sur le filicide maternel et le néonatocide. Par ailleurs, dans cette étude, l'infanticide semble avoir été regroupé avec le filicide laissant ainsi place à deux groupes plutôt que trois dans cette étude. McKee et Egan (2013) concluent d'ailleurs qu'il existe un caractère distinctif entre les sous-groupes possibles de filicides maternels.

Pertinence et objectifs de l'étude

Dans la littérature scientifique consultée, il existe un nombre limité d'études comparant le filicide maternel, l'infanticide et le néonatocide. Toutefois, la littérature consultée laisse place à un nombre considérable d'études comparatives, mais qui concerne les similitudes et différences entre les femmes et les hommes auteurs de filicide (Brown, Tyson, & Fernandez Arias, 2014; Dawson, 2015; Eriksson, Mazerolle, Wortley, & Johnson, 2016; Léveillée, Marleau, & Dubé, 2007; Wilczynski, 1997) ou uniquement entre deux sous-types de crimes soit le néonatocide et l'infanticide (Malmquist, 2013; Porter & Gavin, 2010) ou l'infanticide et le filicide (Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; Hatters Friedman & Resnik, 2007).

Également, la littérature consultée fait état d'études qui se penchent sur un sous-type d'homicide intrafamilial commis par des mères soit le néonatocide, l'infanticide (Dayan & Bernard, 2013; Spinelli, 2005) ou le filicide.

Des études comparatives et exploratoires entre ces différents sous-types d'homicides intrafamiliaux commis par des mères sont peu fréquentes, malgré des similitudes et différences observées entre ceux-ci. Ainsi, dû à l'incidence des filicides maternels, à la présence de caractéristiques propres et partagées entre ceux-ci et à la quasi-inexistance d'études comparant ces trois types d'homicides intrafamiliaux commis par des mères, et ce, à partir de dossiers selon la littérature consultée, cette étude a deux objectifs :

1. Établir un portrait descriptif de mères québécoises auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide à l'aide de variables sociodémographiques, criminologiques et psychologiques;
2. Produire des analyses statistiques comparatives entre les mères auteures d'un filicide et d'un infanticide, afin de répondre à la question de recherche suivante : « Quelles sont les similitudes et les différences en ce qui a trait aux variables sociodémographiques, criminologiques et psychologiques entre des mères ayant commis ces deux types d'homicides intrafamiliaux ? »².

Cela dit, les deux objectifs permettront de mieux identifier les mères, et ce qui les caractérisent, qui pourraient être à risque d'en commettre dans le futur et donc, tenter de les prévenir. Par ailleurs, l'établissement d'un portrait détaillé de ces trois groupes de mères pourra avoir des répercussions pour le dépistage, l'évaluation et l'intervention auprès de celles-ci. De surcroît, les pistes d'intervention pour une prise en charge thérapeutique pourront être plus ajustées à leurs besoins.

Dans le cadre de la présente étude, les variables indépendantes sont au nombre de trois soit le filicide tel que défini précédemment par Wilczynski (1997), le néonaticide tel que défini précédemment par Resnik (1970) et l'infanticide tel que défini précédemment

² Les analyses statistiques comparatives avec les mères auteures d'un néonaticide n'ont pas été mises à l'avant-plan dans cette étude, considérant le petit *n* de cet échantillon. En revanche, des analyses statistiques de type exploratoire ont été effectuées en incluant le groupe de mères auteures d'un néonaticide, selon trois cas de figure.

par le Code criminel canadien. Les variables dépendantes sont quant à elles sociodémographiques, criminologiques et psychologiques. À la lumière des résultats observés dans la littérature, quelques hypothèses sont formulées :

- Il est attendu que les mères auteures d'un néonatocide sont plus jeunes que les mères auteures d'un infanticide et d'un filicide;
- Il est attendu que les mères auteures d'un filicide sont dans une plus grande proportion en relation conjugale que les mères auteures d'un néonatocide;
- Il est attendu que les mères auteures d'un néonatocide cohabitent avec une tierce personne.

Pour ce qui est des données criminologiques, il est attendu que :

- Le moyen utilisé est le même, tel que l'utilisation d'un objet contondant, pour l'ensemble des mères et qu'elles n'ont pas fait l'utilisation de violence excessive au moment du crime;
- Le pourcentage des mères auteures d'un filicide est plus élevé quant à la présence d'antécédents criminels.

Pour ce qui est des données psychologiques, il est attendu que :

- Les pourcentages des mères auteures d'un filicide-suicide et la présence de traits et/ou troubles de santé mentale sont plus élevés que pour les mères auteures d'un néonatocide;
- Le pourcentage lié à la consommation d'alcool et/ou drogues est plus élevé chez les mères auteures d'un néonatocide que chez les mères auteures d'un filicide.

Méthode

La section suivante présente la méthode utilisée dans le contexte de cet essai. Elle contient des informations sur les dossiers des mères, la grille d'analyse utilisée en plus de fournir des explications sur le déroulement.

Les dossiers

Les données sont recueillies à partir de 44 dossiers répertoriés de filicides maternels, au Bureau du coroner en chef du Québec³⁴, qui ont été commis sur le territoire de la province de Québec de 1997 à 2012. Cependant, deux d'entre eux sont retirés de l'étude puisque l'information quant à l'âge de l'enfant était manquante rendant ainsi impossible de catégoriser le type d'homicide commis. Deux dossiers de 2015 sont ajoutés, en regard d'une autre étude sur le sujet en parallèle par la superviseure de cet essai. Au total, l'échantillon comporte 44 dossiers. De manière plus spécifique, 26 dossiers sont répertoriés entre 1997 et 2005 : l'analyse porte sur 12 dossiers d'infanticides et 14 dossiers de filicides maternels. Aucun dossier n'est répertorié pour 2006. Pour la période de 2007 à 2012, 16 dossiers sont répertoriés, mais aucun pour l'année 2010 : l'analyse porte sur

³ Les données de la présente étude sont tirées d'une étude de Suzanne Léveillé, intitulée les enjeux psychosociaux des homicides intrafamiliaux, dont le certificat d'éthique #16-226-68-63-64 a été émis et autorisé par le Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

⁴ Nous tenons à remercier chaleureusement le Bureau du coroner en chef du Québec pour leur précieuse collaboration et pour avoir contribué à l'avancement des connaissances sur le sujet.

quatre dossiers d’infanticides, trois confirmés de néonaticides et neuf dossiers de filicides maternels. Aucun dossier n’est répertorié pour les années 2013 et 2014. Pour l’année 2015, deux dossiers sont répertoriés soit un néonaticide et un filicide. Notons donc un total de 24 filicides, 16 infanticides et quatre néonaticides. Parmi les 24 mères filicides, trois d’entre elles ont tué plus d’un enfant portant le total des victimes à 29, alors que pour les mères infanticides, une d’entre elle a tué plus d’un enfant portant le total des victimes à 17. Puisqu’un nombre réduit de dossiers sont considérés comme étant un néonaticide, au moment des analyses statistiques comparatives, uniquement les filicides et les infanticides sont retenus. En revanche, dans une visée exploratoire, les mères auteures d’un néonaticide sont incluses comme un troisième groupe pour répéter les analyses statistiques. Ainsi, trois cas de figure sont présentés en lien avec l’inclusion des néonaticides dans les analyses statistiques soit 1) en les ajoutant en tant que groupe à part entière, 2) en les ajoutant au groupe de mères infanticides (les mères filicides sont un autre groupe) et 3) en ajoutant les infanticides au groupe de mères filicides (les mères néonaticides sont un autre groupe).

Grille d’analyse utilisée

Dans le cadre de cette étude, une grille d’analyse est consultée⁵, afin de favoriser la cueillette des données dans les 44 dossiers répertoriés au Bureau du coroner en chef du

⁵ Cette grille d’analyse n’est pas publiée, mais est utilisée dans plusieurs études réalisées par madame Suzanne Léveillée portant sur des sujets parallèles à celui de la présente étude. Pour de plus amples informations sur cette grille, le lecteur est invité à communiquer directement avec madame Léveillée à l’adresse suivante : suzanne.leveillee@uqtr.ca

Québec sur les filicides maternels, infanticides et néonaticides commis sur le territoire de la province de Québec de 1997 à 2015. Un total de quinze variables sont regroupées en trois grandes catégories de variables soit les caractéristiques sociodémographiques (âge, cohabitation et statut conjugal), criminologiques (moyen utilisé, violence excessive (*overkill*), violence conjugale subie, antécédents criminels et dénonciation) et psychologiques (homicide-suicide, consommation d'alcool et/ou drogues, consultations psychologiques/psychiatriques, hospitalisations et traits ou troubles de santé mentale dont ceux de la personnalité et les symptômes dépressifs et psychotiques). Ces variables sont retenues dans la présente étude et plusieurs d'entre elles ont été étudiées dans la littérature et présentées dans le contexte théorique.

Déroulement

Les 44 dossiers retenus pour cette étude sont ceux également utilisés dans le cadre d'une étude plus large, menée par madame Suzanne Léveillée, qui porte sur les enjeux psychosociaux des homicides intrafamiliaux. Ces dossiers sont ceux disponibles au Bureau du coroner en chef du Québec au moment de la collecte de données pour cette présente étude et lors d'une collecte de données ultérieure.

Le choix de retenir ces trois types de crime commis par des mères (filicide, infanticide, néonaticide) est privilégié, au détriment de ceux commis par des pères,

puisque entre autres les néonaticides sont plus propres aux femmes, les infanticides⁶ sont punissables lorsque l'accusée est de sexe féminin, comme stipulé dans le Code criminel canadien, et l'incidence des filicides maternels demeure considérable.

En premier lieu, les données accessibles dans ces dossiers disponibles au Bureau du coroner en chef du Québec sont recueillies. En deuxième lieu, la recherche de plomitifs criminels permet de compléter certaines informations manquantes dans les dossiers en ce qui concerne la présence ou l'absence d'antécédents criminels. Parmi ceux-ci, il est question de crimes contre la personne, d'infractions liées aux stupéfiants, de vols et/ou de fraudes, d'infractions liées au code de la sécurité routière, de bris et/ou d'évasions de garde légale ainsi que des infractions liées à la loi sur la Capitale-Nationale. En troisième lieu, la quête d'articles de journaux accessibles permet aussi de compléter les informations notées aux dossiers. Ceux-ci sont ensuite analysés à l'aide de la grille d'analyse utilisée et les variables étudiées sont retranscrites dans différents tableaux. Finalement, un accord interjuge quant à la présence ou l'absence de traits de la personnalité, selon les critères du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), est effectué avec la directrice de l'essai. Ainsi, dans un premier temps, nous avons procédé à une cotation individuelle de chacun des critères des troubles de la personnalité limite, antisociale et narcissique pour chacune des mères. Dans un deuxième temps, nous nous sommes réunies pour mettre en

⁶ Un dossier comporte celui d'une mère qui a tué son enfant de 16 mois. Ce choix arbitraire de l'inclure dans les infanticides s'explique par le fait que l'âge de l'enfant se rapprochait davantage d'un an, ce qui correspond à la définition d'un infanticide, plutôt que de deux ans, ce qui aurait pu être considéré comme un filicide.

commun nos cotations. Des discussions ont eu lieu sur la cotation individuelle effectuée pour assurer un consensus et trancher sur la cotation, en cas de désaccords. Autrement dit, l'accord interjuge a permis de colliger l'ensemble des informations répertoriées et d'assurer entre les évaluatrices un consensus dans la cotation des informations provenant des traits de la personnalité. Notons aussi qu'une vérification conjointe entre les évaluatrices sur chacune des variables sociodémographiques, criminologiques et psychologiques a eu lieu, afin d'éviter toute ambiguïté sur les informations notées aux dossiers lors des analyses.

Résultats

Dans un premier temps, le portrait des mères auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide est présenté selon les trois catégories de variables (sociodémographiques, criminologiques et psychologiques). Dans un deuxième temps, une présentation des analyses statistiques comparatives effectuées des mères auteures d'un filicide et d'un infanticide est soumise ainsi que les résultats y découlant. Dans une perspective exploratoire, des analyses statistiques comparatives incluant le troisième groupe de mères (néonaticides) sont proposées, afin de vérifier s'il y a des différences significatives avec celui-ci. Précisément, des analyses sont effectuées en 1) incluant les néonaticides comme un groupe distinct, 2) incluant les néonaticides dans le groupe de mères infanticides et en les comparant avec les mères filicides et 3) incluant les infanticides dans le groupe de mères filicides et en les comparant avec les mères néonaticides.

Pour répondre au premier objectif de décrire le portrait de ces groupes de mères, des analyses descriptives sont effectuées pour ajouter des précisions quant aux résultats obtenus. Pour répondre au deuxième objectif de comparer les groupes de mères, le test statistique du khi-carré est privilégié, afin de déterminer s'il y a des différences significatives entre les mères auteures d'un filicide et d'un infanticide, selon les variables retenues, mais également avec le troisième groupe de mères (néonaticides) lors d'analyses

statistiques comparatives subséquentes. Ce type d'analyse est retenu considérant la nature exploratoire de cette étude. Notons aussi que ces analyses sont priorisées puisqu'il s'agit d'une cohorte; tous les cas qui se sont produits sur le territoire de la province de Québec lors de cette période précise (1997-2015) sont comptabilisés.

Cela dit, les informations disponibles aux dossiers permettent de 1) cibler les variables sociodémographiques soit l'âge, la cohabitation ainsi que le statut conjugal et 2) déterminer les variables criminologiques soit le moyen utilisé, la présence ou l'absence d'*overkill*, la présence ou l'absence de violence conjugale subie et la présence ou l'absence d'antécédents criminels. La consultation des plomitifs criminels a permis de confirmer ou d'infirmer la présence d'antécédents criminels notés aux dossiers. Finalement, les informations consignées aux dossiers permettent de 3) détailler les variables psychologiques soit la présence ou l'absence d'un homicide-suicide, la consommation d'alcool et/ou de drogues, la présence ou l'absence de consultations psychologiques/psychiatriques et d'hospitalisations et la présence ou l'absence de troubles de la santé mentale et y incluant les traits et troubles de la personnalité.

Portrait des mères auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide selon des caractéristiques sociodémographiques

La section qui suit présente le portrait des trois groupes de mères selon les caractéristiques sociodémographiques étudiées dans la présente étude.

Mères auteures d'un filicide. Parmi les 24 mères, cinq (20,83 %) sont âgées de 18 et 24 ans, 15 (62,5 %) sont âgées de 25 et 44 ans et quatre (16,66 %) sont âgées de 45 et 54 ans. Également, 15 (62,5 %) sont en couple ou mariées et six (25 %) sont célibataires ou séparées. Pour trois des 24 mères (12,5 %), l'information quant au statut conjugal est manquante. Par ailleurs, 16 (66,66 %) habitent avec leur(s) enfant(s) et leur conjoint(e), cinq (20,83 %) habitent avec seulement avec leur(s) enfant(s) et deux (8,33 %) habitent seules.

Mères auteures d'un infanticide. Parmi les 16 mères, cinq (31,25 %) sont âgées de 18 et 24 ans, dix (62,5 %) sont âgées de 25 et 44 ans et une (6,25 %) est âgée de 45 et 54 ans. Aussi, dix (62,5 %) sont en couple ou mariées et six (37,5 %) sont célibataires ou séparées. Finalement, dix (62,5 %) habitent avec leur(s) enfant(s) et leur conjoint(e) et six (37,5 %) habitent seulement avec leur(s) enfant(s).

Mères auteures d'un néonaticide. Parmi les quatre mères, trois (75 %) sont âgées de 18 et 24 ans et une (25 %) est âgée de 25 et 44 ans. De plus, deux (50 %) sont en couple ou mariées, une (25 %) est célibataire ou séparée et pour une (25 %), l'information à ce sujet est manquante. Pour la cohabitation, une (25 %) habite seule et deux (50 %) habitent avec leur conjoint(e). Pour une femme (25 %), cette information est non disponible au dossier.

Considérant le grand nombre de données manquantes pour la scolarité et l'emploi, autant pour les mères auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide, ces variables sont retirées de la présente étude.

Les résultats obtenus permettent de confirmer que les mères auteures d'un néonaticide sont plus jeunes que les deux autres groupes de mères puisqu'elles sont âgées, dans une proportion de 75 %, entre 18 et 24 ans. De plus, les résultats confirment que les mères auteures d'un filicide sont en relation conjugale dans 62,5 % des cas, ce qui se veut une plus grande proportion que les mères auteures d'un néonaticide. Cela dit, il semble que cette proportion soit également la même pour les mères auteures d'un infanticide. Les mères filicides et infanticides sont également en cohabitation avec une tierce personne, plus souvent le ou la conjoint(e) ainsi que leurs enfants, dans des proportions respectives de 66,6 % et 62,5 %. Ces proportions confirment l'hypothèse émise par rapport à la cohabitation avec les mères auteures d'un néonaticide.

Portrait des mères auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide selon des caractéristiques criminologiques

La section qui suit présente le portrait des trois groupes de mères selon les caractéristiques criminologiques étudiées dans la présente étude.

Mères auteures d'un filicide. 12 (50 %) ont utilisé un couteau ou un objet contondant, cinq (20,83 %) ont battu ou utilisé la strangulation, trois (12,5 %) ont utilisé la médication et quatre (16,66 %) ont mis le feu ou utilisé la noyade lors de l'homicide.

Aussi, il y a présence d'*overkill* pour sept mères (29,16 %), alors que 17 (70,83 %) n'en ont pas fait l'usage lors du crime. En ce qui concerne la présence de violence conjugale, six (25 %) affirment en avoir subi de leur partenaire, alors que cela n'a pas été le cas pour les 17 autres d'entre elles (70,83 %). L'information à ce sujet est indisponible pour une femme (4,16 %). Ensuite, huit mères (33,33 %) ont des antécédents criminels, alors que ce n'est pas le cas pour 15 autres d'entre elles (62,5 %). L'information est aussi manquante pour une femme (4,16 %). Finalement, huit mères (33,33 %) se sont dénoncées à la suite de l'homicide et 16 (66,66 %) ne l'ont pas fait.

Mères auteures d'un infanticide. Six (37,5 %) ont utilisé un couteau ou un objet contondant, six (37,5 %) ont battu ou utilisé la strangulation, une (6,25 %) a utilisé la médication, une (6,25 %) a mis le feu ou utilisé la noyade pour commettre la mort de leur(s) enfant(s) et une (6,25 %) a secoué l'enfant. Le moyen utilisé par une mère (6,25 %) n'est toutefois pas spécifié dans son dossier. Aussi, il y a présence d'*overkill* pour une seule des mères (6,25 %), alors que 15 (93,75 %) n'en ont pas fait l'usage. Pour ce qui est de la présence de violence conjugale, quatre (25 %) affirment en avoir subi de leur partenaire, alors que cela n'a pas été le cas pour 11 (68,75 %) d'entre elles. Pour une mère (6,25 %), cette information n'est pas disponible à son dossier. Par ailleurs, deux mères (12,5 %) ont des antécédents criminels, alors que ce n'est pas le cas pour les 14 (87,5 %) autres. Finalement, aucune des 16 mères (100 %) ne s'est dénoncée à la suite de l'homicide.

Mères auteures d'un néonatocide. Deux (50 %) ont battu ou utilisé la strangulation et pour les deux autres (50 %), le moyen n'est toutefois pas spécifié dans leur dossier. Aussi, aucune des quatre mères (100 %) n'a fait usage d'*overkill* lors de l'homicide. Pour ce qui est de la présence de violence conjugale, trois (75 %) affirment ne pas en avoir subi, alors que pour une mère (25 %), cette information n'est pas disponible à son dossier. Par ailleurs, une (25 %) a des antécédents criminels et deux (50 %) n'en ont pas. L'information à ce sujet est indisponible pour une (25 %) des quatre femmes. Finalement, trois mères (75 %) ne se sont pas dénoncées à la suite de l'homicide et l'information est manquante à ce sujet pour une d'entre elles (25 %).

Il est possible d'émettre certains constats pour les variables criminologiques. Les résultats obtenus permettent d'infirmer l'hypothèse voulant que le moyen utilisé par les mères soit le même (objet contondant). Plus précisément, ce moyen est utilisé dans une proportion de 50 % par les mères auteures d'un filicide, 37,5 % par les mères auteures d'un infanticide et dans aucun cas par les mères auteures d'un néonatocide. Cependant, les résultats tendent à confirmer l'absence de violence excessive chez les mères. Ainsi, bien qu'une minorité de mères auteures d'un filicide et d'un infanticide en ont fait l'utilisation, soit respectivement 29,16 % et 6,25 %, aucune des mères auteures d'un néonatocide n'en a fait. Les résultats obtenus confirment également l'hypothèse que les mères auteures d'un filicide ont, dans une proportion de 33,33 %, des antécédents criminels par rapport à 12,5 % pour les mères auteures d'un infanticide et à 25 % pour les mères auteures d'un néonatocide.

Portrait des mères auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide selon des caractéristiques psychologiques

La section qui suit présente le portrait des trois groupes de mères selon les caractéristiques psychologiques étudiées dans la présente étude.

Mères auteures d'un filicide. Trois mères (12,5 %) ont commis un filicide-suicide, alors que cela n'a pas été le cas pour les 21 autres mères (87,5 %). De plus, six mères (25 %) ont des antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues et les 18 autres (75 %) n'en ont pas. Pour huit mères (33,33 %), la motivation de leur délit est liée à leur état mental, huit (33,33 %) pour cause de rupture ou de jalousie et trois (12,5 %) en lien avec des disputes ou de la négligence. L'information concernant la motivation est manquante au dossier pour cinq autres d'entre elles (20,83 %). En lien avec la consultation auprès de professionnels de la santé, dix mères (41,66 %) affirment avoir bénéficié de ce type de services, alors que cela n'a pas été le cas pour les 13 autres (54,16 %). De plus, quatre autres (16,66 %) ont eu recours à l'hospitalisation, alors que les 19 autres mères (79,16 %) n'ont jamais été hospitalisées. Cette information est indisponible au dossier d'une autre (4,16 %) de ces mères. En lien avec la santé mentale, huit (33,33 %) ont des symptômes dépressifs, 14 (58,33 %) n'en ont pas et l'information à ce sujet est indisponible pour deux autres mères (8,33 %). Pour ce qui est des symptômes psychotiques, cinq mères (20,83 %) en ont, 17 (70,83 %) n'en ont pas et l'information est indisponible pour deux autres mères (8,33 %). En lien avec les traits de la personnalité, 12 (50 %) ont des traits limites, neuf (37,5 %) ont des traits antisociaux et quatre (16,66 %) ont des traits narcissiques.

Mères auteures d'un infanticide. Aucune des 16 mères (100 %) n'a fait un suicide au moment de l'homicide. Aussi, trois (18,75 %) ont des antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues et 13 (81,25 %) n'en ont pas. Pour quatre mères (25 %), la motivation de leur délit est liée à leur état mental, cinq (31,25 %) pour cause de disputes ou de négligence, trois (18,75 %) dû à une rupture ou de la jalousie et une (6,25 %) liée à un enfant non désiré. Cette information quant à la motivation menant au crime est non spécifiée pour trois autres mères (18,75 %). En lien avec la consultation auprès de professionnels de la santé, six mères (37,5 %) affirment avoir bénéficié de ce type de services, alors que cela n'a pas été le cas pour les dix autres (62,5 %). Dans ce même ordre d'idées, deux mères (12,5 %) ont eu recours à l'hospitalisation, alors que les 14 autres mères (87,5 %) n'ont jamais été hospitalisées. En lien avec la santé mentale, cinq (31,25 %) ont des symptômes dépressifs et 11 (68,75 %) n'en ont pas. Pour ce qui est des symptômes psychotiques, deux mères (12,5 %) en ont et 14 (87,5 %) n'en ont pas. En ce qui concerne les traits de la personnalité, sept (43,75 %) ont des traits limites, trois (18,75 %) ont des traits antisociaux et une (6,25 %) a des traits narcissiques.

Mères auteures d'un néonaticide. Aucune des quatre mères (0 %) n'a commis un suicide au moment de l'homicide. Aussi, une (25 %) a des antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues, alors que cela n'est pas le cas pour deux mères (50 %). L'information est indisponible au dossier pour la quatrième femme (25 %). Pour l'ensemble des quatre mères (100 %), la motivation de leur délit est liée à un enfant non désiré. En lien avec la consultation auprès de professionnels de la santé, une (25 %)

affirme avoir bénéficié de ce type de services, alors que cela n'a pas été le cas pour une autre des mères (25 %). L'information à ce sujet est absente du dossier pour les deux autres mères (50 %). Finalement, deux des mères (50 %) n'ont jamais été hospitalisées, alors que pour les deux autres (50 %), cette donnée est manquante au dossier. En lien avec la santé mentale, deux (50 %) n'ont pas de symptômes dépressifs, alors que l'information à ce sujet est indisponible pour deux autres mères (50 %). Pour ce qui est des symptômes psychotiques, deux mères (50 %) n'en ont pas et l'information est indisponible pour les deux autres mères (50 %). En lien avec les traits de la personnalité, deux (50 %) n'ont pas de traits limites, alors que l'information est indisponible pour les deux autres (50 %), deux (50 %) ont des traits antisociaux, alors que l'information est manquante pour les deux autres mères (50 %). L'information pour ce qui est des traits narcissiques est manquante dans les quatre dossiers.

Il est possible d'émettre certains constats pour les variables psychologiques. Les résultats obtenus permettent de confirmer que les mères auteures d'un filicide ont commis dans une proportion de 12,5 % un filicide-suicide par rapport à 0 % pour les mères auteures d'un infanticide et d'un néonaticide. Pour les traits et/ou troubles de santé mentale, de manière générale, les résultats obtenus tendent à confirmer que les mères auteures d'un filicide ont dans une proportion de 33,3 % de symptômes dépressifs et 20,83 % de symptômes psychotiques, 50 % des traits de la personnalité limite et 16,66 % des traits de la personnalité narcissique. Ces proportions sont ainsi plus importantes par rapport aux deux autres groupes de mères. Cependant, l'information quant aux mères

auteures d'un néonaticide est majoritairement manquante à ce sujet. Or, les résultats obtenus viennent nuancer les résultats précédemment rapportés puisque les mères auteures d'un néonaticide ont dans une proportion de 50 % des traits de la personnalité antisociale par rapport à 37,5 % et 18,75 % pour les mères auteures d'un filicide et d'un infanticide. Plus précisément, les traits de la personnalité limite qui ressortent davantage sont les efforts effrénés afin d'éviter un abandon réel ou imaginé, l'impulsivité dans au moins deux domaines ayant un potentiel autodestructeur, les comportements, gestes ou menaces suicidaires ou d'automutilation récurrents ainsi que les colères inappropriées et intenses ou une difficulté à maîtriser sa colère. Pour les traits de la personnalité antisociale, ceux qui prédominent sont l'incapacité à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation ainsi que l'absence de remords indiquée par le fait d'être indifférente ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui. Enfin, pour les traits de la personnalité narcissique, celui qui ressort est le manque d'empathie. Les résultats obtenus pour la consommation d'alcool et/ou de drogues infirment l'hypothèse initiale puisque la proportion de mères auteures d'un filicide et d'un néonaticide ayant des antécédents de consommation est la même. Cependant, il importe de tenir compte que le pourcentage des mères auteures d'un néonaticide pourrait être revu à la hausse, considérant l'information manquante pour une mère de ce groupe, ce qui pourrait confirmer que l'hypothèse initialement proposée.

Analyses statistiques comparatives

La section qui suit présente les résultats des analyses statistiques effectuées pour déterminer s'il existe des différences significatives entre les mères filicides et infanticides quant à des variables sociodémographiques, criminologiques et psychologiques.

L'étude comporte 44 dossiers de mères auteures d'un filicide ($N = 44$) répertoriés au Bureau du coroner en chef du Québec. Cependant, pour les analyses comparatives, les quatre mères auteures d'un néonaticide sont retirées, considérant ce petit échantillon⁷. Les analyses comparatives comportent donc un nombre de 40 femmes ($N = 40$). Dans le cas de certaines variables, le N s'avère parfois plus petit, ce qui s'explique par des données manquantes. Les résultats analysés montrent que les mères auteures d'un filicide sont âgées en moyenne de 33,9 ans ($ET = 9,17$) avec une étendue de l'âge variant entre 21 et 53 ans. Les résultats analysés montrent que les mères auteures d'un infanticide sont âgées en moyenne de 27,8 ans ($ET = 7,37$) avec une étendue de l'âge variant entre 18 et 45 ans.

Premièrement, les résultats indiquent qu'il n'existe aucune différence significative pour l'ensemble des variables sociodémographiques. Ainsi, l'absence de différence significative est observée pour l'âge ($\chi^2(1, N = 39) = 0,53, n.s.$), le statut conjugal ($\chi^2(1, N = 36) = 0,56, n.s.$) et la cohabitation ($\chi^2(1, N = 38) = 0,31, n.s.$).

⁷ À titre indicatif, les mères auteures d'un néonaticide sont âgées en moyenne de 23 ans ($ET = 2$) avec une étendue de l'âge variant entre 22 et 26 ans.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des mères auteures d'un filicide et d'un infanticide

Variables socio.	Mères filicides (n = 24)		Mères infanticides (n = 16)		$\chi^2(1)$	p
	n	%	n	%		
Âge					1,25	0,53
18-24 ans	5	20,83	5	31,25		
25-44 ans	15	62,5	10	62,5		
45-54 ans	4	16,66	1	6,25		
Statut conjugal					0,33	0,56
Couple/mariée	15	62,5	10	62,5		
Célib./séparée	6	25	6	37,5		
Info. manquantes	3	7,5	0	0		
Cohabitation					2,29	0,31
Enfant	5	20,83	6	37,5		
Enfant/conjoint(e)	16	66,66	10	62,5		
Seule	2	8,33	0	0		
Info. manquantes	1	4,18	0	0		

Note. * p ≤ 0,05.

Deuxièmement, en ce qui concerne les variables criminologiques, les résultats montrent qu'il existe une différence significative pour la dénonciation. Dans tous les cas, les mères auteures d'un infanticide ne se sont pas dénoncées, et ce, de manière significative par rapport aux mères auteures d'un filicide ($\chi^2(1, N = 40) = 0,01, p$ de Fisher < 0,05). Toutefois, il n'y a pas de différence significative pour les autres variables

criminologiques. Ainsi, l'absence de différence significative est observée pour le moyen utilisé ($\chi^2(1, N = 39) = 0,40, n.s.$), l'*overkill* ($\chi^2(1, N = 40) = 0,07, n.s.$), la violence conjugale subie ($\chi^2(1, N = 38) = 0,96, n.s.$) et les antécédents criminels ($\chi^2(1, N = 39) = 0,11, n.s.$).

Tableau 2

Caractéristiques criminologiques des mères auteures d'un filicide et d'un infanticide

Variables crimino.	Mères filicides (n = 24)		Mères infanticides (n = 16)		X ² (1)	p
	n	%	n	%		
Moyen utilisé						4,02 0,40
Objet contondant	12	50	6	37,5		
Battre/strangulation	5	20,83	6	37,5		
Médication	3	12,5	1	6,25		
Incendie/noyade	4	16,66	1	6,25		
Enfant secoué	0	0	1	6,25		
Info. manquantes	0	0	1	6,25		
Overkill						3,15 0,07
Oui	7	29,16	1	6,25		
Non	17	70,83	15	93,75		
Violence conjugale						0,00 0,96
Oui	6	25	4	25		
Non	17	70,83	11	68,75		
Info. manquantes	1	4,18	1	6,25		
Antécédents criminels						2,45 0,11
Oui	8	33,33	2	12,5		
Non	15	62,5	14	87,5		
Info. manquantes	1	4,18	0	0		
Dénonciation						6,66 0,01*
Oui	8	33,33	0	0		
Non	16	66,66	16	100		

Note. * p ≤ 0,05.

Finalement, pour ce qui est des variables psychologiques, les résultats montrent qu'il y a également une absence de différence significative pour toutes les variables étudiées. Ainsi, l'absence de différence significative est observée pour l'homicide-suicide ($\chi^2(1, N = 40) = 0,14, n.s.$), la consommation d'alcool et/ou de drogues ($\chi^2(1, N = 39) = 0,64, n.s.$), les motivations sous-jacentes à l'homicide ($\chi^2(1, N = 32) = 0,24, n.s.$), la consultation ($\chi^2(1, N = 39) = 0,70, n.s.$), l'hospitalisation ($\chi^2(1, N = 39) = 0,67, n.s.$), les symptômes dépressifs ($\chi^2(1, N = 38) = 0,74, n.s.$), les symptômes psychotiques ($\chi^2(1, N = 38) = 0,42, n.s.$), les traits limites ($\chi^2(1, N = 39) = 0,60, n.s.$), les traits antisociaux ($\chi^2(1, N = 39) = 0,17, n.s.$) et les traits narcissiques ($\chi^2(1, N = 39) = 0,30, n.s.$)

Tableau 3

Caractéristiques psychologiques des mères auteures d'un filicide et d'un infanticide

Variables psycho.	Mères filicides (n = 24)		Mères infanticides (n = 16)		X ² (1)	p
	n	%	n	%		
Homicide-suicide					2,16	0,14
Oui	3	12,5	0	0		
Non	21	87,5	16	100		
Consommation					0,21	0,64
Oui	6	25	3	18,75		
Non	18	75	13	81,25		
Sx dépressifs					0,10	0,74
Oui	8	33,33	5	31,25		
Non	14	58,33	11	68,75		
Info. manquantes	2	8,34	0	0		
Sx psychotiques					0,64	0,42
Oui	5	20,83	2	12,5		
Non	17	70,83	14	87,5		
Info. manquantes	2	8,34	0	0		
Motivation					4,12	0,24
Rupture/jalousie	8	33,33	3	18,75		
Dispute/négligence	3	12,5	5	31,25		
État mental	8	33,33	4	25		
Enfant non désiré	0	0	1	6,25		
Info. manquantes	5	20,83	3	18,75		

Tableau 3

*Caractéristiques psychologiques des mères auteures d'un filicide et d'un infanticide
(suite)*

Variables psycho.	Mères filicides (n = 24)		Mères infanticides (n = 16)		$\chi^2(1)$	p
	n	%	n	%		
Consultation					0,13	0,70
Oui	10	41,66	6	37,5		
Non	13	54,16	10	62,5		
Info. manquantes	1	4,18	0	0		
Hospitalisation					0,17	0,67
Oui	4	16,66	2	12,5		
Non	19	79,16	14	87,5		
Info. manquantes	1	4,18	0	0		
Traits limites					0,26	0,60
Oui	12	50	7	43,75		
Traits antisociaux					1,84	0,17
Oui	9	37,5	3	18,75		
Traits narcissiques					1,04	0,30
Oui	4	16,66	1	6,25		

Note. * p ≤ 0,05.

Analyses statistiques exploratoires

Les résultats des analyses statistiques exploratoires sont aussi présentés pour informer les lecteurs sur la présence de différence significative lorsque les mères auteures d'un néonatide sont incluses dans celles-ci. Ainsi, lorsqu'incluses, le total de l'échantillon est

désormais de 44 mères ($N = 44$). Dans le cas de certaines variables, considérant les données manquantes, le N s'avère parfois plus petit.

Premier cas de figure. En premier lieu, on constate une différence significative pour la cohabitation (variable sociodémographique) lorsque les mères auteures d'un néonaticide constituent un groupe à part entière. De ce fait, les mères auteures d'un filicide cohabitent dans 66,66 % des cas avec leur conjoint(e) et enfant(s), alors que, par exemple, les mères auteures d'un néonaticide cohabitent dans cette même proportion avec leur conjoint(e) seulement ($\chi^2(1, N = 42) = 0,000, p$ de Fisher < 0,05). En deuxième lieu, on constate une différence significative pour la dénonciation (variable criminologique). À cet effet, 100 % des mères auteures d'un infanticide ne se sont pas dénoncées à la suite de l'homicide, alors que 33,33 % des mères auteures d'un filicide l'ont fait ($\chi^2(1, N = 43) = 0,020, p$ de Fisher < 0,05). Finalement, on constate une différence significative entre les trois groupes de mères pour la motivation menant à l'homicide de l'enfant (variable psychologique). À ce propos, 100 % des mères auteures d'un néonaticide ont commis l'homicide de leur enfant puisque celui-ci est non désiré, alors que 84,21 % de la motivation des mères auteures d'un filicide est liée à une rupture ou de la jalousie ainsi qu'à leur état mental ($\chi^2(1, N = 36) = 0,000, p$ de Fisher < 0,05).

Deuxième cas de figure. Des différences significatives sont également présentes lorsque les mères auteures d'un infanticide sont incluses dans le groupe des mères auteures d'un filicide ($n = 40$) et qu'elles sont comparées au groupe de mères auteures d'un

néonaticide ($n = 4$), et ce, en ce qui concerne la cohabitation (variable sociodémographique) : ($\chi^2(1, N = 42) = 0,000, p$ de Fisher < 0,05). On constate aussi une différence significative pour la motivation menant à l'homicide de l'enfant (variable psychologique) : ($\chi^2(1, N = 36) = 0,000, p$ de Fisher < 0,05). Finalement, une différence significative est également présente pour la présence de traits antisociaux (variable psychologique) : ($\chi^2(1, N = 41) = 0,044, p$ de Fisher < 0,05).

Troisième cas de figure. Dans une perspective similaire, lorsque les mères auteures d'un néonaticide sont incluses dans le groupe de mères auteures d'un infanticide ($n = 20$) et qu'elles sont comparées au groupe de mères auteures d'un filicide ($n = 24$), une différence significative est présente pour l'*overkill* (variable criminologique) : ($\chi^2(1, N = 44) = 0,038, p$ de Fisher < 0,05). On note aussi une différence significative pour la dénonciation (variable criminologique) : ($\chi^2(1, N = 43) = 0,005, p$ de Fisher < 0,05). Finalement, une différence significative est observée pour la motivation menant à l'homicide de l'enfant (variable psychologique) : ($\chi^2(1, N = 36) = 0,029, p$ de Fisher < 0,05).

Discussion

La présente section résume le portrait des trois groupes de mères ainsi que les résultats qui découlent des analyses statistiques comparatives effectuées ainsi que celles exploratoires. Les principaux résultats sont ensuite mis en lien avec les notions théoriques et comparés avec ceux de la littérature consultée, afin de faire ressortir les points communs et divergents et tenter de les expliquer. Finalement, les limites et les contributions de la présente étude dans la pratique clinique sont exposées et des recommandations sont formulées pour les études à venir.

Portrait des mères auteures d'un filicide

Elles sont âgées dans 62,5 % des cas de 25 et 44 ans avec une moyenne d'âge de 33,9 ans. Elles sont également dans une même proportion (62,5 %) en couple ou mariées et cohabitent dans 66,7 % des cas avec leur(s) enfant(s) et leur conjoint(e). Parmi ces mères, la moitié (50 %) d'entre elles ont utilisé un couteau ou un objet contondant et n'ont pas fait, dans une proportion de 70,8 % des cas, l'usage de violence excessive. Par ailleurs, dans une même proportion, ces mères n'ont pas subi de violence conjugale de la part de leur partenaire. Elles n'ont également pas d'antécédents criminels dans 62,5 % des cas. Aussi, 66,7 % de ces mères ne se sont pas dénoncées à la suite de l'homicide de leur enfant. Dans une grande majorité des cas (87,5 %), les mères n'ont pas commis de filicide-suicide. De plus, le trois quarts de celles-ci n'a pas d'antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues. La motivation liée à leur délit est associée dans une même

proportion, soit 33,3 % des cas, à leur état mental ou une rupture ou de la jalousie. Un peu plus de la moitié de ces mères (54,2 %) n'a pas été consultée de professionnels de la santé et dans 79,2 % des cas, elles n'ont pas eu recours à l'hospitalisation. Sur le plan de la santé mentale, le tiers des mères a des symptômes dépressifs, alors que dans une proportion de 20,8 %, elles ont des symptômes psychotiques. Finalement, la moitié a des traits de la personnalité limite, plus du tiers (37,5 %) a des traits de la personnalité antisociale et dans une proportion plus faible, soit dans 16,7 % des cas, certaines ont des traits de la personnalité narcissique.

Portrait des mères auteures d'un infanticide

Elles sont âgées dans 62,5 % des cas de 25 et 44 ans avec une moyenne d'âge de 27,8 ans. Elles sont également dans une même proportion en couple ou mariées et cohabitent avec leur(s) enfant(s) et leur conjoint(e). Parmi ces mères, dans une même proportion de 37,5 % des cas, elles ont utilisé un couteau ou un objet contondant ou ont battu ou utilisé la strangulation lors de l'homicide de l'enfant. Cela dit, la très grande majorité des mères, soit 93,8 % d'entre elles, n'a pas fait l'usage de violence excessive au moment du geste. En lien avec la violence conjugale, 68,8 % d'entre elles n'en ont pas subi de la part de leur partenaire. Par ailleurs, la grande majorité, soit 87,5 %, n'a pas d'antécédents criminels. Aussi, aucune de ces mères ne s'est dénoncée à la suite de l'homicide de l'enfant. D'ailleurs, aucune d'entre elles n'a commis un suicide après le geste. De plus, elles n'ont pas d'antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues dans une proportion de 81,3 % des cas. La motivation liée à leur délit est, dans un peu

moins du tiers des cas (31,3 %), associée à des disputes ou de la négligence. Également, une majorité d'entre elles, soit dans une proportion de 62,5 %, n'a pas consulté un professionnel de la santé et elles n'ont pas eu recours à l'hospitalisation dans 87,5 % des cas. Sur le plan de la santé mentale, respectivement 68,8 % et 87,5 % d'entre elles n'ont pas de symptômes dépressifs ou psychotiques. Cependant, elles ont des traits de la personnalité limite dans 43,8 % des cas, des traits de la personnalité antisociale dans 18,8 % des cas et dans une plus faible proportion de 6,3 %, elles ont des traits de la personnalité narcissique.

Portrait des mères auteures d'un néonaticide

Elles sont âgées dans 75 % des cas de 18 et 24 ans avec une moyenne d'âge de 23 ans. La moitié de ces mères sont également en couple ou mariées et habitent dans cette même proportion avec leur conjoint(e). Encore une fois, dans la moitié des cas, elles ont battu ou utilisé la strangulation lors de l'homicide de l'enfant. D'ailleurs, dans l'ensemble, aucune des mères n'a fait l'usage de violence excessive. En lien avec la violence conjugale, le trois quarts n'en a pas subi de la part de leur partenaire. Aussi, la moitié des mères n'a pas d'antécédents criminels. Dans la majorité des cas, soit dans une proportion de 75 %, ces mères ne se sont pas dénoncées après le geste. D'ailleurs, aucune d'entre elles n'a commis un suicide à la suite de l'homicide de l'enfant. La moitié de ces mères n'a également pas d'antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues. La motivation liée à leur délit est associée dans tous les cas à un enfant non désiré. De plus, la consultation de professionnels de la santé est incertaine. Plus précisément, une même

proportion de mères a consulté et n'a pas consulté. Cependant, la moitié des mères n'a pas eu recours à l'hospitalisation. Sur le plan de la santé mentale, la moitié n'a pas de symptômes dépressifs ni psychotiques et de traits de la personnalité limite. Cependant, la moitié a des traits de la personnalité antisociale.

Résultats des analyses statistiques comparatives

Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de mères, et ce, pour l'ensemble des variables sociodémographiques. Néanmoins, une différence significative est notée pour la dénonciation à la suite de l'homicide (variable criminologique) où il n'y a d'ailleurs aucune dénonciation chez les mères infanticides en comparaison aux mères filicides : ($\chi^2(1, N = 40) = 0,01, p$ de Fisher < 0,05). Finalement, les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative pour l'ensemble des variables psychologiques.

Résultats des analyses statistiques exploratoires

Or, rappelons que lorsque les mères auteures d'un néonatocide sont incluses dans les analyses exploratoires, comme un groupe à part entière, une différence significative est notée pour la cohabitation (sociodémographique) : les mères filicides cohabitent dans 66,7 % des cas avec leur conjoint(e) et enfant(s), alors que les mères néonaticides cohabitent dans cette même proportion avec leur conjoint(e) seulement ($\chi^2(1, N = 42) = 0,000, p$ de Fisher < 0,05). Une différence significative est aussi observée pour la dénonciation (criminologique) : 100 % des mères infanticides ne se sont pas dénoncées à

la suite de l'homicide, alors que 33,3 % des mères filicides l'ont fait ($\chi^2(1, N = 43) = 0,020, p$ de Fisher < 0,05). Finalement, on constate une différence significative entre les trois groupes de mères pour ce qui est de la motivation menant à l'homicide de l'enfant (variable psychologique) : 100 % des mères néonaticides ont commis l'homicide de leur enfant puisque celui-ci est non désiré, alors que 84,2 % de la motivation des mères filicides est liée à une rupture ou de la jalousie ainsi qu'à leur état mental ($\chi^2(1, N = 36) = 0,000, p$ de Fisher < 0,05).

Des différences significatives sont également présentes lorsque les mères auteures d'un infanticide sont incluses dans le groupe des mères auteures d'un filicide et qu'elles sont comparées au groupe de mères auteures d'un néonaticide, et ce, en ce qui concerne la cohabitation (variable sociodémographique) : ($\chi^2(1, N = 42) = 0,000, p$ de Fisher < 0,05). On constate aussi une différence significative pour la motivation menant à l'homicide de l'enfant (variable psychologique) : ($\chi^2(1, N = 36) = 0,000, p$ de Fisher < 0,05). Finalement, une différence significative est également notée pour la présence de traits antisociaux (variable psychologique) : ($\chi^2(1, N = 41) = 0,044, p$ de Fisher < 0,05).

Par ailleurs, lorsque les mères auteures d'un néonaticide sont incluses dans le groupe de mères auteures d'un infanticide et qu'elles sont comparées au groupe de mères auteures d'un filicide, une différence significative est présente pour l'*overkill* (variable criminologique) : ($\chi^2(1, N = 44) = 0,038, p$ de Fisher < 0,05). On note aussi une différence significative pour la dénonciation (variable criminologique) : ($\chi^2(1, N = 43) = 0,005, p$ de

Fisher < 0,05). Finalement, une différence significative est observée pour la motivation menant à l'homicide de l'enfant (variable psychologique) : ($\chi^2(1, N = 36) = 0,029, p$ de Fisher < 0,05).

Résultats de l'étude et ceux de la littérature

Certains constats émergent entre les résultats de la présente étude et ceux de la littérature consultée. Premièrement, les résultats obtenus quant à l'âge des trois groupes de mères sont cohérents avec ceux de l'étude comparative de Camperino Ciani et Fontanesi (2012) stipulant que les mères néonaticides soient plus jeunes que les mères infanticides et filicides. Pour ce qui est de la cohabitation, il n'y avait pas d'études parmi celles répertoriées qui traitaient de cette variable pour les mères auteures d'un filicide. Les résultats de la présente étude indiquent que les mères infanticides et filicides cohabitent dans une plus grande proportion avec leur conjoint(e) et enfant(s). Les résultats de Camperino Ciani et Fontanesi (2012) indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les mères infanticides et filicides pour ce qui est des variables sociodémographiques, dont la cohabitation. Les résultats de la présente étude sont d'ailleurs cohérents avec ceux de Camperino Ciani et Fontanesi (2012) indiquant qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui a trait aux variables sociodémographiques entre les mères auteures d'un filicide et d'un infanticide. Cependant, lorsque nous incluons les mères auteures d'un néonaticide dans les analyses, une différence significative est présente. Des analyses supplémentaires seraient d'ailleurs pertinentes à produire pour explorer si le réseau social, voire la cohabitation avec une tierce personne, a un lien avec l'homicide. De plus, dans

une même proportion de 62,5 % des cas, les mères infanticides et filicides sont en relation conjugale, ceci concordant avec l'étendue possible allant de 35 à 93,7 % dans l'étude de Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti et Aceti (2019). Cependant, une différence significative a été relevée par Camperino Ciani et Fontanesi (2012) en ce qui concerne le statut conjugal des mères néonaticides en comparaison aux deux autres groupes de mères, ce qui n'a toutefois pas été observé dans la présente étude.

Deuxièmement, les résultats obtenus quant au moyen utilisé ne semblent pas être les mêmes que ceux obtenus dans la littérature dans le cas des mères auteures d'un filicide. À cet effet, les résultats de la littérature suggèrent que la strangulation, l'étouffement et la suffocation sont utilisés dans plus de la moitié des cas (Dawson, 2015; Liem & Koenraadt, 2008; McKee & Egan, 2013), alors que l'utilisation d'un objet contondant est présente dans moins de la moitié des cas (Bourget & Gagné, 2002; Dawson, 2015; Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; Liem & Koenraadt, 2008; McKee & Bramante, 2010; McKee & Shea, 1998). Cela dit, les résultats de la présente étude indiquent plutôt qu'un objet contondant est utilisé dans la moitié des cas pour les mères filicides et dans une moins grande proportion, soit 37,5 % des cas, pour les mères infanticides. Dans la présente étude, les résultats obtenus pour le moyen utilisé par les mères auteures d'un néonaticide semblent cohérents avec ceux de la littérature concernant l'utilisation d'asphyxiant et la strangulation dans au moins la moitié des cas. L'étude de Camperino Ciani et Fontanesi (2012) soulève d'ailleurs une différence significative pour la suffocation pour les mères auteures d'un néonaticide. Cette différence n'a toutefois pas

été observée dans la présente étude. Pour ce qui est de la violence excessive (*overkill*), les résultats de la présente étude sont cohérents avec ceux de la littérature indiquant que celle-ci est peu utilisée par les mères (McKee & Egan, 2013). Cela dit, bien que la littérature consultée ne répertorie pas d'études traitant de l'utilisation de violence excessive pour les mères auteures d'un néonaticide, les résultats de la présente étude concordent avec ceux de l'étude de Camperino Ciani et Fontanesi (2012). Précisément, l'utilisation de violence excessive est plus présente chez les mères auteures d'un filicide et d'un infanticide que chez les mères auteures d'un néonaticide. Dans le contexte des analyses exploratoires, il y a d'ailleurs une différence significative pour cette variable entre les mères auteures d'un néonaticide et d'un infanticide en comparaison aux mères auteures d'un filicide. Cependant, des analyses supplémentaires seraient nécessaires pour mieux comprendre cette différence et explorer l'effet de la violence par rapport à l'âge de la mère. De plus, les résultats de la présente étude correspondent également à ceux de la littérature émettant que l'ensemble des trois groupes de mères ont subi dans une proportion de 22,2 à 25 % de la violence conjugale de la part de leur partenaire. Pour ce qui est de la présence d'antécédents criminels, les résultats de la présente étude laissent paraître un plus grand pourcentage que celui de la littérature dans l'ensemble des groupes de mères variant respectivement entre 25 et 33,3 % pour les mères auteures d'un néonaticide et d'un filicide. Le pourcentage obtenu pour les mères auteures d'un infanticide semble toutefois plus modeste soit 12,5 %. Par ailleurs, les résultats obtenus pour la dénonciation sont similaires à ceux de la littérature voulant que dans une plus grande proportion, les mères auteures d'un filicide n'aient pas tendance à se dénoncer, et ce, dans plus de 60 % des cas.

Bien qu'il ne semble pas y avoir d'études portant sur cette variable pour les mères auteures d'un infanticide et d'un néonatocide, les résultats obtenus dans la présente étude vont dans la même direction que ceux pour les mères filicides, mais en mettant davantage l'accent sur l'absence de dénonciation dans respectivement 75 et 100 % des cas. D'ailleurs, les résultats de la présente étude indiquent une différence significative à cet effet entre les mères auteures d'un filicide et d'un infanticide, mais également lorsque les mères auteures d'un néonatocide sont incluses dans le groupe des mères auteures d'un infanticide. Il serait d'ailleurs intéressant que des études futures se penchent sur les raisons sous-jacentes à la dénonciation pour mieux l'expliquer, et ce, d'autant plus que cette variable a été peu étudiée jusqu'à ce jour.

Troisièmement, pour ce qui est des variables psychologiques, des résultats ressortent par rapport à ceux de la littérature. À ce sujet, il semble clair que l'homicide-suicide est un geste qui est posé par les mères auteures d'un filicide, dans une proportion relativement similaire entre les résultats de l'étude, soit 12,5 %, et ceux issus de la littérature, soit 16,6 % (McKee & Egan, 2013). Par ailleurs, l'homicide-suicide est un phénomène peu étudié dans la littérature chez les mères auteures d'un néonatocide et aucun geste en ce sens n'a été noté pour les mères auteures d'un néonatocide et d'un infanticide dans la présente étude. Cela dit, Camperino Ciani et Fontanesi (2012) évoquent l'existence d'une différence significative quant à cette variable pour les mères, ce qui n'a toutefois pas été le cas dans la présente étude. Pour ce qui est des antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues, la littérature indique une faible possibilité chez les mères auteures d'un

filicide. Cependant, les résultats de la présente étude soulèvent que 25 % des mères auteures d'un filicide en ont, et ce, dans une proportion similaire chez les mères auteures d'un néonaticide, s'approchant d'ailleurs des résultats de la littérature (Dubé, Léveillée, & Marleau, 2003). Cette proportion est toutefois plus faible pour les mères auteures d'un infanticide de la présente étude soit dans 18,8 % des cas. En lien avec les symptômes dépressifs et psychotiques, les résultats des études consultées laissaient entrevoir une large probabilité que les mères auteures d'un filicide ont des manifestations de cet ordre, et ce, dans respectivement 23 à 78,3 % des cas et 11,1 à 43 % des cas. Pour ce qui est des mères auteures d'un filicide et d'un infanticide, les résultats obtenus indiquent la présence plus importante de symptômes dépressifs dans une proportion variant 31,3 à 33,3 % des cas face à 12,5 à 20,8 % pour les symptômes psychotiques. Compte tenu de la présence plus importante de données manquantes à ce sujet pour les mères auteures d'un néonaticide, il semble plus difficile d'émettre des constats clairs, bien que les résultats dans la littérature estimaienent une faible proportion de symptômes psychotiques. D'ailleurs, dans 33,3 % des cas, l'homicide des mères auteures d'un filicide est motivé par leur état mental ou pour cause de rupture ou de jalouxie. Plus faiblement, les mères auteures d'un infanticide sont motivées par une dispute ou de la négligence, alors que dans leur totalité, les mères auteures d'un néonaticide sont motivées par un enfant non désiré. Une différence significative est également présente sur cette variable dans l'étude actuelle lorsque les mères auteures d'un néonaticide sont considérées dans un groupe distinct avec les deux autres groupes, lorsque comparées avec les mères auteures d'un infanticide et d'un filicide ou lorsqu'incluses dans le groupe de mères auteures d'un infanticide. Cette différence

significative serait essentielle à étudier plus en profondeur dans le but de mieux comprendre les motivations menant des trois groupes distincts de mères à commettre ce type de geste. En ce qui concerne la consultation et l'hospitalisation, les résultats de la littérature soulevaient une plus grande propension chez les mères auteures d'un filicide que la population générale à avoir recours à de tels services, et ce, dans une proportion variant entre 15 et 50 % (Bourget & Gagné, 2002; Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; McKee & Shea, 1998). Les résultats de la présente étude semblent cohérents à ce sujet. Les mères auteures d'un infanticide ont toutefois moins tendance à consulter et à être hospitalisées que les mères auteures d'un filicide. La proportion semble plus faible, soit 25 %, chez les mères auteures d'un néonaticide, du moins en ce qui concerne la consultation. Il pourrait être intéressant d'étudier cet aspect précis, pour explorer s'il y a un lien avec le déni de grossesse et l'absence de soins prodigués au cours de celle-ci (Vellut, Cook, & Tursz, 2012). Finalement, pour ce qui est des traits de la personnalité, les études consultées répertoriaient autant pour les mères auteures d'un filicide que d'un néonaticide, une faible proportion liée aux troubles de la personnalité soit dans approximativement 10 % des cas (Amon et al., 2012; Giacchetti, Roma, Pancheri, Williams, Meuti, & Aceti, 2019; McKee & Bramante, 2010). Toutefois, lorsqu'il était question d'un état limite de la personnalité, ce pourcentage augmentait à 33,3 % pour les mères auteures d'un néonaticide (Viaux & Combaluzier, 2010). Cela dit, les résultats de la présente semblent mettre à l'avant-plan la présence de traits de la personnalité limite et antisociale pour les mères auteures d'un filicide, limite pour les mères auteures d'un infanticide et antisociale pour les mères auteures d'un néonaticide.

D'ailleurs, lorsque ces dernières composent un troisième groupe lors des analyses statistiques, une différence significative est observée concernant les traits de la personnalité antisociale. Des études futures seraient nécessaires pour mieux comprendre cette différence en plus d'émettre des liens avec les antécédents criminels. Au final, les résultats de l'étude de Camperino Ciani et Fontanesi (2012) soulèvent la présence d'une différence significative en ce qui concerne les éléments psychopathologiques entre les mères néonaticides et les deux autres groupes.

Limites

En regard des résultats obtenus dans la présente étude, il n'en demeure pas moins que certaines limites sont à considérer. En premier lieu, bien qu'il s'agisse d'un élément inhérent à l'étude de dossiers, il importe de mentionner que diverses données sont manquantes et n'ont pu être analysées dans l'étude telles que la scolarité, l'emploi et la non-responsabilité criminelle pour ne nommer que celles-ci. À ce propos, plusieurs des données étaient manquantes pour un même dossier ou pour une même variable (p. ex. scolarité) dans la majorité des dossiers. L'hétérogénéité dans les données disponibles est donc une limite à considérer lors d'études de dossiers. En deuxième lieu, le petit échantillon de l'étude limite les analyses statistiques. Dans ce même ordre d'idées, le petit échantillonnage pour les néonaticides limite également l'inclusion de ceux-ci dans les analyses statistiques ainsi que la généralisation des résultats obtenus. D'ailleurs, dans la littérature, une variabilité semble persister dans la définition de l'infanticide (Spinelli, 2005) ayant ainsi des impacts dans l'inclusion des néonaticides dans ce type d'homicide

ou l'inclusion des infanticides dans les filicides. Il importe ainsi de garder à l'esprit et sous toute réserve, que la taille de l'échantillon associée aux néonaticides aurait pu être plus élevée.

Forces et contributions cliniques

La conceptualisation des différentes notions psychodynamiques ainsi que la présentation des trames théoriques entourant le filicide, l'infanticide et le néonaticide offrent une vision plus intégrée de ces trois types délit et favorisent ainsi une meilleure compréhension de la dynamique interne des auteures de ceux-ci. Dans la présente étude, les résultats psychologiques découlant du portrait établi de ces trois groupes de mères permettent, dans une certaine mesure, d'alimenter des réflexions sur la dynamique interne des mères auteures de ces délits. Certains liens sont donc tentés entre les notions théoriques et les résultats obtenus. D'ailleurs, un élément significatif qui ressort des notions psychodynamiques et des trames théoriques présentées est la présence de facteurs psychologiques importants tels que l'état mental (Mugavin, 2008) et la dynamique interne des mères (Ravit, 2011; Riley, 2005; Romano, 2010). Dans la présente étude, pour le portrait détaillé des mères auteures d'un filicide, un peu plus du tiers d'entre elles se sont dénoncées à la suite du délit et une plus faible proportion a commis un filicide-suicide. Ceci dit, la motivation du délit est associée dans le tiers des cas à leur état mental, ce qui apparaît cohérent avec les propos de Mugavin (2008). D'ailleurs, le tiers d'entre elles présentent des symptômes dépressifs, alors que la moitié présente des traits de la personnalité limite et plus du tiers a des traits de la personnalité antisociale. Pour le portrait

détaillé des mères auteures d'un infanticide, aucune de s'est dénoncée et aucune de s'est suicidée à la suite du délit. Comparativement aux mères filicides, leur motivation n'est cependant pas reliée à l'état mental. D'ailleurs, une mince proportion d'entre elles présentent des symptômes dépressifs ou psychotiques et moins de la moitié d'entre elles présente des traits de la personnalité limite. Ceci dit, il semble plus ardu d'établir des ponts entre la dynamique interne des mères infanticides et leur délit, et ce, selon les données analysées et les résultats obtenus. Il serait pertinent, lors de futures études, pour pousser davantage les réflexions, d'étudier des cas cliniques ou d'utiliser des tests projectifs lors d'entrevues cliniques avec des mères, ce qui mènerait à une analyse plus approfondie de l'identification des facteurs de risque associés aux modèles de compréhension psychodynamique. Enfin, pour le portrait détaillé des mères néonaticides, les résultats obtenus pour la dénonciation et le suicide après le geste vont dans la même direction que ceux pour les mères filicides. Cependant, la motivation expliquant leur geste est associée, dans tous les cas, à un enfant non désiré, ce qui est cohérent avec les propos de Riley (2005). Bien que le déni de grossesse n'ait pas été clairement identifié dans les résultats de la présente étude, cette piste demeurerait à explorer, dans des études futures, pour raffiner la compréhension de la dynamique interne des mères auteures de ce type de délit.

En plus des réflexions que cette étude suscite sur la dynamique interne des mères auteures de ces délits, elle comporte ses forces et ajoute une contribution à la littérature. Tout d'abord, elle regorge de plusieurs détails et fait ainsi état d'un large éventail de résultats. Cela permet ainsi d'établir un portrait le plus précis possible des mères dans les

trois groupes et à l'intérieur même de ceux-ci, ce qui peut avoir un impact et une retombée dans la pratique clinique. Nous croyons ainsi que cela peut favoriser l'identification de celles pouvant être le plus à risque de poser un tel geste. Dans ce même ordre d'idées, dégager un portrait de ces mères pour la pratique clinique sur le plan du dépistage, de l'évaluation et de l'intervention est une contribution importante de la présente étude. Également, le portrait dégagé de ces trois groupes de mères donne des pistes pour une prise en charge thérapeutique mieux ajustée aux besoins de ces femmes à risque de commettre ces trois types de délits à l'endroit d'un enfant. Par ailleurs, nous nous sommes efforcées d'avoir une cohorte de mères la plus complète en considérant l'ensemble des dossiers de 1997 à 2015, et ce, selon ceux disponibles au moment de l'étude. De plus, considérant la présence de données manquantes ou peu détaillées, nous avons recueilli et validé de l'information auprès de sources collatérales telles que les plomitifs criminels et les articles de journaux, afin d'assurer la qualité et la véracité des informations répertoriées aux dossiers. En ce sens, nous nous sommes permis d'effectuer un accord interjuge pour ce qui est des traits de la personnalité accordant ainsi une rigueur supplémentaire liée aux données disponibles en lien avec les enjeux psychologiques des mères. Finalement, nous avons également effectué des analyses statistiques supplémentaires (dites exploratoires) en lien avec le flou qui semble persister par rapport aux diverses définitions dont celles de l'infanticide (ajout du néonaticide dans ce groupe ou l'infanticide dans celui des filicides) augmentant à la richesse des résultats obtenus et pouvant soulever des pistes futures de recherche.

Recommandations pour les études futures

Nous considérons que pour les études à venir, les cas plus récents de filicides et plus particulièrement de néonaticides puissent être comptabilisés dans les analyses majorant ainsi le nombre de dossiers étudiés et analysés. Une autre recommandation pourrait être de considérer si possible des mères qui ont fait des tentatives de ces trois délits. De plus, il pourrait être pertinent d'effectuer des entrevues cliniques avec les mères auteures de ces homicides et analyser des cas cliniques; ce qui combinerait à la fois des analyses quantitatives et qualitatives. Cela contribuerait à la richesse des résultats qui en découleraient. Aussi, il pourrait être pertinent pour les études futures de mieux préciser et définir la variable dénonciation versus le concept d'aveu par exemple, puisque dans la présente étude, il n'y avait pas de définition claire offerte sur cette variable dans la grille d'analyse utilisée. Une attention pourrait également être portée à la cohabitation pour déterminer si des éléments d'isolement et de faible réseau social sont présents chez ces mères, les rendant ainsi plus vulnérables à un passage à l'acte. Par ailleurs, considérer les enjeux psychopathologiques des mères en lien avec la notion de non-responsabilité criminelle pourrait s'avérer fort utile pour mieux cibler l'état mental dans lequel celles-ci se trouvent au moment du geste et mieux comprendre leur dynamique interne dans le passage à l'acte.

Conclusion

En résumé, l'établissement d'un portrait descriptif des mères auteures d'un filicide, d'un infanticide et d'un néonaticide peut avoir des retombées dans la pratique clinique. Autrement dit, ces portraits établis dans le cadre de la présente étude peuvent être pertinents à considérer pour les intervenants œuvrant ou étant en contact avec des mères pouvant présenter un risque de passage à l'acte à l'endroit de leur(s) enfant(s). En d'autres mots, le portrait détaillé de ces trois groupes de mères aura un impact important pour le dépistage, l'évaluation et l'intervention. Pour terminer, ces portraits pourraient permettre aux professionnels de mieux identifier les mères à risque et conséquemment, auront une visée préventive. Ils permettent ainsi de préciser des pistes pour une prise en charge thérapeutique mieux ajustée aux besoins de ces mères. Les analyses comparatives effectuées peuvent permettre de mieux distinguer les particularités respectives à chacun de ces groupes de mères, mais également de constater que dans certains cas, des similitudes sont aussi présentes.

Références

Allen, M. (2018). *Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2017 (n°85-002-X)* [PDF]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2018001/article/54974-fra.pdf?st=rXL-B5Et>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Amon, S., Puktonen, H., Weizmann-Henelius, G., Almiron, M. P., Formann, A. K., Voracek, M., Eronen, M., Yourstone, J., Friedrich, M., & Klier, C. M. (2012). Potential predictors in neonaticide: The impact of the circumstances of pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 167-174. doi: 10.1007/s00737-0120268-0

Amon, S., Putkonen, H., Weizmann-Henelius, G., Arias Fernandez, P., & Klier, C. M. (2019). Gender differences in legal outcomes of filicide in Austria and Finland. *Archives of Mental's Health*, 22(1), 165-172. doi: 10.1007/s00737-018-0867-5

Barone, L., Bramante, A., Lionetti, G., & Pastore, M. (2014). Mothers who murdered their child: An attachment-based study on filicide. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1468-1477. doi: 10.1016/j.chabu.2014.04.014

Bergeret, J. (2011). Actes de violence: réflexion générale. Dans *Le Passage à l'acte: Aspects cliniques et psychodynamiques*. (2^e éd., pp. 3-8). Paris, France : Elsevier Masson.

Beyer, K., McAuliffe Mack, S., & Shelton, J. L. (2008). Investigative analysis of neonaticide: An exploratory study. *Criminal Justice and Behaviour*, 35(4), 522-535. doi: 10.1177/0093854807313410

Bourget, D., & Gagné, P. (2002). Maternal filicide in Quebec. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 30(3), 354-351.

Brown, T., Tyson, D., & Fernandez Arias, P. (2014). Filicide and parental separation and divorce. *Child Abuse Review*, 23(2), 79-88. doi: 10.1002/car.2327

- Camperino Ciani, A. S., & Fontanesi, L. (2012). Mothers who kill their offspring: Testing evolutionary hypothesis in a 110-case Italian sample. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 519-527. doi: 10.1016/j.chabu.2012.05.001
- Code criminel canadien. (1985, mis à jour en 2016). Meurtre, homicide involontaire coupable et infanticide. Repéré à <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/>
- Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux. (2012). *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux remis au ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des aînés.* Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-02.pdf>
- Dawson, M. (2015). Canadian trends in filicide by gender of the accused. *Child Abuse & Neglect*, 47, 162-174. doi: 10.1016/j.chabu.2015.07.010
- Dayan, J., & Bernard, A. (2013). Déni de grossesse, infanticide et justice. *Annales Médico-psychologiques*, 171(7), 494-498. doi: 10.1016/j.amp.2013.05.019
- Dubé, M., Léveillée, S., & Marleau, J. (2003). Cinq cas de néonatocide au Québec. *Santé Mentale au Québec*, 28(2), 183-194. doi: 10.7202/008623ar
- Eriksson, L., Mazerolle, P., Wortley, R., & Johnson, H. (2016). Maternal and paternal filicide: Case studies from the Australian Homicide Project. *Child Abuse Review*, 25(1), 17-30. doi: 10.1002/car.2358
- Fugère, R., & Roy, R. (2011). Le passage à l'acte filicide. Dans *Le Passage à l'acte: Aspects cliniques et psychodynamiques*. (2^e éd., pp. 140-153). Paris, France : Elsevier Masson.
- Génuit, P. (2013). Les érinyses de quatre mères. Clinique subjective et casuelle d'infanticides maternels. *Cliniques méditerranéennes*, (87)1, 19-32. doi: 10.3917/cm.087.0019
- Giacchetti, N., Roma, P., Pancheri, C., Williams, R., Meuti, V., & Aceti, F. (2019). Personality traits in a sample of Italian filicide mothers. *Rivista Di Psichiatria*, 54(2), 67-74. doi: 10.1708/3142.31247
- Gouvernement du Québec. (2012). *Criminalité dans un contexte conjugal au Québec [PDF]*. Repéré à http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/violence_conjugale/2011/violence_conjugale_2011.pdf

- Gowda, G. S., Naveen Kumar, C., Mishra, S., Malathesh, B. C., Komal, S., Math, S. B., & Chandra, P. S. (2018). Maternal filicide: A case series from medico-legal psychiatry unit in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 42-45. doi: 10.1016/j.ajp.2018.06.004
- Hatters Friedman, S., Cavney, J., & Resnik, P. J. (2012). Mothers who kill: Evolutionary Underpinnings and Infanticide Law. *Behavioral Science and the Law*, 30(5), 585-597. doi: 10.1002/bsl.2034
- Hatters Friedman, S., & Resnik, P. J. (2007). Child murder by mothers: Patterns and prevention. *World Psychiatry*, 6(3), 137-141.
- Hotton Mahony, T. (2011). *Les femmes et le système de justice pénale (n° 89-503-X)* [PDF]. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11416-fra.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2016). Homicide conjugal. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/homicide-conjugal>
- Léveillée, S., Marleau, J. D., & Dubé, M. (2007). Filicide: A comparaison by sex and presence or absence of self-destructive behavior. *Journal of Family Violence*, 22(5), 287-295. doi: 10.1007/s10896-007-9081-3
- Léveillée, S., Tousignant, M., Laforest, J., & Maurice, P. (2015). La couverture médiatique des homicides intrafamiliaux: mieux en comprendre les effets. Montréal : Conseil de Presse du Québec.
- Liem, M., & Koenraadt, F. (2008). Filicide: A comparative study of maternal versus paternal child homicide. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(3), 166-176. doi: 10.1002/cbm.695
- Logan, M. (1995). Mothers who murder: A comparative study of filicide and neonaticide. *Canadian Society of Forensic Science Journal*, 28(3), 201-213. doi: 10.1080/00085030.1995.10757484
- Malmquist, C. P. (2013). Infanticide/neonaticide: The outlier situation in the United States. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 399-408. doi: 10.1016/j.avb.2013.04.001
- McKee, A., & Egan, V. (2013). A case series of twenty one maternal filicides in the UK. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 753-761. doi: 10.1016/j.chab.2013.02.008

- McKee, G. R., & Bramante, A. (2010). Maternal filicide and mental illness in Italy: A comparative study. *The Journal of Psychiatry and the Law*, 38(3), 271-282. doi: 10.1177/009318531003800303
- McKee, G. R., & Shea, S. J. (1998). Maternal filicide: A cross-national comparison. *Journal of Clinical Psychology*, 54(5), 679-687.
- Millaud, F. (2011). Le passage à l'acte: points de repères psychodynamiques. Dans *Le Passage à l'acte : Aspects cliniques et psychodynamiques*. (2^e éd., pp. 9-18). Paris, France : Elsevier Masson.
- Ministère de la sécurité publique. (2016). *Les homicides familiaux en 2014* [PDF]. Repéré à https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/criminalite/homicides_familiaux/homicides_familiaux_2014.pdf
- Moreau, G. (2019). *Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2018 (n°85-002-X)* [PDF]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2019001/article/00013-fra.pdf?st=WdoeXLQV>
- Mugavin, M. (2008). Maternal filicide theoretical framework. *Journal of Forensic Nursing*, 4(2), 68-79. doi: 10.1111/j.1939-3938.2008.00012.x
- Pitt, S. E., & Bale, E. M. (1995). Neonaticide, infanticide and filicide: A review of the literature. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23(3), 375-386.
- Porter, T., & Gavin, H. (2010). Infanticide and Neonaticide: A Review of 40 Years of Research Literature on Incidence and Causes. *Trauma, Violence & Abuse*, 11(3), 99-112. doi: 10.1177/1524838010371950
- Ravit, M. (2011). L'Ombre de l'enfant mort clinique de l'infanticide. *Topique*, 117(4), 105-115. doi: 10.3917/top.117.0105
- Resnik, P. J. (1970). Murder of the Newborn: A psychiatric review of neonaticide. *The American Journal of Psychiatry*, 126(10), 1414-1420.
- Riley, L. (2005). Neonaticide: A grounded theory study. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 12(4), 1-42. doi: 10.1300/J137v12n04_01
- Romano, H. (2010). Meurtres de nouveaux-nés et processus psychiques à l'œuvre chez les femmes néonaticides. *Médecine & Hygiène*, 22(4), 309-320. doi: 10.3917/dev.104.0309

- Seigneurie, A.-S., & Limosin, F. (2012). Déni de grossesse et néonaticide: Aspects cliniques et psychopathologiques. *La Revue de Médecine Interne*, 33(11), 635-639. doi: 10.1016/j.revmed.2012.07.013
- Shelton, J. L., Corey, T., Donaldson, W. H., & Hemberger Dennison, E. (2011). Neonaticide: A comprehensive review of investigative and pathologic aspects of 55 cases. *Journal of Family Violence*, 26(4), 263-276. doi: 10.1007/s10886-011-9362-8
- Shelton, J. L., Muirhead, Y., & Canning, K. E. (2010). Ambivalence toward mothers who kill: An examination of 45 U.S. cases of maternal neonaticide. *Behavioral Sciences and the Law*, 28(6), 812-831. doi: 10.1002/bsl.937
- Sidebotham, P., & Retzer, A. (2018). Maternal filicide in a cohort of English serious case reviews. *Archives of Women's Mental Health*, 22(1), 139-149. doi: 10.1007/s00737-018-0820-7
- Spinelli, M. G. (2005). Infanticide : contrasting views. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 15-24.
- Stanton, J., Simpson, A., & Woudes, T. (2000). A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse & Neglect*, 24(11), 1451-1460.
- Vellut, N., Cook, J. M., & Tursz, A. (2012). Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files. *Child Abuse & Neglect*, 36(7-8), 553-563. doi: 10.1016/j.chab.2012.05.003
- Verschoot, O. (2013). Le filicide: Un crime pour la vie. *Cliniques Méditerranéennes*, 87(1), 7-18. doi: 10.3917/cm.087.0007
- Viaux, J.-L., & Combaluzier, S. (2010). Néonaticide, un non-désir mélancolique: Étude clinique de 12 cas. *L'Évolution Psychiatrique*, 75(1), 3-17. doi: 10.1016/j.evopsy.2008.02.014
- Viaux, J.-L. (2014). Maltraitance et infanticide. *L'Information Psychiatrique*, 90(8), 633-639. doi: 10.1684/ipe.2014.1247
- Villerbu, L. M., & Hirschelmann-Ambrosi, A. (2011). Meurtre sur enfants: perspectives psycho-pathologiques en psycho-criminologie. *Topique*, 117(4), 29-46. doi: 10.3917/top.117.0029
- Wilczynski A. (1997). *Child homicide*. London: Greenwich Medical Media Ltd.

Wilczynski, A. (1995). Child killing by parents: A motivational model. *Child Abuse Review*, 4(5), 365-370. doi: 10.1002/car.189

Wolfgang, M. E. (1958). Husband-wife homicides. *Journal of Social Therapy*, 2, 263-271.