



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux

remis au ministre de la Santé
et des Services sociaux
et ministre responsable des aînés

Novembre 2012

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion des membres du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux. Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66374-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-66373-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

Composition du Comité d'experts

Président

Gilles Tremblay Université Laval

Membres experts

André Delorme Direction de la santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux

Chantale Ménard Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) et Service régional Info-Santé et Info-Social, CSSS du Lac-Saint-Jean-Est

Émilie Rochette Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, ministère de la Santé et des Services sociaux

Gilles Côté Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal

Ginette Martel Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, ministère de la Santé et des Services sociaux

Josée Lepage Direction de la santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux

Manon Monastesse Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec

Mario Fréchette Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mario Trépanier à cœur d'homme Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence

Marthe Hamel Direction de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Lavallée Unité de l'éthique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Myriam Dubé Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) et Université du Québec à Montréal

Sylvain Gagnon Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Nadeau Association québécoise de prévention du suicide

Équipe de soutien

| | |
|------------------|------------------------------|
| Christine Drouin | Professionnelle de recherche |
| Martine Bérubé | Secrétariat |
| Anne Dauphinais | Révision linguistique |

Collaboration aux travaux du Comité

Natalie Rosebush et

| | |
|--------------|---|
| Annie Cotton | Direction des jeunes et des familles, ministère de la Santé et des Services sociaux |
|--------------|---|

| | |
|----------------|---|
| Bruno Marchand | Association québécoise de prévention du suicide |
|----------------|---|

| | |
|----------------|------------------------|
| Gilles Rondeau | Université de Montréal |
|----------------|------------------------|

Québec, le 25 octobre 2012

Monsieur Réjean Hébert
Ministre de la Santé et des Services sociaux
et responsable des Aînés
1075 chemin Ste-Foy, 15e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le ministre,

C'est avec plaisir et fierté que je vous sou mets le présent rapport qui résume les constats et les conclusions du Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux mis sur pied à l'automne 2011.

Nos travaux ont cheminé dans l'esprit du mandat général qui nous avait été confié, soit de réaliser une analyse de la situation sur l'ampleur du phénomène au Québec et ailleurs, de dresser le portrait des services offerts et des outils disponibles, de recenser les meilleures pratiques en ce domaine et d'émettre, le cas échéant, des recommandations en tenant compte des orientations ministérielles existantes dans le but de prévenir les homicides intrafamiliaux.

Depuis le 15 novembre 2011, le Comité a tenu huit rencontres en plus du travail en sous-groupes. Avec l'aide de deux professionnelles du ministère, nous avons assuré les préparations et les suivis des rencontres, travail épaulé également par une professionnelle de recherche pour documenter les travaux du comité. En février, toutes les personnes qui avaient contacté le Cabinet du ministre, la Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires ou moi-même ont été entendues par le comité lui-même ou en sous-groupes. Ces consultations ont contribué à une meilleure connaissance de la problématique des homicides intrafamiliaux et des effets collatéraux qu'ils provoquent. Également, le travail d'un autre sous-comité a permis de mieux circonscrire le cadre théorique et conceptuel du rapport.

Les homicides intrafamiliaux représentent un phénomène complexe comprenant de nombreuses spécificités, notamment selon la typologie définissant les acteurs en cause : homicides conjugaux, filicides, familicides ou parricides, pour ne nommer que les principaux types. Chaque type d'homicides requiert la mise en place de stratégies d'intervention adaptées qui peuvent différer les unes des autres, ce qui rend la tâche particulièrement complexe. Le comité formule des recommandations qui visent l'amélioration des services existants et plus spécifiquement la prévention des homicides intrafamiliaux. Nous savons que la population québécoise est particulièrement préoccupée par la situation et intéressée à connaître les suites qui seront données à ce rapport. Ainsi, je demeure disponible pour échanger avec vous sur son contenu.

...2

En terminant, j'aimerais personnellement remercier tous les membres du comité pour le dévouement dont ils et elles ont fait preuve, leur disponibilité, leur rigueur, la grande qualité de leur travail et leur grande efficacité, surtout lorsqu'on tient compte de la très courte période qui nous était dévolue pour accomplir nos travaux. J'aimerais également remercier spécialement les personnes et les organismes qui ont généreusement contribué aux travaux du comité lors des consultations de février dernier.

Veillez agréer, Monsieur le ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Gilles Tremblay, Ph.D., t.s.

Président du Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| SOMMAIRE EXÉCUTIF | 1 |
| INTRODUCTION | 3 |
| 1. Le portrait de la situation actuelle | 4 |
| 1.1. Les types d’homicides intrafamiliaux | 4 |
| 1.2. Le modèle théorique retenu | 5 |
| 1.3. Un portrait global | 6 |
| 1.4. Le portrait selon les différents types d’homicides intrafamiliaux | 8 |
| 1.4.1. L’homicide conjugal | 8 |
| 1.4.2. Le filicide | 11 |
| 1.4.3. Le familicide | 14 |
| 1.4.4. Le parricide | 15 |
| 1.5. Synthèse du portrait de la situation | 17 |
| 2. Les services du réseau de la santé et des services sociaux et les meilleures pratiques connues | 20 |
| 2.1. Les actions qui ciblent les individus | 23 |
| 2.1.1. En promotion et prévention | 23 |
| 2.1.2. En intervention | 24 |
| 2.2. Les actions qui ciblent les familles et les communautés locales | 25 |
| 2.2.1. En promotion et prévention | 25 |
| 2.2.2. En intervention | 25 |
| 2.2.3. Les interventions à la suite d’un homicide intrafamilial | 30 |
| 2.3. Les actions qui ciblent les environnements immédiats | 30 |
| 2.3.1. En promotion et prévention | 30 |
| 2.3.2. En intervention | 31 |
| 2.3.3. Les interventions à la suite d’un homicide intrafamilial | 35 |
| 2.4. Les actions qui ciblent les contextes sociaux | 35 |
| 2.4.1. En promotion et prévention | 35 |
| 2.4.2. En intervention | 35 |
| 2.6. Synthèse des services du réseau de la santé et des services sociaux et des meilleures pratiques connues | 39 |

| | |
|--|----|
| 3. Les recommandations du comité au ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés..... | 42 |
| 3.1. Des principes généraux..... | 42 |
| 3.2. Les recommandations qui visent les individus..... | 42 |
| 3.2.1. Les recommandations qui visent les individus en promotion/prévention | 42 |
| 3.2.2. Les recommandations qui visent les individus en intervention..... | 43 |
| 3.3. Les recommandations qui visent les familles et les communautés locales | 44 |
| 3.3.1. Les recommandations qui visent les familles et les communautés locales en promotion / prévention..... | 44 |
| 3.3.2. Les recommandations qui visent les familles et les communautés locales en intervention..... | 45 |
| 3.3.3. Les recommandations qui visent les familles et les communautés locales à la suite d'un homicide intrafamilial | 45 |
| 3.4. Les recommandations qui visent les environnements immédiats | 46 |
| 3.4.1. Les recommandations qui visent les environnements immédiats en promotion / prévention | 46 |
| 3.4.2. Les recommandations qui visent les environnements immédiats en intervention..... | 46 |
| 3.5. Les recommandations qui visent les contextes sociaux | 47 |
| 3.5.1. Les recommandations qui visent les contextes sociaux en promotion et prévention..... | 47 |
| 3.5.2. Les recommandations qui visent les contextes sociaux en intervention..... | 48 |
| 3.5.3. Les recommandations qui visent les contextes sociaux en matière de recherche et d'évaluation..... | 48 |
| 3.6. Les recommandations qui visent les valeurs et les normes sociales en promotion et prévention..... | 49 |
| 3.6.1. Les recommandations qui visent les valeurs et les normes sociales en promotion et prévention | 49 |
| 4. En guise de conclusion | 50 |

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|----------|--|
| AAOR | Accueil, analyse, orientation et référence |
| A-GIR | Arrimage-Groupe d'intervention rapide |
| AQPS | Association québécoise de prévention du suicide |
| ASSS | Agence de la santé et des services sociaux |
| ASSTSAS | Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail du secteur des affaires sociales |
| CAVAC | Centres d'aide aux victimes d'actes criminels |
| CHOC | Carrefour d'HOmmes en Changement |
| CJ | Centres jeunesse |
| CRAIP | Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale |
| CRI-VIFF | Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes |
| CSSS | Centres de santé et de services sociaux |
| DPJ | Direction de la protection de la jeunesse |
| FRHFVDQ | Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| LPJ | Loi sur la protection de la jeunesse |
| MELS | Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| PPALV | Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement |
| RLS | Réseaux locaux de services |
| SDA | Supervision des droits d'accès |
| SPVM | Service de police de la Ville de Montréal |

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 Taux d'homicides intrafamiliaux selon la province et le territoire, Canada, 2000-2009

FIGURE 2 Évolution du taux d'homicides conjugaux au Canada, 1980-2010

FIGURE 3 Les réseaux locaux de services

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Le présent rapport fait état des travaux du Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux qui se sont tenus de novembre 2011 à septembre 2012. Le mandat de ce comité d'experts était exclusivement lié au secteur de la santé et des services sociaux et consistait à :

1. Réaliser une analyse de l'état de situation sur l'ampleur du phénomène au Québec et ailleurs;
2. Dresser le portrait des services offerts et des outils disponibles;
3. Recenser les meilleures pratiques en ce domaine;
4. Émettre, le cas échéant, des recommandations en tenant compte des orientations ministérielles existantes dans le but de prévenir les homicides intrafamiliaux.

Bien que le nombre d'homicides intrafamiliaux ayant lieu au Québec par année est limité (une trentaine), il n'en demeure pas moins que, outre les victimes elles-mêmes, chacune de ces situations a des répercussions importantes sur le plan collectif : pour les survivants immédiats, les familles et les communautés locales qui sont largement éprouvés pour de nombreuses années à la suite de tels événements. Ces impacts sont également amplifiés par l'ampleur du traitement médiatique associé à ceux-ci. Ainsi, nous espérons que les mesures proposées contribueront à diminuer l'incidence des homicides intrafamiliaux et à réduire leurs effets collatéraux.

En 2011, les homicides intrafamiliaux représentaient 35 % du total des homicides perpétrés au Québec. Le terme « homicide intrafamilial » intègre différents types de meurtres qui ont lieu au sein de la famille. Chaque type comporte des caractéristiques qui lui sont propres et appelle à des stratégies d'intervention différentes. Il s'agit par conséquent d'un phénomène complexe. Dans le présent rapport, certains types d'homicides intrafamiliaux ont été ciblés, soit l'homicide conjugal, le filicide, le familicide et le parricide.

L'état de situation permet de mettre l'accent sur les principaux facteurs associés aux homicides intrafamiliaux afin de proposer des pistes d'action optimisant la prévention de ceux-ci. Notons d'abord que dans la majorité des situations d'homicide intrafamilial, l'homme est le responsable du délit, et ce, dans une proportion de plus de 80 %, sauf pour le filicide pour lequel cette proportion diminue à environ 55 % à 60 %. Aussi, la violence exercée à l'intérieur de la famille constitue un élément de risque important pour la commission des homicides intrafamiliaux. En effet, la violence conjugale se retrouve en filigrane dans plusieurs situations d'homicides intrafamiliaux, en particulier l'homicide conjugal, le filicide et le familicide. Ainsi, l'identification rapide des situations de violence conjugale fait partie des meilleures pratiques pour prévenir les situations d'homicides intrafamiliaux. Par ailleurs, plus de la moitié des homicides intrafamiliaux se produisent dans un contexte de séparation conjugale, réelle ou appréhendée; rupture souvent non acceptée par le responsable de l'homicide. De plus, selon des études, la maltraitance et la négligence des enfants sont également associées à certaines situations d'homicides intrafamiliaux, principalement parmi les filicides et les parricides. Aussi, des études mettent en lumière que plusieurs responsables d'homicides intrafamiliaux se retrouvaient dans une situation de grande détresse. Chez les femmes, plusieurs filicides ont lieu dans un contexte de dépression postnatale. Chez les hommes qui commettent un homicide conjugal, un filicide et, dans une proportion encore plus élevée, un familicide, les proches ou les professionnels rapportent des signes dépressifs, souvent liés aux nombreuses pertes

cumulées, dont la séparation. Ainsi, l'identification de la dépression s'avère être un élément important dans la prévention des homicides intrafamiliaux.

Lorsqu'on pense prévenir les homicides intrafamiliaux ou encore lorsqu'on regarde les interventions à réaliser au moment d'un tel évènement et par la suite, force est de constater que plusieurs établissements et organismes relevant du ministère de la Santé et Services sociaux sont interpellés, et ce, tant au niveau institutionnel qu'au niveau communautaire. Les actions déployées par ces organisations se situent principalement sur le plan de l'intervention. On retrouve également plusieurs programmes de prévention en amont des facteurs de risque associés aux homicides intrafamiliaux ainsi que des actions pour intervenir auprès des proches affectés par les homicides intrafamiliaux. Les recherches effectuées nous indiquent qu'il y a très peu de programmes ciblant spécifiquement les homicides intrafamiliaux. Les quelques programmes recensés ailleurs n'ont pas semblé plus élaborés que ceux qui existent au Québec. Le portrait de la situation présenté dans ce rapport permet d'identifier des pistes pouvant améliorer l'intervention du réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, notons que les actions menées en regard des problèmes associés (violence conjugale, dépression, détresse psychologique, séparation, maltraitance, troubles mentaux graves, etc.) représentent autant d'actions préventives puisqu'elles permettent d'éviter que la situation ne se détériore et connaisse un dénouement fatal.

Notons que l'intervention lors des situations comportant un risque d'homicide intrafamilial se déroule dans un contexte particulier. En effet, ce sont des situations peu fréquentes dans lesquelles la sécurité des personnes impliquées risque d'être compromise; ces situations nécessitent une intervention rapide. Le professionnel se retrouve ainsi dans un contexte où il doit souvent prendre des décisions et ce, de manière urgente. En ce sens, certaines conditions peuvent faciliter l'intervention des professionnels dans un tel contexte. D'abord, il importe que les intervenants puissent estimer le potentiel de dangerosité le plus rapidement possible. Pour ce faire, ils doivent bien maîtriser les outils d'évaluation du risque pour pouvoir évaluer adéquatement les situations. Un repérage précoce des éléments de risque permet ainsi d'approfondir l'évaluation en allant chercher un maximum d'informations. Ensuite, la concertation de tous les partenaires concernés est un élément clé dans la prévention des homicides intrafamiliaux. Une organisation ne peut à elle seule répondre à tous les besoins. Un lien de confiance entre les partenaires permet, par conséquent, d'assurer la mise en place d'un filet de sécurité plus aisément.

Finalement, à la lumière de ses travaux, le Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux dépose au ministère de la Santé et des Services sociaux les recommandations qu'il juge importantes pour atteindre l'objectif principal de ses travaux, soit prévenir les homicides intrafamiliaux. Les recommandations présentées touchent principalement l'amélioration des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux en lien avec les facteurs associés aux homicides intrafamiliaux, en particulier la violence conjugale, la détresse psychologique et les troubles de l'humeur, les troubles mentaux graves, la maltraitance envers les enfants et le contexte de séparation conjugale. Le Comité juge que la mise en place de ces recommandations devrait contribuer à prévenir de tels évènements.

INTRODUCTION

Le 5 mai 2011, le docteur Yves Bolduc, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, est interpellé sur la question des homicides intrafamiliaux à la suite de situations largement médiatisées. Il s'engage alors à faire le point sur ce problème. Ainsi, le 17 octobre 2011, le ministre annonce la mise sur pied d'un Comité d'experts dont le mandat est le suivant :

- réaliser une analyse de la situation sur l'ampleur du phénomène au Québec et ailleurs;
- dresser le portrait des services offerts et des outils disponibles;
- recenser les meilleures pratiques en ce domaine;
- émettre, le cas échéant, des recommandations en tenant compte des orientations ministérielles existantes dans le but de prévenir les homicides intrafamiliaux.

Le comité est constitué d'experts qui proviennent du milieu de la recherche et de l'intervention ainsi que des différentes directions concernées du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ses travaux se sont déroulés de novembre 2011 à septembre 2012.

Il convient d'entrée de jeu de contextualiser le présent rapport. Certes, par son mandat, il met l'accent sur un phénomène particulier : les homicides intrafamiliaux. Cependant, le nombre d'homicides intrafamiliaux ayant lieu au Québec par année demeure restreint (une trentaine) si on le compare, par exemple, au nombre de suicides (environ 1 200 par année). Il n'en demeure pas moins que, outre les victimes elles-mêmes, chacune de ces situations amène des répercussions importantes pour les individus, les familles et les communautés locales, qui sont largement éprouvés pour de nombreuses années, et également sur le plan collectif, par la large place que les médias accordent à de tels événements. Ainsi, nous espérons que les mesures proposées contribueront à diminuer l'incidence¹ des homicides intrafamiliaux et à réduire leurs effets collatéraux.

Il est important de clarifier que, tout au long de ce rapport, il est question d'homicides intrafamiliaux. Le mot « drame » a volontairement été écarté afin d'éviter toute ambiguïté avec d'autres types de drames familiaux n'impliquant pas le meurtre d'un membre de la famille, tels les accidents graves qui peuvent être communément appelés des « drames » pour les familles éprouvées.

De plus, ce problème concerne plusieurs autres secteurs, ministères et organismes. Cependant, le comité s'en est tenu au secteur qui lui était dévolu, soit celui du MSSS, avec pour objectif d'optimiser l'offre de service existante dans le but de prévenir les homicides intrafamiliaux. Par conséquent, le présent rapport ne traite pas en détail des services ou enjeux en lien avec d'autres secteurs que celui de la santé et des services sociaux. Il est structuré de manière à répondre aux différentes questions soulevées par le mandat initial. Ainsi, la première section présente le portrait de la situation actuelle. Par la suite, s'y trouve une description des services actuellement en place dans le secteur de la santé et des services sociaux en soulignant les meilleures pratiques connues. Enfin, la dernière section porte sur les recommandations que le comité présente au ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés.

¹ L'incidence réfère au nombre de nouveaux cas par année et la prévalence au taux de cas répertoriés par tranche de population.

1. Le portrait de la situation actuelle

La présente section vise à effectuer l'analyse de la situation, incluant l'ampleur du phénomène au Québec et ailleurs. Avant de présenter le portrait de la situation actuelle, il convient de définir l'homicide intrafamilial et de préciser la typologie généralement utilisée dans l'étude de ce phénomène. Par la suite, un bref aperçu du cadre théorique qui a guidé les travaux du comité est énoncé. Puis, le portrait de la situation est abordé de manière générale et, ensuite, pour chaque type d'homicides intrafamiliaux. Cette section se termine en rappelant les grands constats qui émergent de l'état actuel des connaissances.

1.1. Les types d'homicides intrafamiliaux

Le terme « homicide intrafamilial » intègre différents types d'homicides ayant lieu au sein de la famille. Chaque type comporte des caractéristiques qui lui sont propres et appelle à des stratégies d'intervention différentes. Il s'agit par conséquent d'un phénomène complexe.

- L'**homicide conjugal** est l'homicide commis par l'un des conjoints, que ceux-ci soient mariés, en union libre ou simples partenaires intimes, qu'ils vivent ou non sous le même toit. Cela comprend également les conjoints séparés ou divorcés. On distingue l'**uxoricide**, soit l'homme qui tue sa conjointe ou ex-conjointe, du **maricide**, soit la femme qui tue son conjoint ou ex-conjoint [1, 2].
- Le **filicide** est l'homicide d'un ou de plusieurs enfant(s) commis volontairement ou involontairement, par le parent de l'enfant. On parle plus précisément de **néonaticide** lorsque l'homicide a lieu dans les premières 24 heures après la naissance du bébé et d'**infanticide** lorsque l'enfant a moins d'un an. Parfois, le terme « filicide » est réservé lorsque l'homicide touche un enfant de plus d'un an et moins de 18 ans, d'autres fois, il est utilisé de manière à couvrir tous les homicides d'un enfant commis par un parent. Cette dernière position a été retenue aux fins du présent rapport et, lorsque cela est nécessaire, certaines précisions sont apportées lorsqu'il s'agit spécifiquement d'un néonaticide ou d'un infanticide. De plus, le terme « parent » est pris au sens générique et comprend également les beaux-parents et toutes les personnes qui occupent le rôle de parent auprès de l'enfant (parents adoptifs, tuteurs légaux, etc.) [2, 3].
- Le **familicide**, pour sa part, implique plusieurs victimes dans la famille, soit l'homicide du conjoint (ou ex-conjoint) et d'un ou de plus d'un enfant. Il peut ou non être suivi du suicide du parent après avoir tué son enfant (ou ses enfants) et son conjoint (ou ex-conjoint). Il n'est pas rare que les animaux domestiques soient également tués lors d'un familicide. Comme pour le filicide, le terme « parent » comprend également les beaux-parents et toutes les personnes qui occupent le rôle de parent auprès de l'enfant (parents adoptifs, tuteurs légaux, etc.) [3]. Lorsque le suicide se produit après l'homicide, certains auteurs utilisent le terme de « suicide élargi » [4].
- Le **parricide**, quant à lui, représente l'inverse du filicide, soit l'homicide d'un parent commis par un enfant, que celui-ci soit mineur ou majeur [1, 2, 4]. Le terme « parricide » est souvent utilisé de manière générique incluant l'homicide d'un grand-

parent, alors que certains auteurs utilisent le terme « **avitolicide** » pour désigner ce type spécifique de meurtre très peu fréquent.

- Enfin, le **fratricide** est l'homicide d'un frère par un autre membre de la fratrie (frère ou sœur) et le **sorroricide**, celui d'une sœur.

L'avitolicide, le fratricide et le sorroricide demeurent relativement rares et les quelques recherches sur ces types spécifiques d'homicides intrafamiliaux indiquent certaines similarités avec le parricide de telle sorte que, aux fins de ce rapport, ces situations seront intégrées au parricide.

Enfin, la nomenclature distingue habituellement le fait que la personne qui a perpétré l'homicide intrafamilial ait été reconnue criminellement responsable, ou non criminellement responsable, au sens de la justice. Cette distinction s'applique nécessairement aux dossiers pour lesquels il y a eu procès et exclut donc les situations de suicide posthomicide. Même si cette différenciation est fondamentale pour le système de justice pénale, elle est apparue moins importante pour les travaux du comité qui touchent essentiellement le secteur de la santé et des services sociaux. Cependant, elle s'est avérée utile pour prendre connaissance des situations dont la Cour a reconnu la présence d'un trouble mental.

1.2. Le modèle théorique retenu

Le comité a retenu le modèle écosystémique. Sur le plan théorique, ce modèle, inspiré des travaux de Bronfenbrenner (1979) [5], est sans doute le plus souvent utilisé pour comprendre les relations complexes qui s'établissent entre un individu et les environnements qui l'entourent. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, il sert d'ancrage à plusieurs programmes de prévention, notamment en matière de négligence familiale, de promotion des comportements pacifiques, etc. Il s'avère être également pertinent dans l'analyse des homicides intrafamiliaux dont les causes sont multiples. Selon ce modèle, l'environnement se définit par différents systèmes qui s'influencent réciproquement. Il est illustré par des cercles, représentant chacun des systèmes s'imbriquant les uns dans les autres, telles des poupées russes, incluant l'individu placé en son centre. Ainsi, selon ce modèle, les différents facteurs associés aux homicides intrafamiliaux trouvent leur place en regard :

- des caractéristiques personnelles des individus ayant commis un homicide (ontosystème);
- des caractéristiques relationnelles et familiales de ces personnes (microsystème);
- des liens existant entre les différents environnements sociaux immédiats que la personne fréquente, par exemple entre le milieu familial et le milieu de travail ou encore les services disponibles (mésosystème);
- des contextes sociaux dans lesquels la personne se retrouve, telles les institutions sociales ou les politiques sociales mises en place (exosystème);
- des caractéristiques sociales, c'est-à-dire les valeurs culturelles et les normes sociales véhiculées par la société (macrosystème);
- des processus qui s'opèrent dans le temps, par exemple l'accumulation d'événements négatifs alors que la personne vit des périodes de transitions de vie

ou de plus grande vulnérabilité (chronosystème), nommées ici « facteurs temporels ».

Ce modèle théorique invite à ne pas centrer la compréhension d'un phénomène comme les homicides intrafamiliaux uniquement sur les individus qui commettent ces actes, mais à ouvrir l'analyse plus largement aux divers environnements mis en cause, environnements qui contribuent à ce que de tels événements surviennent. Sur le plan des pratiques, il suggère de ne pas cibler uniquement les individus au détriment de l'action sur les différents environnements. Enfin, cette perspective évite de chercher « LA » cause, mais plutôt de chercher à comprendre la spirale d'évènements et de circonstances qui fait qu'un individu, avec ses caractéristiques personnelles, vivant dans un contexte familial, social et culturel particulier, en arrive, à un moment donné, à tuer une ou des personnes de sa famille.

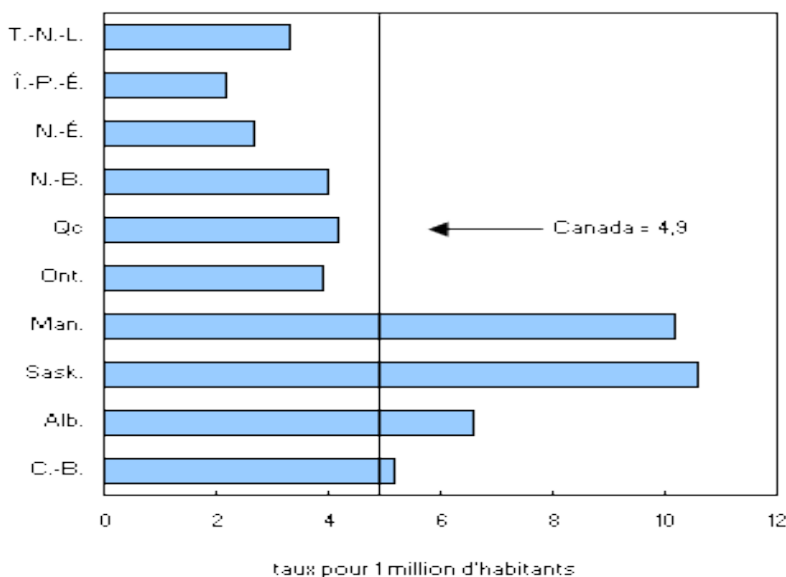
La majorité des travaux portant sur les homicides intrafamiliaux ont été effectués au cours des trois dernières décennies. Les chercheurs se sont principalement attardés à dégager les facteurs qui y sont associés. Plusieurs avenues demeurent encore à explorer afin d'avoir une compréhension globale des homicides intrafamiliaux. Souvent, les facteurs sont considérés de manière isolée et se limitent aux seules caractéristiques personnelles et familiales. Les contextes plus larges sont rarement pris en considération. Ainsi, à partir des études réalisées à ce jour, on ne peut dégager un modèle étiologique clair qui permettrait d'expliquer les homicides intrafamiliaux, et partant de là, de dégager des actions préventives dont on peut certifier la portée.

Notons que le portrait présenté ici ne touche pas la situation qui prévaut dans les communautés autochtones; cela aurait nécessité une mise en contexte particulière. Il ne touche pas non plus de manière spécifique les communautés immigrantes dont les informations sont habituellement intégrées aux données générales dans la plupart des recherches. Enfin, les études montrent que les différents types d'homicides intrafamiliaux comportent des distinctions importantes. Ainsi, elles seront traitées séparément dans le portrait de la situation après avoir dressé un portrait global. Notons que plusieurs facteurs interviennent à différents niveaux écosystémiques. Pour éviter des répétitions inutiles, ils seront abordés au plus haut niveau concerné.

1.3. Un portrait global

Le nombre d'homicides intrafamiliaux ayant lieu au Québec varie d'une année à l'autre (30 à 35), mais demeure relativement faible si on le compare, par exemple, au nombre de suicides (environ 1 200). Les homicides intrafamiliaux représentaient 35 % du total des homicides perpétrés au Québec en 2011 [6]. Cette proportion des homicides commis dans la famille est similaire à celle retrouvée en moyenne au Canada (35 %) [7]. Sur le plan de la prévalence des homicides intrafamiliaux, la situation du Québec se compare à celle de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick ainsi qu'à la moyenne canadienne; elle est meilleure que celle des provinces de l'Ouest (voir Figure 1).

Figure 1. Taux d'homicides intrafamiliaux, selon la province et le territoire, Canada, 2000-2009



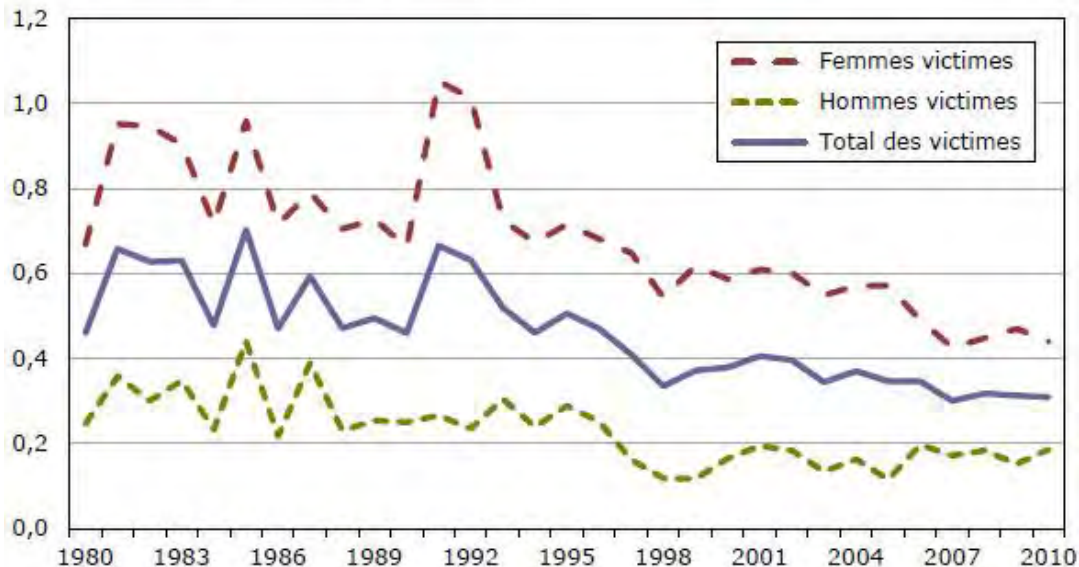
Note : Les taux sont calculés pour 1 million d'habitants. Les chiffres de population sont fondés sur les estimations au 1^{er} juillet fournies par la Division de la démographie de Statistique Canada.

Source : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, Enquête sur les homicides.

La comparaison avec les autres pays exige beaucoup de réserve compte tenu des méthodologies différentes utilisées et des années de référence qui diffèrent. Les données disponibles indiquent que les taux de prévalence au Québec et au Canada sont comparables à ceux de la France [8], du Royaume-Uni [9] et de l'Australie [10]. Comme pour les autres types d'homicides, la prévalence est nettement plus élevée aux États-Unis [11].

Par ailleurs, au Québec, comme au Canada, le taux d'homicides intrafamiliaux a été, de manière générale, en baisse au cours des 30 dernières années. Cela représente, notamment, une diminution de 32 % des homicides conjugaux entre 1980 et 2009 [7] (voir Figure 1). Toutefois, ce taux est demeuré stable au cours des trois dernières années répertoriées.

Figure 2. Évolution du taux d'homicides conjugaux au Canada, 1980-2010.
taux pour 100 000 habitants de 15 ans et plus



Note : Les taux sont calculés pour 100 000 habitants de 15 ans et plus. Les partenaires intimes comprennent les conjoints et conjointes actuels et anciens (en droit, de fait et de même sexe) ainsi que les petits amis et petites amies, et les autres partenaires intimes. (Source : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, Enquête sur les homicides).

Certaines études attribuent la diminution des homicides conjugaux à des rapports à l'emploi plus équitables entre les hommes et les femmes, à un niveau de scolarité accru et à un taux supérieur de divorce [12, 13, 14, 15]. Des chercheurs considèrent également que la plus grande accessibilité aux ressources pour les victimes de violence conjugale aurait contribué à la diminution des homicides entre conjoints [14, 15]. Il est sans doute possible d'ajouter à cette liste un plus grand accès aux ressources pour conjoints ayant des comportements violents ainsi que les campagnes favorisant un plus grand recours à l'aide s'adressant aux hommes en détresse.

Cependant, le ministère de la Sécurité publique rapporte une hausse des homicides intrafamiliaux, autres que les homicides conjugaux, en 2011 par rapport à l'année 2010 (23 c. 11). Dans son rapport déposé le 7 août dernier à la suite de l'analyse d'un dossier de familicide, le coroner Yvon Garneau suggère que la large diffusion médiatique de situations semblables au cours des dernières années peut provoquer un effet d'entraînement.

1.4. Le portrait selon les différents types d'homicides intrafamiliaux

1.4.1. L'homicide conjugal

L'homicide conjugal demeure le plus fréquent; il représente près de la moitié des homicides intrafamiliaux [6]. En 2010, 65 homicides conjugaux ont été dénombrés au Canada (4,2 par 100 000 h) [16]. Il s'agit du type d'homicides intrafamiliaux le plus documenté. Il est surtout

présent dans le cadre d'un couple hétérosexuel. En ce qui concerne les conjoints de même sexe, environ un homicide conjugal est commis chaque année au Canada [16].

Facteurs associés aux caractéristiques personnelles

Le nombre d'homicides conjugaux a tendance à être plus élevé chez les jeunes de 15 à 24 ans et à diminuer à mesure qu'augmente l'âge [16].

Les caractéristiques personnelles des femmes qui ont tué leur partenaire sont beaucoup moins connues que celles des hommes qui ont posé un tel geste. Toutefois, la majorité d'entre elles n'avait aucun antécédent criminel [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29].

Dans 75 % à 80 % des situations inventoriées au Québec et au Canada, l'homicide conjugal a été commis par un homme [6, 7]. Plusieurs études suggèrent un lien avec la consommation d'alcool ou de drogues [17, 18, 19, 20]. Cependant une étude québécoise indique que seulement 5 % des hommes qui ont commis un homicide conjugal étaient intoxiqués à l'alcool ou aux drogues au moment de commettre le geste fatal [21]. Plusieurs hommes ayant commis un homicide conjugal ont vécu des sévices dans l'enfance ou encore ils ont passé par de multiples foyers d'accueil [28]. Selon les études, depuis leur plus jeune âge, ces hommes ne parviennent pas à devenir des individus véritablement autonomes et fonctionnels et ils éprouvent des difficultés à surmonter les frustrations de l'existence. Certains possèdent des antécédents criminels, souvent pour violence conjugale ou agression sexuelle [30, 31, 32]. De plus, des signes dépressifs ont été observés chez plusieurs d'entre eux [21, 33, 34], surtout chez ceux qui se sont suicidés après l'homicide de leur conjointe [35]. Les recherches démontrent d'ailleurs que le risque d'homicide augmente lorsque l'homme menace ou tente de se suicider [17, 36]. En fait, près du tiers des homicides conjugaux sont suivis d'un suicide [35, 36, 37, 38, 39, 40], alors que 90 % des homicides suivis d'un suicide sont commis par des hommes [41, 42, 43, 44].

Facteurs associés aux caractéristiques relationnelles et familiales

Le taux d'homicides conjugaux est plus élevé chez les couples vivant en union de fait ou en fréquentation amoureuse comparativement à ceux qui sont mariés [17, 30, 45, 46]. La différence d'âge entre les conjoints représente également un facteur de risque, ce dernier étant particulièrement élevé lorsque la différence est de 10 ans ou plus [45, 47, 48]. Cependant, certaines différences sont observées chez les hommes qui se sont suicidés à la suite de l'homicide conjugal comparativement à ceux qui ne se sont pas suicidés. Dans le cas où l'homicide est suivi d'un suicide, les deux partenaires sont en moyenne plus âgés (plus de 40 ans), sans différence d'âge significative entre les deux conjoints, et plus souvent mariés légalement [49]. Enfin, l'arme à feu constitue le moyen le plus souvent utilisé pour commettre l'homicide suivi du suicide [49, 50].

Plusieurs auteurs [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 51] associent l'homicide conjugal commis par une femme (maricide) à une histoire de victimisation conjugale physique et sexuelle à répétition, victimisation qui dure depuis longtemps et culmine en épisodes de violence d'une rare intensité. On parle alors du « syndrome de la femme battue ». Des études démontrent que, depuis de nombreuses années, ces femmes craignaient pour leur vie [27, 28]. La plupart du temps, leurs conjoints consommaient de façon abusive de l'alcool et des drogues et les avaient menacées de mort [51]. Ces études suggèrent que ces femmes en viennent à

percevoir le meurtre du conjoint comme le seul moyen pour protéger leur vie et celle de leurs enfants. D'autres études démontrent qu'il peut y avoir une histoire de consommation chez les deux partenaires [52, 53]. Par ailleurs, une recherche québécoise récente suggère « les représailles » comme premier motif de maricide (48 %), suivi de l'autodéfense² (26 %) et des intérêts financiers (15 %) [36].

Le risque qu'un homme tue sa conjointe (uxoricide) est aussi significativement accru lorsqu'il y a présence de violence physique ou sexuelle au sein du couple [32, 37, 54, 55, 56, 57, 58, 59]. En effet, la violence conjugale était présente dans le couple dans près de 60 % des situations d'homicide conjugal [21, 32, 33]. Dans certaines situations, cette violence peut s'accompagner de violence à l'extérieur du foyer [32, 33]. Plusieurs auteurs mettent en évidence le risque non seulement associé à la violence physique exercée, mais aussi aux comportements visant à contrôler la conjointe, incluant les comportements dénigrants et de mépris [57]. D'ailleurs, selon les études, entre 15 % et 50 % des hommes qui commettent un homicide conjugal font preuve d'une jalousie obsessionnelle et de possessivité envers la conjointe [21, 34, 46, 48, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67]. Des sentiments de rage et de vengeance peuvent alors mener à l'homicide conjugal.

Par ailleurs, un autre sous-groupe d'uxoricides s'ajoute, surtout lorsque l'homicide conjugal est suivi d'un suicide. Selon les auteurs, ces hommes se retrouvent en très grande détresse, notamment à la suite d'une séparation conjugale. Certains auteurs ajoutent que les situations de suicide posthomicide se produisent le plus fréquemment dans les circonstances suivantes : l'agresseur est un homme, l'acte est commis avec une arme à feu et, dans 75 % des suicides posthomicides répertoriés [65], le couple est en instance de séparation ou de divorce [3, 38, 54, 68, 69].

Enfin, dans certains cas, le meurtre de la conjointe survient lorsque celle-ci est atteinte d'une maladie grave ou d'une limitation physique importante qui se détériore. L'intention, dans ces situations, serait d'abrèger les souffrances de la personne [38, 69]. Il ne s'agit cependant pas ici d'un pacte de suicide ou de « suicide assisté », la décision ayant habituellement été prise unilatéralement [43].

Facteurs associés aux environnements sociaux immédiats

Peu d'études se sont intéressées aux contextes de vie des personnes qui commettent un homicide conjugal. On sait que la perte d'un emploi et les difficultés financières représentent des facteurs associés aux homicides conjugaux [30].

De plus, une étude qualitative en cours auprès de personnes ayant commis un homicide conjugal [71] indique que 21 % des hommes reconnus criminellement responsables et 33 % de ceux qui ont été reconnus non criminellement responsables avaient consulté un professionnel (médecin, infirmière, travailleur social, psychologue ou autre) avant de passer à l'acte. Chez les femmes, les proportions s'établissent à 33 % de celles reconnues criminellement responsables et 100 % de celles reconnues non criminellement responsables. Le plus souvent, la demande d'aide aurait porté sur les difficultés associées à la rupture amoureuse.

² Ce sous-groupe correspond à ce que les auteurs précédents appellent le « syndrome de la femme battue ».

Facteurs associés aux contextes sociaux

Une étude indique une diminution du taux des homicides conjugaux lorsqu'il y a une interdiction de posséder une arme à feu parmi les conditions de remise en liberté après une arrestation à la suite d'un épisode de violence conjugale [72]. En effet, la présence d'une arme à feu dans un domicile augmente de 2,7 fois le risque de décès par homicide [73]. Il est clairement démontré que non seulement la possession d'une arme à feu, mais aussi la facilité d'accès à celle-ci, concrétise davantage la possibilité de passage à l'acte en simplifiant sa planification [34, 44].

Par ailleurs, d'autres auteurs notent l'importance à accorder aux litiges reliés aux droits d'accès et de garde des enfants. L'analyse des cas d'homicides en Ontario montre que dans 14 % des familles pour lesquelles un homicide conjugal a été commis, il y avait un conflit en lien avec la garde des enfants [74].

Facteurs associés aux valeurs et aux normes sociales

Aucune des études consultées sur les homicides conjugaux n'a étudié ce point de manière spécifique. Cependant, les écrits portant sur la violence exercée par des hommes, que ce soit dans le couple ou à l'extérieur, suggèrent un lien étroit entre la socialisation masculine et l'usage de la violence [75, 76, 77]. Plusieurs auteurs critiquent particulièrement les modèles masculins véhiculés dans les médias, notamment le cinéma d'action qui met en scène et valorise la violence exercée par le « héros » masculin [60, 78, 79, 81]. D'autres indiquent que la socialisation masculine présente l'agressivité et la colère comme la manière « virile » de « relâcher » et de « se libérer » des tensions et des sentiments de perte, de trahison, d'humiliation et de perte de contrôle [82, 83]. La socialisation ferait aussi en sorte que les hommes chercheraient davantage à se débrouiller seuls; ils seraient aussi moins enclins à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin [84, 85]. L'adoption de normes rigides dans les conceptions des rôles exercés par les hommes et les femmes représenterait un facteur de risque tant en matière de dépression que de violence exercée envers les autres ou envers soi [77, 81, 83].

Facteurs temporels

Le processus menant à l'homicide a surtout été étudié dans les situations d'uxoricides. Les auteurs notent une période de rumination au cours de laquelle la colère et la jalousie augmentent [60]; il y a alors une prise de conscience graduelle de l'irréversibilité de la rupture conjugale [12, 35] et la planification de l'homicide de la conjointe [44, 86] s'actualise par la suite dans un plan de plus en plus précis à l'approche du passage à l'acte. Ce processus se ferait en trois étapes [87] : 1) la rumination, c'est-à-dire l'homme vit des frustrations ou du désespoir en lien avec une expérience difficile qui amène une tension intérieure chez lui et risque de faire naître des idées obsédantes d'homicide et parfois accompagnées d'idées suicidaires 2) le passage à l'acte, au cours duquel il y a geste d'homicide et 3) la baisse de la tension interne ou le suicide.

1.4.2. Le filicide

Chaque année, le Québec connaît de 6 à 8 filicides [6]. Le Canada, pour sa part, a connu 25 filicides en 2010, soit un taux de 0,07 par 100 000 de population [19]. Les recherches

dans le domaine sont souvent difficiles à comparer parce que l'âge des enfants concernés diffère selon les études, variant de 0 à 30 ans.

Facteurs associés aux caractéristiques personnelles

Contrairement aux autres types d'homicides intrafamiliaux, un nombre comparable d'hommes et de femmes commettent un filicide. Ainsi, environ 55 % à 60 % des filicides sont perpétrés par des hommes et 40 % à 45 % par des femmes [3, 88, 89, 90].

Plusieurs parents qui commettent un filicide rencontreraient les critères d'un trouble mental grave [88], bien que la majorité d'entre eux ne présentaient pas de symptômes psychotiques au moment du passage à l'acte [4]. Chez les hommes, environ 15 % se trouvaient dans un état psychotique au moment de l'homicide [69].

Les études portant sur les mères qui ont tué leur enfant et se sont suicidées par la suite les décrivent comme étant souvent dans un état dépressif, avec ou sans symptômes psychotiques, certaines étant consommatrices de drogues ou d'alcool [91]. Selon une étude, c'est dans un état suicidaire (« suicide élargi ») qu'elles emportent leurs enfants avec elles avec l'objectif de les « protéger » d'un monde qu'elles jugent trop cruel [92].

Facteurs associés aux caractéristiques relationnelles et familiales

L'âge des enfants tués varie selon le sexe de l'auteur du filicide. Les victimes des filicides maternels sont souvent âgées de moins d'un an (infanticide) ou d'âge préscolaire [89, 93]. Par contre, les victimes des filicides paternels sont plus souvent d'âge scolaire [93, 94].

Certaines mères tuent leurs enfants dans un contexte de négligence et de maltraitance [89, 95, 96]. Les études rapportent que de 9 % à 16 % des mères ont tué leur enfant dans un contexte d'abus fatal [91]. Un autre motif de filicide maternel est le fait d'avoir un enfant non désiré. Cette motivation serait davantage présente chez les mères qui ont commis un néonaticide [89, 95]. Enfin, les études indiquent que certaines tuent leur enfant par motif dit « altruiste » [85], convaincues d'être les seules à pouvoir prendre soin de leur enfant. Ce dernier motif est surtout présent lorsqu'il s'agit de jeunes enfants [4].

Plusieurs motifs sont invoqués pour expliquer le filicide paternel. Parmi ceux-ci, trois types de motivation semblent plus présents : 1) les homicides commis en contexte de violence conjugale, 2) les homicides commis dans un contexte de maltraitance grave et 3) les homicides en lien avec des motivations dites « altruistes ».

Les études rapportent la présence d'antécédents de violence conjugale dans 35 % à 58 % des situations [66, 93, 97]. Ces hommes passeraient à l'acte par mesure de représailles ou de vengeance envers leur conjointe, surtout les pères jaloux et possessifs en instance de séparation ou qui soupçonnent leur conjointe d'avoir eu des relations extraconjugales [93]. Selon les auteurs, leur but est alors de la laisser vivre en la privant de ses enfants [67]. Par ailleurs, plus de 60 % des filicides commis par des hommes ayant des antécédents de violence conjugale ont été perpétrés dans le contexte d'une séparation, alors que l'homme n'avait pas accepté que la conjointe mette fin à la relation. La présence de menaces de mort envers la conjointe avant de commettre le filicide est souvent notée. La séparation, ou la possibilité de séparation serait apparue comme une situation non envisageable du point

de vue de ces hommes. Dans d'autres situations, des hommes rapportent la peur de perdre la garde des enfants comme motif du passage à l'acte.

Un deuxième type de filicides résulte de maltraitance exercée par le père envers l'enfant. La mort de l'enfant survient lors d'un épisode plus grave de mauvais traitement physique [98]. Une étude américaine [66] note la concomitance d'abus physiques envers les enfants et de violence conjugale dans 32 % des filicides répertoriés.

Enfin, les études rapportent des hommes affectés par des symptômes dépressifs qui commettent un filicide pour des motifs dits « altruistes » [69]. Selon ces études, ces hommes, au moment de la séparation, croient le bonheur de leurs enfants irrémédiablement entaché par la séparation du couple.

Facteurs associés aux environnements sociaux immédiats

Des chercheurs ont constaté que les femmes qui ont commis un filicide vivaient seules pour la plupart, avaient peu de contacts sociaux en dehors de leurs enfants, étaient sans emploi rémunéré au moment du passage à l'acte et ressentaient un stress important sur le plan socioéconomique [88, 93].

Une étude québécoise [3] rapporte qu'il y avait eu un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse dans 12 % des filicides répertoriés. Selon une étude québécoise en cours [70] à partir d'entrevues avec des personnes qui ont commis un filicide, plus de 70 % des personnes reconnues non criminellement responsables (75 % des hommes, 70 % des femmes) avaient fait une demande d'aide quelconque avant le passage à l'acte. Ces taux diminuent considérablement chez celles qui ont été reconnues criminellement responsables (11 % chez les hommes; 39 % chez les femmes). Toutefois, la réponse des professionnels de la santé et des services sociaux semble différer selon le sexe de la personne qui a formulé une demande dans ce contexte; les études rapportent que femmes sont plus souvent dirigées vers les services psychiatriques que les hommes [4, 99].

Facteurs associés aux contextes sociaux

À quelques reprises lors des consultations, des intervenants ont questionné les mécanismes liés à l'exercice des droits d'accès lorsqu'il y a présence de conflits importants entre les ex-conjoints concernant la garde des enfants. Cette dimension a été peu étudiée. Une étude met en lumière que la peur de perdre la garde de son enfant, ou simplement d'en perdre l'accès, peut représenter l'un des motifs invoqués par les parents agresseurs [74].

Facteurs temporels

Le filicide semble survenir au sein de familles dont les facteurs de risque et de vulnérabilité se sont accumulés dans les mois, voire les années, précédant le passage à l'acte. L'amplification de la violence conjugale, incluant ou non des menaces de mort envers la conjointe ou les enfants, l'intensification des mauvais traitements envers les enfants dans certaines situations, la séparation du couple dans la majorité des cas, souvent accompagnée de symptômes dépressifs et des appels à l'aide plus ou moins clairs, n'en sont que quelques exemples. Il est également noté que près de 15 % des hommes qui ont commis un filicide avaient parlé de la mort avec des gens de leur entourage avant le

passage à l'acte, sans toutefois énoncer des menaces évidentes de mort et de suicide [3, 69].

1.4.3. Le familicide

Entre 1997 et 2007, on dénombre 11 familicides au Québec, dont 10 par des hommes [1].

Facteurs associés aux caractéristiques personnelles

Plusieurs auteurs font le constat que le familicide est perpétré presque essentiellement par des hommes [90, 100, 101, 102, 103, 104], soit autour de 95 % des situations [104]. Une étude suédoise révèle que 18 % des hommes qui ont tué leurs enfants ont également tué la conjointe, alors qu'aucune femme n'a tué son conjoint [94]. Enfin, plus de la moitié des hommes qui commettent un familicide (de 50 % à 69 % selon les études) se suicident immédiatement après les meurtres [104, 105, 106, 107].

Il est fréquent de déceler chez ce type de parent des traits, parfois plus clairement un trouble de personnalité de type état limite, narcissique ou antisocial [63]. La dépression et le désespoir sont aussi notés comme toile de fond du familicide masculin [63], surtout pour ceux qui se suicident par la suite [108]. Les individus de ce sous-type d'homicide manifestent souvent des traits paranoïaques et un état d'ébriété est observé au moment du passage à l'acte [109].

Facteurs associés aux caractéristiques relationnelles et familiales

Le familicide est également commis le plus souvent lors d'une séparation conjugale. L'homicide de la conjointe et des enfants est associé très souvent à un problème de violence conjugale ou une séparation conjugale, réelle ou anticipée, vécue difficilement [90, 104, 109, 110, 111, 112]. Ainsi, on retrouve deux sous-types [63, 104] comparables à ceux qui commettent un filicide.

Le premier sous-type correspond aux hommes qui, au moment de la séparation réelle ou anticipée, ont la perception que leur conjointe se soustrait à leur emprise et deviennent encore plus violents, possessifs et jaloux, au point de la tuer ainsi que tous les enfants de la famille [104]. Selon ces études, ces hommes vivent des sentiments d'abandon et de vide à la suite de la séparation. Certains ont des antécédents de violence conjugale et de harcèlement envers la conjointe (menaces de mort envers la conjointe et les enfants) et menacent de se suicider [101, 106; 113].

Le deuxième sous-type identifié par les études correspond aux hommes en détresse qui désirent « amener leur famille avec eux » [63, 104], ce que certains auteurs nomment un « suicide élargi ». Ces hommes sont décrits comme « dépendants affectifs » de la conjointe, ne démontrent aucun comportement violent, et s'identifient profondément au rôle de père. Ils se perçoivent également dans le rôle de pourvoyeur et de protecteur. Ils risquent donc, mis en présence de difficultés diverses (financières, problèmes interpersonnels, séparation conjugale ou autres), de passer à l'acte et de tuer la conjointe et tous les enfants [101, 104]. Ces hommes ont l'impression que la société est cruelle et ne peuvent envisager aucun avenir possible pour leur conjointe et leurs enfants. La motivation

principale du familicide étant de leur « épargner » une vie éventuellement aussi pleine de souffrances [68, 101].

Facteurs associés aux environnements sociaux immédiats

Les hommes familicides de type dépressif se retrouvent souvent en perte d'emploi ou vivent des difficultés économiques réelles ou appréhendées, lesquelles sont vécues comme un stress important, difficile à surmonter, voire un échec.

Facteurs associés aux valeurs et aux normes sociales

Les études sur le familicide révèlent que les hommes qui commettent ce type d'homicide ont une vision traditionnelle de leur rôle de père. Selon une étude, ceux-ci s'identifient à un rôle de pourvoyeur et de protecteur; ils accordent une grande importance à la famille traditionnelle, à l'image d'unité familiale ainsi qu'au statut social [104].

D'autres auteurs [114, 115] relient également l'homicide conjugal, le filicide et le familicide perpétrés par des hommes à la thèse du « droit patriarcal dysfonctionnel », c'est-à-dire à des conceptions archaïques qui leur accorderaient tout le pouvoir sur la famille, incluant le droit de vie ou de mort.

Facteurs temporels

Dans tous les cas de familicide pour lesquels les survivants ont été interrogés, les études rapportent une séparation conjugale conflictuelle, souvent empreinte de violence conjugale. Les personnes interrogées mentionnent le refus de cette séparation par le conjoint. Les femmes survivantes rapportent aussi leurs tentatives répétées pour quitter la relation, lesquelles peuvent s'échelonner sur plusieurs années [103].

Les familicides et les filicides seraient le plus souvent des gestes planifiés. Selon plusieurs auteurs, la personne qui commet l'homicide a non seulement l'intention, c'est-à-dire l'idée et la volonté, de commettre le geste homicide, mais elle a mûri son projet. Selon les chercheurs, il y a récurrence de l'idée et conscience de l'intention, puis anticipation de l'action [101, 105]. Aussi, les indices de planification doivent être pris en considération dans la prévention du filicide et du familicide. Parmi ces indices, se retrouvent l'accumulation de plusieurs facteurs de risque dont le fait de vivre seul ou avec ses enfants sans conjoint, la possession d'une arme à feu, une séparation récente ou anticipée, la profération de menaces d'homicide ou de suicide, la présence de symptômes dépressifs et la présence d'une lettre de suicide ou d'une lettre explicative du geste meurtrier. D'autres auteurs [4] parlent de période d'ambivalence.

1.4.4. Le parricide

Au Canada, les parricides représentent 4,6 % des homicides résolus perpétrés entre 2000 et 2009. En 2010, on dénombrait, pour l'ensemble du Canada, 21 parricides (0,06 par 100 000 h) [16].

Facteurs associés aux caractéristiques personnelles

Pour la période de 2000 à 2009, les parricides commis par des hommes représentent 4,1 % des homicides résolus au Canada, alors que ceux perpétrés par les femmes constituent 0,5 % des homicides. Selon les différents écrits, il importe de distinguer les parricides perpétrés par des adolescents et ceux perpétrés par des adultes. [4, 116, 117, 118, 119].

Selon les études, la majorité des adolescents ayant commis un parricide ne vivent pas un épisode psychotique au moment du passage à l'acte, ils n'ont pas d'antécédents de violence, ni d'antécédents psychiatriques connus et n'ont pas proféré de menaces avant le parricide [4]. Les adolescents commettent souvent un double parricide (les deux parents) [4]. À ce jour, très peu d'études se sont penchées sur les facteurs de risque associés aux parricides spécifiquement chez les adolescents.

Pour les adultes qui ont commis un parricide, plusieurs souffrent de troubles mentaux sévères reliés, le plus souvent, au spectre de la schizophrénie [4, 117]. Toutefois, la présence d'un épisode psychotique au moment du geste parricide représente 40 % des cas de parricides au Québec. Néanmoins, les études rapportent que, chez la plupart, il y a eu déni de la maladie mentale malgré le diagnostic. Plusieurs ont des antécédents de violence et des antécédents psychiatriques. Les études indiquent que tous présentent des délires de persécution au moment de la commission du parricide. Certains d'entre eux ont aussi des hallucinations auditives. On estime qu'un agresseur sur trois a une consommation abusive d'alcool ou de drogues, mais, au moment de la commission de l'acte parricide, la majorité n'est pas intoxiquée. Les adultes tuent leur mère autant que leur père [4, 117].

Facteurs associés aux caractéristiques relationnelles et familiales

Les études portant sur les adolescents qui ont commis un parricide indiquent que ceux-ci vivaient des conflits importants avec leurs parents et éprouvaient du ressentiment à leur endroit depuis plusieurs mois. Ces adolescents avaient également des idées suicidaires qui, selon les auteurs, se sont transformées en agressivité envers le(s) parent(s) [117]. Une étude [116] note chez ces adolescents une histoire d'abus physiques et sexuels de la part du parent tué. Cependant, une étude québécoise [117] n'a pas identifié de situation d'abus sexuel chez les adolescents parricides étudiés. Par ailleurs, 25 % à 50 % des adolescents qui ont tué leur père avaient été exposés à des scènes de violence conjugale ou avaient été victimes de violence de la part du parent tué, ce qui suggère que le motif du parricide dans ces situations est de se protéger, ou de protéger un membre de la famille (notamment la mère), le geste homicide étant perçu comme la seule issue possible pour se libérer de l'abus [116, 118].

On rapporte que 72 % des familles dans lesquelles est survenu un parricide de la part d'un adulte, les parents avaient mis des limites dans les semaines précédant le délit [120]. Dans certaines situations par exemple, les parents imposaient à leur enfant la condition de recommencer la médication ou encore de cesser l'abus de substances psychoactives pour pouvoir continuer à cohabiter avec eux.

Facteurs associés aux environnements sociaux immédiats

Les études indiquent que les adultes ayant commis un parricide vivaient une relation de dépendance importante avec leurs parents. Notamment, ils n'avaient pas d'emploi

rémunéré et vivaient chez leurs parents [117], ce qui peut occasionner une source de conflits importants.

De plus, ces études rapportent que plusieurs familles d'adultes ayant commis un parricide avaient peu confiance dans les services offerts par le système de santé avant le délit et avaient tendance à minimiser la maladie de la personne malgré le diagnostic posé [120].

Par ailleurs, une recherche qualitative en cours [71] auprès de personnes ayant tué un parent relève que 43 % des hommes reconnus non criminellement responsables et 50 % de ceux reconnus criminellement responsables ont consulté un professionnel avant de commettre le parricide. Chez les femmes interrogées, toutes reconnues criminellement responsables, ce taux est de 33 %.

Facteurs associés aux valeurs et aux normes sociales

Lors des consultations, des intervenants ont soulevé la nécessité de questionner certains choix sociaux qui orientent les pratiques des services, notamment la présence du droit des individus de refuser des soins et de l'aide même si sa situation le requiert.

Facteurs temporels

Les analyses des dossiers des adultes ayant commis un parricide indiquent que, bien que la plupart étaient sous médication, plusieurs avaient cessé leur médication ou la prenaient de façon irrégulière les mois précédents l'homicide. L'abus de drogues ou d'alcool durant cette période a pu venir accentuer les symptômes délirants [120]. Au moment du délit, les adultes parricides rapportent souvent avoir répondu à une commande hallucinatoire de tuer le parent contre laquelle ils luttait depuis longtemps (quelques semaines, voire quelques mois). D'ailleurs, environ le quart des parents victimes ont reçu des menaces avant le délit [120].

1.5. Synthèse du portrait de la situation

Le portrait de la situation présenté précédemment permet de mettre l'accent sur certains facteurs associés afin de proposer des pistes d'action optimisant la prévention des homicides intrafamiliaux.

Sur le plan de la prévalence, la situation québécoise est similaire à celle des provinces voisines, soit l'Ontario et le Nouveau-Brunswick; elle se situe dans la moyenne canadienne. Elle est aussi comparable à celle de la France, du Royaume-Uni et de l'Australie alors que les États-Unis présentent un taux nettement supérieur. De plus, le taux d'homicides conjugaux a diminué de près du tiers au cours des 30 dernières années.

Dans la majorité des situations d'homicides intrafamiliaux, l'homme est l'auteur du délit, et ce, dans une proportion de plus de 80 %, sauf pour le filicide pour lequel cette proportion diminue à environ 55 % à 60 %. Il y a donc lieu de se questionner sur la trajectoire de services consultés par les hommes, ainsi que leur demande d'aide, afin de prévenir les homicides intrafamiliaux. En ce qui a trait aux services offerts aux hommes en lien avec les facteurs associés à l'augmentation du risque d'homicide, ils se situent principalement au niveau des services en contexte de séparation, de dépistage de la dépression, de

l'identification du risque suicidaire, ainsi que de l'intervention auprès des conjoints ayant des comportements violents.

Un autre facteur qui se retrouve chez plusieurs auteurs d'un homicide intrafamilial est la détresse et les symptômes dépressifs. Chez les femmes, plusieurs filicides ont lieu dans un contexte de dépression postnatale. Chez les hommes auteurs d'un homicide conjugal, d'un filicide et dans une proportion encore plus élevée lors d'un familicide, les proches ou les professionnels rapportent des signes dépressifs, souvent liés aux nombreuses pertes cumulées, dont la séparation. L'identification des troubles de l'humeur, particulièrement chez les hommes, s'avère être un élément important dans la prévention des homicides intrafamiliaux. Cela est d'autant plus saillant que le tiers des hommes avait consulté un professionnel avant l'homicide intrafamilial [121].

De plus, les troubles mentaux graves, hormis la dépression, semblent présents dans un nombre limité d'homicides intrafamiliaux, à l'exception du parricide. En effet, plusieurs adultes ayant commis un parricide souffrent de troubles mentaux sévères reliés, le plus souvent, au spectre de la schizophrénie [4, 117]. Le crime est souvent commis alors que l'adulte a cessé sa médication depuis plusieurs semaines, qu'il abuse de drogues ou d'alcool, et qu'il a coupé le contact avec les services de santé et de services sociaux. Notons que les recherches sur les homicides intrafamiliaux relèvent des situations pour lesquelles un trouble, ou du moins des traits de personnalité de type narcissique, antisocial, limite ou autres sont observés, surtout lorsqu'il y a présence d'antécédents de violence conjugale.

La violence conjugale se retrouve en filigrane dans plusieurs situations d'homicides intrafamiliaux, en particulier l'homicide conjugal et aussi le filicide et le familicide. La dynamique de violence dans le couple vient teinter les motivations des auteurs d'homicides. L'acte d'homicide devient un moyen, pour certains hommes, de garder le contrôle sur la conjointe ou sur la famille. Pour d'autres, l'homicide constitue un moyen de représailles ou de vengeance à l'égard de la conjointe. Dans ces situations, la sécurité des enfants peut être également compromise. Par ailleurs, la dynamique de violence conjugale peut aussi influencer les motivations des victimes de cette violence. En effet, certaines femmes, et même certains adolescents, peuvent en venir à voir dans l'homicide le seul moyen de se protéger, ou de protéger un autre membre de la famille (la mère, un enfant, etc.), de la personne qui exerce la violence. Il est important de distinguer ici une dynamique de violence conjugale qui existe avant la séparation entre les conjoints des conflits conjugaux qui peuvent avoir lieu dans un moment de tension au sein du couple, telle que la séparation conjugale. Rappelons que la Politique d'intervention en matière de violence conjugale adoptée par le Gouvernement du Québec en 1995 établit que

« la violence conjugale se caractérise par une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante. [...] La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie » (p.23).

De plus, la moitié des homicides intrafamiliaux se produisent dans un contexte de séparation conjugale, réelle ou appréhendée, plus particulièrement lorsque l'homme n'accepte pas la rupture imminente ou récente du couple. Il s'avère donc être essentiel d'offrir des services psychosociaux aux personnes se retrouvant dans un processus de séparation conjugale difficile, dont la médiation et la supervision de droit d'accès. Notons ici que la médiation est contre-indiquée lorsqu'une dynamique de violence conjugale est identifiée, mais que cette pratique peut contribuer à diminuer les tensions lorsque cette dynamique est absente. Quant aux services de supervision des droits d'accès, ils visent à offrir à l'enfant et à ses proches un lieu sécuritaire et neutre lui permettant l'accès au parent avec lequel il ne vit pas, afin de maintenir des liens avec celui-ci. Ces services sont utilisés principalement à la suite d'une ordonnance de la Cour supérieure, lorsque l'exercice d'un droit d'accès est interrompu, difficile ou trop conflictuel à la suite d'une séparation ou d'un divorce. Ils peuvent également être utilisés à la suite d'une ordonnance de la Chambre de la jeunesse du Québec dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Ajoutons que la maltraitance et la négligence des enfants sont également associées à certaines situations d'homicides intrafamiliaux, principalement parmi les filicides et les parricides. Comme les enfants en bas âge sont à risque de filicide (surtout de la part de la mère), il est important que le soutien à ces familles soit apporté, dès la grossesse, par les services existant en périnatalité et se poursuivent par l'entremise des services et des programmes offerts à la petite enfance.

En plus des victimes directes, l'homicide dans la famille fait également un grand nombre de victimes collatérales. En effet, tous les membres de la famille sont touchés par un tel événement. D'abord les enfants, qui ont pu être blessés, ou du moins exposés, impuissants devant le geste d'homicide, peuvent voir leur vie bouleversée par une série d'événements, comme l'éloignement des membres de la famille du conjoint-instigateur de l'homicide, un déménagement dans une autre communauté, la perte de figures parentales, la perte de contacts avec des amis, et ainsi de suite. Pour les autres membres de la famille, cela peut engendrer des pertes financières et matérielles et un contexte de stigmatisation sociale et de honte, principalement pour la famille de l'agresseur [16, 126]. Enfin, les communautés locales sont aussi affectées par de tels événements.

Par ailleurs, les études sur le suicide et sur la dépression indiquent certaines difficultés à détecter la dépression chez les hommes, celle-ci ne s'exprimant pas de la même manière selon le genre [42, 83, 123, 124]. Rappelons que, à la suite de l'analyse des autopsies psychologiques d'hommes s'étant enlevé la vie au Nouveau-Brunswick, les chercheurs rapportent que près de 70 % de ces personnes souffraient de dépression et que la grande majorité (76,5 %) avait été en contact avec des services spécialisés en santé mentale ou en toxicomanies, ou avec un omnipraticien, au cours de l'année précédant le suicide. Pour un peu plus de la moitié (51 %), ce contact a eu lieu au cours du dernier mois [42]. Selon une étude réalisée au Québec, plus de la moitié des jeunes hommes ayant commis un suicide ont vu un omnipraticien au cours de leur dernière année de vie [125]. Notons que ce sont près de 30 % des homicides intrafamiliaux et 82 % des filicides [1] qui sont suivis d'un suicide ou d'une tentative de suicide. Il semble donc important de questionner les intentions d'homicides lors des interventions auprès des personnes suicidaires afin d'assurer la sécurité de toutes les personnes concernées. En ce sens, notons que l'intervention auprès

des personnes suicidaires prévoit, lorsqu'il y a présence de facteurs de risque, l'évaluation du risque d'homicide.

Enfin, les recherches effectuées à ce jour portent à croire que, dans la majorité des situations, il y a eu une période d'ambivalence et de planification avant le passage à l'acte. Il semble y avoir souvent une progression : les idéations d'un geste d'homicide surgissent, mûrissent et se cristallisent sous forme d'un plan déterminé, avant le passage à l'acte, le tout dans un processus plus ou moins long, au cours duquel la personne lance parfois des menaces de toutes sortes contre la victime, incluant des menaces de mort ou de suicide. Tantôt elle s'isole sur elle-même, tantôt elle adresse une demande d'aide plus ou moins claire, le plus souvent en lien avec la séparation ou des symptômes dépressifs. Cette période offre une fenêtre importante pour établir un plan d'action à poser pour prévenir le passage à l'acte. Notamment, il serait pertinent d'accentuer la sensibilisation et le soutien auprès des femmes sur les risques encourus et sur les ressources disponibles et de viser une intervention précoce auprès des hommes en les sensibilisant aux effets et impacts des gestes ou réactions dans les situations difficiles, ainsi qu'à l'importance d'aller chercher de l'aide lorsqu'ils en ont besoin.

2. Les services du réseau de la santé et des services sociaux et les meilleures pratiques connues

Lorsqu'il est question de prévenir les homicides intrafamiliaux, ou encore d'identifier les interventions à réaliser au moment d'un tel événement et par la suite, force est de constater que plusieurs ministères et organismes sont concernés. Par exemple, les services policiers et correctionnels (ministère de la Sécurité publique), les mesures légales (ministère de la Justice), ou encore l'aide à offrir plus spécifiquement aux enfants qui se retrouvent en services de garde (ministère de la Famille et des Aînés) ou à l'école (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport).

Ce rapport n'a pas la prétention de couvrir tout l'éventail des services éventuellement disponibles pour prévenir les homicides intrafamiliaux. De par la nature sectorielle du mandat qui a été confié au comité d'experts, le portrait des services offerts présentés dans le rapport touche exclusivement le secteur couvert par le réseau de la santé et des services sociaux. Ce portrait est le résultat du travail effectué par les experts du comité qui, par ailleurs, occupent, chacun à leur manière, une place stratégique dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Rappelons que les orientations adoptées au début des années 2000 placent les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur du développement de réseaux locaux de services (RLS). Sur son site Internet, le MSSS précise :

« Le fonctionnement en réseau nécessite une hiérarchisation des services. Des mécanismes de référence entre les différents producteurs de services ont été instaurés pour garantir une meilleure complémentarité entre ceux-ci et faciliter le cheminement des personnes entre les services de première ligne (services médicaux et sociaux généraux), de deuxième ligne (services médicaux et sociaux spécialisés) et de troisième ligne (services médicaux et sociaux surspécialisés). C'est le maillage des services et des différents producteurs ainsi créé qui forme donc

le réseau local de services. Les producteurs de services sont énumérés dans le schéma suivant qui illustre la composition d'un réseau local de services » (voir Figure 3).

Figure 3. Les réseaux locaux de services



(Source : site Internet du MSSH, 2012)

Les responsabilités des CSSS sont de promouvoir la santé et le bien-être, accueillir, évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis et prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes vulnérables. En tant qu'établissements, ils doivent également offrir une gamme de services généraux de santé et de services sociaux et certains services spécialisés. Par ailleurs, afin de couvrir l'ensemble des besoins de sa population qu'il ne peut combler à lui seul, le CSSS doit conclure des ententes de services avec d'autres partenaires (cliniques médicales, groupes de médecine de famille, centres jeunesse, centres de réadaptation, organismes communautaires, centres hospitaliers universitaires, pharmacies communautaires, etc.) [127].

Cela signifie qu'une personne à risque de commettre un homicide intrafamilial, ou d'en être la victime, peut se présenter à différentes portes. La principale porte d'entrée pour ce type de situations est celle des CSSS qui offrent notamment les services d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR), de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) et d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Lorsque des enfants sont concernés, un signalement est fait à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Cependant, il se peut aussi que la personne se présente directement dans un service d'urgence d'un centre hospitalier ou que le problème soit identifié dans le cadre d'autres services, notamment les services de santé ou encore ceux reliés aux problèmes associés, comme les organismes communautaires qui interviennent en violence conjugale, en santé mentale, en soutien aux habiletés parentales, etc.

De plus, soulignons que le comité a porté une attention particulière à la promotion et à la prévention. Celles-ci sont souvent étudiées conjointement dans plusieurs rapports. La promotion s'intéresse aux déterminants de la santé; elle vise à établir des conditions favorables à la santé et au bien-être de la population et à permettre aux individus et aux collectivités d'exercer une plus grande emprise sur leur santé et bien-être. Les activités de promotion susceptibles de contribuer à la diminution des risques d'homicides intrafamiliaux devraient porter, entre autres, sur la santé mentale, les relations de couple égalitaires et sans violence, de même que sur l'incitation à la demande d'aide chez les hommes. La prévention, pour sa part, vise à agir sur les facteurs de risque avant que les problèmes surviennent, « elle inclut les activités qui visent avant tout à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes » [128, p.19]. Dans le cas des homicides intrafamiliaux, les activités préventives comprennent celles qui agissent en amont des problèmes souvent associés à ces événements. Prenons pour exemples la rupture amoureuse, les idéations suicidaires et l'isolement social. Plus particulièrement, les personnes qui présentent simultanément plusieurs facteurs associés devraient faire l'objet d'une attention particulière. C'est le cas, par exemple, des hommes présentant un problème de violence conjugale et qui sont en situation de rupture. Tant en promotion qu'en prévention, il s'agit d'activités proactives, s'adressant à la population générale ou à des groupes ciblés, et utilisant des stratégies et des méthodes multiples et complémentaires [129].

L'intervention, quant à elle, débute dès qu'une personne présente un problème (par exemple, la dépression ou la violence conjugale) qui constitue un risque d'homicide intrafamilial et se poursuit lorsque la situation risque de dégénérer en homicide intrafamilial ou jusqu'à la résolution de la crise. La détection précoce peut venir de différentes sources. Il est reconnu que toute personne en contact avec quelqu'un qui présente un état qui, pour une raison ou une autre, la porte à croire que cet individu peut commettre un homicide dans sa famille, ou peut être victime d'un tel acte, doit référer la situation à un professionnel qualifié. Ce dernier doit alors soutenir le proche en question et prendre les mesures appropriées. Aussi, un professionnel qui, dans l'exercice de ses fonctions, a tout lieu de croire que la personne auprès de qui il intervient pourrait en arriver à commettre un homicide dans sa famille, ou pourrait être victime d'un tel acte, doit entreprendre toute une série d'actions qui touchent souvent différents acteurs. Étant donné que plusieurs acteurs sont normalement mis à contribution, la plupart des actions de cet ordre ont été classées dans le niveau mésosystémique, soit celui qui concerne les contextes sociaux immédiats de la personne.

Enfin, l'intervention qui suit un homicide intrafamilial permet aux proches éprouvés, que ce soit la famille, les amis ou la communauté locale, d'obtenir l'aide nécessaire pour diminuer les impacts psychosociaux d'un tel événement et reprendre le cours normal de la vie (rétablissement). Elle englobe les mesures à prendre afin de soutenir les personnes concernées, que ce soit en séances individuelles ou de groupe, d'informer et de référer au besoin aux ressources existantes, ou toutes autres activités qui visent à prévenir les effets négatifs potentiels de l'homicide intrafamilial à court, moyen et long termes. Elle couvre également le soutien aux différents intervenants (policiers, médecins, travailleurs sociaux, etc.) ayant été impliqués dans l'intervention immédiate.

Force est de constater qu'il y a très peu de mesures connues visant spécifiquement les homicides intrafamiliaux. Les quelques programmes recensés ailleurs qui touchent spécifiquement les homicides intrafamiliaux n'ont pas semblé être plus élaborés que ceux qui existent au Québec. Toutefois, quelques expériences spécifiques ont suscité un intérêt particulier. Cependant, les initiatives spécifiques à l'homicide intrafamilial qui ont été expérimentées à ce jour sont presque toutes liées à la prévention ou à l'intervention dans des situations d'homicides conjugaux; très peu d'entre elles traitent des autres formes d'homicides intrafamiliaux.

Le même cadre théorique que pour le portrait de la situation est utilisé pour présenter les services, soit le modèle écosystémique et, lorsque cela est requis, la présentation suit l'ordre usuel du continuum de services : promotion et prévention, intervention immédiate et intervention après un acte d'homicide intrafamilial. La section sur les contextes sociaux comprend un volet sur la recherche et l'évaluation. Comme pour la section précédente, il est possible que des services portent sur plusieurs niveaux écosystémiques. Afin d'éviter les répétitions inutiles, les informations sont livrées au plus haut niveau concerné. Enfin, bien que les actions concernant les problèmes associés (violence conjugale, santé mentale, etc.) constituent des activités de prévention, puisqu'elles se situent en amont des homicides intrafamiliaux, elles sont quand même réparties dans le texte selon le continuum de services pour mieux s'arrimer aux plans d'action déjà en place.

Soulignons que les services présentés ne se déploient pas de la même manière dans toutes les régions, en fonction des particularités de l'organisation régionale et locale de services.

2.1. Les actions qui ciblent les individus

2.1.1. En promotion et prévention

Au cours des dernières années, différents programmes ont été mis en place en vue de favoriser le développement de compétences personnelles et sociales et l'adoption de comportements pacifiques et de rapports égalitaires, notamment entre les garçons et les filles. Inscrites dans le Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008 [128], ces diverses interventions sont développées en lien avec les partenaires concernés. Notamment, plusieurs ont lieu en milieu scolaire suivant l'approche École en santé. Elles s'intègrent également dans les mesures de promotion/prévention prévues dans les plans gouvernementaux d'actions en matière de violence conjugale (1996-2001, 2004-2009) [131], dans le Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 [132] et dans le récent Plan de lutte contre la violence et l'intimidation [133], plans d'action pour lesquels le MSSS est signataire et responsable de plusieurs actions.

Parmi ces programmes se retrouvent notamment ceux qui visent à contrer la violence dans les relations amoureuses. Par ailleurs, des programmes s'adressent plus spécifiquement aux enfants exposés à la violence conjugale; ces derniers sont souvent mis en place avec la collaboration du réseau des maisons d'hébergement pour femmes vivant plusieurs problèmes et victimes de violence conjugale. Certains CSSS offrent également des programmes de prévention des troubles du comportement aux enfants à risque de développer de tels troubles ainsi qu'à leurs parents.

Chez les adultes, plusieurs des interventions préventives et de promotion ont été mises sur pied au sein des CSSS et des organismes communautaires sous forme de groupes sur l'estime de soi, les communications harmonieuses au sein du couple et de la famille, ou sur d'autres points touchant les habiletés personnelles, sociales ou parentales.

Certains intervenants nous ont rapporté que l'offre de ce type d'actions est diversifiée, comprenant plusieurs initiatives pertinentes en matière de prévention des homicides intrafamiliaux. Notons que cette offre peut différer selon les régions.

Dans plusieurs situations d'homicides intrafamiliaux, les symptômes dépressifs sont présents, allant de la détresse psychologique à une dépression majeure (ou un trouble de l'humeur) clairement diagnostiquée. De l'avis de plusieurs experts, la dépression demeure souvent non détectée. Du moins, des recherches sur le suicide chez les hommes démontrent que la dépression n'avait pas été reconnue par les intervenants qui avaient été consultés dans les mois précédents le passage à l'acte [42]. Plusieurs tabous demeurent au sein de la population concernant la maladie mentale, notamment la dépression. Pour lutter contre ces tabous, le MSSS diffuse depuis 2007 une campagne annuelle d'information et de déstigmatisation de la maladie mentale. Cette campagne comporte un site Internet dans lequel se retrouve de l'information sur les différentes maladies, mais également des références pour trouver de l'aide. La campagne comporte également un volet télévisé ou radiophonique qui présente un message visant à défaire les préjugés liés à la maladie mentale. La section sur la dépression se déroule sous le thème La dépression, une maladie [134] et vise la déstigmatisation des personnes qui en sont affectées. La campagne du MSSS est évaluée annuellement. Il s'agit d'un problème associé qui touche de nombreuses personnes. Ce type d'actions mérite sans doute d'être poursuivi et intensifié au cours des prochaines années.

2.1.2. En intervention

Plusieurs interventions doivent être réalisées directement auprès d'un individu à risque de commettre un homicide intrafamilial ou qui s'apprête à commettre un tel crime ou encore auprès d'une personne qui risque d'en être la victime. Ces actions impliquent plusieurs acteurs. Ainsi, les actions qui visent plus directement le contexte précis de l'homicide intrafamilial seront abordées dans la section sur les environnements sociaux immédiats.

Notons que des intervenants ont souligné le peu de ressources disponibles pour intervenir spécifiquement auprès des hommes en détresse. Le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes en a fait mention également dans son rapport [135]. Dans la foulée de ces recommandations, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait, en juillet 2009, les priorités d'action gouvernementale pour la santé et le mieux-être des hommes. Des actions ont été mises en œuvre pour améliorer les pratiques et l'adaptation des services afin de mieux rejoindre la clientèle masculine. Dressant un bilan des actions accomplies dans son rapport remis récemment, le Protecteur du citoyen rapporte qu' « il est vrai que tout n'est pas mis en œuvre à ce jour, loin de là, mais le MSSS est inscrit dans une démarche qui vise les bonnes cibles » [130, p.10].

Plusieurs recherches réalisées au cours des dernières années [123, 124] démontrent la nécessité d'ajuster les critères usuels d'évaluation de la dépression aux caractéristiques liées aux rôles masculins traditionnels. Ce travail de sensibilisation auprès des intervenants de première ligne demeure à faire. Soulignons que des travaux sont actuellement en cours en vue de documenter les outils et les modalités de dépistage de la dépression.

Par ailleurs, le parricide, pour sa part, est plus souvent l'œuvre d'adultes présentant un trouble mental grave dont la situation peut s'être détériorée à la suite de la cessation de la prise de médication ou de la consommation de drogues. Ces adultes n'avaient souvent plus de lien avec le système de soins, leur famille se retrouvant alors laissée à elle-même.

Les services en santé mentale doivent être adaptés ou mieux utilisés afin de répondre à ces préoccupations, tant en ce qui concerne les maladies modérées que les troubles graves. Ainsi, des services de 1^{re} ligne en santé mentale qui visent à offrir en CSSS des services pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux légers à modérés ont été développés dans tous les CSSS depuis le lancement du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens [136]. Des services sont offerts afin de soutenir, dans la communauté, les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Des services tels le suivi intensif ou le soutien d'intensité variable favorisent un lien étroit avec les personnes affectées par un trouble mental grave et permettent d'assurer une prise de médication régulière. Ces services jouent un rôle important pour leur permettre de vivre dans la communauté et de réintégrer le marché du travail ou l'école. Le suivi serré permet également d'intervenir rapidement lorsque la situation se détériore.

2.2. Les actions qui ciblent les familles et les communautés locales

2.2.1. En promotion et prévention

Plusieurs services préventifs s'adressent aux familles et ont pour cible les parents de jeunes enfants (0-5 ans), particulièrement en milieu défavorisé ou qui cumule plusieurs facteurs de risque, comme la monoparentalité et l'isolement social, facteurs de risque identifiés précédemment. C'est le cas notamment des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) [137], prévus au Programme national de santé publique, qui permettent le soutien des pratiques parentales favorables au sain développement des enfants. De plus, le réseau de la santé et des services sociaux, par les services offerts par les CSSS et les centres jeunesse, a mis sur pied divers moyens pour prévenir et contrer les abus et la négligence, facteurs de risques associés aux filicides.

2.2.2. En intervention

L'intervention auprès des familles à risque

Il est estimé qu'environ 25 % des familles québécoises sont en situation de vulnérabilité psychosociale, définie par le cumul de plus de quatre facteurs de risque [138]. Tel que mentionné dans la section portant sur le portrait de la situation, certains filicides ont eu lieu dans un contexte d'abus et de négligence envers les enfants. Des services d'intervention sont actuellement offerts sur ce plan par les CSSS et les CJ, tels que le programme d'intervention en négligence, les services d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, de suivi psychosocial et de réadaptation.

L'intervention en contexte de violence conjugale

L'homicide conjugal demeure la principale forme parmi les divers types d'homicides intrafamiliaux. De plus, un pourcentage élevé de ces homicides conjugaux se déroule en contexte de violence conjugale. C'est le cas également d'un pourcentage important de filicides et de familicides. À cet égard, il faut souligner l'importance de poursuivre l'intervention réalisée auprès des victimes de violence conjugale et leurs enfants et auprès des conjoints ayant des comportements violents. Le Gouvernement du Québec s'est doté en 1995 d'une Politique d'intervention en matière de violence conjugale [140] et de plans d'action pour lesquels le MSSS joue un rôle important. Le Québec fait figure de proue sur le plan de l'organisation des services en cette matière.

En ce qui concerne l'intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants, il existe au Québec un réseau de 109 maisons d'hébergement. Ces maisons

sont regroupées au sein de deux organismes nationaux, soit le Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale [141] et la Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec [142]. Ces organismes jouent divers rôles au sein des réseaux locaux de services : accueil des femmes victimes de violence et de leurs enfants, analyse de leurs besoins (y compris de la dangerosité), intervention individuelle et de groupe auprès des femmes et de leurs enfants, services externes, accompagnement sociojudiciaire et référence aux ressources du milieu. Ces organismes jouent également un rôle dans la mise sur pied d'activités de prévention et de sensibilisation, de même que sur le plan de la concertation et de la formation des partenaires en matière de violence conjugale. Par ailleurs, la compilation statistique pour 2011-2012 touchant 36

Agir pour prévenir l'homicide de la conjointe [144]

Il s'agit d'un guide d'intervention développé par des chercheurs du CRI-VIFF en partenariat avec la Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec (FRHFVDQ) et élaboré à partir des travaux de recherche dans le domaine. Il s'adresse aux intervenantes œuvrant auprès des femmes. Ce guide d'intervention comporte deux sections principales. Dans la première section, on retrouve une recension des écrits portant sur le problème des homicides conjugaux, notamment des écrits concernant les facteurs associés ainsi que quelques éléments de compréhension du passage à l'acte homicide. La seconde section du guide est consacrée à l'intervention. Elle présente des outils de détection et d'intervention pouvant soutenir les intervenantes en maison d'hébergement dans leur pratique lors de situations à haut risque de létalité. Bien que conçu à l'intention des travailleuses en maison d'hébergement, le guide peut être utile à tout professionnel intervenant auprès de femmes se trouvant dans une situation qui permet de croire que sa vie est menacée par son conjoint. Dès sa publication, le guide a suscité un vif intérêt dans de nombreux milieux d'intervention au Québec. Il s'agissait de l'une des premières initiatives québécoises en matière de prévention des homicides conjugaux, qui, de plus, est maintenant une référence sur les plans canadien et international.

maisons d'hébergement membres de la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec indique que le taux provincial d'occupation était de 86 % et que 7 482 demandes d'hébergement ont été refusées par manque de place au moment de l'appel et acheminées vers d'autres ressources.

Plus spécifiquement en prévention des homicides intrafamiliaux, sous l'initiative des maisons d'hébergement, des chercheurs du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faites aux femmes (CRI-VIFF) ont développé des guides d'intervention spécifiques à la prévention des homicides conjugaux [143] (voir encadré).

En ce qui concerne l'intervention auprès des conjoints ayant des comportements violents, des services sont disponibles dans la plupart des régions du Québec. Ces services sont offerts principalement par des organismes communautaires. Il existe 32 organismes qui viennent en aide aux hommes qui ont des comportements violents, dont 25 sont membres du regroupement national à cœur d'homme - Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence [145]. Cependant, ces organismes manquent de ressources et ne rejoindraient qu'une minorité (environ 10 %) des hommes manifestant des comportements violents [146]. Un bilan du soutien aux organismes communautaires effectué dans le cadre du Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009 indique que 44 % des organismes arrivaient à répondre à l'ensemble des demandes d'aide. Cette étude note également qu'un nombre important d'organismes éprouvaient des difficultés à assurer la couverture du territoire (32 %) au moment de l'enquête et que des délais d'attente supérieurs à un mois étaient observés dans 37,5 % des organismes [145]. Tout comme les organismes qui interviennent auprès des femmes victimes de violence, les organismes s'adressant aux conjoints ayant des comportements violents jouent divers rôles au sein des réseaux locaux de services : accueil des hommes, analyse de leurs besoins (y compris de la dangerosité), intervention individuelle et de groupe et référence aux ressources du milieu. Ces organismes offrent un programme d'identification systématique des risques associés à l'homicide conjugal. À l'instar des maisons d'hébergement, ces organismes ont également recouru aux services de chercheurs du CRI-VIFF pour l'élaboration d'un guide de référence en matière de prévention des homicides conjugaux (voir encadré).

Intervenir auprès des hommes en vue de prévenir l'homicide conjugal [147]

Ce guide d'intervention a été développé à l'intérieur d'un projet réalisé par des chercheurs du CRI-VIFF en partenariat avec l'association à cœur d'homme - Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence. L'objectif général du projet était de développer des services mieux adaptés à la prévention de l'homicide conjugal, services dispensés par les groupes membres de l'association. Le guide propose deux outils importants. Le premier procure des moyens d'appréciation du risque d'homicide conjugal. Dès qu'il y a présence d'un risque, une évaluation plus poussée est recommandée. L'intervenant procède alors à une exploration plus systématique des autres facteurs connus comme pouvant être associés à l'homicide en tenant compte, plus particulièrement, des scénarios d'homicides, des événements précipitant des éléments de protection et du degré de collaboration du participant. L'outil prévoit également de distinguer l'imminence du danger. Le deuxième outil porte sur la gestion du risque. Il comporte un ensemble de stratégies d'intervention pouvant être utiles en matière de gestion du risque, et ce, en fonction du degré de dangerosité présent. L'outil prévoit également des modalités de suivi variables, allant de la simple relance aux rendez-vous multiples et rapprochés. Il inclut également la référence et l'accompagnement vers des ressources appropriées aux besoins de chaque personne, le cas échéant. Il s'agit, à notre connaissance, du premier outil de prévention de l'homicide conjugal créé pour rejoindre spécifiquement les hommes manifestant des comportements violents envers leur conjointe.

Ces deux guides, et les formations qui les accompagnent, permettent aux intervenants et intervenantes de mieux connaître les facteurs de risque, de se familiariser avec des outils d'estimation de la dangerosité, de se sentir à l'aise d'aborder directement la question de l'homicide conjugal lors de l'évaluation et d'être plus en mesure d'intervenir de manière précoce afin d'éviter le passage à l'acte et d'assurer de façon plus adéquate la sécurité des victimes potentielles.

L'intervention en contexte de conflits conjugaux

Comme plusieurs types d'homicides intrafamiliaux se situent dans un contexte de séparation conjugale réelle ou appréhendée, il est important que les intervenants œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux possèdent les compétences requises en intervention conjugale et familiale, étant donné la complexité des problèmes rencontrés. Il a d'ailleurs été démontré, par un sondage effectué par l'École de service social de l'Université Laval, que les intervenants des milieux de pratiques, en particulier des CSSS et des CJ, auraient besoin d'une formation plus approfondie en intervention conjugale et familiale [139]. Il est important d'outiller davantage les intervenants auprès des familles qui doivent composer avec des réalités complexes, sans avoir acquis toute la formation nécessaire dans le cadre de leur parcours universitaire de base.

Par ailleurs, des intervenants ont noté l'importance de la médiation familiale³, laquelle contribue à diminuer les tensions au sein de couples qui se séparent. Il y a quelques mois, le ministère de la Justice a mis en place certaines mesures pour favoriser un plus grand accès au service de médiation. Dans le cadre des consultations, des intervenants ont souligné les effets négatifs des dures batailles juridiques entre ex-conjoints qui peuvent dégénérer et, éventuellement, se terminer par un homicide intrafamilial. À ce titre, on ne peut que se réjouir que le Gouvernement du Québec favorise les ententes entre ex-conjoints plutôt que de mettre l'accent sur les processus judiciaires qui peuvent être longs, coûteux, et qui peuvent surtout renforcer les conflits déjà présents au sein des couples en processus de séparation.

Cependant, rappelons que la médiation est contre-indiquée en présence d'une dynamique de violence conjugale. À cet effet, les médiateurs reçoivent une formation qui leur permet de déceler la présence d'une dynamique de violence conjugale. Ils peuvent, dans ces cas, prendre différentes mesures, de concert avec les autres services, pour prévenir les homicides intrafamiliaux, dont la référence auprès des organismes spécialisés dans l'intervention en violence conjugale (maisons d'hébergement pour femmes et organismes pour conjoints ayant des comportements violents).

³ Cette mesure est sous la responsabilité du ministère de la Justice. Cependant, le MSSS y contribue, notamment au chapitre des normes professionnelles établies.

L'intervention en contexte de séparation

L'état de situation a aussi mis en évidence que la majorité des homicides intrafamiliaux se déroulent dans un contexte d'une séparation non acceptée par l'un des conjoints. Il s'agit d'une période de transition particulièrement lourde pour certaines personnes plus fragiles, déjà marquées par des difficultés personnelles importantes. Des services de soutien et d'accompagnement sont offerts en CSSS aux couples et aux familles en contexte de séparation. Des intervenants ont rapporté qu'il existe cependant relativement peu de programmes spécifiques. Ceux qui sont en place se déroulent le plus souvent au sein d'organismes communautaires. Les modalités de ces services peuvent varier d'une région à une autre.

SOS Rupture

Le Centre de ressources pour hommes AutonHomme à Québec a structuré un programme pour les hommes qui vivent une rupture. Le programme a fait l'objet de diverses publications et présentations dans des congrès professionnels [150]. Il a aussi donné lieu, en collaboration avec le Centre de prévention du suicide de Québec, à un programme de prévention en milieu de travail nommé SOS Rupture, réalisé dans le cadre des projets pilotes du MSSS auprès des hommes en situation de vulnérabilité. L'évaluation réalisée à la suite du projet pilote en confirme l'efficacité. Pour les travailleurs, ce programme comporte une rencontre de sensibilisation sur la séparation, cette rencontre se déroule dans leur milieu de travail à l'heure du dîner. Elle suscite également la mise en place d'un réseau de sentinelles. La sensibilisation permet de contrecarrer certains comportements néfastes, comme les idées de vengeance, tout en suscitant la demande d'aide lorsqu'elle est requise.

Certains organismes communautaires ont développé des programmes qui s'adressent spécifiquement aux hommes qui ont d'importantes difficultés à accepter la séparation [148, 149]. Le seul programme dans le domaine qui a été évalué à ce jour est SOS Rupture, développé par un organisme de la région de Québec (voir encadré).

Soulignons, par ailleurs, que l'Australie a depuis quelques années ciblé clairement la séparation comme une période de tension importante qui augmente les risques de violence conjugale, de suicide et d'homicide intrafamilial. À cet effet, une gamme de services a été développée au sein de la vaste organisation Relationships Australia, un organisme communautaire national qui vise le développement de relations harmonieuses dans la communauté [151] (voir encadré).

Family relationships

Une section importante de Relationships Australia est prévue pour soutenir les familles. Elle couvre les services de soutien au développement des habiletés parentales, au développement d'une saine communication au sein du couple et de la famille, et bien d'autres services. Parmi ceux-ci, on retrouve les services en violence conjugale pour les personnes qui manifestent pareille violence et pour celles qui en sont victimes. Enfin, une gamme de services vise aussi à soutenir chacun des conjoints qui se séparent de même que les enfants qui peuvent vivre difficilement le processus de séparation.

2.2.3. Les interventions à la suite d'un homicide intrafamilial

Dans le cadre des consultations, des témoignages nous ont indiqué que de tels événements laissent des cicatrices importantes pour les familles affectées et les communautés locales. Les conséquences peuvent être nombreuses et s'échelonnent sur de longues périodes [126].

Actuellement, la postvention, de même que des suivis psychologiques et psychosociaux, peuvent être offerts par les CSSS ou les Centres de prévention du suicide lorsque l'homicide est suivi d'un suicide. Notamment, le Programme de postvention en milieu scolaire : Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide (2004) fournit des outils pour l'intervention auprès des victimes collatérales. Une section de ce guide porte plus spécifiquement sur l'homicide-suicide. Notons également que d'autres organismes viennent aussi en aide aux personnes endeuillées.

Lorsqu'un parent s'est suicidé à la suite d'un homicide intrafamilial ou lorsque celui se retrouve en prison pour une longue période, les centres jeunesse prennent automatiquement en charge les enfants. Ces enfants peuvent être placés auprès de personnes significatives, souvent chez des membres de la famille élargie. L'intervention du CJ comporte alors plusieurs volets : 1) un travail directement auprès des enfants pour leur apporter à la fois le soutien psychosocial et psychologique nécessaire; 2) un travail auprès de la famille d'accueil pour la soutenir dans l'accompagnement de l'enfant; 3) un travail auprès des autres services (école, garderie, etc.) afin d'offrir aux enfants une réponse concertée et 4) un travail qui se poursuit dans le temps, selon le processus de rétablissement nécessaire aux enfants.

2.3. Les actions qui ciblent les environnements immédiats

2.3.1. En promotion et prévention

Divers types de formations qui touchent des problèmes reliés aux homicides intrafamiliaux existent dans le réseau de la santé et des services sociaux. Notamment, la formation de base en violence conjugale, offerte à tous les intervenants du réseau. De plus, en matière de violence conjugale, les maisons d'hébergement de même que les organismes d'aide aux conjoints manifestant des comportements violents offrent des formations sur la détection précoce de la violence, le soutien et l'accompagnement des femmes et des hommes concernés. En matière de crise suicidaire, le MSSS a mandaté l'Association québécoise de prévention du suicide dans le but d'offrir une formation sur trois jours qui intègre les nouvelles normes dans l'estimation du niveau de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire [152]. Cette formation s'adresse aux intervenants des CSSS et des organisations du réseau local de services qui œuvrent auprès d'une clientèle suicidaire. Ainsi, la formation Intervenir auprès des personnes suicidaires à l'aide de bonnes pratiques permet de questionner les intentions d'homicides.

De plus, une formation qui vise plus particulièrement à adapter l'intervention pour mieux rejoindre les hommes en détresse est présentement en cours. Elle intègre l'homicide

intrafamilial, sans pour autant s'y arrêter de manière spécifique. Cette formation a déjà fait l'objet d'une recommandation du MSSS dans le cadre des pratiques prometteuses en prévention du suicide masculin. Elle fait actuellement l'objet d'une évaluation dans le cadre du projet For'hommes mené par l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie [153]. Enfin, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS) offre une formation pour développer les habiletés des intervenants pour mieux intervenir en situation d'agressivité [154].

2.3.2. En intervention

Les références d'un proche

Les lignes téléphoniques, notamment le service de Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), 1-866-APPELLE (prévention suicide) et SOS Violence conjugale reçoivent des appels de personnes qui mentionnent une inquiétude devant des comportements d'un de leurs proches, comportements qui pourraient mener, selon eux, à un homicide intrafamilial. Ces personnes sont alors soutenues dans leurs actions possibles et orientées aux ressources appropriées.

Le comité tient à souligner le rôle joué par les proches. Dans le cadre des consultations, des témoignages ont révélé comment des homicides ont pu être évités par la sensibilité à détecter l'état de détresse ou de vulnérabilité d'une personne de l'entourage, et ce, peu importe que ces personnes soient liées par le travail (employeur, collègue), la famille ou l'amitié.

La détection des situations à risque et l'évaluation du potentiel de dangerosité

Pour leur part, tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, peu importe leur profession (médecine, soins infirmiers, travail social, psychologie, thérapie conjugale et familiale, psychoéducation, sexologie, etc.), et peu importe le type de services auquel ils sont rattachés, ont un rôle à jouer dans l'estimation du risque associé à l'homicide intrafamilial. Ils ont le devoir de porter assistance, tel qu'il est prévu dans le Code civil du Québec et les normes déontologiques et éthiques établies par les différents ordres professionnels. Sur ce plan également, le comité a entendu, dans le cadre des consultations, des témoignages qui démontrent la qualité du travail accompli en première ligne.

Cependant, des intervenants constatent que la détection des situations à risque semble plus systématique et clairement faite lorsque les intervenants ont été formés à cet effet et que le dépistage de l'homicide intrafamilial fait partie des protocoles en vigueur. Il va sans dire que pour être sensible aux risques, il faut bien les connaître.

Nous avons parlé précédemment des outils de détection des situations à risque et des guides d'intervention mis en place dans le réseau des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et celui des organismes œuvrant auprès des hommes manifestant des comportements violents. Pour sa part, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) recommande de poser systématiquement des questions spécifiques lorsque l'intervenant a un quelconque doute qu'il peut y avoir un risque d'homicide intrafamilial [155]. Cela fait partie de la grille d'estimation de la dangerosité d'un

passage à l'acte suicidaire. De plus, les régions où le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) est déployé utilisent l'outil provincial de dépistage spécifique de l'homicide intrafamilial provenant du Guide d'intervention Info-Social homicide [156], développé par le CSSS de Lac-St-Jean-Est dans le cadre de son mandat provincial (voir encadré).

Bref, des outils pour détecter et des protocoles pour déterminer la marche à suivre dans des situations ayant un potentiel de dangerosité sont actuellement disponibles. Ces protocoles gagneraient à être promus et implantés dans tout le Québec, tout en tenant compte de l'organisation de services régionale. Des efforts devraient être faits en ce sens.

L'intervention de crise⁴ et l'intervention psychosociale à court terme

Une fois que le problème est reconnu par la personne concernée, que celle-ci porte en elle un projet d'homicide intrafamilial ou encore qu'elle en soit la victime potentielle, une série de gestes cliniques doivent être posés. Dans un contexte d'intervention en matière d'homicides intrafamiliaux, il est nécessaire de prévoir une organisation de services efficace d'intervention de crise dans le milieu 24/7. Plusieurs régions du Québec ont développé diverses procédures et stratégies contribuant à intervenir de manière précoce avant le passage à l'acte, pendant ou tout juste après celui-ci. Ces mécanismes intègrent les lignes directrices de l'intervention en contexte de violence

Le modèle du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Les CSSS du Saguenay Lac-St-Jean-Est ont élaboré un modèle de services intégrés pour l'intervention en situation de crise offerts sur une base 24/7. Ce modèle intègre un service de consultation psychosociale téléphonique (Info-Social 24/7), l'intervention de crise dans le milieu 24/7 et les services d'accueil-évaluation-orientation-référence offerts de jour en semaine par les CSSS et 24/7 par Info-Social. Le modèle établit des liens étroits avec les programmes des CSSS s'adressant à des clientèles spécifiques (famille-enfance-jeunesse, santé mentale, services généraux, etc.), notamment sur la base de clientèles enregistrées à Info-Social et des suivis mis en place à la suite d'une intervention de crise. De plus, des ententes de services sont établies avec les principaux partenaires pour maximiser ce type d'intervention, tels les services de police, le Centre de prévention du suicide, les organismes communautaires offrant de l'hébergement de crise, les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale ou en difficulté, les ressources d'aide aux hommes manifestant des comportements violents, Tel-Aide, les centres hospitaliers, les Centres jeunesse et les organismes en santé mentale.

Une professionnelle désignée par l'ASSS 02 est responsable du réseautage des services de crise pour la région 02. Ces principales activités sont d'offrir des séances d'information et de formation auprès des divers partenaires impliqués, l'animation de plusieurs comités d'arrimage et le monitoring des services de crise au niveau régional. Il est important de mentionner que ce modèle est également implanté dans la région 10 par entente de services avec la région 02. Enfin, Le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) a élaboré des guides incluant des grilles d'évaluation, dont une grille pour estimer la dangerosité en contexte d'homicide intrafamilial potentiel. Ces outils soutiennent l'intervention de crise effectuée par Info-Social et sont utilisés à l'échelle provinciale par ces services, à la suite d'une formation provinciale.

⁴ Le Comité est conscient que des débats sont en cours sur ce qu'on entend par « intervention en situation de crise ». La crise est ici comprise comme une période intense qui nécessite une intervention rapide afin d'éviter un passage à l'acte et elle doit perdurer aussi longtemps que ce risque existe.

conjugale, ainsi que l'estimation de la détérioration de l'état mental, incluant les situations de détresse, de dépression et de risque suicidaire, pouvant conduire à un passage à l'acte. Le service d'intervention de crise est offert sans rendez-vous, 24 heures par jour, sept jours par semaine. L'intervention se réalise à domicile ou dans un autre lieu approprié. Elle fait généralement suite à une référence effectuée par le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) ou le service d'Accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) qui a été en contact avec une personne en situation de crise ou avec une personne de son entourage. Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 peut aussi faire suite à une référence d'un partenaire qui a une entente à cet effet avec le CSSS. Le partage des responsabilités à cet égard est fondé sur les modes d'organisation de services adoptés sur le plan régional. Une organisation de services intégrés en situation de crise est l'une des conditions essentielles pour prévenir les homicides intrafamiliaux. Le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 doit établir un filet de sécurité, incluant un plan de protection avec la personne qui a des idées d'homicides et auprès des éventuelles victimes. Un suivi doit être assumé aussi longtemps que le risque d'homicide intrafamilial existe. En tout temps, la sécurité des victimes potentielles demeure au premier plan (voir le modèle du Saguenay-Lac-St-Jean en encadré).

Les services d'intervention de crise dans le milieu 24/7 sont sous la responsabilité des CSSS. Ce service est rendu par un intervenant du CSSS ou d'un organisme communautaire dans le cadre d'ententes. Dans cette situation, le CSSS s'assure que l'organisme répond aux critères d'accessibilité, de qualité et de continuité convenus dans le cadre de l'entente. Dans le cas des CSSS, ces services s'inscrivent dans le cadre des Orientations ministérielles relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience de l'Offre de services sociaux généraux [157] que le MSSS rendra publiques sous peu. Lorsque des enfants sont impliqués, la Direction de la protection de la jeunesse peut être appelée à collaborer dans le processus d'intervention.

L'intervention intersectorielle en partenariat

L'intervention pour prévenir les homicides intrafamiliaux nécessite une étroite collaboration entre plusieurs partenaires qui relèvent principalement des

ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Sécurité publique et de la Justice. D'ailleurs, lors des consultations, l'importance de travailler en concertation a été nommée à

A-GIR : Arrimage-Groupe d'intervention rapide pour les dossiers à haut risque en matière de violence conjugale (Table de concertation en violence conjugale et agression sexuelle de Laval) [160]

À l'initiative du service de police de Laval, des partenaires travaillant en violence conjugale se concertent dans les dossiers pour lesquels il y a un haut risque d'homicide, accompagné ou non d'un risque de suicide. Ce groupe réunit les partenaires suivants : Police, Urgence sociale, Centre jeunesse, CSSS (services généraux, famille enfance jeunesse, santé mentale, personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement [ppalv], Cité de la santé), Direction des poursuites criminelles et pénales, Maison le Prélude, Maison l'Esther, Maison de Lina, Services de probation, organisme travaillant auprès des conjoints manifestant des comportements violents (CHOC), Centre de crise l'Ilot, CAVAC, Services correctionnels du Canada, Mesures alternatives jeunesse Laval, Bouclier d'Athéna et Pavillon Albert-Prévost. La mise en place et la continuité de ce groupe se font uniquement par l'implication des organisations participantes, sans budget, ni structure formelle. Les partenaires se réunissent deux fois par an. Les personnes présentes sont les répondants institutionnels. *Suite page suivante*

plusieurs reprises comme l'une des conditions essentielles de réussite. La mise en place des protocoles intersectoriels, ou l'adaptation des protocoles existants, en lien avec la prévention des homicides intrafamiliaux, vise à ce que les actions soient posées de façon concertée et qu'elles facilitent la mise sur pied d'un plan de sécurité lorsque la situation l'exige. Cela implique l'établissement de mécanismes de communication et de référence entre

Ce groupe se réunit aussi ponctuellement (cellule de crise) lorsqu'une situation le nécessite pour prévenir un homicide conjugal accompagné ou non d'un suicide. Une cellule de crise se déclenche dès qu'un intervenant du réseau est confronté à une situation pour laquelle il considère qu'il y a un risque imminent d'homicide accompagné ou non d'un risque de suicide. Il se réfère à son répondant institutionnel pour une analyse plus poussée de la situation. Si le répondant est d'avis qu'il y a un motif raisonnable de croire qu'il existe un danger imminent pour la vie ou la sécurité d'une personne, il contacte par téléphone la cellule de crise et partage ses inquiétudes, tout en maintenant la confidentialité. Il y a alors une évaluation de la dangerosité et la décision de déclencher formellement la cellule de crise ou non. La rencontre de concertation se fait en moins de 48 heures et les principaux acteurs sont convoqués : organisme référant, police, urgence sociale, Maison le Prélude, CHOC, Directeur des poursuites criminelles et pénales et DPJ (s'il y a présence d'un enfant). Au cours de cette rencontre, les partenaires échangent les renseignements nécessaires pour prévenir l'homicide ou l'homicide-suicide ou les blessures graves, élaborent un plan d'intervention concerté et assurent un suivi du développement de la situation. Une seconde rencontre est fixée au besoin.

les intervenants dans l'application des protocoles intersectoriels pour la prévention des homicides intrafamiliaux. Quelques régions se sont dotées de mécanismes spécifiques aux homicides conjugaux, surtout en contexte de violence conjugale. Ces mécanismes de concertation s'avèrent être essentiels pour éviter que des situations ne tombent « entre les mailles » du système. Déjà, en 1997, le rapport du coroner Bérubé [158] avait suscité la mise en place de divers mécanismes de concertation. Ceux-ci ont pu s'appuyer sur les tables de concertation régionale et locale en matière de violence conjugale, sous la responsabilité des agences de santé et de services sociaux, mises sur pied au cours des années 1990. Ces tables existent dans toutes les régions du Québec et regroupent tous les partenaires concernés (voir le modèle A-GIR en encadré).

Des mécanismes sont aussi en place lorsque la sécurité des enfants est compromise. Ainsi, la collaboration entre les divers intervenants interpellés par la maltraitance des enfants est notamment facilitée par l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou par l'absence de soins menaçant leur santé physique [161]. Signée en 2001 par les ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Justice, de la Sécurité publique, de l'Éducation, du Loisir et du Sport, et de la Famille, l'entente a pour but de garantir une meilleure protection et d'apporter toute l'aide nécessaire aux enfants qui sont victimes de telles situations en assurant une concertation efficace entre les ministères, les établissements et les organismes concernés. Mentionnons également le Protocole de collaboration intersectorielle pour les enfants exposés à la violence conjugale de Montréal. Ce protocole de nature clinique conclu entre les maisons d'hébergements, les organismes œuvrant auprès des conjoints violents, le Centre jeunesse de Montréal, le Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw, le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM), Côté cour et les CSSS vise le dépistage, la référence et l'offre de

services adaptés et spécifiques aux enfants exposés à la violence conjugale (www.tcvcm.ca).

2.3.3. Les interventions à la suite d'un homicide intrafamilial

Les Orientations ministérielles relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience de l'Offre de services sociaux généraux [157] clarifient les normes provinciales concernant les interventions spécifiques pour soutenir les proches affectés et les communautés locales lors d'événements tragiques, tel qu'un homicide intrafamilial. Ces interventions sont habituellement de courte durée et leur intensité est variable selon la situation. Ces interventions sont sous la responsabilité des CSSS qui, au besoin, travaillent avec leurs partenaires communautaires concernés. Les CSSS assurent la formation de leur personnel psychosocial pour ce faire.

2.4. Les actions qui ciblent les contextes sociaux

2.4.1. En promotion et prévention

Les recherches convergent pour indiquer que l'accès aux armes à feu constitue un risque majeur pour toutes formes d'homicides, incluant les homicides intrafamiliaux [162]. Dans un mémoire déposé à la Chambre des communes sur le projet de loi C-391, soit la Loi modifiant le Code criminel et la Loi sur les armes à feu, l'Institut national de santé publique du Québec révèle que le nombre de décès liés aux armes à feu a diminué de façon importante au cours des trente dernières années au Canada. Cette diminution serait attribuable à plusieurs mesures dont celles portant plus spécifiquement sur le contrôle des armes à feu; mesures implantées à la suite de l'adoption du projet de loi C-68. Entre 1998 et 2004, ces mesures auraient permis de prévenir environ 250 suicides et 50 homicides par année au Canada, ce qui correspond à près d'un décès par jour [163]. Rappelons que le Québec s'est prononcé, à l'unanimité, contre l'élimination du registre des armes à feu adoptée par le Gouvernement fédéral.

Par ailleurs, force est de constater que le problème des homicides intrafamiliaux demeure très peu présent dans les curriculums de formation collégiale et universitaire, notamment dans le cadre des évaluations cliniques et dans les formations des professionnels en santé et services sociaux (médecine, sciences infirmières, travail social, psychologie, criminologie, psychoéducation, etc.).

2.4.2. En intervention

Diverses lois encadrent l'intervention. Même si ces législations ne relèvent pas toutes du MSSS, celui-ci est largement interpellé lors de leur élaboration et dans leur application.

Adoptée en 2001 à la suite d'une enquête du coroner dans un cas grave de violence conjugale ayant mené à un homicide-suicide [158], la Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes (Projet de loi 180) [L.Q. 2001, c.78] ajoute une nouvelle exception à la règle du secret professionnel qui prévoit la possibilité pour un professionnel d'avertir un tiers lorsque la vie de ce dernier est en danger. Même si la plupart des ordres

professionnels recommandent d'utiliser cette prérogative lorsque le professionnel a un doute sérieux sur le danger imminent et que le Code civil du Québec (article 27) évoque clairement le « devoir de protection », il n'en demeure pas moins que plusieurs professionnels ne connaissent pas cette prérogative ou hésitent à l'utiliser. En fait, comme le précise le Réseau juridique du Québec, « cette nouvelle dérogation [...] ne crée pas, pour le professionnel, une obligation de signalement, mais elle lui en donne la discrétion, sous réserve du devoir général de prudence et de diligence raisonnable du professionnel ainsi que du devoir, imposé à tout citoyen par l'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne, de porter secours à toute personne dont la vie est en péril » [164]. Ainsi, une interprétation trop serrée des règles de confidentialité peut devenir un obstacle à la concertation et à la collaboration, notamment avec les proches, lorsqu'un risque imminent se présente.

Pour sa part, la Loi sur la protection de la jeunesse [L.R.Q., chapitre P-34.1] est plus explicite. Notamment, l'article 39 indique que :

« Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne œuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes *d* et *e* du deuxième alinéa de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes *a*, *b*, *c* ou *f* du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

Les premier et deuxième alinéas s'appliquent même à ceux liés par le secret professionnel, sauf à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1 ».

De plus, la LPJ reconnaît, à l'article 38 c), l'exposition à la violence conjugale à titre de mauvais traitement psychologique comme un motif de compromission pour le développement ou la sécurité d'un enfant.

Soulignons aussi l'importance des orientations et des neuf principes directeurs de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale (1995) dont ceux touchant à la protection des victimes et au caractère criminel de la violence physique exercée.

Par ailleurs, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui [L.R.Q. chapitre P-38.001] établit certaines balises permettant une intervention préventive lorsque le professionnel estime qu'il y a un danger immédiat pour la sécurité de la personne ou celle de son entourage. Des intervenants ont identifié des limites à cette loi, notamment avec le fait que, pour être appliquée, le danger doit être « immédiat ». L'avis de ces intervenants corrobore les difficultés d'application de cette loi identifiées dans le Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, publié par le MSSS en 2011. Le MSSS a immédiatement commencé à travailler sur la recommandation de ce rapport proposant l'élaboration d'orientations ministérielles sur l'application de cette loi.

Lorsque les critères de la loi P.38.001 ne sont pas rencontrés, les familles qui appréhendent un risque imminent chez un proche qui refuse de consulter, mais dont elles estiment que l'état mental est affecté, peuvent tout de même faire appliquer des mesures du Code civil visant à l'obliger à se soumettre à un examen psychiatrique. Les associations travaillant avec les familles de personnes atteintes d'un trouble mental grave se préoccupent que la mise en place d'une requête pour un examen psychiatrique obligatoire puisse exacerber les tensions déjà présentes dans la famille. Des intervenants ont aussi identifié des lacunes dans l'arrimage entre les services, notamment dans le suivi après l'hospitalisation et le soutien aux familles.

De manière plus spécifique, lors des consultations, des intervenants ont souligné certaines difficultés au regard de l'application des mesures de supervision des droits d'accès. Rappelons que le MSSS a contribué, tout comme le ministère de la Justice, aux travaux dirigés par le ministère de la Famille et des Aînés qui ont mené à la sortie, en 2008, du Guide pour l'organisation de la supervision des droits d'accès (SDA) [165]. Ce Guide faisait suite aux recommandations émises par le Comité interministériel sur les services de supervision des droits d'accès, dirigé par le ministère de la Justice, qui avait remis son rapport en 2004 [166]. Dans la même veine, ces ministères travaillent conjointement avec les ordres professionnels concernés et les Centres jeunesse sur l'encadrement de la pratique d'expertise psychosociale à la Cour supérieure. Le comité appuie le travail conjoint effectué par les trois ministères, les centres jeunesse et les ordres professionnels concernés en ces matières. Il constate qu'il reste encore beaucoup à faire pour atteindre les normes établies en 2008.

2.4.3. En matière de recherche et d'évaluation

On retrouve au Québec des chercheurs spécialisés sur le problème des homicides intrafamiliaux; la qualité de leurs travaux de recherche est largement reconnue au Québec et ailleurs dans le monde. Cependant, il n'existe à ce moment aucune équipe ou infrastructure de recherche financée par des organismes subventionnaires gouvernementaux appuyant formellement la recherche universitaire à cet égard, que ce soit au provincial ou au fédéral. Plusieurs études actuelles portent sur différents facteurs associés au problème à partir, entre autres, des données disponibles provenant du Bureau du coroner.

2.4.4. Les actions qui ciblent les valeurs et les normes sociales

2.4.5. En promotion et prévention

On retrouve ici quatre grands types d'actions.

Un premier type concerne les actions qui sont entreprises pour modifier la norme sociale concernant la violence, de façon à réduire la tolérance de la population et de certains sous-groupes aux comportements violents. En ce sens, le Programme national de santé publique Mise à jour 2008 [128] prévoit la sensibilisation des décideurs aux effets négatifs de l'exposition des enfants et des adolescents à la violence dans les médias.

Un deuxième type touche les actions menées dans le cadre de la prévention de la violence conjugale, notamment par le biais des campagnes de promotion de comportements pacifiques, de dénonciation de la violence et de l'utilisation de l'aide disponible. Le bilan des campagnes de sensibilisation effectué dans le cadre du Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009 [140] a démontré l'efficacité de ce type de campagne en matière de réduction de la tolérance à la violence conjugale. Ces campagnes permettent une conscientisation accrue du public, ce qui favorise la dénonciation du fait notamment que ce type de violence est alors davantage reconnu comme criminel.

Un troisième groupe d'actions a été mis en place à la suite des recherches sur la demande d'aide des hommes [85] et dans le cadre des campagnes de prévention du suicide qui s'adressaient particulièrement à ceux-ci. Rappelons que les hommes sont surreprésentés en matière de suicide, mais également parmi les responsables d'homicides intrafamiliaux. On y retrouve notamment la campagne Demander de l'aide, c'est fort, élaborée par le Centre de prévention du suicide du Saguenay-Lac-St-Jean et reprise ensuite dans l'ensemble du Québec [167]. Cette campagne vise à favoriser l'acceptabilité de la demande d'aide chez les hommes plus traditionnels. Dans la même veine, à cœur d'homme, qui regroupe la majorité des ressources œuvrant auprès des hommes manifestant des comportements violents, lançait en 2009 une campagne sous le thème Je fais un homme de moi ... je demande de l'aide [168]. Enfin, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La Force des liens [136] a mis de l'avant plusieurs projets pilotes en prévention du suicide qui visaient spécifiquement les hommes et proposaient diverses actions en ce sens [169]. Notamment, Accès Cible Hommes, mis en place par l'organisme CHOC à Laval, visait à favoriser la demande d'aide des hommes en détresse.

L'autre type d'actions concerne les médias. Notamment, dans ses commentaires adressés au comité, le coroner Garneau critique la large place qu'occupe chaque homicide intrafamilial dans les médias et questionne l'effet d'entraînement que cela peut créer. En prévention du suicide, des lignes directrices ont été communiquées aux médias nationaux [170] pour les sensibiliser à l'importance de traiter de façon appropriée ces événements, l'action des médias pouvant avoir des conséquences positives mais aussi malheureusement négatives. Cependant, les homicides intrafamiliaux n'ont pas été abordés spécifiquement. De plus, la trousse-média en violence conjugale, mise en ligne par l'Institut national en santé publique [171], consacre une section spécifique aux homicides conjugaux et mériterait sans doute d'être davantage utilisée par les médias.

Des auteurs ont mis en évidence les impacts négatifs de la large diffusion, de manière répétitive, de scènes de violence, surtout auprès de personnes vulnérables [78, 79, 80, 81]. En réaction, les médias ont adopté certaines mesures dont une mise en garde qui s'adresse aux parents à l'effet que certaines scènes peuvent ne pas convenir à des enfants. Force est de constater que ces mesures demeurent limitées. De plus, sans doute que le questionnement relatif aux médias devrait aussi s'étendre aux nouvelles technologies, dont Internet.

2.6. Synthèse des services du réseau de la santé et des services sociaux et des meilleures pratiques connues

En promotion et en prévention

Peu d'actions actuellement menées touchent de manière très spécifique les homicides intrafamiliaux comme tels. Cependant, plusieurs actions portent sur les problèmes associés qui peuvent dégénérer en homicides intrafamiliaux.

En intervention

Il faut voir que l'intervention lors des situations comportant un risque d'homicide intrafamilial se déroule dans un contexte particulier. En effet, ce sont des situations peu fréquentes dans lesquelles la sécurité des personnes impliquées risque d'être compromise. De plus, ces situations nécessitent une intervention rapide. Ainsi, le professionnel se retrouve dans un contexte dans lequel il doit souvent prendre des décisions de manière urgente. C'est le cas notamment des intervenants qui travaillent dans les services d'AAOR, d'intervention téléphonique ou de crise en CSSS, ou dans un organisme communautaire. En ce sens, certaines conditions peuvent favoriser le climat dans lequel se retrouvent les intervenants.

Il importe que les intervenants puissent estimer le potentiel de dangerosité le plus rapidement possible. Pour ce faire, ils doivent bien maîtriser les éléments de risque pour pouvoir évaluer adéquatement la situation. Un repérage précoce des éléments de risque permet ainsi d'approfondir l'évaluation en allant chercher un maximum d'information. Avec un portrait global de la situation, l'intervenant peut voir rapidement quels sont les meilleurs choix s'offrant à lui afin de prévenir l'homicide intrafamilial. Par ailleurs, il s'avère être essentiel que l'intervenant soit conscient des biais éventuels. En effet, ce sont des situations chargées d'émotions, tant celles ressenties par les personnes qui viennent consulter que celles suscitées chez l'intervenant. Les biais possibles deviennent donc un élément à considérer lors de toute intervention. De plus, l'intervenant doit tenir compte des limites des cadres légaux, organisationnels, ou professionnels dans lesquels s'effectue son travail.

Cependant, on doit constater que la détection des situations à risque semble plus systématique et clairement faite lorsque les professionnels ont été formés à cet effet et que le dépistage de l'homicide intrafamilial fait partie des protocoles en vigueur. Il va sans dire que pour être sensible aux risques, il faut bien les connaître. Des outils et des protocoles pour détecter les situations ayant un potentiel de dangerosité sont actuellement disponibles. Ils ne sont cependant pas uniformes, ni connus de tous; ils ne sont certainement pas appliqués par tous les intervenants des divers types de services du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, les intervenants doivent être soutenus par certaines

mesures de leur organisation (supervision et autres). Il en va de la responsabilité de l'établissement ou de l'organisme de se doter de mesures encadrant les interventions en matière de gestion des risques d'homicides intrafamiliaux. Ainsi, les intervenants peuvent s'y référer au besoin lorsqu'ils sont confrontés à ces situations. En plus d'identifier des stratégies d'intervention pour gérer le risque d'homicide, cette procédure peut aider à résoudre les questions éthiques que suscitent ces situations. Notons aussi qu'il en va également de la responsabilité de l'organisation d'offrir un encadrement clinique nécessaire à ses intervenants.

Le travail en équipe devient aussi un atout important, voire essentiel. Les collègues peuvent ainsi soutenir l'intervenant en validant l'évaluation de la situation et les décisions prises. De plus, les discussions entre collègues et les partenaires permettent d'avoir une meilleure vision globale du contexte d'intervention.

Finalement, la concertation est un élément clé dans la prévention des homicides intrafamiliaux. Une organisation isolée ne peut à elle seule répondre à tous les besoins. Un lien de confiance entre les partenaires permet d'assurer la construction d'un filet de sécurité plus aisément. Pour favoriser ce lien de confiance, les discussions entre les différents partenaires permettent de clarifier les rôles de chacun auprès des diverses personnes concernées lors des situations à risque d'homicides intrafamiliaux. Afin d'optimiser la collaboration intersectorielle, les partenaires doivent s'assurer de développer un langage commun et de s'entendre sur ce qui constitue une situation à haut risque d'homicide intrafamilial. La mise en place d'une entente de collaboration favorise également la transmission des informations pertinentes à la prévention des homicides intrafamiliaux.

L'intervention à la suite d'un homicide intrafamilial

Actuellement, l'intervention à la suite d'un homicide intrafamilial peut être offerte par les CSSS ou encore les centres de prévention du suicide lorsque l'homicide est suivi d'un suicide. Comme pour d'autres services cités précédemment, les modalités de ceux-ci peuvent varier d'une région à l'autre.

De plus, les centres jeunesse prennent automatiquement en charge les enfants dont un parent est décédé, l'autre s'étant suicidé à la suite de l'homicide conjugal ou se retrouvant en prison pour une longue période.

Enfin, plusieurs intervenants ont noté l'importance de sensibiliser davantage les médias dans la manière de traiter de tels événements; manière de faire qui peut avoir des effets importants sur les proches et les communautés locales éprouvés.

En lien avec les problèmes associés

En matière de promotion et de prévention, diverses actions sont menées actuellement au Québec touchant principalement la promotion des rapports égalitaires. Depuis quelques années, des campagnes sont menées dans le but de déstigmatiser la maladie mentale, dont la dépression. D'autres campagnes visent aussi à rendre la demande d'aide plus acceptable pour les hommes plus traditionnels, notamment en prévention du suicide.

Sur le plan de l'intervention, des services sont en place dans les CSSS et les centres jeunesse pour soutenir les familles aux prises avec un problème de maltraitance, qui représentent autant de moyens d'intervention sur le plan de la prévention des homicides intrafamiliaux, en particulier des filicides.

La majorité des homicides conjugaux, des filicides et des familicides ont lieu dans un contexte de séparation conjugale, réelle ou appréhendée. Or, il existe peu de programmes spécifiques offrant un soutien particulier aux familles qui vivent ces transitions. Cela est particulièrement criant lorsque le processus de séparation se déroule dans un climat de conflits conjugaux importants. Or, peu d'intervenants sont réellement formés pour bien intervenir dans ce contexte. Cependant, les médiateurs familiaux sont disponibles pour entrer en action une fois le processus de séparation enclenchée.

La violence conjugale constitue également l'un des principaux problèmes associés. À cet égard, le comité souligne l'importance de poursuivre l'intervention réalisée dans le cadre de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale et de plans d'action pour lesquels le MSSS joue un rôle important. Notons, à cet égard, le rôle majeur que jouent les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et les organismes qui interviennent auprès des hommes manifestant des comportements violents.

Par ailleurs, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait, en juillet 2009, les priorités d'action gouvernementale pour améliorer les pratiques et l'adaptation des services afin de mieux rejoindre la clientèle masculine. Ces mesures sont relativement récentes et il reste beaucoup à faire pour adapter l'ensemble des services. Des intervenants ont aussi noté le faible nombre de ressources s'adressant spécifiquement aux hommes.

Dans le domaine de la santé mentale, un travail important reste à faire pour améliorer la détection de la dépression, notamment la dépression postnatale chez les femmes et la dépression masculine. Les services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable prévus dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des *liens* doit être étendue à l'ensemble du territoire québécois. Finalement, les mécanismes de concertation prévus dans le cadre de l'application de la Loi P-38 auraient avantage à être améliorés, notamment l'intervention suivant l'urgence psychiatrique, plus particulièrement avec les familles des personnes atteintes d'un trouble mental grave.

Bref, de nombreux mécanismes sont en place, particulièrement dans le cadre de ce que nous avons appelé « les problèmes associés ». Notamment, l'homicide conjugal est inscrit dans le cadre des plans d'action en violence conjugale. L'homicide intrafamilial pourrait facilement l'être dans d'autres plans d'action. De plus, des mesures pourraient être prises pour améliorer l'offre de service et ainsi resserrer le filet de sécurité.

3. Les recommandations du comité au ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés

3.1. Des principes généraux

À la lumière de ses travaux, le comité adresse au ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés, des recommandations qui lui semblent essentielles à la prévention des homicides intrafamiliaux. Les membres du comité sont conscients que l'amélioration des services du réseau en lien avec un problème complexe comme les homicides intrafamiliaux exige d'intégrer de nombreuses mesures à différents niveaux.

L'ordre de présentation des recommandations suit le même cadre que les sections précédentes. Notons que les actions menées en regard des problèmes associés (violence conjugale, dépression, détresse psychologique, séparation, maltraitance, troubles mentaux graves, etc.) représentent autant d'actions préventives puisqu'elles permettent d'éviter que la situation ne se détériore et connaisse un dénouement fatal. Cependant, les recommandations qui touchent les problèmes associés sont quand même réparties dans le texte selon le continuum de services pour mieux s'arrimer aux plans d'action déjà en place.

3.2. Les recommandations qui visent les individus

3.2.1. Les recommandations qui visent les individus en promotion/prévention

Plusieurs actions qui visent les individus et qui agissent sur différents facteurs de risque associés aux homicides intrafamiliaux sont déjà prévues dans le Programme national de santé publique 2003-2012 Mise à jour 2008 ainsi que dans plusieurs plans d'action gouvernementaux dans lesquels le MSSS a des engagements, dont le Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2012-2017⁵, le Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015 et le Plan de lutte contre la violence et l'intimidation. En ce sens, le comité recommande de :

- Poursuivre et intensifier la promotion des compétences personnelles et sociales, la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence, dès la garderie et tout au long du parcours scolaire, et ce, dans toutes les régions du Québec.

Il est bien documenté et exposé dans le présent rapport que la présence de symptômes dépressifs est un facteur de risque présent dans plusieurs types d'homicides intrafamiliaux. En ce sens, le comité recommande de :

- Poursuivre et intensifier la campagne d'information et de déstigmatisation de la maladie mentale mise en place par le MSSS, plus particulièrement le volet sur la dépression.

⁵ Dont la sortie officielle est prévue au cours de l'automne 2012.

3.2.2. Les recommandations qui visent les individus en intervention

Compte tenu du fait que la dépression post-partum est un facteur de risque associé aux infanticides et aux filicides d'enfants de moins de cinq ans, le comité recommande de :

- Renforcer l'identification précoce de la dépression maternelle en période post-partum lors du suivi postnatal et analyser, à la suite de la synthèse des connaissances réalisée par l'INSPQ sur le dépistage de la dépression, la pertinence d'offrir le dépistage systématique auprès de cette clientèle.

Les études sur la dépression et sur le suicide indiquent que la dépression demeure souvent sous-diagnostiquée, et ce, de manière plus importante chez les hommes. De plus, il est bien documenté que le traitement pharmacothérapeutique ne peut à lui seul suffire à véritablement traiter la dépression et qu'à l'inverse, toutes les personnes pour lesquelles un intervenant identifie suffisamment d'éléments qui l'amènent à croire qu'il y a présence d'une dépression devraient être référées à un médecin. Finalement, le présent rapport démontre que la présence de symptômes dépressifs est un autre facteur de risque commun à plusieurs types d'homicides intrafamiliaux. En ce sens, le comité recommande de :

- Développer des outils de dépistage de la détresse psychologique mieux adaptés aux hommes, particulièrement dans les CSSS (AAOR et consultation téléphonique psychosociale 24/7, intervention de crise dans le milieu 24/7) et dans les organismes communautaires;
- Faire la promotion auprès des médecins de ces outils de dépistage de même que de l'importance qu'ils réfèrent les personnes atteintes de dépression pour un suivi social ou psychologique conjoint au suivi médical, lorsque requis;
- Évaluer la faisabilité d'intégrer l'estimation du risque d'homicide dans les l'évaluation de la dépression.

Dans le cas précis des parricides, le présent rapport ainsi que les consultations du comité démontrent l'importance d'intervenir rapidement auprès des personnes atteintes d'un trouble mental grave lorsque certains facteurs de risque apparaissent, c'est-à-dire avant que la situation ne se détériore trop. En ce sens, le comité recommande de :

- Réaffirmer l'importance de compléter l'implantation des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable requis pour répondre aux besoins des personnes atteinte d'un trouble mental.

Les statistiques démontrent que la majorité des homicides intrafamiliaux sont commis par des hommes. De plus, force est de constater que les hommes sont peu portés à utiliser les services d'aide courants et qu'il existe peu de ressources spécialisées pour hommes, autres que celles s'adressant aux conjoints ayant des comportements violents [135, 172, 173]. Enfin, le rôle des sentinelles en milieu de travail a été bien démontré pour détecter les

personnes en détresse et les soutenir dans le recours à l'aide. En ce sens, le comité recommande de :

- Poursuivre l'adaptation des services aux spécificités associées à la demande d'aide des hommes dans toutes les régions du Québec;
- Consolider le réseau communautaire actuel s'adressant aux hommes en difficultés;
- Soutenir la consolidation et le développement du réseau des sentinelles.

3.3. Les recommandations qui visent les familles et les communautés locales

3.3.1. Les recommandations qui visent les familles et les communautés locales en promotion / prévention

La dépression à la suite de la naissance d'un enfant, autant chez la mère que chez le père, de même que la négligence et la maltraitance envers les enfants sont des facteurs de risque spécifiquement associés au filicide. En ce sens, le comité recommande de :

- Poursuivre et diversifier les services en périnatalité et petite enfance pour répondre aux besoins des familles à risque, tout en adaptant ces programmes aux pères;
- Continuer d'accorder une attention particulière aux parents dont la négligence parentale est connue, de même que ceux qui exercent leur rôle parental avec des contingences particulières liées à la toxicomanie ou encore à la santé mentale, tout en tenant compte des besoins particuliers des pères;
- Poursuivre le déploiement des programmes d'intervention prévu dans le cadre des Orientations ministérielles relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience de l'Offre de service du programme-services jeunes en difficulté [174], notamment le programme d'intervention en négligence.

De plus, les recherches et les consultations effectuées par le comité témoignent que la séparation conjugale, accompagnée d'autres événements de vie difficiles, représente un contexte qui peut être vécu très difficilement par certaines personnes, surtout lorsqu'elle n'est pas acceptée et se déroule en contexte de conflits ou de violence conjugale. En ce sens le comité recommande de :

- Intégrer aux services sociaux généraux existants des CSSS, en collaboration avec les centres jeunesse s'il y a lieu, des services de soutien spécifiques aux personnes qui vivent une séparation conflictuelle ou qui a lieu dans un contexte de violence conjugale.

3.3.2. Les recommandations qui visent les familles et les communautés locales en intervention

La violence conjugale est un facteur de risque majeur dans plusieurs types d'homicides intrafamiliaux. Le MSSS est actif dans la mise en œuvre du Plan d'action en matière de violence conjugale 2012-2017. Notons, par ailleurs, que le récent bilan, effectué à la suite du plan d'action précédent, identifie que les organismes spécialisés dans l'intervention auprès des hommes qui manifestent des comportements violents en contexte conjugal estiment ne rejoindre qu'un nombre limité de ces hommes. En ce sens, le comité recommande de :

- Maintenir le soutien aux maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale;
- Améliorer l'accès aux services pour les hommes ayant des comportements violents dans toutes les régions du Québec, tout en tenant compte des réalités régionales.

En regard des difficultés soulevées par les différents partenaires du réseau au sujet des services de supervision des droits d'accès et pour assurer des services de supervision accessibles, adaptés et sécuritaires, le comité recommande de :

- Préciser les rôles et les responsabilités des ministères et des intervenants concernés, ainsi que les suivis requis à la dispensation des services de supervision des droits d'accès de qualité;
- Rendre disponibles, dans toutes les régions, des services de supervision de qualité;
- S'assurer du suivi des normes relatives à l'encadrement des pratiques des services de supervision des droits d'accès convenues dans le Guide relatif à l'organisation des services de supervision des droits d'accès (2008).

3.3.3. Les recommandations qui visent les familles et les communautés locales à la suite d'un homicide intrafamilial

Les enfants survivant à un homicide intrafamilial se retrouvent dans une situation de grande vulnérabilité et nécessitent une intervention soutenue et adaptée à leurs besoins. De plus, les conséquences sur l'environnement immédiat et la communauté sont également importantes et peuvent perdurer pendant de nombreuses années. En ce sens, le comité recommande de :

- S'assurer que tous les CSSS ont un modèle d'organisation de services s'adressant aux proches et aux communautés locales à la suite d'un homicide intrafamilial;
- S'assurer que le réseau des centres jeunesse du Québec se dote de modèle d'intervention à la suite d'un homicide intrafamilial adapté aux enfants survivants.

3.4. Les recommandations qui visent les environnements immédiats

3.4.1. Les recommandations qui visent les environnements immédiats en promotion / prévention

Lors des consultations, le comité a pu constater le rôle déterminant des proches et de l'entourage dans la détection de signes avant-coureurs et la référence aux services appropriés et par conséquent la prévention d'un passage à l'acte potentiel. De plus, les données disponibles révèlent que les homicides intrafamiliaux sont dans plusieurs cas accompagnés d'un suicide. De plus, le comité a entendu des témoignages touchants sur le rôle exercé par des proches pour amener quelqu'un à consulter avant de poser des gestes irréparables. Ceux-ci peuvent, lorsqu'ils sont visibles, détecter des signes avant-coureurs et référer aux services d'intervention de crise dans le milieu 24/7. En ce sens, le comité recommande de :

- Sensibiliser les milieux de travail (les programmes d'aide aux employés, les syndicats et les employeurs) à la prévention des homicides intrafamiliaux et aux risques associés à des situations particulières, comme les séparations conflictuelles et la violence conjugale;
- Évaluer la pertinence de bonifier le contenu associé aux homicides intrafamiliaux dans le programme de formation en matière de prévention du suicide;

3.4.2. Les recommandations qui visent les environnements immédiats en intervention

Le comité a déjà souligné l'importance des services sociaux généraux (AAOR, consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), intervention de crise dans le milieu 24/7) dans la prévention des homicides intrafamiliaux. En ce sens, le comité recommande de :

- Améliorer l'accès aux services sociaux généraux par la consolidation des services, particulièrement les services de crise dans le milieu 24/7 et ce, dans toutes les régions du Québec.

De plus, la recherche et les milieux d'intervention constatent que le geste d'homicide intrafamilial est souvent planifié et que la période d'ambivalence, au cours de laquelle des demandes d'aide plus ou moins claires peuvent être formulées, offre une fenêtre de temps privilégiée pour intervenir. Par conséquent, le comité considère la formation des intervenants comme un moyen privilégié d'aider ceux-ci à détecter de manière précoce des situations potentielles d'homicide. En ce sens, le comité recommande de :

- Offrir une formation spécifique sur les homicides intrafamiliaux (repérage et intervention) aux intervenants concernés et rejoindre plus particulièrement :
 - Les services couverts par l'Offre de services sociaux généraux et les autres programmes-services;
 - Les services couverts par l'Offre de service du programme-services jeunes en difficulté, dont ceux offerts par les CSSS et les centres jeunesse;
 - Les services spécifiques de santé mentale de 1^{re} et 2^e ligne;
 - Les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale;
 - Les organismes qui viennent en aide aux conjoints qui ont des comportements violents;
 - Les organismes d'aide aux hommes en difficultés;
 - Les centres de crise.

Les intervenants rencontrés lors des consultations ont souligné à plusieurs reprises que le travail en concertation est une condition essentielle de réussite à la prévention des homicides intrafamiliaux. En ce sens, le comité recommande de :

- Poursuivre la mise en place des protocoles intersectoriels en y intégrant la question des homicides intrafamiliaux ainsi que les mécanismes de communication et de référence entre les intervenants afin que les actions posées le soient de façon concertée et que des plans de sécurité soient élaborés lorsque la situation l'exige;
- S'assurer de l'utilisation d'outils communs pour repérer les situations à risque d'homicides intrafamiliaux en fonction de la clientèle cible (hommes, femmes), pour l'ensemble des intervenants identifiés dans la recommandation précédente.

3.5. Les recommandations qui visent les contextes sociaux

3.5.1. Les recommandations qui visent les contextes sociaux en promotion et prévention

Il a été démontré clairement que l'accès à une arme à feu est un facteur de risque important des homicides intrafamiliaux. Par ailleurs, une prévention efficace des homicides intrafamiliaux réside dans la capacité des intervenants à identifier les situations dans lesquelles la combinaison de plusieurs facteurs de risque pourrait mener à un homicide intrafamilial. De plus, l'état de situation rapporte un besoin de formation plus soutenue en intervention conjugale et familiale. En ce sens, le comité recommande de :

- Appuyer le gouvernement du Québec dans les procédures qu'il a prises en vue de récupérer la section québécoise du registre canadien des armes à feu;
- Soutenir l'élaboration et l'application de mesures législatives et réglementaires visant la réduction de l'accessibilité aux armes à feu comme prévu dans le Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008.;
- Soutenir l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les armes à feu gardées à la maison, ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès, tel que prévu dans le Programme nationale de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008;
- Entreprendre des discussions avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et avec les collèges et les universités québécoises en vue de l'intégration de connaissances en matière d'homicides intrafamiliaux dans les curriculums de formation collégiale et universitaire, notamment dans le cadre des évaluations cliniques, des futurs professionnels en santé et services sociaux (médecine, sciences infirmières, travail social, psychologie, criminologie, psychoéducation, etc.);
- Soutenir les efforts en cours pour la mise sur pied d'un programme universitaire post-baccalauréat spécialisé en intervention conjugale et familiale.

3.5.2. Les recommandations qui visent les contextes sociaux en intervention

Le cadre légal dans lequel se situent les interventions en contexte de dangerosité a été mis en évidence dans le présent rapport. Notamment, la Loi 180 prévoit des mesures structurantes à cet effet, mais les possibilités qu'elle offre ne sont pas pleinement utilisées. En ce sens, le comité recommande de :

- Prévoir, avec les ordres professionnels concernés et les établissements du réseau, des mécanismes pour mieux encadrer l'application de la Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes (Loi 180), afin que les intervenants adoptent toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection des victimes potentielles.

3.5.3. Les recommandations qui visent les contextes sociaux en matière de recherche et d'évaluation

La recherche dans le domaine des homicides intrafamiliaux est relativement récente et force est de constater que plusieurs aspects restent à explorer. De plus, une connaissance approfondie des facteurs de risque associés aux homicides conjugaux est une condition essentielle à la mise en place de stratégies plus efficaces pour les prévenir. En ce sens, le comité recommande de :

- Favoriser les Actions concertées, programme de subvention du Fonds de recherche du Québec - Société et culture, favorisant la mise en place de projets spécifiques de recherche sur les homicides intrafamiliaux en vue du maintien et du développement des connaissances dans le domaine;
- Favoriser la mise en place d'un comité permanent d'examen des homicides intrafamiliaux avec les partenaires concernés (Bureau du coroner, services de psychiatrie légale, services policiers, systèmes judiciaires, intervenants et chercheurs). Ce mécanisme devrait permettre d'identifier les lacunes systémiques et ainsi adapter l'organisation des services.

3.6. Les recommandations qui visent les valeurs et les normes sociales

3.6.1. Les recommandations qui visent les valeurs et les normes sociales en promotion et prévention

Il a été démontré que les campagnes de sensibilisation gouvernementale ont un impact sur l'évolution des normes sociales, par exemple les campagnes qui visent à rendre la violence conjugale inacceptable dans notre société ou celles qui visent la normalisation et l'intégration des personnes présentant un trouble mental grave. En ce sens, le comité recommande de :

- Poursuivre et diversifier les campagnes de sensibilisation gouvernementales qui visent la diminution de la tolérance à la violence dans la communauté, la diminution des inégalités et la promotion de la sécurité dans la communauté.

Lors des consultations, plusieurs intervenants ont souligné des effets néfastes de la très large couverture médiatique des homicides intrafamiliaux sur les individus, les familles et les communautés qui sont affectés [183]. Notons le travail réalisé en prévention du suicide et dans le domaine de la violence conjugale qui a permis une première sensibilisation des médias sur les impacts négatifs possibles. En ce sens, le comité recommande de :

- Poursuivre les travaux de sensibilisation des médias au traitement approprié d'évènements tragiques tels que les homicides intrafamiliaux.

Finalement, en cohérence avec l'ensemble des recommandations précédentes, le comité recommande de :

- Assurer le suivi du présent rapport par des indicateurs et des mécanismes de suivi, pour l'application des recommandations au sein du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires communautaires. Ce travail devrait permettre de soutenir le maintien d'expertise dans le domaine ainsi que la diffusion d'information pertinente à la prévention des homicides intrafamiliaux.

4. En guise de conclusion

Les homicides intrafamiliaux constituent un phénomène complexe qui inclut les homicides conjugaux, les filicides, les familicides et les parricides, pour ne nommer que les grandes catégories. Dans tous les cas, il s'agit de meurtres qui comportent de nombreux impacts collatéraux pour les survivants, les proches et les communautés locales, impacts qui peuvent avoir des répercussions sur de très longues périodes. La majorité des homicides intrafamiliaux est perpétrée par des hommes, cela est particulièrement le cas pour l'homicide conjugal et le familicide, bien que presque la moitié des filicides sont commis par des femmes. Un nombre important se déroulent dans un contexte de violence conjugale, surtout pour l'homicide conjugal, d'autres dans un contexte de symptômes dépressifs, surtout lorsqu'un suicide suit l'homicide, comme c'est souvent le cas lors de familicides. De plus, la présence de troubles mentaux graves domine dans les situations de parricides commis par des adultes. Enfin, on retrouve un certain nombre de situations de négligence et d'abus envers les enfants parmi les filicides. Bref, il s'agit d'un portrait complexe pour lequel nul ne saurait envisager de réponses simples.

En faisant le rappel des actions qui sont déjà en place dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous avons tenté d'identifier les différents leviers qui sont déjà en marche et qui, moyennant certains ajouts, pourraient intégrer, ou mieux intégrer, le problème des homicides intrafamiliaux pour mieux les prévenir et assurer une intervention plus efficace dans le domaine. Ainsi, nous avons misé sur des recommandations qui peuvent s'inscrire facilement dans les plans d'action en cours. Nous adressons aussi quelques recommandations complémentaires pour couvrir l'ensemble des éléments identifiés et assurer le suivi.

RÉFÉRENCES

1. LÉVEILLÉE, S., et LEFEBVRE J. Étude des homicides intrafamiliaux commis par des personnes souffrant d'un trouble mental, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008.
2. MILAUD, F., MARLEAU, J.D., PROULX, F. et BRAULT, J. « Violences homicides intrafamiliales », *Psychiatrie et violence*, 8 (1), 2008.
3. DUBÉ, M. *Étude rétrospective des facteurs de risque et des indices comportementaux précurseurs de filicide chez une cohorte de parents québécois*, Montréal, Département de psychologie, Université de Montréal, 1998.
4. MARLEAU, J.D., MILLAUD, F. et AUCLAIR, N. « A comparison of parricide and attempted parricide: a study of 39 psychotic adults », *International Journal of Law and Psychiatry*, (26) 1998, p. 269-279.
5. BRONFENBRENNER, U. *The ecology of human development*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 1979.
6. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Statistique 2011 sur la criminalité au Québec et commise dans un contexte conjugal au Québec*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 2012.
7. HOTTON MAHONY, T. « L'homicide au Canada, 2010 ». *Juristat*, 31 (10), (85-002-X), 2011.
8. INSTITUT NATIONAL DES HAUTES ÉTUDES DE LA SÉCURITÉ ET DE LA JUSTICE. « Éléments de mesure des violences entre conjoints », *Dossier II : Crimes et Délits constatés*, Paris, INHESJ / OND, 2010.
9. SMITH, K., COLEMAN, K., EDER, S. et HALL, P. « Homicides, Firearm Offences and Intimate Violence 2009/10 ». *Home Office Statistical Bulletin: Supplementary Volume 2 to Crime in England and Wales 2009/10*, London, 2011.
10. DEARDEN, J. et JONES, W. *Homicide in Australia: 2006–07 National Homicide Monitoring Program annual report*, Canberra, Australian Institute of Criminology, 2008.
11. CATALANO, S., SMITH, E., HOWARD, S. et RAND, M. *Female Victims of Violence. Justice Statistics. Selected Findings*, Washington, U.S. Department of Justice, 2009.
12. DAWSON, M., POTTIE BUNGE, V. et BALDÉ, T. « National trends in intimate partner homicides: Explaining declines in Canada, 1976 to 2001 », *Violence Against Women*, 15 (3), 2009, p. 276-306.
13. DUGAN, L., NAGIN, D.S. et ROSENFELD, R. « Explaining the decline in intimate partner homicide: The effects of changing domesticity, women's status, and domestic violence resources », *Homicide Studies*, 3 (3), 1999, p. 187-214.
14. DUGAN, L., et ROSENFELD, R. « Exposure reduction or retaliation? The effects of domestic violence resources on intimate partner homicide », *Law & Society Review*, 37 (1), 2003, p. 169-198.
15. POTTIE BUNGE, V. « Tendances nationales des homicides entre partenaires intimes, 1974-2000 », *Juristat*, 22 (5), (85-002-X1F), 2002.
16. STATISTIQUE CANADA. *La violence familiale au Canada: un profil statistique*, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique, 2011.
17. BELFRAGE, H., et RYING, M. « Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999 », *Criminal Behaviour and Mental Health*, (14), 2004, p. 121-133.
18. CAMPBELL, J.C., GLASS, N., SHARPS, P.W., LAUGHON, K. et Bloom, T. « Intimate partner homicide, review and implications of research and policy », *Trauma, Violence & Abuse*, 8 (3), 2007, p. 246-269.

19. SHARPS, P.W, CAMPBELL, J., CAMPBELL, D., GARY, F. et Webster, D. « The role of alcohol use in intimate partner femicide », *American Journal on Addictions*, (10), 2001, p. 122-135.
20. VAN WORMER, K., et ROBERTS, A.R. *Death by Domestic Violence: Preventing the Murders and Murder-Suicides*, London, Praeger, 2009.
21. DUBÉ, M., et DROUIN, C. « Violence envers les femmes. Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation », *Les contextes de séparation en situation d'homicide conjugal : étude qualitative*, Montréal, Présenté au Colloque international « Violence envers les femmes. Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation », 30 mai 2011.
22. BROWNE, A. (1986). « Assault and homicide at Home: when battered women kill », dans M.J. Saks et L. Saxe (sous la dir. de), *Advances in applied social psychology. Vol. 3*, Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum, 1986, p. 59-79.
23. BROWNE, A. *When battered women kill*, New York, Macmillan, 1987.
24. ADINKRAH, M. « Husbands who kill their wife: An analysis of uxoricides in contemporary Ghana », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52 (3), 2008, p. 296-310.
25. CAMPBELL, J.. « If I can't have you, no one can: Power and control in homicide of female partners », dans J. Radford et D. Russell (sous la dir. de), *Femicide: The Politics of Women Killing*, Buckingham (UK), Oxford University Press. Alberta, 1992, p. 99-113.
26. GOVERNMENT OFFICES . *Domestic Violence Handbook for Police and Crown Prosecutors in Alberta*, ,ministry of Justice, Edmonton, 2008.
27. GRANT. C. « Women who kill: the impact of abuse », *Issues in Mental Health Nursing*, (16), 1995, p. 315-326.
28. O'KEEFE, M. « Incarcerated battered women: a comparison of battered women who killed their abusers and those incarcerated for other offenses », *Journal of Family Violence*, 12 (1), 1997, p. 1-15.
29. POLK, K. *When men kill: Scenario of masculine Violence*, New York, Cambridge University Press.
30. DOBASH, R E., DOBASH, R P., MEDINA-ARIZA, J J. et CAVANAGH. K. « Lethal and non-lethal violence against an intimate female partner: comparing male murderers to nonlethal abusers », *Violence Against Women*, 13 (4), 2007, p. 329-353.
31. BRAAF, R. « Preventing domestic violence death - Is sexual assault a risk factor? », *Research & Practice Brief*, Sydney, Australian Domestic et Family Violence Clearinghouse, 2011.
32. CAMPBELL, J.C., WEBSTER, D. et GLASS, N. « The danger assessment: validation of a lethality assessment instrument for intimate partner femicide », *Journal of Interpersonal Violence*, 24 (4), 2009, p. 653-674.
33. DOBASH, R.E., DOBASH, R.P. et CAVANAGH, K. « Out of the blue: Men who murder an intimate partner », *Feminist Criminology*, 4(3), 2009, p. 194-225.
34. BUREAU DU CORONER EN CHEF DE LA PROVINCE DE L'ONTARIO. *Huitième rapport annuel du Comité d'examen des décès dus à la violence familial*, Ontario, ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, 2010.
35. DUTTON, D. G., et KERRY, G. « Modus operandi and personality disorder in incarcerated spousal killer », *International Journal of Law and Psychiatry*, 22 (2-3), 1999, p. 287-299.

36. LÉVEILLÉE, S., LEFEBVRE, J. et GALDIN, M. « L'homicide conjugal masculin suivi ou non d'un suicide. Indices précurseurs, variables situationnelles, criminologiques et psychologiques », dans S. Léveillé et J. Lefebvre (sous la dir. de), *Le passage à l'acte dans la famille. Perspectives psychologique et sociale*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2011, p. 29-68.
37. ALDRIDGE, M. L., et BROWNE, K. D. « Perpetrators of spousal homicide: A review », *Trauma, Violence and Abuse*, 4 (3), 2003, p. 265-276.
38. BOURGET, D., GAGNE, P. et MOAMAI, J. « Spousal homicide and suicide in Quebec », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28 (2), 2000, p. 179-182.
39. FRYE, V., HOSEIN, V., WALTERMAURER, E., BLANEY, S. et WILTS, S. « Femicide in New York City, 1990 to 1999 », *Homicide Studies*, (9), 2005, p. 204-228.
40. MARZUK, P., TARDIF, K. et HIRSCH, C. « The epidemiology of murder-suicide », *Journal of American Medical Association*, 67 (23), 1992, p. 3179-3183.
41. MULLER, D.A. *The Social Context of Femicide in Victoria*, Doctoral thesis. Department of Criminology, University of Melbourne, Victoria (AU), 2005.
42. SÉGUIN, M., LESAGE, A., TURECKI, G., DAIGLE, F., GUAY, A., BAYLE, M-N. et LANDRY, R. *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003*, Montréal, Centre de recherche Hôpital Douglas, 2005.
43. SÉGUIN, M., LESAGE, A. et TURECKI, G. *Les violences intrafamiliales de nature homicide-suicide. Présentation aux membres du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*, Québec, 22 février 2012.
44. DAWSON, M. « Intimate femicide followed by suicide: Examining the role of premeditation », *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 35 (1), 2005, p. 76-90.
45. SHACKELFORD, T.K., et MOUZOS, J. « Partner killing by men in cohabiting and marital relationships: a comparative, cross-national analysis of data from Australia and the United States », *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (10), 2005, p. 1310-1324.
46. WILSON, M., et DALY, M. « La violence contre l'épouse, un crime passionnel », *Criminologie*, 29 (2), 1996, p. 49-71.
47. BREITMAN, N., SHACKELFORD, T.K. et BLOCK, C.R. « Couple age discrepancy and risk of intimate partner homicide », *Violence and Victims*, 19 (3), 2004, p. 321-341.
48. REGOECZI, W. C. « Exploring racial variations in the spousal sex ratio of killing », *Violence and Victims*, 16 (6), 2001, p. 591-606.
49. BANKS, L., CRANDALL, C., SKLAR, D. et Bauer, M. « A comparison of intimate partner homicide to intimate partner homicide-suicide: On hundred and twenty-four New Mexico cases », *Violence against Women*, 14 (9), 2008, p. 1065-1078.
50. VAN WORMER, K. « The dynamics of murder-suicide in domestic situation », *Brief Treatment and Crisis Intervention*, (8), 2008, p. 274-282.
51. FRIGON, S. *L'homicide conjugal au féminin*, Montréal, Les Éditions du remue-ménage, 2003.
52. BLOUNT, W.R., SILVERMAN, I.J., SELLERS, C.S. et SEESE, R.A. « Alcohol and drug use among abused women who kill, abused women who don't, and their abusers », *Journal of Drug Issues*, 24 (2), 1994, p. 165-177.
53. GOETTING, A. « Homicidal wives: a profile », *Journal of Family Issues*, 8 (3), 1987, p. 332-341.
54. BLOCK, C., et CHRISTAKOS, A. « Intimate partner homicide in Chicago over 29 years », *Crime & Delinquency*, 41 (4), 1995, p. 496-526.

55. CAMPBELL, J. C., et SOEKEN, K. L. « Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health », *Violence against Women*, 5 (9), 1999, p. 1017-1035.
56. DROUIN, C. *Intervenir dans les situations de violence à haut risque de létalité : le point de vue des acteurs pénaux et des victimes*. Mémoire de maîtrise, École de criminologie, Université de Montréal, Montréal, 2001.
57. ECHEBURÚA, E., FERNÁNDEZ-MONTALVO, J., DE CORRAL, P. et LÓPEZ-GOÑI, J. J. « Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence: A new assessment instrument ». *Journal of Interpersonal Violence*, (24), 2009, p. 925-939.
58. MCFARLANE, J. M., CAMPBELL, J., WILTS, S., SACHS, C., ULRICK, Y. et XU, X. « Stalking and intimate partner femicide », *Homicide Studies*, (3), 1999, p. 300-316.
59. STOUT, K. D. « Intimate femicide: A study of men who have killed their mates », *Journal of Offender Rehabilitation*, (19), 1993, p. 81-94.
60. BOISVERT, R. « Éléments d'explication sociale de l'uxoricide », *Criminologie*, 29 (2), 1996, p. 73-87.
61. EASTEAL, P. « Homicide suicides between adult sexual intimates: An Australian study », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24 (2), 1994, p. 140-150.
62. GARTNER, R., DAWSON, M. et CRAWFORD, M. « Woman killing: Intimate femicide in Ontario, 1974- 1994 », *Documentation sur la recherche féministe*, 26 (3-4), 1998-1999, p. 151-173.
63. LÉVEILLÉE, S., et LEFEBVRE, J. *Ces hommes qui tuent leur famille. Vers une meilleure compréhension de l'homicide conjugal masculin et du familicide*, Saint-Jérôme, Les Éditions ressources inc., 2010.
64. LIEM, M. « Homicide followed by suicide: A review », *Aggression and Violent Behavior*, (15), 2011, p. 153-161.
65. ROSENBAUM, M. « The role of depression in couples involved in murder-suicide and homicide », *American Journal of Psychiatry*, 147 (8), 1990, p. 1036-1039.
66. WEBSDALE, N. *Understanding Domestic Homicide*, Boston, Northeastern University Press, 1999.
67. WEIR, S. « Crimes passionnels: Gender differences in perceived justification for murder in the face of marital infidelity », *The Irish Journal of Psychology*, 13 (3), 1992, p. 350-360.
68. MARLEAU, J.D., POULIN, B., WEBANCK, T. ROY, R. et LAPORTE, L. « Paternal filicide: A study of 10 men », *Canadian Journal of Psychiatry*, (44), 1999, p. 57-63.
69. PRATT, C., et DEOSARANSINGH, K. « Gender differences in homicide in Contra Costa County, California: 1982-1993 », *Research Linkages between Academia and Public Health Practice*, 13 (6), 1997, p. 19-24.
70. ADINKRAH, M. « Husbands who kill their wife: An analysis of uxoricides in contemporary Ghana », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52 (3), 2008, p. 296-310.
71. LÉVEILLÉE, S. *Homicide dans la famille : vers une meilleure prévention*. Présentation aux membres du Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, Québec, 20 mars 2012.
72. BRIDGES, F. S. TATUM, K. M. et KUNSELMAN, J. C. « Domestic violence statutes and rates of intimate partner and family homicide », *Criminal Justice et Policy Review*, 19 (1), 2008, p. 117-130.
73. SORENSON, S.B. « Firearm use in intimate partner violence: a brief overview », *Evaluation Review*, 30 (3), 2006, p. 229-236.

74. BUREAU DU CORONER EN CHEF DE LA PROVINCE DE L'ONTARIO. *Sixième rapport annuel du Comité d'examen des décès dus à la violence familiale*, Ontario, ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, 2008.
75. BRITTAN, A. *Masculinity and Power*. Oxford et New York, Basil Blackwell, 1989.
76. GOOD, G. E., et HEPNER, M. J. « Students' perceptions of a gender issues course: A qualitative and quantitative examination », *Counselor Education and Supervision*, (34), 1995, p. 308-320.
77. O'NEIL, J. M., et EGAN, J. « Men's and women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation », dans B. R. Wainrib (sous la dir. de), *Gender issues across the life cycle*, New York, Springer, 1992, p. 107-123.
78. KATZ, J. *Men, Media and Masculinities: Some Introductory Notes*, WCW Research Report, 1999.
79. KIMMEL, M.S. *Guyland: The Perilous World Where Boys Become Men*, New York, Harper Collins, 2008.
80. POLLACK, W. *Real Boys: Rescuing our sons from the myths of boyhood*, New York, Random House, 1998.
81. TREMBLAY, G. *Le syndrome John Wayne ou donner un sens à sa vie par la violence*. Conférence prononcée dans la cadre des Grandes conférences de la Faculté des sciences sociales et diffusée sur le Canal Savoir, Université Laval, Québec, 2007.
82. LISAK, D. « Confronting and treating empathic disconnection in violent men », dans Pollack, W. et Levant, R. (sous la dir. de). *New psychotherapy for men*, New York, John Wiley and Sons, 1998, p. 214-238.
83. COCHRAN, S.V., et RABINOWITZ, F.E. *Men and depression: Clinical and empirical perspectives*, San Diego (CA), American Press, 2000.
84. BROOKS, G.R. *A New Psychotherapy for Traditional Men*, San Francisco, Jossey-Bass, 1998.
85. DULAC, G. *Aider les hommes... aussi*, Montréal, VLB, 2001.
86. DUBÉ, M., et DROUIN, C. « Violence envers les femmes. Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation », *L'homicide conjugal : démystifier le rôle de la planification : étude qualitative*. Présenté au colloque international, Montréal, 30 mai 2011.
87. REVITCH, E., et SCHLESINGER, L.B. « Catathymic gynocide », dans E. Revitch et L.B. Schlesinger (sous la dire de), *Sex Murder and Sex Aggression: Phenomenology, Psychopathology, Psychodynamics and Prognosis*, Springfield, Charles C. Thomas Publisher, 1989.
88. DUBE, M., HODGINS, S., LEVEILLEE, S. et MARLEAU, J. « Étude comparative de filicides maternels et paternels : facteurs associés et indices comportementaux précurseurs », *Forensic*, numéro spécial, 2004, p. 31-37.
89. FLYNN, S., WINDFUHR, K. et SHAW, J. *Filicide: A Literature Review*, Manchester, Centre for Suicide Prevention, 2009.
90. SOMANDER, L.K., & RAMMER, L.M. « Intra and extrafamilial child homicide in Sweden », *Child Abuse & Neglect*, (15), 1991, p. 45-55.
91. YIP, P.S.F, WONG, P.W.C., CHEUNG Y.T., CHAN, K.S. et BEH, S.L. « An empirical study of characteristics and types of homicide-suicide in Hong-Kong, 1989-2005 », *Journal of Affective Disorders*, (112), 2009, p. 184-192.
92. CHOCARD A.-S., et JUAN F. « Les meurtres-suicides, revue de la littérature », *Forensic*, (12), 2002, p. 47-52.
93. WILCZYNSKI, A. *Child Homicide*, London, Greenwich Medical Media Ltd, 1997.

94. BOURGET, D., et GAGNE, P. « Paternal filicide in Quebec », *Journal of the American academy and the Law*, (33), 2005, p. 345-360.
95. BOURGET, D., GRACE, J. et WHITEHURST, L. « A review of maternal and paternal filicide », *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, (35), 2007, p. 74-22.
96. FRIEDMAN, S.H., HOROWITZ, S.M. et RESNICK, P.J « Child Murder by Mothers: A critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda », *American Journal of Psychiatry* (162), 2005, p. 1578-1587.
97. DUBÉ M. « Les pères filicides : la violence conjugale en filigrane », dans S. Arcand, D. Damant, S. Gravel et E. Harper (sous la dir. de), *Violences faites aux femmes*, Montréal, Presses de l'Université du Québec (Problèmes sociaux et interventions sociales), 2008.
98. DOBASH, R E., CAVANAGH, K. et DOBASH, R P. « The murder of children by fathers in the context of child abuse », *Child Abuse and Neglect*, 31 (7), 2007, p. 731-746.
99. RESNICK, P. J. « Child murder by parents », *American Journal of Psychiatry*, (126), 1969, p. 325-334.
100. BARTHELL, V.R., et SHELTON, K. M. « Familicide: risk factors, characteristics of the offender, characteristics of the crime of familicide, and the prevalence of suicide following familicide », *The Undergraduate Sociology Journal at the University of New Hampshire*, 2009.
101. HARPER, D. W., et VOIGT, L. « Homicide followed by suicide and integrated theoretical perspective », *Homicide Studies*, (11), 2007, p. 295-318.
102. LÉVEILLÉE, S., MARLEAU, J.D. et DUBÉ, M. « Filicide : A comparison by sex and presence or absence of self-destructive behavior », *Journal of Family Violence*, 2007.
103. LIEM, M.C.A., et KOENRAADT, F. « Homicide-suicide in the Netherlands: a study of newspaper reports, 1992-2005 », *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, (18), 2007, p. 482-493.
104. WILSON M., DALY M. et DANIELE A. « Familicide: The Killing of Spouse and Children », *Aggressive Behavior*, (21), 1995, p. 275-291.
105. DUBÉ, M., et SÉGUIN, G. *L'homicide intrafamilial : démystifier le rôle de la planification, données préliminaires. Meurtre d'enfant – enfant meurtrier. Approches pluridisciplinaires. Laboratoire de cliniques psychologiques, psychopathologiques et criminologiques et Institut de criminologie et sciences humaines, Université Rennes 2, France*, 2008.
106. HARRIS-JOHNSON, C. *Come with Daddy: Child Murder-Suicide after Family Breakdown*. Crawley (AU), University of Western Australia Press, 2005.
107. LÉVEILLÉE, S., LEFEBVRE, J. et MARLEAU, J.D. « Profil psychosocial des familicides commis au Québec : 1986 à 2000 », *Annales médico-psychologiques*, (167), 2009, p. 591-596.
108. SHAKELFORD, T., WEEKES-SHAKELFORD V.A. et BEASLEY, S.L. « An explanatory analysis of the contexts and circumstances of filicides-suicide in Chicago, 1965-1994 », *Aggressive Behavior*, (31), 2005, p. 399-406.
109. ALDER, C., et POLK, K. *Child Victims of Homicide*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
110. DALY, M., et WILSON. M. *Homicide*, New York, Aldine de Gruyter, 1988.
111. RESNICK P.J. « Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide », *American Journal of Psychiatry*, (126), 1970, p. 1414-1420.
112. WILCZYNSKI, A., et MORRIS, A. « Parents who kill their Children. Criminal », *Law Review*, 1993, p. 31-36.

113. LECOMPTE, D., et FORNES, P. « Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996 », *Forensic sciences*, 43 (4), 1998, p. 760-764.
114. BELL, C., et MCBRIDE, D. « Commentary: Homicide-suicide in older adults. Cultural and contextual perspectives », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the law*, 38 (3), 2010, p. 12-17.
115. SCOTT, E. « Murder-suicide: A review of the recent literature », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the law*, 37 (3), 2009, p. 371-376.
116. HILLBRAND, M., ALEXANDRE, J.W., YOUNG, J.L. et SPITZ, R.T. « Parricides: characteristics of offenders and victims, Legal factors, and treatment issues », *Aggression and Violent Behavior*, 4 (2), 1999, p. 179-190.
117. MARLEAU, J.D., AUCLAIR, N. et MILLAUD, F. « Comparison of factors associated with parricide in adults and adolescents », *Journal of Family Violence*, (21), 2006, p. 321-325.
118. NEWHILL, C. E. « Parricide », *Journal of Family Violence*, (6), 1991, p. 375-394.
119. WEISMAN, A. M., et SHARMA, K. « Forensic analysis and psycholegal implications of parricide and attempted parricide », *Journal of Forensic Sciences*, (42), 1997, p. 1107-1113.
120. MILLAUD, F., et AUCLAIR, N. *Le réaménagement relationnel familial après un parricide psychotique adulte*. Conférence organisée par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, Montréal, 18 mars 2012.
121. LÉVEILLÉE, S., et LEFEBVRE, J. *Le passage à l'acte dans la famille. Perspectives psychologique et sociale*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2011.
122. BRECKENRIDGE, J., et JAMES, K. « Thinking about Homicide Risk: A Practice Framework for Counselling », *Australian Domestic & Family Violence*, Sydney, Clearinghouse, 2010.
123. KILMARTIN, C.T. « Depression in men: Communication, diagnosis and therapy », *Journal of Men's Health and Gender*, (2), 2005, p. 95-99.
124. TREMBLAY, G., MORIN, M.-A., DESBIENS, V. et BOUCHARD, P. *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*, Québec, CRI-VIFF (études et analyses), 2007.
125. LESAGE, A.D. « D'autres pistes d'intervention pour prévenir le suicide chez les hommes au Québec. In Association québécoise de suicidologie », *Prévenir le suicide au masculin*, Montréal, AQS, 2000, p. 107-114.
126. DUBÉ, M. « Enfants exposés à l'homicide conjugal. Quelques éléments de réflexion », *Revue internationale d'éducation familiale*, (29), 2011, p. 107-122.
127. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2012, réf. du 4 juillet 2012, <http://www.msss.gouv.qc.ca/>.
128. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008.
129. BLANCHET, L. « La prévention des problèmes psychosociaux et la promotion de la santé et du bien-être », dans H. Dorvil et R. Mayer (sous la dir. de), *Problèmes sociaux – Tome 1 Théories et méthodologies*, Ste-Foy, P.U.Q., 2001, p. 155-174.
130. LE PROTECTEUR DU CITOYEN. *Examen des services offerts aux hommes du Québec par le réseau de la santé et des services sociaux depuis le « Rapport Rondeau »*, Québec, Le Protecteur du citoyen 2012.
131. DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE

- L'IMMIGRATION. *Plan d'action gouvernementale en matière de violence conjugal 2004-2009*, Québec, gouvernement du Québec, 2004.
132. SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE. *Pour que l'égalité de droit devienne l'égalité de fait : Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015*, Québec, ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 2011.
133. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET SPORT. *Loi visant à lutter contre l'intimidation et la violence à l'école*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012.
134. DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 2012, réf. du 4 juillet 2012, www.masantementale.gouv.qc.ca.
135. COMITÉ DE TRAVAIL EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET D'AIDE AUX HOMMES (sous la direction de G. Rondeau). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, MSSS, 2004.
136. DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010-La force des liens*, Québec, MSSS, 2005.
137. DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Politique de périnatalité 2008-2018*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, 2008.
138. Programmation de recherche du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire Québec, Québec, CJQ-IU, 2008.
139. COMITÉ D'EXPLORATION. « Programme de formation en thérapie conjugale et familiale », (sous la présidence de C. Parent), *Rapport du Comité d'exploration Programme de formation en thérapie conjugale et familiale*. Faculté des sciences sociales, Université Laval, Québec, 2008.
140. MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale, prévenir, dépister, contrer. Rapport sur la mise en œuvre des engagements gouvernementaux 1996-2001*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002.
141. REGROUPEMENT DES MAISONS POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE (n.d.). Réf. du 7 juillet 2012, <http://maisons-femmes.qc.ca/>.
142. FÉDÉRATIONS DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENTÉES ET EN DIFFICULTÉ DU QUÉBEC. *La violence faite aux femmes : plus jamais! Vers un troisième plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale : Actualiser, maintenir et renouveler les actions afin de contrer la violence conjugale et assurer la sécurité des victimes, bilan et recommandations. Avis déposé dans le cadre des consultations du Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle*, Montréal, FRHFVVCQ, 2011.
143. RONDEAU, G., LINDSAY, J., LEMIRE, G., BROCHU, S., BRODEUR, N. et DROUIN, C. *Gestion des situations de violence conjugale à haut risque de létalité*, Montréal et Québec, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) (Études en bref no. 1), 2002.
144. DROUIN, C., DROLET, J. et coll. (2004). *Agir pour prévenir l'homicide de la conjointe. Guide d'intervention*. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF) et Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec, Montréal, 2004. (Également disponible en version anglaise)

145. À CŒUR D'HOMME RÉSEAU D'AIDE AUX HOMMES POUR UNE SOCIÉTÉ SANS VIOLENCE. *Cadre de financement visant à offrir des services d'aide et de traitement aux hommes en matière de violence conjugale*. Québec, 2007. (Document présenté au MSSS)
146. RINFRET-RAYNOR, M., BRODEUR, N., LESIEUX, É. et TURCOTTE, M. *Services d'aide en matière de violence conjugale : État de la situation et besoins prioritaires*, Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, 2010.
147. DROUIN, C., LINDSAY, J. DUBÉ, M., TRÉPANIÉ, M. et BLANCHETTE, D. *Intervenir auprès des hommes pour prévenir l'homicide conjugal*, Montréal et Québec, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, 2012.
148. SERVICE D'AIDE AUX CONJOINTS (n.d.). *Guide pour hommes en rupture de couple*, Montréal, Service d'aide aux conjoints.
149. PÈRES SÉPARÉS INC. 2008, réf. du 7 juillet 2012, <http://www.peres-separes.qc.ca/>.
150. TREMBLAY, G., DÉRY, F., DESGAGNÉS, J-Y, BEAULIEU, A. et NADEAU S. « SOS Rupture » : *Projet pilote de prévention du suicide. Présentation du projet et Rapport d'évaluation*, Québec, Masculinités et Société, 2009.
151. RELATIONSHIPS AUSTRALIA. 2011, réf. du 26 mai 2012, <http://www.relationships.org.au/>.
152. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE. *Formation « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques »*, 2011, réf. du 7 juillet 2012, <http://www.aqps.info/se-former/formation-intervenir.html>.
153. TREMBLAY, G., et L'HEUREUX, P. « Former à l'intervention auprès des garçons/hommes ou opérer un changement de paradigme qui comporte des enjeux importants », *Travailleur social canadien*, 11 (1), 2009, p. 77-92.
154. ASSOCIATION PARITAIRE POUR LA SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL DU SECTEUR DES AFFAIRES SOCIALES. *Formation Oméga*, 2012, réf. du 7 juillet 2012, <http://www.asstsas.qc.ca/formations/calendrier/omega-de-base.html>.
155. NADEAU, S. Présentation faite au Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux le 23 janvier 2012.
156. CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAC-ST-JEAN-EST ET CENTRE DE RECHERCHE APPLIQUÉE EN INTERVENTION PSYCHOSOCIALE (CRAIP). *Présentoir des Guides d'intervention Info-Social*, Alma, CSSS de Lac-Saint-Jean-Est, 2010.
157. DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES SOCIAUX DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience de l'Offre de services sociaux généraux 2012-2016*, Québec, MSSS, 2012. (À paraître)
158. BÉRUBÉ, J. *Rapport d'enquête publique sur les causes et les circonstances des décès de Françoise Lirette, Loren Gaumont-Lirette et René Gaumont survenus à Baie-Comeau le 9 septembre 1996*, Bureau du coroner, gouvernement du Québec, 1997.
159. RIENDEAU, L., et TREMBLAY, D. *L'importance du partenariat pour prévenir l'homicide conjugal*. Document présenté par le Regroupement des maisons pour

- femmes victimes de violence conjugale au Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, Québec, 2012.
160. BOUCHARD, P, FORGET, G. et MÉTIVIER, M. A-GIR. *Arrimage- Groupe d'intervention rapide pour les dossiers à haut risque d'homicide ou suicide*. Symposium dans le cadre du colloque international *Violence envers les femmes : réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation*, Montréal, 29 mai au 1^{er} juin 2011.
 161. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou par l'absence de soins menaçant leur santé physique*, Québec, gouvernement du Québec, 2001.
 162. GROULX, J., PILOTE, R. et de LÉRY, R. *L'homicide par arme à feu en contexte conjugal et familial : Une étude qualitative de l'intervention dans les situations à risque auprès d'intervenants et de policiers de Montérégie – Rapport de recherche*, Longueuil, direction de la santé publique, 2011.
 163. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Mémoire présenté au Comité sécurité publique et nationale de la Chambre des communes sur le projet de loi C-391, Loi modifiant le Code criminel et la Loi sur les armes à feu*, Québec, gouvernement du Québec, 2010.
 164. RÉSEAU JURIDIQUE DU QUÉBEC. *Le dossier du patient au Québec : Confidentialité et accès*, 2012, réf. du 8 mai 2012, <http://www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical2.htm#loi>.
 165. MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS, EN COLLABORATION AVEC MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide relatif à l'organisation de la supervision des droits d'accès (SDA)*. Québec, MFA, 2008.
 166. DIRECTION DES COMMUNICATIONS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE. *Rapport du Comité interministériel sur les services de supervision des droits d'accès*, Québec, ministère de la Justice, 2004.
 167. GARNEAU, L. « Une stratégie d'action pour susciter la demande d'aide de la part des hommes et de leurs proches en milieu de travail », *Vis-à-vie*, 14 (1), article 8, 2004.
 168. À COEUR D'HOMME RÉSEAU D'AIDE AUX HOMMES POUR UNE SOCIÉTÉ SANS VIOLENCE. *Rapport d'activités 2011-2012*, Québec, 2011.
 169. POTVIN, N., PHAM, L.V. et DAMASSE, L. *Bilan des projets d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.
 170. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE. *Prévention du suicide et traitement médiatique : informations à l'intention des professionnels des médias*, Québec, AQPS, 2012.
 171. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Trousse média sur la violence conjugale*, 2012, réf. du 7 juillet 2012, <http://securitetraumatismes.inspq.qc.ca/violenceconjugale/home.aspx>.
 172. DULAC, G. *Inventaire des ressources et services en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill, 2004.

173. BILODEAU, L. *Présentation de nos connaissances et expertises au comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*, Québec, Association des nouvelles conjointes, 2012.
174. LAVALLÉE, M. *Priorités d'action gouvernementale en santé et bien-être des hommes*. Document présenté au comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, Québec, DGPPQ MSSS, 2012.
175. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience de l'Offre de service du programme-services Jeunes en difficulté 2007-2012*, Québec, MSSS, 2007.
176. GAGNÉ, M-H., et ST-JACQUES, M-C. *Pour agir en amont des drames familiaux*. Document présenté au Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, Québec, JEFAR, 2012.
177. FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE FAMILLES MONOPARENTALES ET RECOMPOSÉES DU QUÉBEC (FAFMRQ). *Accompagner la rupture / Prévenir les drames familiaux*. Document présenté au Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, Québec, FAFMRQ, 2012.
178. BOUDREAU, A., et LÉVESQUE, S. *Activités de prévention destinées aux hommes en matière d'homicide intrafamilial*. Document présenté au Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, Québec, 2012.
179. DESMARAIS, S., et BÉRARD, M. *La violence change l'enfant – Réflexions et recommandations de l'Association des centres jeunesse du Québec dans le cadre des consultations du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, ACJQ, 2012.
180. MÉNARD, C. *Les CSSS de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean-Est – Organisation des services psychosociaux*. Document présenté au Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, Québec, CSSS Lac-St-Jean-Est, 2012.
181. MARTEL, G. *Orientations relatives aux services sociaux généraux*. Document présenté au Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, Québec, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires MSSS, 2012.
182. LAFOREST, J., PILOTE, R., MAURICE, P. et BARIL, K. *Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux : expertise de l'INSPQ*, Québec, INSPQ, 2012.
183. WALSH, M. *Avis présenté au Comité d'experts en homicides intrafamiliaux*, Québec, L'Alliance des maisons d'hébergement de 2^e étape pour femmes et enfants victimes de violence conjugale, 2012.