



HAL
open science

Accoucher sans donner naissance : les néonaticides, des histoires tues

Natacha Vellut, Laurence Simmat-Durand, Anne Tursz

► **To cite this version:**

Natacha Vellut, Laurence Simmat-Durand, Anne Tursz. Accoucher sans donner naissance : les néonaticides, des histoires tues. *Recherches familiales*, 2015, 12, pp. 99-112. hal-01984849

HAL Id: hal-01984849

<https://hal.science/hal-01984849>

Submitted on 17 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Résumé

A partir de l'étude de dossiers judiciaires de mères impliquées dans des néonaticides, soit des meurtres d'enfant dans leurs premières vingt-quatre de vie, nous démontrons en quoi naître implique et nécessite plus qu'un accouchement physiologique. En effet dans ces affaires, s'il y a bien grossesse, parfois même désirée et s'il y a bien accouchement au sens strictement physiologique du terme, la naissance d'un enfant n'advient pas. Faute d'une inscription symbolique au sein de sa famille, faute d'un accueil médiatisé, cet enfant n'aura – au mieux – qu'une reconnaissance juridique. Il semble que l'isolement, ressenti par des mères qui ont peur de leurs proches et gardent leur grossesse secrète, soit déterminant. Ainsi, naître est un processus éminent social qui nécessite que la mère ne se vive pas seule et puisse considérer les autres comme une adresse, un soutien, un recours.

Introduction

Le terme d'infanticide est souvent utilisé pour désigner le meurtre d'enfants âgés de moins d'un an. Le psychiatre américain Philip Resnick a proposé en 1970 un terme plus précis pour les meurtres d'enfants dans leurs premières vingt-quatre heures de vie : le néonaticide¹. Ces crimes ont en effet des caractéristiques particulières. Ils sont presque exclusivement commis par les mères, alors que des meurtres d'enfants plus âgés peuvent impliquer d'autres auteurs. Si les particularités de l'enfant, comme le sexe, la prématurité, la gémellité ou des soucis de santé, peuvent jouer un rôle dans des infanticides, ils n'en jouent aucun dans les néonaticides. Dans tous les cas, le profil des auteurs (le plus souvent les parents) est essentiel. Enfin, le néonaticide apparaît comme un meurtre qui ne s'inscrit que difficilement dans les catégories proposées : meurtre d'enfant non désiré, meurtre en état délirant aigu, meurtre altruiste, meurtre accidentel, meurtre de « revanche sur l'époux ».

Ces crimes visant des nouveau-nés ne sont pas des phénomènes nouveaux. L'explication par un contrôle des naissances a dominé un temps quand l'avortement légal et les moyens de contraception n'étaient pas aussi disponibles que de nos jours. Une étude réalisée en France a ainsi démontré une corrélation statistique entre la diminution des affaires pénales d'infanticides et l'augmentation des avortements². Mais, malgré la légalité et la diffusion des moyens de contraception ainsi que la possibilité de confier son enfant à l'adoption – en

¹ P.J. RESNICK, "Murder of the newborn: A psychiatric review of neonaticide", *The American Journal of Psychiatry*, n°126(10), pp. 1414-20, 1970.

² J. LEAUTE, *Recherches sur l'infanticide (1955-1965)*, Paris, Librairie Dalloz, 1968.

particulier en France avec la procédure de l'accouchement secret – les néonaticides perdurent. Une étude menée sur les morts suspectes de nourrissons de moins d'un an conclut, à partir des 27 cas reconnus comme tels par la justice, à une fréquence de 2,1 néonaticides sur 100 000 naissances en France³.

S'intéresser aux néonaticides dans un numéro de revue consacrée à la naissance peut sembler de prime abord inapproprié. Le néonaticide est certes une naissance, mais uniquement physiologique, immédiatement suivie d'un meurtre. Mais il permet d'éclairer ce qui au-delà de l'événement biologique d'un accouchement, permet une naissance, dans toute la richesse sémantique du terme. Si dans le cas d'un néonaticide, il y a grossesse, rarement déniée, parfois même désirée, s'il y a accouchement, il n'y a pas vraiment de naissance au sens d'un « *point de départ de l'existence considérée dans son déroulement* »⁴. Nous allons le développer ici et tenter de l'expliquer.

Données et méthode

Les données de notre étude⁵ sont issues des dossiers judiciaires de l'étude précédemment citée portant sur « les morts suspectes de nourrissons de moins d'un an ». Cette étude rétrospective sur une période de cinq ans, de 1996 à 2000, dans trois régions françaises, a permis d'identifier 32 cas de néonaticides soit 27 cas reconnus comme tels par la justice et cinq cas identifiés en plus par le comité de pilotage scientifique ayant encadré la recherche. Des informations contre X ont été ouvertes dans huit affaires après découverte d'un cadavre de nourrisson. Sur vingt-quatre néonaticides élucidés, vingt-deux mères sont concernées, deux ayant récidivé. Nous avons ainsi pu étudier les différents documents qui constituent les dossiers judiciaires :

- procès-verbaux d'audition et de constatation des faits par la police judiciaire (mis en cause, témoins, entourage familial et social, personnels des services d'urgence et médicaux) ;
- procès-verbaux d'audition par le juge d'instruction ;
- rapports des expertises médicales, psychiatriques et psychologiques et des enquêtes de personnalité (sur les 22 mères identifiées soit vingt-deux dossiers judiciaires, cinq n'ont pas donné lieu à expertise. Une première analyse portant sur 11 de ces 17 cas avec expertises a été réalisée⁶) ;

³ Anne TURSZ, Jon COOK, "A population-based survey of neonaticides using judicial data", *Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Edition*, n°96, pp. 259-63, 2011.

⁴ Définition proposée par le Trésor de la langue française.

⁵ Recherche financée par l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, la région Ile-de-France, la Fondation pour la recherche en Psychiatrie et en santé mentale, la Fondation Wyeth pour la santé de l'enfant et de l'adolescent. Nos remerciements vont aussi à Pascale Gerbouin-Rérolle responsable du recueil des données.

⁶ Annick LE NESTOUR, Natacha VELLUT, « Données expertales de néonaticides », *Enfances & Psy*, n°3, pp.137-43, 2010

- comptes rendus d'autopsie, résultats d'autres investigations scientifiques ;
- réquisitoires, ordonnances, jugements...

Grâce à l'étude de ces documents multiples, nous avons pu croiser différents points de vue et analyser les contextes et conditions de ces néonaticides.

Naître de : qui sont les mères, pères, familles de ces nouveau-nés (décédés) ?

Les auteurs des néonaticides dans la littérature internationale sont les mères des enfants décédés dans l'écrasante majorité des cas, bien qu'un article se penche sur le néonaticide paternel qu'il qualifie de peu commun⁷. Ces mères sont fréquemment décrites⁸, comme de jeunes célibataires, primipares, pauvres du double point de vue économique et éducationnel⁹. La plupart sont encore adolescentes, vivant au domicile de leurs parents¹⁰. Confrontées à une grossesse non désirée, le plus souvent une première grossesse hors mariage et hors lien social, elles seraient acculées à un geste meurtrier.

Notre étude met cependant en scène des mères fort dissemblables¹¹. Elles sont de toute classe sociale, de tout âge, de tout statut familial : lycéenne vivant encore chez ses parents, étudiante vivant en couple, femme mariée, avec ou sans enfants, femme seule avec enfants, etc. Leur âge médian est de 26 ans, la plus jeune ayant 17 ans, la plus âgée 44 ans. Près des deux tiers de ces mères ont déjà des enfants. Presque la moitié vit en couple. Ce ne sont pas des mères isolées : seules deux d'entre elles vivent uniquement avec leurs enfants. Cinq mères seulement sont sans activité dont une de façon non choisie puisqu'elle est au chômage.

Si nous ne parvenons pas à établir un profil socio-démographique unique, une de nos études précédentes avait permis de définir un profil psycho-relationnel de ces mères¹² : il s'agit de femmes immatures, dépendantes, se dévalorisant, vivant dans un climat affectif d'insécurité et d'isolement et ceci quel que soit leur environnement familial.

⁷ NS KAYE, NM BORENSTEIN, SM DONNELLY, « Families, murder, and insanity: a psychiatric review of paternal neonaticide », *Journal of Forensic Science*, n° 35, pp. 133-9, 1990

⁸ Surtout dans les pays anglo-saxons, du fait sans doute de la proportion plus importante de grossesses adolescentes dans ces pays.

⁹ S. H. FRIEDMAN, P.J. RESNICK, "Child murder by mothers: patterns and prevention", *World Psychiatry*, n°6(3), pp. 137-41, 2007

S. G. WEST, "An overview of filicide", *Psychiatry*, n°4, pp.48-57, 2007

¹⁰ MD OVERPECK, RA BRENNER, AC TRUMBLE, et al., « Risk factors for infant homicide in the United States », *New England Journal of Medicine*, n°339(17), pp. 1211-6, 1998

¹¹ Pour une description sociodémographique plus fine : Laurence SIMMAT-DURAND, Natacha VELLUT, Anne TURSZ, « Les néonaticides devant la justice : le reflet d'une ambivalence face à ces crimes », *Déviance et Société*, n°36(4), pp.413-40, 2012

¹² Natacha VELLUT, Laurence SIMMAT-DURAND, Anne TURSZ, « Le portrait des mères néonaticides dans les expertises judiciaires », *L'Encéphale*, n°39, pp.352-9, 2013.

Rareté de la pathologie psychiatrique maternelle

Dans la littérature scientifique, les mères néonaticides sont décrites comme les moins psychopathologiques parmi les mères meurtrières¹³. Elles ont rarement un passé de maladie mentale et d'antécédents psychiatriques. Elles ne souffrent pas de psychose ou de dépression antérieurement aux faits¹⁴. Nos données confirment ces résultats.

Dans notre étude, aucune mère n'est reconnue pénalement irresponsable. Cependant la majorité des mères expertisées sont présentées comme ayant connu une altération du discernement et du contrôle de leurs actes. Les experts psychiatriques reconnaissent donc dans la majorité des cas des atteintes psychiques nuanciant leur responsabilité pénale. Ces atteintes sont souvent mises en lien avec le contexte psychique particulier d'un accouchement. Comme l'illustre cet extrait de l'expertise psychiatrique de Mme E : *« Il faut cependant tenir compte du caractère névrotique de la personnalité avec les mécanismes d'évitement et d'inhibition qui ont inféré dans le déroulement de l'acte et le stress physico-psychique d'un accouchement vécu dans la plus complète solitude. Ceci fait dire qu'il y a lieu de retenir une atténuation notable de la responsabilité. Il y a eu en effet altération et entrave du contrôle des actes. »*

Le néonaticide ne résulte pas d'états délirants ou de pathologies psychiatriques mais l'accouchement peut être reconnu en lui-même comme un facteur de stress et d'altération de la conscience des mères.

L'enfance de ces mères entre solitude et défaut d'attention

L'expertise psychologique de Mme G. donne la tonalité des relations parents-enfants décrites dans ces dossiers judiciaires : *« Elle se décrit comme une enfant non investie par un père, atteint de surdité et psychologiquement absent de sa vie affective. Elle souffre beaucoup d'un manque de contact avec ce dernier. Elle se perçoit utile pour sa mère, qui l'aime certes, mais pas comme elle le voudrait, elle apparaît insatisfaite, frustrée d'affection maternelle, elle demeure fixée à sa mère dans une relation de dépendance infantile, sur un mode régressif. »*

L'investissement de leurs fonctions parentales par les parents de ces mères, que nous désignons comme les grands-parents, est problématique. Ces désinvestissements ne sont pas forcément dus à des raisons « affectives ». Les grands-parents peuvent être accaparés par des soucis financiers, des investissements professionnels qui les retiennent en dehors du domicile et/ou être confrontés à des mobilités géographiques plus ou moins subies. Ces situations ont des retentissements affectifs importants pour les mères. L'inaffectivit  et

¹³ Anne TURSZ, *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris,  ditions du Seuil, 2010, et PJ RESNICK, 1970, déjà cité.

¹⁴ PT d'ORBAN, « Women who kill their children », *The British Journal of Psychiatry*, n 134, pp. 560—71, 1979. E SAUNDERS, « Neonaticides following “secret” pregnancies: seven case reports », *Public Health Reports*, n 104(4), pp. 368—72, 1989

l'inexpressivité des grands-parents sont ressenties par la plupart des mères : « *Elle décrit une vie familiale faite d'isolement et de rejet surtout à son égard, avec une absence totale de communication et des difficultés psychosociales* » (expertise psychologique de Mme B).

La pauvreté de la vie relationnelle des mères au moment du décès de l'enfant

Le contexte relationnel de ces mères apparaît médiocre même s'il n'est pas particulièrement conflictuel. Pour la majorité d'entre elles, il n'est fait mention d'aucune violence, ni de situation manifestement tendue aux moments des faits. Mais si la violence, les conflits, les doutes sur la filiation¹⁵, l'intensité émotionnelle de la relation conjugale ne semblent pas patentées, l'insécurité des couples est avérée. La majorité des mères craignent d'être quittées par leur compagnon¹⁶ et sont présentées comme isolées socialement et affectivement. Les relations conjugales sont pauvres, les relations amicales et/ou professionnelles rares ou sans consistance. L'enquête de personnalité de Mme M. mentionne « *au niveau de ce couple [existe] un réel manque de communication lié à la fois aux absences du père mais également au caractère de la mère qui s'extériorise peu. Le drame qu'a vécu cette famille semble être celui du manque de communication dans un couple où l'on se croise, et où chacun est accablé par ses responsabilités.* »

Nous pouvons préciser le « profil psycho-relationnel » de ces mères qui se vivent pour la plupart comme isolées (c'est ici le ressenti qui est pris en compte et non la réalité : une mère peut se sentir seule tout en vivant avec son conjoint et d'autres enfants). Elles ont très souvent des parents qui n'ont pas su ou pas pu exprimer des sentiments et des émotions à leur égard, et plus particulièrement des pères qui n'ont pas su ou pas pu se montrer affectueux avec elles. Un manque manifeste d'assurance et de stabilité dans les dimensions relationnelle et affective de leur vie distinguent ces mères. Leur situation d'isolement affectif est certaine. Ainsi le néonaticide n'apparaît pas comme un meurtre altruiste ou de revanche, ce qui impliquerait que la mère ait un lien fort à un autre (soit à l'enfant qu'elle cherche à protéger, soit au compagnon ou mari dont elle cherche à se venger) mais apparaît plutôt comme un meurtre qui se déroule dans un contexte de dissolution du lien à autrui. L'expertise psychiatrique de Mme K. l'illustre : « *Il y avait là toute une problématique de réactualisation de profonds affects anciens abandonniques, dans une situation réelle de souffrance abandonnique avec affects anxio-dépressifs, malaise existentiel. D'autant qu'elle était seule face à sa problématique sans nul recours d'étayage, sans nulle écoute.* »

La contraception, entre silence et conflit

La contraception est exemplaire de l'absence de dialogue dans ces couples et de l'incapacité à parvenir à une décision commune. L'isolement des mères, qui se débrouillent seules avec les enjeux de leur vie reproductive, est flagrant alors que ce sujet devrait être l'affaire de

¹⁵ La filiation ne pose question que pour deux bébés de notre étude. Dans un cas, c'est le père qui doute de sa paternité. Dans l'autre cas, la mère est incertaine du père car elle entretient plusieurs relations parallèles.

¹⁶ Et d'ailleurs certaines (largement plus d'un tiers) le sont, avant ou après les faits.

couple. Ainsi du témoignage de Mr F, mari de celle qui a tué quatre enfants : « *J'en ai parlé à ma femme. Je lui avais dit qu'il était temps de faire quelque chose, quand même. Je pensais par exemple à la ligature de trompes. Il y avait la pilule mais elle ne la prenait pas. Ma femme ne m'a pas répondu, on ne pouvait pas tellement parler avec elle de manière générale. Dès qu'on commençait à parler de contraception, elle partait. C'était un sujet sensible. Je n'ai pas insisté. [...] Malgré tout, bien que je sache que ma femme n'avait pas de contraception, je n'ai pris aucune précaution pour éviter qu'elle ne se retrouve enceinte. Je ne voulais pas utiliser de préservatif.* »

En ce qui concerne la contraception pratiquée, pour 20 mères sur 22, il est signalé soit une absence, soit un arrêt, soit un mauvais suivi.

La vie reproductive de ces mères

9 mères sur 22 sont primipares. Nous ignorons si c'était une première grossesse. 13 sont déjà mères, elles ont entre un enfant (pour quatre mères) et six enfants (pour une mère), la majorité a deux ou trois enfants antérieurement aux faits.

Quand nous disposons d'informations sur les grossesses et accouchements antérieurs, c'est pour signaler des problèmes ou dysfonctionnements. Trois mères ont déjà perpétré des néonaticides ou des tentatives de néonaticides avant les faits pour lesquelles elles sont poursuivies. Quatre mères signalent des difficultés à dater leurs grossesses antérieures du fait d'une reconnaissance tardive, dont une mère a connu un déni envahissant.

Le vécu de la grossesse

Ces mères aux profils si variés présentent une constante commune : leur silence quant à l'enfant à venir. Elles ne parlent pas de leur grossesse ni de l'enfant pouvant en résulter. Ce silence est mis en acte par la non déclaration et le non suivi de grossesse. Aucune ne déclare sa grossesse. Le fait de découvrir plus ou moins tôt son état gravidique n'y change rien. Seize femmes sur 22 ont connaissance de leur grossesse avant le 6^{ème} mois. Mais une grossesse connue n'est pas forcément une grossesse suivie médicalement, la découverte de la grossesse n'entraînant pas automatiquement de décisions et comportements adaptés.

Ainsi Mme N découvre sa grossesse très précocement et en informe le père dès la deuxième semaine d'aménorrhée. Cependant sa position subjective par rapport à cette grossesse peut se résumer à cette citation « *je ne voulais pas penser que j'étais enceinte* ». Elle est surprise de son accouchement et en perçoit les douleurs comme un retour de ses règles. Elle constate qu'elle prend du poids mais ne sent pas les mouvements fœtaux.

Mme E a l'idée d'avorter mais prend la résolution de garder l'enfant. Sa grossesse est imaginée, fantasmée. « *Je l'imaginais. J'ai regardé dans un bouquin d'école pour voir le développement du bébé dans le ventre [...] j'ai imaginé comment serait l'enfant [...] j'ai pensé*

au berceau. » « J'avais envie d'avoir une fille..., je l'imaginai à trois ans avec un beau sourire..., je me voyais avec elle dans les bras ou bien dans une poussette..., mes parents l'auraient prise dans leurs bras... » Elle choisit un prénom pour l'enfant à venir, elle adapte son comportement alimentaire. Cependant, elle ne fait pas suivre sa grossesse et ne prépare pas son issue. La grossesse est connue, elle n'est pas déniée affectivement, elle est ressentie physiquement, mais elle n'a pas d'existence sociale.

Mme I se sait enceinte, sa famille le sait, le père le sait et lui demande de faire suivre médicalement cette grossesse. *« Je n'ai rien fait de tout cela. Je ne sais pas pourquoi. »* Son savoir sur la grossesse, son ressenti – elle sent l'enfant bouger, demande à sa fille aînée de toucher le bébé dans son ventre – n'entraîne pas de conséquences ni pour interrompre la grossesse ni pour préparer l'accouchement : *« J'étais enceinte c'est tout. [...] cette grossesse était au-dessus de moi [...] c'était comme si c'était pas moi qui étais enceinte, comme si c'était une sœur par exemple. »*

Les positions subjectives des mères vis-à-vis de leur grossesse

Comme ces citations le démontrent, la position subjective de la mère néonaticide vis-à-vis de sa grossesse et de l'enfant à venir est complexe à définir. Elle est pourtant très investiguée par les différents acteurs du processus judiciaire et en particulier par les experts psychiatres et psychologues. Elle donne lieu à des questionnements de la police et du juge d'instruction et à des investigations des experts qui cherchent à comprendre si la grossesse était connue, désirée, dissimulée consciemment, refusée sciemment, sachant que ces diverses situations peuvent avoir des conséquences sur la qualification pénale des faits. Les citations des mères à ces propos sont nombreuses dans les dossiers judiciaires.

Certaines mères énoncent le refus de leur grossesse comme Mme D : *« Je crois que le bébé a pleuré à la sortie [...] si je le gardais ma vie était finie, plus de copain, plus d'études, je décevais ma famille. [...] j'ai décidé de ne pas le garder. Je me suis dit qu'il fallait que je trouve des sacs plastiques. »* Ou Mme O : *« J'ai pris la décision de me débarrasser de l'enfant après la naissance. Je n'en ai parlé à personne et, quand on me questionnait, je prétendais que j'avais des problèmes de santé. »*

D'autres font part de leur désir d'enfant comme Mme E : *« J'ai pris la résolution de garder cet enfant et d'essayer de cacher ma grossesse à mes parents. »*

Ces citations peuvent donner l'illusion de positions subjectives claires et sans ambiguïté mais la réalité vécue par ces mères est loin d'être aussi simple. Il existe en effet des contradictions importantes dans les paroles maternelles.

Mme C lors d'une audition de Police déclare : *« Je maintiens que j'ai dissimulé la grossesse à mon époux. [...] je me suis toujours dit que cet enfant, je n'en voulais pas de ce bébé. »* Mais lors d'un interrogatoire avec le Juge, elle dit : *« Je n'ai jamais pensé avorter car je voulais l'enfant. Je l'aurais gardé même si je n'en voulais pas au départ. »*

Un autre exemple est donné par Mme M qui lors d'un interrogatoire de justice conclut : « *En raison des conditions de vie des deux derniers enfants, je ne voulais pas de 4^{ème}* » mais lors d'une audition policière énonce : « *J'avais accepté l'idée d'avoir un 4^{ème} enfant.* »

Si certaines déclarations des mères peuvent être imputées à leur volonté de se défendre dans le cadre d'une procédure judiciaire, la variété et la labilité de leurs énoncés relatifs à leur grossesse attestent d'un réel flottement subjectif.

La peur des mères

Les émotions des mères par rapport à leur grossesse sont souvent dominées par la peur, voire sont exclusivement du ressort de la peur ressentie. Il est tout à fait saisissant de constater que quand les mères sont capables de formuler et d'exprimer cette émotion, elles désignent, comme objet unique de cette peur, autrui, que cet autre soit le père de l'enfant, leur propre mère, leur famille...

Des mères ont ainsi peur de leur conjoint ou compagnon, père de l'enfant à venir, comme Mme F : « *Je désirais les enfants que j'ai eus. Je les ai laissés mourir à la naissance car j'avais peur de la réaction de mon mari.* »

Des mères ont peur de leur propre mère, comme Mme J : « *Moi je pensais que si j'avais un enfant, elle [la mère de la mère] l'aurait rejetée et m'aurait rejetée.* »

Des mères ont peur de tout leur entourage, comme Mme N : « *Je ne l'ai dit à personne. J'ai eu peur. Chez nous, on fait pas ça. On se marie avant. J'avais peur de mon père. Je ne sais pas ce qu'il aurait fait. [...] je ne suis jamais allée voir de docteur. Je n'ai pas été malade pendant ma grossesse. Pendant ma grossesse, je ne me suis rien demandée. Je voulais le dire mais j'avais peur.* »

Les mécanismes de défense des mères

Ces mères, en réponse à cette peur qui les envahit, ont donc cette attitude de « secret », cette position de « silence » vis-à-vis de leur grossesse. Des phrases comme : « je ne pouvais en parler à personne » reviennent à plusieurs reprises. Il y a impossibilité de parler de la grossesse et de l'enfant à venir du fait de ce qu'elles nomment un « blocage ». Mme C en témoigne : « *Je comptais en parler à mon mari mais je ne l'ai pas fait car il y avait un blocage de ma part, je ne sais pas pourquoi exactement. En tout cas, j'étais bloquée quand je voulais aborder ce sujet avec lui.* » Ce blocage s'apparente à un enfermement sur soi-même et agit à la fois sur la parole, la pensée et le comportement, comme Mme E l'explique : « *Je me suis renfermée. Je ne sortais plus. Je suis devenue agressive avec ma famille.* »

Parenthèse sur le déni de grossesse

Il existe, dans les prétoires et dans la presse, une association quasi systématique entre néonaticide et déni de grossesse. Ceci est vrai également dans la littérature scientifique

internationale. Ainsi, selon Miller¹⁷, le néonaticide est « *fortement associé au déni de grossesse* ».

Nous avons dans un article précédent¹⁸ remis en cause ce lien sur la base de deux types d'arguments : d'une part le déni de grossesse ne fait l'objet d'aucune définition consensuelle (il semble plutôt que ses diverses occurrences cliniques soient malaisément traduisibles et compréhensibles au sein des tribunaux) et d'autre part le vécu de grossesse des mères néonaticides est extrêmement variable et difficilement homogénéisable sous la catégorie d'un seul et unique trouble.

Le déni de grossesse fait l'objet de définitions multiples. Il en existe trois types selon Miller¹⁹ : le déni affectif « *existe quand une femme reconnaît intellectuellement qu'elle est enceinte, mais éprouve très peu voire aucun des changements émotionnels ou comportementaux qui accompagnent la grossesse* » ; le déni envahissant (ou total) « *existe quand non seulement la signification émotionnelle mais l'existence même de la grossesse ne parviennent pas à la conscience* ». La prise de poids, l'aménorrhée ou le gonflement des seins peuvent ne pas avoir lieu ou être mal interprétés. Il peut en être de même pour les douleurs de l'accouchement ; le déni psychotique existe quand « *des symptômes physiques et les signes de grossesses apparaissent mais sont mal interprétés, parfois de façon bizarre* ». A l'inverse des femmes non psychotiques, les grossesses de ces mères sont visibles et leur entourage n'est pas dans le déni de leur grossesse.

Beier et al²⁰ proposent, à l'opposé, des critères stricts pour justifier d'un déni de grossesse.

1. La certitude subjective de la femme enceinte qu'elle n'est pas enceinte;
2. L'absence des signes sympathiques de grossesse, ou si ces signes sont présents, des explications alternatives subjectivement adéquates;
3. Des visites habituelles, sans défiance, chez le médecin pour des symptômes typiques de grossesse, comme par exemple un mal de dos;
4. Un comportement habituel, sans défiance, dans des situations sociales qui pourraient mener à la découverte de grossesse, comme aller à la piscine, essayer des vêtements;
5. Quand les compagnons des mères sont présents, des relations sexuelles habituelles, selon la même fréquence, et la poursuite de la contraception si aucun désir d'enfant n'existe;
6. L'absence d'idée ou de pensée relative à un avortement volontaire tout le long de la grossesse;
7. Un manque complet de préparation de la naissance;
8. L'interprétation erronée des douleurs de l'accouchement et un sentiment de surprise devant l'enfant nouveau-né. Il y a ici la description d'une absence totale de conscience de la grossesse alors que selon Brezinka et

¹⁷ Laura J. MILLER, "Denial of pregnancy", in Margaret G. SPINELLI (dir.), *Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*, Arlington, American Psychiatric Publishing Inc., 2003

¹⁸ Natacha VELLUT, Jon COOK, Anne TURSZ, "Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files", *Child Abuse & Neglect*, n°36(7-8), pp. 553-63, 2012

¹⁹ Ibid.

²⁰ K. M. BEIER, R. WILLE J. WESSEL, "Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems", *Journal of Psychosomatic Research*, n°61(5): 723-30, 2006

a^{21} , il existe une transition continue entre des stratégies d'adaptation conscientes et des systèmes de défense inconscients.

En conséquence de ces définitions, il nous est apparu plus judicieux dans l'article précité de distinguer deux entités : les « grossesses ignorées » par les mères, ce terme nous paraissant plus approprié que celui de déni envahissant ou total dans la mesure où on ne peut pas dénier quelque chose dont on n'a pas eu connaissance préalablement, et les « grossesses secrètes ». Ce terme nous paraît en effet plus objectif que ceux de grossesses cachées ou dissimulées, très souvent utilisés dans ces affaires de néonaticides, qui ont une connotation péjorative susceptible d'avoir des conséquences pénales. Dans ces cas de grossesses secrètes, il existe toutes sortes de mécanismes psychiques plus ou moins conscients, soutendus ou non par des pathologies, incluant ou non le déni affectif que nous affinons comme « non-représentation de l'enfant vivant » ou « non investissement de l'enfant ».

La grossesse et l'entourage

Compte tenu à la fois de l'hétérogénéité du vécu de la grossesse, de la présence fréquente d'une peur et des mécanismes de défense qu'elle entraîne, la connaissance de la grossesse par l'entourage des mères est extrêmement variable. Dans le cas de 7 mères (sur 22) il semble que l'entourage n'ait pas été au courant de la grossesse. La mère de Mme J déclare ainsi : « *Je n'ai jamais remarqué que ma fille était enceinte, je vous l'affirme [...] je suis aide-soignante et je sais de quoi je parle [...] vu sa minceur et ses vêtements je n'ai jamais pu songer que ma fille était enceinte. Et lorsqu'elle se plaignait du ventre hier, je n'ai jamais pensé à des contractions.* »

Dans tous les autres cas au moins un proche, voire l'ensemble de la famille, avait de forts doutes ou une connaissance de la grossesse. Mais ces questionnements ou savoirs sur la grossesse par l'entourage n'ont pas permis d'éviter le néonaticide, au point que la justice ait décidé d'inculper trois pères, une grand-mère maternelle, un oncle maternel et même toute une famille maternelle pour homicide involontaire ou non dénonciation de crime. Ces éléments confortent le portrait de mères isolées mêmes lorsqu'elles vivent en famille, de mères sans recours même si leurs proches connaissent leur état.

Cette connaissance de la grossesse par l'entourage peut être précoce, comme pour le compagnon de Mme I qui achète un test de grossesse « *autour du 11 novembre et il s'est avéré positif [la mère accouchera début juillet].* »

L'entourage peut douter et, dans ces cas, les mères néonaticides nient le plus souvent. Ainsi témoigne le compagnon de Mme D : « *J'ai posé la question une fois ou deux à MEREBEBE*

²¹ C. BREZINKA, W. BIEBL, J. KINZL, "Denial of pregnancy: obstetrical aspects", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, n°15(1): 1-8, 1994

pour savoir si elle était enceinte et elle m'a répondu que non. Je me suis bien aperçu qu'elle avait grossi. Elle cachait sa prise de poids en portant des pulls larges et une parka. Au lit quand je mettais ma main sur son ventre, elle me retirait la main. » Ou comme témoigne le mari de Mme F : *« Il y a moins d'un mois j'ai trouvé que mon épouse était plus forte que d'habitude et je lui ai demandé si elle était enceinte. Elle m'a répondu non. [...] elle m'a déjà caché une grossesse, la dernière [...] je pensais qu'au dernier moment elle me l'aurait dit. »*

Mais ces doutes et/ou cette compréhension ne permettent pas d'éviter l'issue tragique. La connaissance de la grossesse par l'entourage n'empêche pas l'accouchement clandestin et le néonaticide. L'absence de communication dans les couples, que nous avons évoquée à propos de la contraception, est de nouveau manifeste et englobe toutes les relations familiales et de proximité. Un silence entoure ces mères silencieuses.

Naître à : l'accouchement

Les mères ne préparent ni n'anticipent l'issue de leur grossesse. Tous les accouchements se déroulent hors structure de soins, ils sont hors de tout regard. Ils sont vécus comme se déroulant en « pilotage automatique ». Ces mères décrivent leur passivité, presque leur insensibilité, aux prémices et douleurs de l'accouchement. L'acte meurtrier en lui-même, qu'il soit actif (coups, étouffement...) ou passif (abandon dans un lieu isolé, dans une poubelle...) est le plus souvent « oublié » ou vécu dans un état d'absence à soi-même, de sidération psychique.

Mme J décrit son accouchement : *« Je ne comprenais pas ce qui m'arrivait... A 17 heures les douleurs ont augmenté. J'ai perdu du sang... j'avais peur... Je n'arrivais pas à crier. [le frère] était dans le salon, la télévision était à fond. Je me suis rendue compte que j'accouchais. Le bébé est sorti. Je ne l'ai pas entendu crier. J'ai un trou noir... je ne sais plus ce qui s'est passé... j'ai posé le bébé loin de moi. »*

Un expert psychologue caractérise l'événement de la façon suivante : *« Madame C laisse entendre comment elle a vécu la survenue de son accouchement comme un élément de réalité brutale qu'elle ne peut évoquer que de façon très crue, comme le détachement d'un morceau d'elle-même. »*

Naître à : l'enfant

Comme ce dernier extrait d'expertise le laisse déjà supposer, la représentation de l'enfant est problématique dans ces dossiers. L'enfant à venir n'est pas différencié par la mère, il n'est pas séparé de son corps. Il n'est pas parlé, adressé, reconnu, sexué. L'enfant n'est pas envisagé comme un enfant mais soit comme un non-enfant, une « boule », des

« morceaux » de bébé ou de fœtus, soit comme un déchet - il est d'ailleurs fréquemment jeté à la poubelle - soit comme un enfant mort-né. Dans la majorité des cas, sauf les quelques précédemment cités, il n'a pas été imaginé pendant la grossesse. Notons que de mêmes représentations dépréciatives de l'enfant étaient déjà formulées par les mères néonaticides au XIX^{ème} siècle²².

Certaines mères ont des difficultés à considérer qu'il s'agissait d'un enfant, comme Mme G : « *Des morceaux de bébé se trouvaient dans mon short. Je crois qu'il s'agissait des restes du bébé, vu que j'avais déjà perdu beaucoup d'autres morceaux avant [...] je dis la vérité, je n'ai jamais eu de bébé. Il ne s'est rien passé. Le bébé est parti en morceaux. [...] il n'y a pas eu de bébé.* »

Ou comme Mme J : « *A aucun moment je n'ai pensé que c'était un bébé. Je pensais que c'étaient des caillots de sang [...] je n'ai pas remarqué de forme humaine, ni entendu aucun son. Si j'avais pu penser qu'il s'agissait d'un bébé, je ne l'aurais pas jeté.* »

Elles peuvent confondre le bébé avec un déchet comme Mme S qui confond son accouchement avec une évacuation « *par l'anus* ».

L'enfant est le plus souvent représenté comme mort à la naissance comme pour Mme G : « *il ne criait pas, il ne bougeait pas, j'ai pensé qu'il était mort en sortant de mon ventre.* »

La rencontre avec cette autre personne qui ne serait pas un morceau d'elle-même, la rencontre avec une personne vivante qui les engagerait dans un début de relation, apparaît douloureuse voire impossible pour ces mères. Aussi s'efforcent-elles d'éviter de regarder l'enfant, de l'envisager comme vivant, de reconnaître tout élément, souffle, cri, sexe, mouvement, visage, qui serait signe de son existence. Mme F témoigne : « *je voulais pas le regarder [le bébé après la naissance] parce que je ne sais pas ce que j'aurai fait après, si je l'aurai vu, je l'aurai peut-être gardé.* » Mme D se protège du regard de sa fille : « *Je crois que le bébé a pleuré à la sortie [...] il s'agissait d'une fille. Je ne l'ai pas prise contre moi sauf à une reprise et comme elle avait les yeux ouverts, je l'ai reposée car je ne voulais pas qu'elle me voie.* »

Nous touchons ici à un phénomène essentiel de la reproduction humaine : s'il y a bien eu un accouchement, il n'y a pas eu naissance d'un enfant, entendu et vu comme tel, reconnu comme tel. A l'accouchement comme événement corporel, biologique, physiologique, ne correspond pas de façon mécanique et assurée la naissance d'un être. Ces mères se vivant seules, sans lien de parole, sans discours sur leur grossesse, leur accouchement qui les impliquent, elles comme mères et leur enfant comme nouveau-né, ne s'inscrit pas dans un registre social et symbolique.

²² Annick TILLIER, *Des criminelles au village. Femmes infanticides en Bretagne (1825-1865)*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2001

L'absence de naissance symbolique

Nous pourrions proposer cette équation simple : pas de repères symboliques, pas de naissance symbolique. Deux éléments sont significatifs d'un certain défaut dans l'étoffe symbolique entourant et préparant ces naissances : les dates anniversaires, méconnues ou oubliées dans les générations précédant l'enfant et le choix de prénom ne portant pas la marque d'un désir particularisé pour l'enfant à venir.

Dates anniversaires méconnues ou oubliées

Tel père d'une mère néonaticide n'est pas en mesure de donner l'âge de sa fille « *étant donné qu'il ne s'en souvient pas.* » Dans cette même affaire, la mère néonaticide déplore auprès de l'expert psychologue que son mari « *ne fêtait jamais rien, pour lui ça servait à rien, même les anniversaires des enfants.* » Une autre mère, plus jeune, Mme E, demeurant encore chez ses parents déplore : « *petite j'aurais voulu que mes parents s'intéressent à moi. [...] Par exemple à table, on ne se parle pas. La télé marche, mes parents la regardent ou ils parlent entre eux. [...] C'est l'amour qui m'a manqué [...] à part mes 20 ans, on n'a jamais fêté mon anniversaire ni en famille, ni avec mes copines, pareil pour mes frères.* »

Il s'agit là des anniversaires de naissance mais les anniversaires de mariage connaissent le même sort. Ces dates ne s'inscrivent pas, comme si elles ne signifiaient rien de particulier. Ces oublis, ces absences de fête révèlent le manque de signification de ces dates, un défaut de symbolisation. Ces dates qui ne se distinguent pas d'autres dates, qui ne font pas date, entraînent une absence de signification symbolique autour de ces événements que pourraient être naissances et mariages.

Prénoms non particularisés

Un autre élément se détache dans ces affaires : le choix de prénoms. Dans un cas, le bébé décédé est appelé du même prénom que son père, dans un autre, le bébé décédé est appelé du même prénom que le père de la mère. Dans un autre cas, quand les pompes funèbres demandent à la grand-mère maternelle un prénom pour sa petite-fille décédée, elle se dit « *perdue* » et donne le prénom de sa fille, mère de la petite-fille. Mère et bébé tuée par la mère partageraient ainsi le même prénom, à la demande de leur mère et grand-mère. Dans un autre exemple, c'est le prénom du premier enfant du couple qui est le même que celui de son père, quant au deuxième enfant il porte le même prénom qu'un frère de la mère, et c'est un quatrième enfant qui sera victime du néonaticide. Certes, dans certaines cultures il est d'usage de donner des prénoms de générations antérieures, mais il s'agit ici de familles de France métropolitaine, d'enfants nés il y a quelques années, et cet usage traditionnel semble peu opérant. Cette absence de choix de prénoms dans les affaires de néonaticides serait-elle une façon d'effacer l'enfant à venir dans sa particularité et sa singularité ?

Une naissance juridique

Cet enfant qui n'est pas ou qui est « mal » prénommé par sa famille, est nommé dans et par la procédure judiciaire²³.

Historiquement dans notre culture c'est le baptême qui faisait entrer l'enfant dans le monde des vivants : « *Si malgré tous les efforts, le bébé n'a pu être baptisé avant de mourir, c'est le drame : il n'a pas reçu de nom et n'est intégré ni à la communauté des vivants, ni à celle des morts.* »²⁴ Dans ces affaires actuelles de néonaticides, le procès remplace le baptême dans cette fonction de faire entrer l'enfant dans la communauté des vivants au titre d'un être humain qui a vécu. Cette procédure judiciaire ne se déroule que s'il existe un délit ou un crime, il faut donc que l'enfant ait été tué. Et, pour que cet enfant soit tué, il faut qu'il ait été reconnu comme vivant, car s'il est mort-né, « *il n'est pas une personne au sens juridique du terme, les opérations prévues sur son corps ne sont pas soumises à réglementation* »²⁵. Seule la procédure judiciaire du réel de ce corps décédé reconnaîtra socialement l'existence, nommant et même offrant une sépulture.²⁶ L'enfant s'inscrit alors symboliquement, bénéficie d'une existence légale et d'une inscription à l'Etat-civil. Si la Justice donne un prénom et un patronyme à un enfant, si elle reconnaît qu'il a existé, elle n'en assume pas l'existence : c'est au prix de son vivant que l'enfant est nommé et reconnu.

Conclusion

Nous souhaitons conclure sur deux points simples en apparence mais qui produisent de complexes et douloureuses ramifications dans les situations rencontrées dans le cadre de ces procédures judiciaires :

- Se dépendre des fausses évidences sur ce que naître implique et nécessite,
- Etre conscient des ravages d'une peur associée à un isolement.

Les mères néonaticides semblent cliver grossesse et accouchement et si la majorité a conscience à un moment ou à un autre de sa grossesse, aucune n'anticipe ni ne prépare l'accouchement bien que certaines désirent l'enfant. Ainsi une grossesse en elle-même ne signifie pas mécaniquement une perspective d'accouchement ou un projet de donner naissance. Nous pouvons essayer de penser la grossesse comme une expérience de la mère alors que l'accouchement serait une expérience sociale, qui implique au moins deux autres personnes : le bébé et à qui adresser ce bébé, que ce soit au père, à une compagne, à

²³ Laurence SIMMAT-DURAND, Natacha VELLUT, « Le corps sans existence : les enfants victimes de néonaticides », *Corps*, n°11, pp. 243-53, 2013

²⁴ M.-F MOREL, « Images du petit enfant mort dans l'histoire », *L'Esprit du temps*, n°119(1), pp. 17-38, 2001.

²⁵ « Ses funérailles sont possibles mais non obligatoires. Les familles ne sont pas tenues de les assurer », M DUMOULIN, A-S VALAT, « Morts en maternité : devenir des corps, deuil des familles », *Etudes sur la mort*, n°1, pp. 77-99, 2011.

²⁶ La mère y prendra part ou non, en choisissant le prénom, en demandant l'inscription sur le livret de famille. Si elle continue, malgré sa condamnation pour meurtre, à ne pas reconnaître l'existence de cet enfant, le prénom et le nom sont alors choisis par les policiers ou les magistrats, l'enfant est enterré dans le carré des indigents ou la collectivité des habitants se cotise pour lui donner une sépulture.

une grand-mère, à un médecin, au village, etc. Faute de cette reconnaissance de l'enfant comme un autre, faute de cette adresse possible à un autre, Mme K ne peut envisager une naissance : « *pendant la grossesse, j'ai pas pensé à l'accouchement. C'est venu au moment des contractions et j'ai préparé le seau, les sacs poubelles* ».

Une grossesse qui se conclut par un néonaticide n'est pas forcément une grossesse non désirée. Une grossesse fantasmée, un enfant imaginé, associé à des émotions positives, ne conduit pas systématiquement à la préparation de l'arrivée de cet enfant. Ainsi, Mme O, qui par ailleurs déclare qu'elle veut se débarrasser de l'enfant, témoigne : « *Je l'imaginais, je sentais cet enfant grandir, bouger. Au début je l'imaginais et je m'imaginais avec lui par la suite.* »

A l'inverse d'autres études²⁷ qui posent comme objets très fréquents de l'anxiété des mères pendant leur grossesse l'événement de l'accouchement et la santé de leur enfant comme d'elle-même, l'objet de la peur des mères néonaticides est autrui en lui-même et pour lui-même. Ces mères ne pensent ni à la santé de leur enfant, ni à la leur, vivant un accouchement qui constitue pour elles-mêmes un risque parfois vital. Elles ont peur d'être rejetées par leur entourage, elles n'envisagent pas les autres comme des interlocuteurs fiables, comme des soutiens de confiance, comme de possibles recours. En conséquence, leur peur est difficile à reconnaître et repérer, à soigner et traiter, puisqu'elle impacte la parole et l'adresse à l'autre. Il s'agit d'une peur non médiatisée et difficilement médiatisable. Un risque de néonaticide existe quand il y a rencontre entre une mère et un entourage qui se vivent mutuellement sans recours et sans capacité de dialogue. La mère est seule avec sa peur, qui la conduit à l'évitement de l'autre, ce qui en retour la laisse isolée, sans soutien social, ce qui ne peut qu'augmenter sa peur. Nous pouvons ici distinguer l'isolement et la solitude. De la solitude nous pouvons avoir une conception positive²⁸ dans le sens d'une solitude choisie sur fond de présence aux autres, avec une assurance d'un lien aux autres, tandis que s'isoler c'est éviter la possibilité même de la solitude. L'isolement revient à s'exclure des autres. La solitude peut être voulue, choisie, souhaitée, bénéfique, elle est séparation – temporaire – des autres et non exclusion des autres. Or, ces mères sont seules au sens de l'isolement.

Nous empruntons la célèbre phrase de Paul Valéry, « *un homme seul est toujours en mauvaise compagnie* », et proposons « *une mère seule est toujours en mauvaise compagnie* », elle est en compagnie de la peur, mauvaise conseillère comme chacun sait... Et comme Mme H l'a vécu : « *Je l'ai aimé [l'enfant à venir] malgré la peur mais cette peur a dominé toute ma grossesse [...] Si j'avais pu parler à quelqu'un, je ne l'aurais pas tué.* »

²⁷ Lire par exemple H. MELENDER, "Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women", *Birth: Issues In Perinatal Care*, n°29(2): 101-11, 2002

²⁸ Georges MINOIS, *Histoire de la solitude et des solitaires*, Paris, Fayard, 2013