



Rapport Final

Réf. : 2007a01

Février 2011

Les morts violentes de nourrissons : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires

Anne Tursz, Inserm—CNRS

Avec la collaboration de :

LAURENCE SIMMAT-DURAND

PASCALE GERBOUIN-RÉROLLE

NATACHA VELLUT

JON COOK



CERMES3



île de France

Fondation
 **Wyeth**
pour la santé
de l'enfant et
de l'adolescent

Fondation

pour la recherche
en psychiatrie et en santé mentale

**LES MORTS VIOLENTES DE NOURRISSONS : TRAJECTOIRES
DES AUTEURS, TRAITEMENT JUDICIAIRE DES AFFAIRES
*IMPLICATIONS POUR LA PREVENTION***

Rapport à :

L'Observatoire national de l'Enfance en Danger

La région Île 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

Préparé par :

Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche Inserm

Avec la collaboration de :

Laurence Simmat-Durand, démographe, sociologue, professeur à Paris V

Pascale Gerbouin-Rérolle, chargée de projet en santé publique (Inserm)

Natacha Vellut, psychologue, ingénieure d'études au CNRS

Jon Cook, anthropologue médical

25 février 2011

Sommaire

Avant-Propos	4
Introduction	6
Rappel de la problématique	8
Les objectifs	11
Le protocole de recherche	12
I. Population d'étude	12
II. Méthode de recueil de données	13
III. Méthode d'analyse	14
IV. Le calendrier.....	17
V. Les personnels impliqués dans la recherche et la répartition des tâches	18
Les financements	20
Le déroulement de la recherche et les difficultés rencontrées	23
I. Phase pilote	23
II. Aspects éthiques et de confidentialité	23
III. Démarches et autorisations	24
IV. Les données recueillies et les problèmes rencontrés	24
V. Le traitement des données	28
Résultats	31
I. Étude descriptive quantitative de la population d'étude.....	31
1. <i>Nombre de cas</i>	31
2. <i>L'évènement déclencheur du décès</i>	31
3. <i>La pratique de l'autopsie</i>	33
4. <i>Le processus de décision judiciaire</i>	33
II. Analyse des durées et des parcours	38
1. <i>Durées liées à la « phase médicale » : de l'intervention des secours à l'autopsie</i>	39
2. <i>Durées liées à la procédure</i>	41
3. <i>Durée selon la décision finale</i>	44
4. <i>Aperçu global des diverses composantes de la durée des procédures</i>	44
III. Apport de l'expertise médicale et médico-légale à la décision judiciaire	46
Les néonaticides	54
I. Caractéristiques générales	54
1. <i>Nombre de cas</i>	54
2. <i>Caractéristiques des nouveau-nés</i>	55
3. <i>La description des faits</i>	55
4. <i>Les résultats de l'autopsie</i>	56
5. <i>Les caractéristiques des mères</i>	56
II. La contraception et le déroulement de la grossesse	57
III. Les représentations à l'œuvre dans les enquêtes d'élucidation des néonaticides.....	59
IV. Le déroulement de l'affaire judiciaire	64
1. <i>La qualification des faits</i>	64
2. <i>La décision finale</i>	65
V. Le père de l'enfant	67
VI. Analyse des données expertales psychiatriques et psychologiques	69
1. <i>Les documents analysés</i>	70
2. <i>Les dossiers qui n'ont pas donné lieu à des expertises</i>	73
3. <i>Les relations entre expertises et condamnations judiciaires</i>	74
4. <i>La personnalité du mis en cause</i>	77
5. <i>Les facteurs contemporains des faits pouvant expliquer le néonaticide</i>	81
6. <i>Les facteurs du passé pouvant « expliquer » le néonaticide</i>	84
7. <i>Des « non-facteurs »</i>	85
8. <i>La grossesse et la représentation de l'enfant</i>	87
9. <i>Conclusion de l'analyse des 62 expertises</i>	90

VII. Monographies de dossiers de néonaticides	91
1. <i>Dossier G</i>	92
2. <i>Dossier H</i>	94
3. <i>Dossier I</i>	100
Synthèse des résultats	105
Perspectives	113
I. Pour la recherche	113
II. Pour l'action	114
Références bibliographiques	117

Avant-Propos

Le programme de recherche exposé dans ce rapport est caractérisé tout à la fois par sa complexité, son ambition et ses difficultés de réalisation. Il est complexe parce qu'il aborde le problème de la violence faite aux enfants sous différents aspects (caractéristiques des enfants victimes et des familles, trajectoires des auteurs, traitement judiciaire des cas), selon l'approche de différentes disciplines et avec l'utilisation simultanée de méthodes quantitatives et qualitatives. Il est ambitieux parce que cette approche, et l'analyse complexe qui en découle, visent à apporter un éclairage sur les caractéristiques des auteurs des mauvais traitements, et sur le fonctionnement de la justice, susceptible de permettre le développement d'une réflexion sur l'intentionnalité et d'ouvrir des pistes pour la prévention. Il s'agit bien sûr ici de la prévention des récidives qui sont fréquentes, comme le montraient déjà les résultats d'une première enquête [1, 2], mais aussi de prévention primaire que l'on peut espérer développer grâce à l'identification de profils d'auteurs de violences et de « circonstances types » de leur survenue. Quant au problème de l'intentionnalité, il est central dans des situations telles que le syndrome du bébé secoué (SBS) ou les négligences graves (exposition de très jeunes enfants à des risques majeurs) et les acceptions de ce terme par la médecine et par la justice peuvent s'avérer fort différentes.

Malgré un protocole bien structuré qui a permis l'obtention de 4 financements (dont 3 sur appels d'offres), une solide coordination de terrain, le rassemblement des disciplines appropriées et le soutien financier de l'Inserm (au travers de vacations), la recherche a été difficile à mener, d'une part, du fait des contraintes de terrain qui sont décrites au paragraphe IV de la partie sur le déroulement de la recherche, d'autre part, du fait de difficultés financières. En effet, et ce point est détaillé dans la partie relative aux financements, plus de 115 000 Euros n'ont jamais été versés par rapport à ce qui était attendu, voire promis.

La recherche en santé publique est onéreuse parce que les financements demandés visent essentiellement à assurer des salaires (et les charges patronales et sociales qui leur sont associées). Un projet de l'ampleur de celui qui est décrit dans ce rapport (recueil de données dans 26 tribunaux répartis dans trois régions françaises, puis analyse) requiert un nombre

relativement important de personnes ou (et cela a été notre choix pour des raisons à la fois d'homogénéité dans les procédures et de confidentialité face à un sujet très sensible) beaucoup de temps. L'analyse qualitative est elle aussi une grande consommatrice de temps.

En France, la recherche en santé publique est mal financée, et singulièrement celle qui porte sur la santé du jeune enfant, ou du moins sur sa santé globale en relation avec son cadre et son mode de vie. S'il existe en effet des travaux qui attirent les bailleurs de fonds et portent sur des pathologies de l'enfant (asthme, obésité, cancer, paralysie cérébrale, malformations...), notamment à l'Inserm, en revanche la recherche sur sa santé mentale et celle sur la maltraitance sont quasiment inexistantes.

Menée avec des moyens insuffisants, la recherche qui fait l'objet de ce rapport n'est pas achevée à ce jour. Elle le sera, mais dans l'immédiat et face à la nécessité de rendre un rapport dit « final » aux financeurs, l'équipe de recherche a décidé de :

- Faire un rapport unique pour les 4 financeurs. Il est en effet totalement impossible de découper le processus général de la recherche en morceaux qui seraient attribuables à tel ou tel financeur ;
- Ne pas rechercher l'exhaustivité en ce qui concerne les résultats, mais plutôt détailler une thématique. Le choix a porté sur les néonaticides qui ont récemment eu bien souvent les honneurs des médias, lesquels ont rapporté beaucoup de contre vérités que notre enquête permet de rectifier ;
- Poursuivre la diffusion des résultats sous la forme de publications internationales.

Notre équipe tient aussi à exprimer le vœu, grâce à ce rapport, que la recherche de santé publique sur le jeune enfant fasse l'objet d'une plus grande attention de la part des financeurs, des responsables des politiques pour l'enfance et des médias.

Introduction

Comme indiqué dans l'avant-propos, le problème des néonaticides a été récemment largement débattu dans la presse avec une exactitude scientifique laissant à désirer, notamment en ce qui concerne l'association supposée fréquente entre le déni de grossesse et le néonaticide. Ce problème de médiatisation concerne en fait la maltraitance envers les enfants en général et plus spécifiquement la maltraitance mortelle qui nous intéresse ici. « En France, le problème des mauvais traitements à enfants est régulièrement évoqué par les dirigeants politiques comme prioritaire, sans qu'on dispose pour autant de données épidémiologiques fiables et sans qu'on voie se développer une vision claire et globale des stratégies à mettre en œuvre. En revanche, comme dans bien des pays, la maltraitance envers les enfants est très fortement médiatisée. Mais derrière cet étalage de faits divers, ce traitement anecdotique d'un grave problème de société, les lacunes dans la connaissance scientifique sont immenses. C'est pourquoi il est si important de [...] démontrer l'ampleur du problème en termes de chiffres et de gravité des atteintes dont sont victimes les enfants. Et par là de se démarquer de l'image brouillée qu'en a le grand public au travers d'une médiatisation qui, du bébé congelé aux enfants élevés dans des caves, ne vise qu'au sensationnel et à l'étrange » [2 ; p 23].

La décision d'étudier les infanticides (homicides au cours de la première année de la vie) est justifiée par certaines caractéristiques des statistiques nationales de mortalité à cet âge. En effet, en 1993, dernière année pour laquelle la Police et la Gendarmerie nationales ont produit des chiffres fiables d'infanticides, ceux-ci représentaient 3,8% de l'ensemble des homicides¹ alors que les enfants de moins de 1 an ne constituaient que 1,2% de la totalité de la population française. En 2006, le taux de mortalité par homicide était plus élevé (2,3 p 100 000, soit 3,3 pour les garçons et 1,3 pour les filles) avant l'âge de 1 an qu'à tous les autres âges de la vie (de 0,0 à 1,0), et ceci pour la douzième année consécutive [3].

Dans ce rapport de recherche, le choix a été fait d'alterner la présentation de chiffres et d'extraits de dossiers judiciaires permettant d'appréhender « de l'intérieur » la genèse de la

¹ Données fournies par la Division des études de la Direction centrale de la Police judiciaire.

mort de ces enfants, les caractéristiques de leur famille et des auteurs des faits, les pratiques des divers professionnels autour de ces décès. Ce type de présentation est le plus convaincant pour ceux qui élaborent des politiques et des programmes en faveur de l'enfance.

En effet, le grand enjeu de la recherche présentée dans ce rapport est de fournir aux responsables des politiques pour l'enfant des données scientifiquement solides et fiables, loin des faits interprétés et reconstruits par les médias. Dans une optique de prévention, il est essentiel de dégager les caractéristiques des parents qui deviennent les meurtriers de leurs propres enfants à partir de données suffisamment riches. Celles-ci se trouvent principalement dans les dossiers de la justice et le présent rapport relate les résultats d'une grande et minutieuse enquête menée auprès de tribunaux.

Rappel de la problématique

Le programme de recherche exposé ici trouve ses origines dans les résultats d'une étude épidémiologique, menée par le Cermes (Inserm U750, CNRS UMR8169, EHESS, Université Paris XI), sur « **les morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an** », étude qui avait le triple objectif de mieux mesurer l'ampleur de ce problème, d'en identifier les composantes en termes de causes de décès et d'analyser les pratiques professionnelles face aux décès d'enfants de cet âge, survenus dans des conditions pas tout à fait claires sur le plan médical [1,4]. L'identification des sources d'information potentielles a conduit à en explorer trois : des services hospitaliers (« centres de référence de la mort subite du nourrisson » [MSN] et services hospitaliers accueillant des nourrissons décédés dans le cadre du protocole d'investigation scientifique de la MSN), des parquets, les statistiques officielles de décès établies par le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès de l'Inserm [3] (CépiDc-Inserm), les diverses données recueillies étant recoupées entre elles (avec l'accord de la CNIL). Pour cette recherche rétrospective menée en Île-de-France, Bretagne et Nord-Pas-de-Calais, la population d'étude avait été constituée de l'ensemble des cas de décès d'enfants de moins de 1 an survenus sur une période de 5 ans (1996-2000) et enregistrés par ces différentes sources. Il s'agissait, pour la source hospitalière, des cas d'enfants arrivés décédés à l'hôpital, pour la source judiciaire, des cas de décès ayant donné lieu à une saisine du parquet et, enfin, pour le CépiDc, de l'ensemble des décès d'enfants de moins de 1 an résidant dans ces mêmes régions et décédés dans la période considérée.

Les hypothèses épidémiologiques concernant la fréquence réelle des homicides de nourrissons et les confusions entre diverses causes de décès ont été confirmées par cette recherche (les morts de cause inconnue et les morts accidentelles étant pour une large part d'entre elles des homicides) [5, 6]. Ainsi au cours des années objet de notre recherche, le CépiDc a enregistré 85 infanticides pour la France entière, soit une moyenne de 17 cas par an. En appliquant le facteur de correction proposé à l'issue de la partie hospitalière de notre enquête (multiplier le chiffre officiel par 15), on obtiendrait un chiffre annuel national d'homicides pour les seuls enfants âgés de moins de 1 an de 255 [2]. Le sous-enregistrement des mauvais traitements mortels à enfant, qui se reflète dans les statistiques des causes médicales de décès, est un fait

reconnu dans la littérature [7-10] et s'explique en partie par des carences en investigations. Les « MSN » notamment sont apparues très mal explorées par la justice, surtout du fait des carences en autopsie et alors même que l'autopsie est indispensable au diagnostic² [11]. Cette recherche a en outre apporté des informations importantes sur les carences dans la prévention de ces morts comme l'attestent les répétitions dans une même fratrie et la survenue de décès chez des enfants connus et suivis pour maltraitance. Des études de cas ont déjà permis une première approche du contexte psychoaffectif des morts violentes [2] ; toutefois, dans les publications internationales réalisées jusqu'à présent, l'abord est resté essentiellement statistique et un approfondissement de certains thèmes par d'autres approches a paru nécessaire. Les résultats de l'enquête auprès des parquets amènent en effet à se poser de nombreuses questions :

- Dans les trajectoires individuelles des enfants, depuis la première intervention sur le lieu de l'évènement déclencheur du décès jusqu'à la décision judiciaire, quels ont été les éléments déterminants à chaque étape ? Quel est le rôle des caractéristiques de la famille ? Quels sont l'importance et le rôle du premier intervenant ? Existe-t-il un « effet tribunal » ?...
- Les outils actuellement disponibles (expertises, autopsie...) sont-ils systématiquement mobilisés pour l'analyse des circonstances des décès et l'analyse médicale et médico-légale des cohérences entre circonstances et lésions ? Qu'attend-on de ces outils ? Répondent-ils à ces attentes ?
- Comment se prend la décision judiciaire ? Comment l'intentionnalité est-elle définie dans les cas de négligence grave (enfants exposés à des dangers majeurs) ou dans ceux de SBS (syndrome du bébé secoué) ?
- L'information présente dans les dossiers de la justice permet-elle d'identifier des facteurs de risque de mort par mauvais traitement et/ou négligence chez les nourrissons ?

² Beckwith JB. Defining the sudden infant death syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003; 157: 286-290. La MSN est une « mort subite et inattendue d'un enfant de moins d'un an et normalement au-delà de la période périnatale, qui reste inexplicée après une investigation approfondie, comprenant une autopsie complète et l'analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure ». Après que, grâce à toutes les investigations nécessaires, on a exclu tous les diagnostics envisageables, on peut parler de MSN qui est donc un « diagnostic d'exclusion ».

- Existe-t-il entre 1996 et 2000 une évolution du traitement judiciaire du syndrome du bébé secoué dont la connaissance médicale s'est beaucoup développée au cours de cette période, de même que la médiatisation ?

C'est avec l'objectif de répondre à ces questions qu'a été élaboré un nouveau projet de recherche. La nouvelle étude est donc un prolongement de la précédente et comprend :

- une collecte d'information complémentaire par rapport aux données initialement recueillies ;
- un approfondissement de l'analyse avec la mise en œuvre d'un traitement qualitatif de certaines données ;
- un abord disciplinaire plus large avec la mise en place d'une collaboration avec des chercheurs en sciences sociales familiers du fonctionnement de la justice et des cliniciens formés à la psychiatrie et à la psychologie, venant renforcer l'équipe existante (épidémiologie, anthropologie, statistique et santé publique).

C'est dans ce cadre qu'un partenariat a été noué avec le Césames (CNRS-UMR8136, Inserm U611, EHESS, Université Paris V), et plus particulièrement avec Laurence Simmat-Durand, démographe et sociologue [12-14] ainsi qu'avec Annick Le Nestour, pédopsychiatre à l'hôpital Erasme dans les Hauts de Seine [15-17]. Depuis 2009, Natacha Vellut, psychologue clinicienne [14, 17] travaillant avec Laurence Simmat-Durand, a repris la partie psychologique du projet.

Cette nouvelle étude porte principalement sur les cas déjà étudiés pour lesquels un recueil de données beaucoup plus exhaustif est mené. Il a aussi été décidé, malgré les difficultés que cela représente, d'étendre le recueil aux nouveaux cas de la période 2001-2005 pour le parquet des mineurs de Paris parce qu'un archivage spécifique des procédures après décès de mineurs y améliore l'accessibilité des dossiers et qu'une telle extension permet ainsi de prendre en compte dans l'analyse des données, notamment dans le cas du syndrome du bébé secoué, l'évolution des connaissances sur la pathologie et d'éventuels changements de pratiques professionnelles.

Les objectifs

Ils visent à répondre à trois types de problématiques :

- l'analyse du contexte humain et social de survenue des décès et de leur traitement par la justice ;
- l'analyse des trajectoires des auteurs et des victimes, selon le traitement judiciaire des cas ;
- l'analyse de procédures et d'outils utilisés dans le cadre de ces traitements judiciaires.

Il s'agit donc de :

- Reconstruire les trajectoires individuelles des cas et élaborer des typologies de parcours depuis la première intervention jusqu'à la décision judiciaire ;
- Reconstruire les trajectoires des auteurs depuis le passé antérieur aux faits jusqu'au suivi après la décision judiciaire, et élaborer des typologies d'auteurs, avec un intérêt particulier pour le contexte social et économique d'une part, l'environnement psycho-affectif d'autre part ;
- Identifier les déterminants des diverses phases de ces parcours et analyser ainsi le processus de prise de décision judiciaire ;
- Faire le bilan des informations disponibles (données d'interrogatoire ; résultats de l'utilisation d'outils...) et, en ce qui concerne les outils, identifier ce qui est « protocolisé » et de quelle manière ;
- Analyser les collaborations, autour des cas, entre le secteur judiciaire et les autres secteurs concernés : médecine, PMI, services sociaux divers, ASE...et les collaborations intra-judiciaires.

Par ailleurs, comme la première étude avait démontré la nécessité d'améliorer la fiabilité des statistiques de mortalité, outil essentiel d'évaluation des politiques de santé publique et seule source exhaustive de chiffres en France, il s'agissait aussi lors de cette nouvelle étude, d'identifier les voies par lesquelles le secteur judiciaire pouvait y contribuer ou non.

Le protocole de recherche

I. Population d'étude

L'étude porte sur les deux groupes d'enfants identifiés comme majoritaires parmi les morts violentes dans la précédente enquête : les victimes du syndrome du bébé secoué (SBS) et les victimes de néonaticide, regroupées dans 18 des 26 parquets précédemment inclus et pour la période 1996-2000. Dans une optique de comparaison éclairante sur la notion d'intentionnalité, on a aussi inclus dans la population d'étude les enfants décédés de négligences graves (décès généralement considérés comme « accidentels » par la justice). Enfin les cas de MSN dont le diagnostic a été porté sans autopsie dans ces mêmes parquets sont également inclus, avec un objectif d'analyse des informations recueillies et des outils diagnostics utilisés.

Les effectifs de néonaticides et de SBS sont légèrement plus élevés que ceux de la première étude, tels qu'on peut les retrouver dans les publications déjà citées [2-5]. En effet la première phase de la recherche avait bénéficié du pilotage d'un comité scientifique pluridisciplinaire qui a examiné tous les cas, avec un intérêt particulier pour les plus complexes et douteux en ce que les qualifications judiciaires ne paraissaient pas tout à fait adéquates aux cliniciens du comité. Neuf cas supplémentaires ont ainsi été rajoutés dans l'échantillon de la nouvelle étude, soit 4 cas de SBS et 5 cas de néonaticides. En ce qui concerne le SBS, les discussions ont porté sur la cohérence entre les lésions observées, le mécanisme invoqué par le(les) auteur(s) présumés, l'âge et le développement de l'enfant et, in fine, la conclusion portée par la justice. Ce point soulève le problème de l'expertise médico-légale dans le cas des morts de nourrissons et de son apport à la décision judiciaire. Cette problématique sera abordée au chapitre III de la partie « Résultats ».

De plus, comme précédemment indiqué, le recueil a été étendu aux cas enregistrés par le parquet des mineurs de Paris au cours de la période 2001-2005. L'ensemble des procédures ouvertes après décès d'un mineur pendant ces cinq années ont donc été consultées et celles

répondant aux mêmes critères d'âge, de date, lieu de survenue et catégorie de décès ont été incluses dans l'enquête, ce qui a entraîné l'apport de cas supplémentaires (soit 6 cas de SBS, 2 néonaticides, 2 négligences graves et 1 cas de mort subite inexplorée).

II. Méthode de recueil de données

Les données recueillies à ce jour proviennent exclusivement de sources judiciaires et sont issues des dossiers détenus, selon les cas, par le parquet, l'instruction, le tribunal correctionnel, la cour d'assise, la cour d'appel, le service pénitentiaire d'insertion et de probation, le service de contrôle judiciaire. Leur recueil nécessite un examen systématique et minutieux de toutes les pièces de chaque dossier.

En fonction de l'obtention éventuelle de nouveaux financements, un recueil de données auprès d'acteurs extrajudiciaires (entretiens auprès d'acteurs tels que des médecins hospitaliers, des personnels de l'ASE et de la PMI) sera mené pour compléter l'analyse des circuits de signalement et on s'attachera alors aux pratiques professionnelles, aux instruments matériels et conceptuels et aux représentations de ces acteurs.

Le recueil des données à partir des dossiers judiciaires s'effectue selon la méthodologie élaborée lors d'une phase pilote décrite plus loin : l'ensemble de la procédure judiciaire est examiné, pièce par pièce, en suivant l'ordre de présentation dans le dossier (de la plus récente à la plus ancienne) et en notant les caractéristiques et la cote de chaque pièce.

Pour chaque dossier, un inventaire des pièces est dressé dans un fichier Excel, avec une description soignée de chaque pièce, précisant son titre, le numéro de côte dans le dossier et sa place dans un éventuel sous-dossier, son nombre de pages, la nature et la fonction de l'émetteur et du destinataire, la date et, le cas échéant, l'heure de son émission. Les dossiers sont organisés différemment selon leur issue judiciaire et la juridiction : cotation ou non, classement par ordre chronologique inverse (du plus récent au plus ancien), regroupement en sous-dossiers correspondant aux étapes de la procédure (enquête préliminaire, instruction, assise, appel, chambre de l'instruction, expertises, détention) ou bien désordre relatif ou total. Pour conserver l'information du mode de classement des dossiers dans l'état où ils ont été consultés et pouvoir réaliser ultérieurement une analyse chronologique, les pièces ont été numérotées dans l'ordre de leur apparition dans le dossier.

De plus, les pièces essentielles de la procédure sont enregistrées avec le souci d'être aussi exhaustif que possible. Il s'agit principalement de :

- 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, techniques, psychiatriques et psychologiques et des enquêtes de personnalité ;
- comptes-rendus d'autopsie, résultats d'autres investigations scientifiques ;
- réquisitoires, ordonnances, jugements, pièces apportant des éléments d'information sur les antécédents et le suivi des auteurs.

Les méthodes de recueil sont variées : recopie, lecture dans un logiciel de reconnaissance vocale, photocopies qui nous sont fournies dans de nombreuses juridictions. Des copies de dossiers complets nous ont été rendues accessibles dans certains tribunaux.

Pour chaque procédure, un dossier est constitué à partir des pièces enregistrées. Tous ces dossiers sont anonymisés avant d'être introduits dans la base informatique (suppression des noms des personnes, lieux géographiques, professions des auteurs des faits). Ces données brutes sont converties en monographies.

III. Méthode d'analyse

On dispose donc de deux grandes bases de données (celle regroupant les fichiers d'inventaire et celle regroupant les monographies) qui se prêtent à une double analyse, quantitative et qualitative :

- Le fichier d'inventaire Excel signalant l'existence de toutes les pièces datées, à partir duquel on peut réaliser une analyse des typologies de trajectoires, en relation avec la nature et le lieu du décès, les antécédents de l'enfant (grossesse suivie ou non, prématurité, gémellité, handicap, hospitalisations précoces...), les

caractéristiques sociales et économiques des familles, les antécédents judiciaires des auteurs, les ruptures biographiques qu'ils peuvent avoir connues, le rôle éventuel de l'hôpital, la nature du tribunal, avec une attention particulière pour le suivi judiciaire (dans une optique de réflexion sur la prévention des récidives). L'analyse de la décision judiciaire doit prendre en compte les qualifications et requalifications successives ;

- L'ensemble des monographies faisant l'objet d'une analyse de contenu après codage (certaines variables quantifiables devant faire l'objet d'une analyse statistique). L'analyse des outils (autopsie, expertises...) porte notamment sur la cohérence entre les différentes expertises et leur influence sur la décision judiciaire.

Saisie et traitement des données quantitatives

Toutes les données pouvant donner lieu à un traitement quantitatif (données socioéconomiques et démographiques de la famille, informations sur les antécédents de santé du nourrisson, déroulement de la procédure judiciaire, résultats d'expertise, etc.), sont réparties dans trois fichiers distincts, ainsi constitués :

- Le premier fichier porte sur la procédure judiciaire et consiste en l'exploitation quantitative des fichiers d'inventaire Excel. Il permet une description et analyse des procédures et circuits judiciaires des cas ;
- Le second repose sur une exploitation statistique et épidémiologique des monographies (base de données Modalisa³). Ce traitement quantitatif de certaines données est mené après construction des variables pertinentes issues de l'exploration qualitative (données socioéconomiques et démographiques de la famille, informations sur les antécédents de santé du nourrisson, déroulement de la procédure judiciaire, résultats d'expertise, etc.). Ce travail sera complété par des analyses ultérieures de l'ensemble des cas avec SPSS, en cherchant à créer des typologies et en utilisant des analyses statistiques multi variées ;
- Le troisième fichier de variables quantitatives est constitué par la description fine des expertises présentes dans les dossiers, saisi sur Modalisa. Toutes les

³ Modalisa6 est un logiciel permettant la création de questionnaires, la saisie, le recodage et l'analyse statistique des données quantitatives.

expertises disponibles dans un dossier ont été intégrées, s'agissant aussi bien des parents de l'enfant, de la personne mise en cause ou d'un autre membre de la famille.

Ces différents fichiers, tous utilisables sous un format Excel ou texte pourront être fusionnés pour réaliser, avec le logiciel d'analyse statistique SPSS⁴, des traitements utilisant simultanément les différentes variables. Par exemple, les calculs de durées des différentes étapes de la procédure judiciaire pourront être rapportés à l'existence de multiples expertises. L'analyse statistique, épidémiologique et démographique est conduite par Laurence Simmat-Durand et Anne Tursz.

Codage des données qualitatives (base Nvivo)

Le codage des données qualitatives des monographies est réalisé à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo⁵, auquel ont été formés certains membres de l'équipe. Après importation dans Nvivo des données recueillies, sous forme de fichiers « texte » et attribution à chaque fichier « texte » des propriétés du cas : dates, région, décisions judiciaires, cause du décès, etc, une exploration attentive et systématique des fichiers « texte » et un codage thématique des extraits (« *enfance de la mère* » ; « *intention de l'auteur* » ; « *grossesse désirée* », par exemple) sont réalisés.

C'est un processus itératif car de nouvelles pistes de recherche apparaissent au cours du codage et entraînent une codification plus fine, une hiérarchisation et des regroupements d'idées, aboutissant à la création d'un arbre thématique. Le logiciel permet d'explorer tous les fichiers « texte » de tous les cas simultanément et de réaliser des lectures et analyses longitudinales (par cas) et transversales (par thème) des données. Il est aussi possible d'associer les propriétés du cas à n'importe quelle phrase, thème ou sous-thème et, par exemple, de retrouver tous les extraits des fichiers « texte » comportant la séquence « mère immature » et pouvoir analyser son utilisation : à combien de reprises, dans quelle pièce du dossier : procès-verbal, expertises ? Dans quel contexte ? Pour quel type de décès ? Par qui ?

L'apport disciplinaire des différents membres de l'équipe est nécessaire dès cette étape de traitement des monographies. Le principe d'analyse thématique à partir du logiciel Nvivo est en effet très proche des techniques manuelles habituelles en sociologie de classification et de

⁴ SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), logiciel d'analyse statistique.

⁵ NVivo 8 est un logiciel permettant l'exploration, le codage et l'analyse qualitative de données de différente nature (textes, images, sons)

structuration du contenu. Le travail en duo de chercheurs de différentes disciplines permet d'interpréter avec précision le contenu des différentes pièces : domaine médical pour les expertises comme les autopsies ou les rapports d'anatomo-pathologies, pièces judiciaires, expertises psychiatriques, PV de police ou de gendarmerie...

IV. Le calendrier

Le calendrier initial

Le calendrier envisagé lors de la soumission du projet au premier financeur (l'ONED) prévoyait un démarrage au 1^{er} octobre 2007 et un achèvement au 31 mars 2009. A la demande de l'ONED qui ne pouvait s'engager à financer l'ensemble de l'étude, un « découpage territorial » du projet a été effectué : la demande faite à l'ONED a porté sur les cas issus des régions Nord Pas de Calais et Bretagne et un autre financement a été obtenu du Conseil régional de la région Île de France pour les cas issus de cette région, pour un montant de 59 612 euros.

En raison des difficultés prévisibles d'accès aux données, un chevauchement entre les étapes de recueil et de codage de ces données était envisagé de façon à commencer leur analyse le plus rapidement possible. Avec le même objectif et compte tenu du délai de mise en place des financements, il avait été décidé de mener la phase pilote en Ile de France, dans la juridiction de Versailles dès octobre 2007.

Dans le rapport intermédiaire remis à l'ONED le 31 août 2008, le calendrier était affiné en tenant compte des ajustements rendus nécessaires par les importantes difficultés d'accès aux données. Les échéances étaient alors précisées comme suit :

- 1-09-2008 au 30-09-2008 : fin du recueil des données dans le Nord Pas de Calais, démarches en Ile de France, obtention des autorisations pour les années 2001-2005 à Paris.
- 1-09-2008 au 30-06-2009 : poursuite et fin du codage.
- 30-09-2008 au 28-02-2009 : recueil des données en Île de France.
- 1-01-2009 au 31-12-2009 : analyse et rapports. Poursuite de l'analyse au-delà pour les publications scientifiques.

Le calendrier actuel

Bien que les incertitudes sur l'accès aux données et leurs conditions de recueil aient été anticipées pour une grande partie, des difficultés non prévues se sont présentées tout au long de ces deux années et ont affecté le calendrier. Ces difficultés et leurs conséquences sur le déroulement de la recherche sont précisées dans la partie IV du chapitre sur le déroulement de la recherche.

Le recueil des données ainsi que la saisie des fichiers d'inventaire ont été achevés début novembre 2010 (à l'exclusion de 4 cas dont la situation sera exposée plus loin). L'analyse quantitative des fichiers d'inventaire Excel est avancée et de premiers résultats sont disponibles et présentés dans ce rapport.

La préparation des monographies est elle aussi achevée, début décembre 2010. L'achèvement du codage d'ensemble des monographies est prévu pour la mi 2011. En effet, les matériaux recueillis dans ces monographies sont si abondants et si riches que le temps de codage prévu initialement a dû être largement révisé à la hausse.

Cependant, le codage d'une partie des données qualitatives a été effectué pour permettre l'analyse approfondie de certaines thématiques (expertises psychologiques des auteurs, ...). L'analyse quantitative sous Modalisa est en cours. Elle devrait s'achever également dans le courant du deuxième semestre 2011.

V. Les personnels impliqués dans la recherche et la répartition des tâches

A l'origine, le projet était mené par deux équipes provenant de deux unités de recherche :

- le CERMES : Centre de Recherche Médecine, Sciences et Société. CNRS-UMR8169, Inserm U750, EHESS, Université Paris XI
- le CESAMES : Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société. CNRS-UMR8136, Inserm U611, EHESS, Université Paris V.

Ces deux unités ont fusionné et, le 1^{er} janvier 2010, a été créé le Cermes3 (Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale et Société ; CNRS UMR 8211, Inserm U988, EHESS, Université Paris Descartes).

Les personnels impliqués dans la recherche ainsi que leurs disciplines et leur rôle sont indiqués ci-dessous :

Anne Tursz (pédiatre, épidémiologiste, antérieurement au Cermes, DR1 Inserm au Cermes3) assure la coordination générale, a participé au recueil de données et assure une partie des analyses quantitatives (celles relevant de problématiques médico-épidémiologiques).

Pascale Gerbouin-Rérolle (chargée de projet en santé publique au Cermes3, antérieurement au Cermes) assure la coordination de terrain et a organisé le recueil de données et la création des monographies ; elle a également suivi la formation N Vivo et participe au codage.

Jon Cook (anthropologue médical au Cermes3, antérieurement au Cermes) a participé au recueil de données et à la création des monographies. Il a entrepris le codage et assure une large part de l'analyse qualitative.

Laurence Simmat-Durand (démographe et sociologue, antérieurement au Césames, professeur de sociologie à Paris-Descartes, Cermes3) a participé au recueil de données et au codage et joue un rôle majeur dans la définition des divers fichiers. Elle assure l'analyse des trajectoires judiciaires et coordonne l'essentiel de l'analyse quantitative.

Natacha Vellut (psychologue clinicienne, antérieurement au Césames, ingénieure d'études au Cermes3) analyse les données quantitatives du « fichier Modalisa » en collaboration avec Laurence Simmat-Durand et réalise une large part de l'analyse des données qualitatives.

Yana Zdravkova, inscrite en doctorat de sociologie dans le cadre du projet sous la direction de Laurence Simmat-Durand, avait largement participé au recueil de données, à la création des monographies et au codage, avant de devoir quitter l'équipe du projet. Sa thèse, dont le sujet portait sur les néonaticides dans la presse et les données judiciaires en France et en Bulgarie (thèse inscrite en cotutelle avec l'université de Sofia), est aujourd'hui abandonnée du fait d'un manque de financement. Elle a donc dû quitter l'équipe.

Annick Le Nestour, pédopsychiatre, PH et chef de service à l'hôpital Erasme d'Antony, 92. Médecin responsable du Centre médico-psychologique du tout petit « l'Aubier » (Bourg la Reine), spécialiste du lien mère enfant et de la prévention de la maltraitance a brièvement participé au projet et a assuré notamment, en collaboration avec Natacha Vellut et en lien avec le reste de l'équipe, le traitement et l'analyse des données d'expertises psychologiques et psychiatriques dans le cas des néonaticides.

Marie Desurmont, pédiatre et médecin légiste, PH au CHRU de Lille, a rejoint l'équipe dans le courant de l'année 2010 pour assurer l'analyse des documents médico-légaux, dont les comptes-rendus d'autopsie.

Les financements

Les deux premiers financements ont été acquis en 2007, en août pour l'Observatoire national de l'Enfance en Danger (ONED), en novembre pour la Région Île de France.

Les difficultés d'accès aux dossiers judiciaires (détaillées au chapitre IV de la partie sur le déroulement de la recherche) et la lourdeur de l'étape de recueil et de préparation des données ont rapidement accru les besoins de personnel pour ces tâches. L'ONED avait d'ailleurs accordé son financement en reconnaissant qu'il était notoirement insuffisant pour l'ensemble du projet. A sa demande, le recueil de données a débuté en Bretagne et Nord Pas de Calais, régions dans lesquelles l'Observatoire espérait être en mesure de financer l'ensemble du processus de recherche.

Le conseil régional d'Île de France qui s'était engagé pour un premier financement de 59 612 euros en 2008, avait posé le principe d'une tacite reconduction de son aide, pour un montant équivalent. Cependant, un changement dans ses statuts, survenu en 2009, a rendu impossible le financement des établissements publics à caractère scientifique et technique (EPST), comme l'Inserm et le CNRS. De ce fait, d'autres apports ont dû être recherchés.

Ainsi, l'exploitation plus approfondie de l'analyse qualitative et en particulier celle portant sur les expertises psychiatriques a fait l'objet d'une demande à la Fondation pour la Recherche en Psychiatrie et Santé mentale, pour un montant de 45 596 Euros, demande qui a été acceptée à la mi-2009. Cependant, l'appel d'offre ayant été lancé sans que la fondation dispose encore de fonds propres, elle n'a pu effectuer qu'un premier versement de 20 000 euros (soit environ 45% du total promis) et nous avons dû lui fournir en décembre 2009 un rapport intermédiaire pour l'aider dans sa recherche de fonds, qui ne semble pas avoir abouti jusqu'à présent.

Afin de mener à bien le travail, les deux unités partenaires du projet ont donc pris en charge de façon exceptionnelle et sur leurs ressources propres, la rémunération de vacations pour un montant total en 2009 de 12 384 euros. L'apport en personnel permanent du Césames a par ailleurs été augmenté en 2009 grâce à la collaboration au projet de Natacha Vellut.

Enfin, dans la perspective de valoriser les résultats de cette recherche dans le champ de la prévention, une demande de financement complémentaire a été faite à la Fondation Wyeth, demande acceptée en décembre 2009, pour un montant accordé correspondant à la moitié de ce qui avait été sollicité.

Pour chacune de ces demandes, il s'est agi de réponses à un appel d'offres spécifique (dans 3 cas), ou de propositions en adéquation avec les missions de la structure source de financement (dans le cas de la région IdF), avec des objectifs, des procédures et des contraintes différentes. Le maintien de la cohérence d'ensemble de la recherche et sa continuité malgré les interruptions budgétaires ont requis un effort important de l'équipe du projet et des partenaires principaux, le Cermes et le Césames.

Le tableau 1 récapitule les apports des cinq sources de financement. On y constate que le montant total du financement hors contribution des unités de recherche est de 139 512 Euros, alors que le montant attendu était de 254 720 Euros (et promis de 224 720 Euros).

Tableau 1 : Budget global de la recherche 2007-2011

Postes budgétaires	Contribution unités de recherche	Autres ressources acquises				Total
		ONED 2007-2009	Région IdF 2008-2009	Fondation psychiatrie* 2009-2010	Fondation Wyeth ** 2010-2011	
Rémunération de personnels						
1) Personnel statutaire	107 603					107 603
2) Vacances		17 000	45 166	12 194	19 591	93 951
Cesames (2009)	6 750					6 750
Cermes (2009)	5 634					5 634
Total rémunérations	119 987	17 000	45 166	12 194	19 591	213 938
Fonctionnement et missions						
1) Matériel, documentation	30 000	2 510	2 400	2 400	3 000	40 310
2) Missions		5 000	1 300	1 800	2 000	10 100
Total fonctionnement	30 000	7 510	3 700	4 200	5 000	50 410
Sous-total	149 987	24 510	48 866	16 394	24 591	264 348
Frais de gestion de l'Inserm (2%)		490	977	328	492	2 287
Total hors TVA	149 987	25 000	49 843	16 722	25 083	266 635
TVA (19,6%)		4 900	9 769	3 278	4 917	22 864
Total	149 987	29 900	59 612	20 000	30 000	289 499

* le montant du financement de la Fondation pour la recherche en psychiatrie et en santé mentale figurant sur ce tableau est celui qui a été acquis à la date de rédaction de ce rapport (au lieu des 45 596.€ annoncés)

** le financement de la Fondation Wyeth figurant ici est celui qui a été accordé, et non celui demandé (59 725€).

Le déroulement de la recherche et les difficultés rencontrées

I. Phase pilote

Les deux premiers financements ont été acquis en 2007 (en août pour l'Observatoire national de l'Enfance en Danger [ONED], en novembre pour la Région Île de France) et la recherche a pu démarrer dès le 1^{er} octobre 2007, avant même la réception des fonds. Une phase pilote semblait indispensable pour vérifier la faisabilité du projet, l'acceptabilité de la demande faite aux différentes autorités judiciaires, les modalités pratiques d'accès aux dossiers et de recueil des données. Elle s'est déroulée en Île de France, dans la juridiction de Versailles entre le 1^{er} octobre 2007 et fin février 2008.

Les 16 dossiers consultés au tribunal de grande instance et à la cour d'appel de Versailles, divers dans leur nature (SBS, néonaticides, négligences graves et MSN sans investigation médicale) et dans leur parcours judiciaire (classement sans suite, jugement correctionnel, ordonnance de non-lieu, dossier d'assises et dossier d'appel en assise) ont permis d'élaborer, lors de séances de revue collective des procédures, la liste type des pièces (annexe 1) à prendre en considération selon le type de procédure et de préciser les critères de sélection des pièces, la nature des informations à recueillir, le degré d'exhaustivité du recueil selon le type de documents. Divers outils de recueil ont été testés, notamment l'enregistrement par dictaphone associé à un logiciel de reconnaissance vocale et la recopie. La demande de copies de certaines pièces des dossiers a été envisagée et mise en œuvre, conformément aux articles R.155 1°, R.156 du code de procédure pénale qui permettent la communication des décisions de justice pénale (arrêts, jugements, ordonnances pénales définitifs et titres exécutoires).

II. Aspects éthiques et de confidentialité

Les autorisations de la chancellerie ayant été acquises lors de la première phase de la recherche, et le recueil complémentaire ne permettant aucun traitement nominatif des données, il n'a pas été nécessaire de déposer une nouvelle demande à la chancellerie ou à la CNIL. Les seules démarches entreprises ont donc été une demande de prolongation

d'autorisation auprès de la CNIL (pour les données de la période 2001-2005 à Paris) et les demandes d'autorisation aux magistrats pour l'accès aux dossiers.

Comme on l'a vu dans la description du protocole, tous les dossiers sont anonymisés avant d'être introduits dans la base informatique (suppression des noms des personnes, lieux géographiques, professions des auteurs des faits) et dans des ordinateurs protégés par des mots de passe.

Enfin, comme indiqué dans l'avant-propos on a réduit au minimum le nombre de personnes ayant accès à ces données sensibles que constitue le contenu des dossiers judiciaires.

III. Démarches et autorisations

Les autorisations nécessaires pour accéder aux dossiers judiciaires ont été sollicitées dans chacune des juridictions de l'enquête auprès du procureur de la République et/ou du président du tribunal pour les dossiers classés sans suite, ceux ayant fait l'objet d'un jugement correctionnel ou d'une ordonnance de non-lieu. Pour les dossiers de cour d'assises, il a été demandé l'autorisation du président du tribunal de grande instance et du procureur ou, dans le cas des cours d'appel (Douai, Rennes, Paris et Versailles), du président de la cour d'appel et du procureur général. Les demandes ont été faites en précisant l'intérêt d'un retour aux dossiers déjà consultés lors de l'étude précédente et en donnant les précisions nécessaires à leur identification.

Dans de nombreux cas, une ou plusieurs relances téléphoniques ont été nécessaires avant d'obtenir un accord de participation à l'étude. De nombreux magistrats et greffiers qui avaient collaboré à l'étude précédente, réalisée entre 2001 et 2006, ont changé de poste et de nouvelles prises de contact ont donc été nécessaires. La réalisation de cette phase de l'étude a été ainsi plus longue et plus difficile que prévu.

IV. Les données recueillies et les problèmes rencontrés

Le recueil de données dans les régions du Nord Pas de Calais et de Bretagne s'est déroulé entre mars et décembre 2008.

En Île de France (hors la juridiction de Versailles, déjà enquêtée lors de la phase pilote), le recueil a démarré en septembre 2008 dans les parquets de Créteil et de Paris, mais il a dû s'interrompre entre décembre 2008 et mai 2009 pour des raisons budgétaires et dans l'attente du financement de la Fondation pour la Recherche en Psychiatrie et Santé mentale. Un premier versement de 20 000 euros en juin 2009 a permis de reprendre le recueil qui est achevé à la date de rédaction de ce rapport (avec toutefois des données incomplètes pour 4 cas de Paris, voir page 26).

L'interruption du recueil des données pendant 6 mois en 2009, puis 3 mois en 2010, pour des raisons budgétaires, explique une grande partie du retard dans la réalisation de cette étape du projet. Cependant, d'autres difficultés ont été rencontrées :

- les démarches pour l'obtention des autorisations nécessaires ont été aussi – voire plus longues en Île de France qu'en Bretagne et dans le Nord Pas de Calais ;
- les règles de conservation des dossiers archivés permettent une destruction des dossiers judiciaires classés sans suite après 10 ans ; de ce fait, les dossiers de 1996, et parfois ceux de 1997, ont été détruits dans de nombreuses juridictions, alors que nous y avons eu accès lors de la recherche précédente. Nous essayons de les reconstituer à partir des enquêtes préliminaires de police ou gendarmerie, quand il est possible d'en obtenir une copie. L'ensemble des 22 dossiers classés sans suite par le parquet de Créteil n'ont pu être retrouvés aux archives et ont sans doute été détruits. Néanmoins, nous disposons pour l'ensemble de ces dossiers classés sans suite des données recueillies par questionnaire lors de l'enquête précédente ;
- malgré de multiples démarches, un dossier d'assises du Pas de Calais (néonaticide) et un dossier avec non-lieu de Créteil (SBS) n'ont pu être retrouvés dans les archives alors que nous avons pu les consulter lors de la recherche précédente. Pour ces dossiers, nous disposons néanmoins des données qualitatives et quantitatives recueillies lors de la recherche précédente ;
- malgré de minutieuses recherches, un dossier classé sans suite par le parquet de Pontoise (SBS) n'a pu être retrouvé mais nous avons essayé de le reconstituer grâce au dossier de l'enquête préliminaire qui avait été menée au parquet des mineurs de Paris avant dessaisissement pour Pontoise (nourrisson décédé à Paris) ;

- l'accès aux dossiers complets des nouveaux cas enregistrés au parquet de Paris entre 2001 et 2005, pour lequel une autorisation de consultation de l'enquête préliminaire archivée au parquet des mineurs a été rapidement accordée par le magistrat chef de la section des mineurs, a été cependant rendu difficile du fait de la dispersion des procédures dans les différentes instances juridictionnelles. Fin 2010, une procédure est encore en instance de jugement par la cour d'assises ;
- l'organisation du recueil dans de bonnes conditions de consultation des dossiers a parfois été difficile, en raison notamment de l'absence de lieux adaptés dans les tribunaux. Dans certains cas, la consultation sur place étant impossible, le magistrat a autorisé la délivrance d'une copie intégrale du dossier ;
- le temps de recueil des données s'est avéré plus long que prévu, car nous avons choisi de privilégier l'exhaustivité du recueil, malgré des conditions de travail souvent très éloignées de celles que nous avons eues dans la phase pilote à Versailles qui, avec le recul, avaient été tout à fait « confortables » ;
- l'une des difficultés de ce recueil est le fait que les dossiers ne sont pas des dossiers de routine, avec une structure commune, mais constitués selon les étapes de la procédure judiciaire. Les informations ne sont ni standardisées, ni classées dans le même ordre ni forcément présentes ;
- pour les très gros dossiers, qui peuvent comprendre plus de 300 pièces, le recueil de toutes les données nécessaires dans le dossier prend plusieurs journées de travail. Nous avons généralement fait le choix de nous déplacer à deux enquêteurs afin d'optimiser le travail : feuilletage du dossier, remplissage du fichier d'inventaire des pièces sous Excel, remplissage du questionnaire et retranscription des données textuelles pertinentes (extraits significatifs des PV d'audition et investigation, des rapports d'expertises médicales, psychiatriques et médico-psychologiques, ordonnances et réquisitoires, etc).

A la fin février 2011, quatre dossiers (dont deux de la période 2001-2005) doivent encore être complétés dans la juridiction de Paris. En effet, malgré des courriers et appels téléphoniques répétés et des accords verbaux réitérés quant à l'accès à ces dossiers, il n'a toujours pas été possible de les consulter.

Pour clore ce chapitre des difficultés rencontrées, signalons des problèmes politico-judiciaires qui ont grandement perturbé le fonctionnement de certains tribunaux et ont rendu de ce fait notre présence et nos exigences peu opportunes. Il en est ainsi de la réforme de la carte judiciaire qui a engendré une grande anxiété dans certains tribunaux et parfois un climat de suspicion vis-à-vis des intervenants extérieurs comme notre équipe de recherche, ou plus récemment, de certaines affaires très sensibles, notamment à Nanterre ou Paris.

L'accès aux dossiers de la période 2001-2005 de Paris a permis de vérifier les critères d'inclusion des cas et de préciser ainsi la composition du corpus de données : 11 cas sur les 22 estimés ont dû être exclus en raison d'un dessaisissement ou des précisions apportées par les expertises sur les causes du décès.

A l'issue de la phase de recueil, le corpus est finalement constitué de 142 cas, dont la répartition par type de décès, par région et par cour d'appel, est indiquée au tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des 142 dossiers selon la région et le type de décès

Type de décès	Nord Pas de Calais Douai	Île de France		Bretagne Rennes	Total
		Paris	Versailles		
Mort subite inexplorée	5	20	5	4	34
Bébé secoué	9	24	9	2	44
Néonaticide	10	12	3	9	34
Négligences graves	9	15	4	2	30
Total	33	71	21	17	142

Tableau 3 : Répartition des 141 dossiers selon leur constitution et le type de décès

Type de décès	Dossiers complets	Dossiers partiels	Dossiers en attente	Total
Mort subite inexplorée	19	15	0	34
Bébé secoué	38	4	2	44
Néonaticide	31	2	1	34
Négligences graves	16	13	1	30
Total	104	34	4	142

Comme on peut le noter au tableau 3, quatre dossiers (de Paris) sont encore en attente et 34 autres sont incomplets et ne pourront pas être complétés (car détruits ou perdus). L'analyse porte donc actuellement sur 142 cas mais avec certaines données manquantes pour 38 cas.

V. Le traitement des données

Constitution des bases de données

Afin d'avancer dans la réalisation du projet malgré les difficultés propres au recueil, l'étape de préparation des bases de données a été menée en parallèle à la poursuite du recueil. Les dossiers informatiques anonymes sont traités dans les bases de données initialement prévues :

- **Un fichier d'inventaire du dossier judiciaire** (sous Excel) recensant de façon exhaustive toutes les pièces présentes dans le dossier judiciaire du cas permettant d'analyser, dans sa chronologie et dans son contenu, le déroulement de la procédure, selon le type de cas.
- **Une base de données quantitatives** (créée sous Modalisa6) qui comporte 230 variables permettant de décrire :
 - les caractéristiques démographiques des nouveau-nés (âge, sexe) ;
 - les caractéristiques sociodémographiques des familles (mère, père biologique, père de fait) ;
 - les caractéristiques sociodémographiques des autres personnes éventuellement mises en cause (nourrice ou autre membre de l'entourage) ;
 - la procédure judiciaire.

Cette analyse ne fera pas double emploi avec celle réalisée pour l'enquête épidémiologique [1, 4, 5] car les données ont été d'une part notablement approfondies, en particulier pour ce qui concerne la description des structures familiales et des circonstances du décès et d'autre part complétées par les 11 nouveaux cas recueillis au parquet de Paris.

- **Une base de données qualitatives** (sous NVIVO8) comportant un ensemble de fichiers texte correspondant à la retranscription et anonymisation des pièces essentielles de la procédure, en vue d'une analyse lexicale et de contenu :

- procès-verbaux de constatation des faits et d'audition (mis en cause, témoins, entourage familial et social, personnels des services d'urgence et médicaux) par la police judiciaire ;
- procès verbaux d'audition par le juge d'instruction ;
- rapports des expertises médicales, techniques, psychiatriques et psychologiques et des enquêtes de personnalité ;
- comptes-rendus d'autopsie, résultats d'autres investigations scientifiques ;
- réquisitoires, ordonnances, jugements, pièces apportant des éléments d'information sur les antécédents et le suivi des auteurs.

- **Une base de données des expertises sur les personnes.** Cette base peut faire l'objet d'une double analyse : 1) de type quantitatif (sous Modalisa6) comprenant 153 variables qui permettent de décrire et d'analyser les caractéristiques des expertises menées sur les personnes mises en cause ou, plus rarement, de leur entourage proche, selon leur nature (expertises médico-psychologiques, expertises psychiatrique, enquêtes de personnalité, interrogatoires de curriculum vitae, rapports de contrôle judiciaire) et le type de cas ; 2) de type qualitatif (analyse de contenu et études de cas).

Compte tenu des difficultés rencontrées (retards indépendants de notre volonté mais surtout insuffisance des financements), le présent rapport ne peut présenter la totalité des résultats. Des choix ont donc été faits afin que ce rapport soit le reflet le plus exact possible de l'ensemble des problématiques rencontrées et analysée. On présentera ainsi, dans la section « Résultats » : 1) une description quantitative de la population d'étude : ses chiffres, le lieu de survenue du décès, les investigations pratiquées, et les conclusions de la procédure judiciaire ; 2) une analyse des durées de la procédure judiciaire et des parcours des cas ; 3) une analyse critique, à partir d'études de cas, de l'apport de l'expertise médico-légale à la décision judiciaire ; enfin, 4) une analyse détaillée des cas de néonaticides (population des enfants, caractéristiques des familles, trajectoires, expertises médico-légales et psychiatriques). Ce choix d'aborder de façon détaillée les cas de néonaticides est justifié par l'intérêt médiatique récent et intense qui s'est développé sur ce sujet (notamment à partir de l'affaire Courjault et de l'affaire Cottrez en juillet 2010 dans le Nord de la France). Comme déjà souligné dans l'introduction, les articles parus dans la presse ne rendent malheureusement pas compte d'une réalité objective telle que celle produite par des études épidémiologiques menées sur une base de population géographique, comme la nôtre. C'est pourquoi, loin du regard nécessairement

biaisé des cliniciens, surtout en milieu psychiatrique, nous décrivons ci-dessous la problématique des néonaticides de façon approfondie, notamment en proposant quatre monographies, comportant une analyse de la trajectoire judiciaire des cas et des expertises psychiatriques et médico-psychologiques.

Résultats

I. Étude descriptive quantitative de la population d'étude

Les résultats exposés ici concernent l'ensemble des 142 cas inclus dans l'enquête, y compris ceux correspondant aux 34 dossiers « incomplets » et aux 4 « en attente » (voir tableau 3 page 26). Ceci explique en grande partie les effectifs parfois assez importants de la rubrique « inconnu » dans certains tableaux.

1. Nombre de cas

Celui-ci est indiqué dans les tableaux 2 et 3, page 26, par type de décès, région, cour d'appel et état d'avancement de la constitution des dossiers. L'analyse de la répartition par sexe des 142 cas (tableau 4) montre la forte prédominance masculine globale (il y a 64 % de garçons), liée principalement à la sur représentation massive des garçons dans les cas de SBS (80 %), phénomène relevé dans toute la littérature internationale [18].

Tableau 4 : Répartition des différents types de décès selon le sexe

	Mort subite inexplorée	SBS	Néonaticide	Négligences graves	Total
Garçon	21	35	19	14	89
Fille	13	9	13	15	50
Sexe inconnu			2	1	3
Total	34	44	34	30	142

2. L'évènement déclencheur du décès

Quel que soit le type de décès, la grande majorité des faits ont eu lieu au domicile des parents, tout particulièrement dans le cas du SBS. Celui-ci représente plus du tiers des causes de décès lorsque l'évènement survient au domicile de la nourrice, deuxième lieu (19 cas), largement devant les autres. La grande majorité des cas où l'évènement est survenu chez la nourrice sont des MSN.

Tableau 5 : Lieu de l'évènement déclencheur selon le type de décès

	Mort subite inexplorée	Bébé secoué	Néonaticide	Négligences graves	Total
Inconnu	1	4	8	5	18
Domicile parents	18	29	15	20	82
Domicile nourrice	11	7		1	19
Domicile grands- parents	2	2	4	1	9
Hôpital	1				1
Lieu public			4	2	6
Autre	1	2	3	1	7
Total	34	44	34	30	142

Tableau 6 : Intervention sur place selon le type de décès

	Mort subite inexplorée	Bébé secoué	Néonaticide	Négligences graves	Total
Inconnu		3	10	2	15
Pompiers	5	7	2	10	24
SMUR/SAMU	6	6	2	2	16
Pompiers + SMUR/SAMU	18	18	5	14	55
médecin famille	3	2			5
autre professionnel	1		1		2
Autre			3		3
Aucune	1	8	11	2	22
Total	34	44	34	30	142

Les premiers intervenants sont très majoritairement les pompiers et/ou le SMUR/SAMU (dans 75 % des cas où cette variable est renseignée), mais ils ne sont pas toujours appelés en première intention, avec des variations selon le type de décès (tableau 6). Ainsi leur intervention n'a pas été sollicitée dans 11 cas de découverte fortuite de cadavres de nouveau-nés mais également pour 8 cas de SBS, 2 de négligences graves et 1 de MSN, cas pour lesquels les parents sont sortis avec l'enfant pour chercher des secours (au commissariat, à l'hôpital, à la PMI...). En revanche les secours d'urgence ont pu être appelés à intervenir auprès des mères auteurs de néonaticides présentant une pathologie grave (des hémorragies principalement).

3. *La pratique de l'autopsie*

Seulement 92 enfants ont été autopsiés. Il est très difficile d'établir des corrélations entre, d'une part, la pratique de l'autopsie et, d'autre part, la conclusion quant à un « diagnostic » et la décision judiciaire. En effet, si l'autopsie a pour rôle d'apporter des éléments de diagnostic, elle est aussi souvent demandée (ou non demandée) à partir d'un a priori sur la cause la plus probable du décès. Il est ainsi peu surprenant que l'autopsie soit plus souvent demandée dans ce qui s'avère être un SBS que dans les cas de négligences graves. En effet, à partir des 4 types de décès, on peut construire deux grandes catégories : les cas dans lesquels le diagnostic s'impose pratiquement de lui-même (les néonaticides) ou paraît très probable (les négligences graves qui sont associées à un pourcentage d'autopsies de seulement 57 %) et les cas où seules des explorations poussées (dont l'autopsie) permettront de porter un diagnostic (le SBS ; la MSN, dans cette étude précisément mal explorée). Ainsi le pourcentage d'autopsie associée au diagnostic de SBS est de 86 %.

4. *Le processus de décision judiciaire*

4. 1. *La qualification des faits*

Le tableau 7 indique la qualification des faits au moment de l'ouverture de la procédure préliminaire du parquet, donc avant toute investigation.

Tableau 7 : Qualification des faits à l'ouverture du dossier selon le type de décès

	Mort subite inexplorée	Bébé secoué	Néonaticide	Négligences graves	Total
Qualification absente ou inconnue	19	15	6	18	58
Meurtre		2	7		9
Homicide volontaire		1	7		8
Blessures volontaires ayant entraîné la mort		16			16
Blessures involontaires ayant entraîné la mort		9		1	10
Découverte de cadavre		1	11	1	13
Recherches des causes de la mort	15		1	7	23
Non assistance à personne en danger			2	1	3
Privation de soins				2	2
Total	34	44	34	30	142

Le tableau 7 est d'analyse particulièrement délicate car il y a 39 % de cas où la qualification à l'ouverture du dossier est inconnue (non explicite dans le dossier, en particulier s'il n'y a pas de réquisitoire introductif en cas de classement). Tout aussi complexe est la comparaison des tableaux 7 et 8. Deux constantes : l'affirmation du caractère volontaire du néonaticide (notamment lorsqu'on a pu clarifier la situation de « découverte de cadavre ») ; celle du caractère involontaire des négligences, finalement considérées dans les deux tiers des cas comme des décès « naturels ou accidentels ». On note aussi une diminution nette du nombre de blessures involontaires, qui passent de 10 à 3 (la différence concernant les négligences : de 1 à 0 et surtout le SBS : de 9 à 3). Ceci dit, il faut rester prudent dans cette comparaison entre les deux tableaux, le premier rapportant une classification de caractère « administrativo-judiciaire » (reposant sur le code Nataff [nature des affaires]), le second correspondant à une situation d'éclaircissement par l'instruction, l'enquête et les expertises.

Tableau 8 : Qualification des faits à la dernière décision judiciaire selon le type de décès

	Mort subite inexplorée	Bébé secoué	Néonaticide	Négligences graves	Total
Qualification inconnue	14	9	4	6	33
Meurtre		1	6		7
Homicide volontaire		1	8		9
Homicide involontaire		6	1	1	8
Violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner		16	1		17
Violences habituelles ayant entraîné la mort		3			3
Blessures involontaires ayant entraîné la mort		3			3
Coups mortels		2			2
Découverte de cadavre			3	1	4
Décès naturel ou accidentel	20	2	4	20	46
Traumatisme sans élément intentionnel		1			1
Non assistance à personne en danger			3		3
Privation de soins			3	2	5
Délaissement			1		1
Total	34	44	34	30	142

4. 2. La décision judiciaire

Globalement, on connaît le dénouement de 141 affaires sur 142. Dans 48 % des cas, il y a eu des poursuites et 29 % des affaires ont abouti à une condamnation. Il y a eu abandon des poursuites, à un stade ou l'autre de la procédure (classement sans suite [CSS] ou ordonnance

de non lieu [ONL]) dans 65 % des cas (62 % si on exclut les affaires non élucidées). Le pourcentage de classements sans suite (CSS) est notable alors même qu'il s'agit d'affaires comportant toutes un décès et le plus souvent élucidées : 52 %. De façon fort cohérente, il est de 100% quand le diagnostic finalement retenu est celui de MSN, en l'absence des investigations nécessaires. Le pourcentage de 80 % de CSS pour les cas considérés comme des négligences traduit bien que, pour la justice, cette situation est le plus souvent considérée comme appartenant au registre de « l'accidentel », notamment les noyades de nourrissons laissés seuls dans une baignoire. Si les néonaticides et surtout les SBS sont majoritairement poursuivis, les nombres de non lieu (17) ne sont pas négligeables et les pourcentages de cas où il y a eu condamnation respectivement de 40 % et 56 %. Dans 16 cas, la procédure était ouverte contre X et ces affaires ont abouti à un CSS pour 6 d'entre elles, à une ONL pour 8 et à une jonction à un autre dossier dans 2 cas.

Tableau 9 : Décision finale selon le type de décès

	Mort subite inexplorée	Bébé secoué	Néonaticide	Négligences graves	Total
Décision inconnue		1			1
Classement sans suite	34	5	10	24	73
Non-lieu/relaxe ou acquittement		12	9	2	23
Condamnation		24	13	4	41
DSS*/jonction		2	2		4
Total	34	44	34	30	142

*Dessaisissement

La décision finale s'appuie t'elle sur les résultats de l'autopsie ? En l'état actuel de l'analyse il est difficile de répondre. Certes on est frappé par l'existence de 7 cas de CSS et 12 cas de non lieu ou relaxe alors que l'autopsie concluait à des traumatismes et/ou des secouements, mais on peut difficilement avancer des hypothèses sans l'adjonction d'une analyse qualitative du contenu complet des comptes-rendus d'autopsie et notamment de leurs conclusions. On va donc s'attacher maintenant à répondre à la question : y a t'il un lien entre les conclusions de l'autopsie et la décision de condamnation ou non, à partir d'une analyse mixte, quantitative et

qualitative, à la fois de tous les documents médico-légaux et de ceux relatifs à la décision judiciaire finale. Cette analyse qualitative de l'apport de l'expertise médico-légale aux décisions prises par la justice est ébauchée dans la partie III page 46.

Les motifs de classement sans suite

Tableau 10 : Motif des classements sans suite

Motifs de CSS	N	%
Absence de qualification pénale	1	1,4
Absence d'infraction	52	71,3
Les faits ne constituent pas une infraction pénale	5	6,8
Infraction insuffisamment caractérisée	5	6,8
Recherches infructueuses	3	4,1
Trouble peu important	1	1,4
Auteur inconnu	2	2,7
Motif ignoré	4	5,5
Total	73	100,0

Les classements sans suite apparaissent peu motivés, comme on peut le déduire des 79 % de cas où aucune infraction pénale n'est retenue (3 premières catégories du tableau 10). Les motifs de CSS sont dans la plupart des cas trouvables, dans les dossiers, sous forme d'une case cochée dans un imprimé standard, sans aucun texte d'exposé des motifs. Il est d'ailleurs plausible que la plupart de ces motifs aient été choisis par la greffière au moment de la clôture du dossier.

4. 3. Les personnes jugées et les condamnations

Les condamnations ne concernent bien sûr pas les situations considérées comme des MSN ni, dans la grande majorité des cas, les négligences graves (tableau 11). La mère passe légèrement plus souvent en jugement que le père (21 cas *versus* 18) mais ceci s'explique

principalement par le fait qu'en cas de néonaticide, elle est toujours (sauf dans un cas) considérée comme seule responsable et le père n'est généralement pas inquiété, l'allégation qu'il « n'a rien vu » étant acceptée par la police et la justice.

Tableau 11 : Personnes condamnées selon le type de décès

Personne condamnée	Mort subite inexplorée	Bébé secoué	Néonaticide	Négligences graves	Total
Pas de condamné	34	22	21	27	104
Père		13			13
Mère		3	12	1	16
Les deux		3	1	1	5
Nourrice ou gardien		3		1	4
Total	34	44	34	30	142

Les pères sont essentiellement condamnés pour des violences (SBS), un seul a été considéré comme complice dans une affaire de néonaticide et a été condamné (à 3 ans de réclusion *versus* 15 ans pour la mère). Dans un cas de négligences graves (enfant morte de privation d'aliments), la mère a été condamnée à 5 ans et le père à 1 an.

II. Analyse des durées et des parcours

Ce chapitre analyse les dates des principaux événements : décès de l'enfant, découverte du cadavre, autopsie, mise en garde à vue (GAV), en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire, dernier procès-verbal (PV) de police, réquisitoires introductif et définitif, décision finale. Des durées ont été calculées entre deux événements, permettant de définir le nombre de jours d'hospitalisation, le nombre d'heures de GAV, le nombre de jours de détention provisoire ou de contrôle judiciaire, la durée totale de la procédure, le reliquat de la peine à subir⁶.

⁶ A partir des dates indiquées dans le fichier Excel descriptif des dossiers, on a pu effectuer le calcul des durées et l'analyse de celles-ci a été réalisée sous Modalisa6.

1. Durées liées à la « phase médicale » : de l'intervention des secours à l'autopsie

Des différences selon le type de décès peuvent être notées dans le délai entre les faits et l'appel des secours (SMUR, pompiers, plus rarement médecin de famille dans cette enquête). La durée moyenne entre les faits et la recherche d'aide est de 8,8 heures, variant d'un peu moins d'une heure dans le cas d'une MSN ou environ deux heures et demi pour une négligence, à plus de 11 heures dans le cas d'un néonaticide, voire plus de 14 heures en cas de SBS.

Dans 22 cas, il n'y a pas d'intervention des secours, notamment parce que les faits sont constitués par la découverte du cadavre de l'enfant ou parce que les parents se sont rendus directement à l'hôpital.

Le recours précoce à une aide professionnelle est ainsi symptomatique d'une situation qui sera analysée comme de l'ordre de la négligence ou de la mort naturelle, alors que la dissimulation des faits, et leur révélation plusieurs heures ou jours après, caractérisent les affaires comportant des violences comme les SBS ou les néonaticides.

Le non appel rapide aux secours va souvent être un élément déterminant pour la suite de la procédure judiciaire, en partie parce qu'il est possible qu'une prise en charge plus précoce aurait permis de sauver l'enfant. On pense à ces dossiers, où toute la famille tergiverse, va à pied jusqu'à l'hôpital, ne téléphone pas mais va voir la voisine ou le médecin de famille, un proche, etc. en particulier dans les cas de néonaticides qui bénéficient de la complicité familiale, ou qui ont lieu la nuit et ne sont découverts que le lendemain matin. Pour les SBS, l'impression est également que l'attente des parents est ce qui sème le doute sur le caractère accidentel des faits.

On trouvera ci-dessous un exemple de cas de SBS, considéré comme perpétré par la mère et pour lequel plusieurs jours se sont écoulés avant toute consultation médicale.

Madame était au lit, fatiguée, épuisée. Vers 4 ou 5 heures, madame s'est levée. Elle l'a secoué pour le calmer. [...]. A aucun moment elle ne se doutait que le geste qu'elle venait d'avoir

avec son enfant, allait lui être fatal. Les jours qui ont suivi, bébé a perdu l'appétit et dormait plus qu'avant. Mère souhaitait l'emmener chez son médecin. Cependant père s'y refusait estimant que l'enfant n'ayant pas de fièvre, n'avait pas besoin de consulter. Quelques jours plus tard, bébé convulsant était transporté aux urgences (*Extraits des conclusions de l'avocat de la mère*).

Sur 39 nouveau-nés hospitalisés, 31 l'ont été pour SBS, 7 pour négligence grave et 1 à la suite d'une tentative de néonaticide. Les pompiers l'ont réanimé après noyade dans les WC, puis il est décédé quelques heures après à l'hôpital). La durée moyenne de l'hospitalisation avant le décès est de 4,3 jours ($\pm 4,59$ j) mais les trois quarts des hospitalisations durent moins de 4,5 jours. Les durées les plus longues (jusqu'à 22 jours) sont observées en cas de SBS (près de 5 jours) et les plus courtes pour les négligences (en moyenne 2,1 jours).

Tableau 12 : durée moyenne du délai entre le décès et l'autopsie selon la cour d'appel

Cour d'appel	Délai avant l'autopsie (en jours)	Signification P
Douai	4,7	0,001
Paris	3,2	
Versailles	3,5	
Rennes	1,2	0,001
Total	3,4	

p = 0,001. Comparaison de moyennes – test de Fischer

Pour les 66 dossiers pour lesquels on connaît à la fois la date de décès (où la date de découverte fortuite du corps dans deux cas de nouveau-nés morts depuis plusieurs années) et celle de l'autopsie, la durée médiane écoulée entre le décès de l'enfant et l'autopsie est de 4 jours, et la durée moyenne est de 3,4 jours, la durée maximale étant de 11 jours dans une affaire de Douai. Par ailleurs, on peut noter que le délai avant la réalisation de l'autopsie varie largement selon la région et la cour d'appel sans que ce phénomène soit expliqué par des différences régionales de répartition des types de décès (tableau 12).

2. Durées liées à la procédure

Pour chaque affaire, on a scindé la durée totale de la procédure en deux phases : policière et judiciaire. La durée des investigations policières a été calculée de la date des faits à la date du dernier PV de police. La part consacrée aux investigations est en partie liée à la nature de l'affaire ; elle est d'une durée qui varie de moins de 2 jours à 2 988 jours (plus de 8 ans). Dans la moitié des cas cette durée est de moins de 109 jours et dans 75 % de moins de 375 jours. Les investigations prennent en moyenne 300 jours (± 505), mais seulement 23 jours en cas de MSN. Les durées les plus longues concernent les cas de néonaticide (432 jours) et les cas de SBS (349 jours). Pour la grande majorité des affaires, la saisie de la justice est immédiate ou différée d'un ou deux jours après la date des faits, pour quelques unes par contre, la découverte des faits est très tardive (notamment dans le cas de cadavres de nouveau-nés).

Tableau 13 : Durée des investigations policières et type de décès

Durée	Mort subite inexplorée	Bébé secoué	Néonaticide	Négligences graves	Total
Inconnue	19	14	7	16	56
Moins de 3 mois	15	11	8	8	42
De 3 mois à 1 an		10	9	3	22
Plus d'1 an		9	10	3	22
Total	34	44	34	30	142

Par ailleurs, cette durée est significativement différente selon les régions puisqu'elle n'est que de 118 jours en moyenne à Paris et 174 à Versailles *versus* 486 jours à Rennes et 521 jours dans le Nord ($p = 0,003$).

Cette différence régionale se maintient si on ne considère que les SBS : la durée moyenne globale d'investigations est de 349 jours, mais elle est de 129 jours à Paris et de plus de 1 000 jours à Douai. Les très longues durées sont liées à l'existence d'affaires pour lesquelles les investigations ont été particulièrement longues. Ainsi, on a relevé à la cour d'Appel de Douai trois affaires ayant duré plus de 1 000 jours (soit près de trois ans), dont une d'une durée d'investigations de 2 987 jours (cette affaire, des faits jusqu'à la décision judiciaire finale, a

une durée totale de 3 475 jours, sans qu'il y ait eu d'appel). En revanche, à la cour d'appel de Paris on n'a retrouvé qu'un seul dossier très long (d'une durée d'investigations de 942 jours).

On trouvera ci-dessous un bref résumé de l'affaire du Nord d'une durée totale de 3 475 jours (9,5 années)

Les faits ont lieu au domicile et l'enfant, né en 1998, est hospitalisé après un arrêt cardiaque survenu à domicile. Il décède 7 mois plus tard. Le procureur demande une enquête aux services de police... Entre temps le couple a eu deux autres enfants, puis il a divorcé.

L'information est ouverte de nouveau en mars 2006. La procédure policière est refaite et transmise le 7 mai 2007. Le père est mis en examen en janvier 2007 et placé sous contrôle judiciaire. L'ordonnance de mise en accusation date de février 2008.

La première audition de partie civile (la mère) par le juge a lieu en juin 2007 (extrait ci-dessous).

Le Juge : je viens de vous expliquer pour quelles raisons ce dossier a mis si longtemps à être traité, à savoir tout d'abord que les conclusions de la première expertise ne me convenaient pas, qu'après une seconde expertise qui m'est apparue bien plus claire, je me suis aperçue que les pièces d'exécution de ma commission rogatoire avaient disparu, et qu'ensuite j'ai attendu de trop longues années. Et je vous prie de m'en excuser, espérant que cette commission rogatoire allait être retrouvée...

Réponse : je comprends vos explications. Pour moi, le plus important est de savoir comment bébé est parti. Parce que pendant huit ans, Monsieur m'a fait croire des tas de choses, par exemple que bébé était mort parce qu'il avait une grosse tête.

Finalement le père est condamné en octobre 2008 par la cour d'Assises à cinq ans d'emprisonnement ferme (il n'a pas fait de détention provisoire).

Cette affaire est totalement atypique, du fait des délais considérables de la procédure, ce qui a été souligné à l'audience, comme l'a rapporté la presse la presse locale lors de la condamnation du père :

[...] Ses quelques mots de repentir n'auront pas sérieusement infléchi la peine que demandait l'avocat général (huit ans de prison). Pas plus que l'argumentaire de son avocate qui a souligné que « *la mort, ce n'est pas ce que voulait [père]. Il est aujourd'hui capable du meilleur : il s'occupe des enfants qu'il a eus avec sa nouvelle femme. Il faut tenir compte du diagnostic. Jugées en 1999, les choses n'auraient pas été les mêmes* ». Et c'est bien le problème de cette affaire, arrivée si tard devant la cour d'assises. Ce délai, « *rien ne le justifie : il y a eu*

clairement des négligences », a souligné l'avocat général. Un juge d'instruction débordé, qui, de 1999 à 2006, hormis pour une expertise en 2004, n'a pas ressorti ce dossier, une commission rogatoire perdue par un directeur d'enquête, parti du commissariat de R, et bien d'autres carences dans la procédure ont fait que la famille du bébé n'a appris qu'en 2007 que le décès n'était pas naturel, mais dû à une bouffée de « *violence extrême* ». La mère de [bébé] « *porte le deuil d'un enfant qui est mort deux fois. Il n'y a que le délibéré qui puisse apaiser sa souffrance* ». Elle devra panser ses plaies en sachant que [le père] a été condamné à cinq ans de prison. Il a été placé en détention.

Le pourcentage de la durée totale imputable aux investigations policières peut varier de moins de 1 % à 100 % de la durée totale, avec un pourcentage moyen de 39 %. Ce pourcentage varie assez peu avec la nature de l'affaire, sauf dans les cas de SBS pour lesquels il n'est que de 31 %, du fait sans doute des expertises nombreuses et répétées dans ces dossiers, qui allongent la durée judiciaire de la procédure et du fait des renvois plus nombreux devant la Cour d'Assises.

Dans un quart des dossiers, mais un tiers de ceux qui sont détaillés, il y a au moins une personne gardée à vue. Ceci concerne 43 mères, 40 pères et 13 autres mises en cause. La durée écoulée entre les faits et la mise en GAV est en moyenne de 40 jours, mais 56 % des gardés à vue le sont moins de 7 jours après les faits. La prolongation de la GAV est le cas le plus fréquent, seulement 24 % d'entre elles durant moins de 24 heures. On n'observe aucune différence régionale.

Le recours à la détention provisoire concerne 22 dossiers et les durées sont importantes, en moyenne de 309 jours, et de 381 jours en cas de SBS. Les durées sont variables selon les régions, de 177 jours dans le Nord, 379 jours en Bretagne, 325 jours à Paris et 399 à Versailles.

La durée du contrôle judiciaire est longue mais ne concerne que 27 affaires. Elle est en moyenne de 964 jours, soit près de trois années, avec des délais particulièrement longs pour les SBS (1 118 jours). Les durées les plus longues sont observées dans le Nord (moyenne de 1 002 jours) et à Versailles (1 240 jours) contrastant avec la Bretagne (733 jours).

La durée totale de la procédure, des faits jusqu'à la décision finale, est en moyenne de 926 jours, du fait des affaires de longue durée passées par l'instruction (Tableau 14 ; p = 0,05).

Tableau 14 : Durée moyenne totale de la procédure selon la nature de l'affaire

	Durée moyenne totale en jours	Signification P
Mort subite inexplorée	78,1	0,05
Bébé secoué	1 171,3	
Néonaticide	2 012,7	
Négligences graves	288,5	0,05
Total	925,5	

p = 0,05. Comparaison de moyennes – test de Fischer

3. Durée selon la décision finale

Durée et décisions prises (poursuites devant le tribunal correctionnel ou devant la Cour d'Assises ; abandons de poursuites, classements sans suite ou ordonnances de non-lieu ; jonctions ou dessaisissements) sont intimement liées. En cas de classements sans suite la durée totale moyenne de la procédure est de 671 jours, soit moins que pour un non-lieu (800 jours). Les affaires les plus longues sont, sans surprise, celles où il y a eu procès et jugement, qu'il y ait eu condamnation (1 389 jours) ou acquittement/relaxe (1 708 jours). La moitié des affaires jugées ont duré moins de 375 jours, notamment parce que la moitié des affaires se terminant par un CSS ont duré moins de 50 jours. A l'opposé, on note quelques durées très longues : 50 % des condamnations ont clos une procédure d'une durée de plus de 1 287 jours et 50 % des acquittements/relaxes une procédure de plus de 1 602 jours (soit près de 4 ans et demi).

4. Aperçu global des diverses composantes de la durée des procédures

Les procédures les plus brèves concernent bien sûr les morts subites dont on a décidé, même sans les investigations appropriées, qu'il s'agissait de MSN. Dans le cas des négligences, on observe que les investigations peu poussées et les reliquats de peines relativement courts sont cohérents avec cette opinion, prévalente en France dans le monde de la justice, que ces

situations relèvent de « l'accidentel ». Les durées relevées dans le cas des néonaticides sont un peu particulières. En effet, de longues investigations sont imputables à la situation de découverte de cadavres de nouveau-nés dont la mort est parfois ancienne, et pour lesquelles des recherches très fouillées et très étendues géographiquement doivent être menées compte tenu de l'absence d'auteur présumé. C'est donc pour ce type de décès qu'on observe la durée totale moyenne la plus longue (2 013 jours), le pourcentage de la « période policière » étant de 43 % de la durée totale (vs 31 % pour le SBS). Enfin, c'est dans les cas de SBS qu'on voit les plus longues durées de garde à vue (GAV), détention provisoire, contrôle judiciaire, et peine à subir. Ceci traduit sans doute à la fois l'absence de consensus devant une pathologie autour de laquelle existaient au moment de l'enquête (et existent encore) de vives controverses quant à l'intentionnalité, et une attitude de répression ferme face à une violence extrême envers de très petits enfants (Tableau 15).

Tableau 15 : Répartition des durées moyennes des diverses phases de la procédure selon le type de décès*

	Mort subite inexplorée	SBS	Néonaticide	Négligences graves	Ensemble	Sign p**
Délai secours (en heures)	0,8	14,4	11,3	2,6	8,8	
Durée d'hospitalisation	--	4,9	--	2,1	2,6	0,001
Délai autopsie	--	3,5	3,6	3,2	3,4	
Faits – GAV	19,0	58,1	7,6	40,3	40,1	
Durée investigations	23,0	348,8	432,8	239,6	300,6	
Détention provisoire	--	381,1	265,2	81,0	309,5	
Contrôle judiciaire	--	1 117,9	784,3	913,3	964,0	
Durée totale	78,1	1 171,3	2 012,7	288,5	925,5	0,05
% investigations police	46,7	31,3	43,2	41,0	39,2	
Peine à subir	--	2 044,0	1 200,8	226,3	1 483,1	

* Toutes les durées sont indiquées en jours sauf le délai avant le recours aux secours qui est indiqué en heures

** Test de la moyenne Fisher

Cette analyse des durées est prometteuse mais n'en est qu'à son début. Certains résultats sont très éclairants comme la suspicion engendrée par la réticence et le retard à consulter dans les négligences (mais le retard au recours aux soins fait partie de la négligence), et surtout dans les cas de SBS. En effet dans cette pathologie, on sait que les premiers symptômes suivent immédiatement l'acte de secouement [19] et qu'ils sont inquiétants (convulsions, somnolence voire coma, vomissements). Ne pas consulter est donc surprenant et laisse supposer un sentiment de culpabilité et de crainte de sanctions, qui apporte une ébauche de réponse à la question de l'intentionnalité.

Il existe des différences massives entre régions pour certaines durées. S'agit-il de différences régionales, de différences selon les tribunaux, de différences purement « personnes dépendantes » ? Cette dernière solution semble possible lorsqu'on pense au cas du Nord exposé précédemment. Mais le manque de moyens selon les tribunaux peut également jouer un rôle et on voit mal comment répondre à ces questions à partir de nos résultats qui ont toutefois le mérite de les soulever. En revanche, dans certains types de décès (notamment les néonaticides), il existe une grande hétérogénéité dans la durée des peines et nous disposons potentiellement des données pour répondre au pourquoi de ces différences de traitement d'affaires qui semblent quasi similaires. Il s'agit donc d'une des pistes que nous allons maintenant poursuivre.

III. Apport de l'expertise médicale et médico-légale à la décision judiciaire

Dans le cas du décès suspect d'un nourrisson, les professionnels de la justice s'aident généralement, pour étayer leurs réflexions et leur décision, d'informations médicales, disponibles ou demandées, à toutes les étapes de la trajectoire du cas y compris avant la mort de l'enfant. En effet, dans de nombreux dossiers, nous avons retrouvé le carnet de santé de l'enfant ainsi que des informations sur la surveillance médicale habituelle et les antécédents pathologiques de l'enfant.

Les premiers intervenants auprès de l'enfant, sur le lieu du décès, peuvent jouer un rôle considérable et, dans plusieurs cas, nous avons pu constater que l'expertise médicale avant le traitement du cas par le parquet, telle qu'elle ressort de l'enquête policière, peut influencer des décisions définitives, comme l'attestent les deux cas brièvement résumés ci-dessous.

C est une petite fille décédée brutalement au domicile de ses parents à l'âge de 2 mois et demi, en 1997. Les parents ont appelé les pompiers qui ont eux même alerté le SMUR et la police. **Sans examiner l'enfant, couchée dans un couffin posé sur un canapé, le médecin du SMUR a déclaré à la police : « J'ai immédiatement diagnostiqué une MSN ».** Le corps de l'enfant est emporté à l'hôpital, dans un service de pédiatrie où des examens biologiques semblent avoir été pratiqués, mais ni leur nature ni leurs résultats ne figurent dans le dossier judiciaire. Dans ce dossier, il est noté, d'après les constatations des intervenants sur place (pompiers, SMUR, police) que « **le logement est propre et bien tenu** » et que « **l'enfant est bien tenu** ». Les parents vivent en couple ; leur « origine » est « maghrébine » pour la mère, française pour le père. On ignore les antécédents de l'enfant. **Aucune autopsie n'est pratiquée. Il n'est pas ouvert d'instruction et l'affaire est classée sans suite 2 mois et 10 jours après le décès, pour « absence de qualification pénale ».**

Ce cas est emblématique de ces situations dans lesquelles aucun soupçon n'est jamais formulé (ici vraisemblablement à juste titre) et les informations sur la famille sont minimales, voire peu utiles (une autopsie aurait sans doute été plus informative que la mention de « l'origine maghrébine » de la mère). Finalement, la non-standardisation des informations recueillies et des investigations menées rendent impossible toute réflexion sur les facteurs de risque d'infanticide.

Q est un petit garçon, décédé, à l'âge de 1 mois et demi, d'une « chute, pour la deuxième fois, depuis une table à langer trop courte » et qui présentait en fait tous les signes d'un SBS à répétition (hématomes sous-duraux d'âges différents et multiples fractures de côtes). **Lors de son examen par le SAMU,** au domicile, il est laconiquement noté sur la feuille d'intervention : « Chute. Traumatisme crânien. Arrêt cardio-respiratoire. Décédé malgré réanimation ». Il s'agit donc d'un **diagnostic d'accident** (chute). Plus haut sur la feuille, il est noté « **chute de table à langer [souligné dans la feuille d'intervention], de 1 mètre, peut-être sur le pied de la table... bébé eutrophique... À noter : lésions ecchymotiques pariétales droites, lésions sur le flanc gauche, sur le siège... RAS par ailleurs** ». Après une inculpation pour homicide volontaire et violences volontaires, le cas a été requalifié en « manquement à l'obligation de sécurité et de prudence ». Les deux parents ont été condamnés, au tribunal correctionnel, à 8 mois d'emprisonnement avec sursis.

Personne ne semble avoir trouvé troublantes ces lésions contemporaines et situées à droite sur la tête, à gauche sur le flanc et sur les fesses. Personne n'a douté du diagnostic du SAMU :

accident. Le diagnostic d'accident est d'ailleurs celui qui a été porté dans tous les cas de noyades de bébés laissés seuls dans une baignoire. Il semble bien qu'il existe un consensus entre professionnels de la justice et de la médecine sur les problèmes de définition (accident, négligence ou violences volontaires ?) et sur le problème complexe de l'intentionnalité. En effet, en France, en tous cas durant les années concernées par l'enquête et même encore actuellement, de nombreux médecins estiment que le SBS peut être un accident unique (un « pétage de plombs ») sans aucune intention de nuire.

L'intentionnalité est bien le problème central du syndrome du bébé secoué (SBS). Les pleurs jouent un rôle déclencheur déterminant, surtout du fait de leur caractère inconsolable. Les « pleurs qu'on ne peut calmer créent chez le parent un sentiment d'impuissance et de frustration qui aboutit à une perte de confiance dans l'aptitude à être parent » [20] et finissent par entraîner le report de la « faute » sur l'enfant et une véritable haine d'un bébé de moins en moins gratifiant et « aimable » au sens propre du terme. Il en résulte la répétition des actes de secouement ainsi que d'autres gestes traumatiques (coups, projection...), aboutissant à la création d'une situation de maltraitance chronique. De fait, dans notre enquête, les actes et lésions multiples ne sont pas rares : hématomes sous-duraux et hémorragies rétiniennes d'âges différents signant divers épisodes de secouement ; autres lésions, traduisant d'autres mécanismes traumatiques que le secouement (des fractures des os longs et des lésions viscérales, liées en général à des coups). Loin de la théorie du geste unique lié à une brutale exaspération, et donc de caractère pratiquement accidentel, le SBS apparaît bien comme une véritable forme de maltraitance, avec une de ses caractéristiques principales : la chronicité. Cette appartenance au registre de la maltraitance a été réaffirmée dans d'importantes et récentes conférences internationales [21, 22].

Quant à la négligence grave, elle est généralement considérée comme non intentionnelle, comme le montre bien l'exemple ci-dessous :

B est une petite fille âgée de 10 mois et demi lors de son décès au domicile de ses parents le 1er janvier 1998. **Le décès est attribué à une très importante plaie cervicale et un déchiquètement du thorax par un chien berger allemand avec lequel l'enfant a dormi dans la cuisine.** Elle y dormait régulièrement, dans la nacelle de son landau posée par terre. Le chien avait pris l'habitude de s'approprier cette nacelle dont on le chassait à coups de pied.

Les parents affirment n'avoir rien entendu durant la nuit. Le 26 février, l'affaire est classée sans suites pour « absence d'infraction ».

La police a parlé de « défaut de surveillance ». La justice a conclu à un accident. Dans les pays anglo-saxons le cas de B aurait été considéré comme une « négligence grave mortelle », voire comme une maltraitance, selon la définition récemment proposée dans le *Lancet* [23] (« tout acte commis directement ou par omission par un parent ou un autre gardien, qui a pour conséquence un dommage ou la potentialité d'un dommage ou la menace d'un dommage pour un enfant, ce dommage n'ayant pas besoin d'être intentionnel »), et les parents auraient été inquiétés. Ajoutons que le postulat de base, dans cette histoire, a été que l'enfant a été exposée à un danger majeur et que ce sont les lésions liées aux morsures du chien qui ont été responsables de la mort, mais aucune autopsie n'a été demandée, ni aucun autre examen, et en leur absence, il est impossible de savoir si l'enfant était déjà morte lorsqu'on l'a laissée avec le chien.

De fait, notre enquête l'a montré, le recours à l'expertise médicale ou médico-légale lors du traitement judiciaire du cas n'est pas systématique. Parmi les 80 cas de décès considérés comme des morts violentes intentionnelles par la justice [2, 5], le pourcentage global d'autopsies consignées dans les dossiers judiciaires est de 76 % et il n'est que de 59 % dans les cas finalement supposés être des morts subite du nourrisson, alors même que l'existence d'une autopsie est indispensable pour affirmer un tel diagnostic. De plus, comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous (qui porte sur l'ensemble de l'échantillon constitué dans l'enquête auprès des tribunaux), la demande d'examens paracliniques est liée à l'existence de lésions externes visibles sur le corps de l'enfant et cette association est statistiquement significative dans le cas de la radio de crâne et du scanner cérébral. Ainsi un scanner est demandé dans 13% des cas si l'enfant ne présente aucune lésion externe et dans 47 % des cas s'il existe de telles lésions ($p < 0,001$). Une telle politique conduit à passer à côté du diagnostic d'au moins deux types d'homicides, qui ne laissent pas de traces : l'étouffement (par un coussin par exemple), le secouement sans impact.

Tableau 16 : Investigations demandées en fonction des données de l'examen clinique

Investigations Demandées	Résultats de l'examen clinique		
	Inconnus (n = 100) %	0 lésion trauma visible (n = 93) %	Lésions visibles (n = 39) %
Radio squelette	33	47	50
Radio crâne*	18	17	39
Scanner**	16	13	47
Fond d'œil	7	8	31
Autopsie	74	72	90

* p<0,02

** p<0,001

Lorsqu'une autopsie médico-légale est demandée, dans le cas des très jeunes enfants ses résultats ne sont pas toujours d'une très grande fiabilité. En effet la plupart des autopsies médico-légales sont réalisés par des médecins légistes non pédiatres qui n'ont pas reçu de formation spécifique sur l'anatomie et la physiologie du très petit bébé, notamment en ce qui concerne son cerveau. La médecine légale pédiatrique est une discipline qui possède actuellement deux représentantes en tout et pour tout en France.

A est une petite fille décédée à l'âge de 2 mois et demi le 9/08/1996. Elle a une sœur jumelle décédée le 3/07 (d'une cause non déterminée dans le dossier). Les examens médico-légaux (dont l'autopsie) ont révélé de **très nombreuses lésions traumatiques** : ecchymoses au niveau du crâne, du nez et des pommettes, rupture du frein de la lèvre supérieure, hémorragie conjonctivale, fracture du crâne temporo-pariétale et **fracture très complexe de l'étage antérieur du crâne, lésions sous-jacentes du cortex cérébral**. La mère a expliqué qu'elle « s'était cognée contre le bébé dans son lit, le bébé avait basculé et s'était cogné dans la table de chevet ; elle s'était alors levée avec le bébé et avait perdu connaissance ». **L'expertise médicale a estimé que les lésions étaient compatibles avec le mécanisme invoqué et l'expert psychiatre a indiqué que cette mère était gravement déprimée.** Dans le

réquisitoire introductif du 15 août la qualification des faits est « violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner ». Une ONL est finalement rendue le 15 mai 1997 pour « absence de charges suffisantes ». La justice, malgré un doute persistant et noté dans le dossier, conclut à un décès accidentel ; le certificat de décès comporte la même mention et le cas figure donc dans la catégorie « traumatismes accidentels » au CépiDc. Le comité de pilotage de la recherche note que, parmi les médecins légistes qui ont discuté de la cohérence entre les événements rapportés et les lésions, il n'y avait aucun pédiatre.

La littérature scientifique internationale sur les traumatismes crâniens du jeune enfant montre que de gros dégâts crânio-cérébraux (telles les fractures complexes de la base du crâne) sont habituellement le fait de violences volontaires (ou d'accidents de la route) mais ne peuvent être dus à des accidents domestiques tels que des chocs d'une intensité modérée ou des chutes d'une hauteur peu importante [24, 25].

Reprenons l'histoire de Q, décédé à 1 mois ½ d'une « chute de table à langer » : En plus des lésions (typiques de SBS) contemporaines du décès, sont retrouvées de **nombreuses lésions anciennes** (cals de fractures de côtes multiples et d'âges différents, images de réparation de fracture fémorale, une hémorragie sous-durale ancienne). Il n'a pas été recherché d'hémorragies rétiniennes. Il s'agit là d'un tableau très évocateur de secouement, mais le médecin légiste, dans son compte-rendu, réfute le diagnostic, car il manque un type de lésion nécessaire, selon lui, pour l'affirmer. Le père lui-même dit avoir secoué l'enfant « pour le réveiller de son malaise » lors des chutes. Il a également pratiqué un massage cardiaque lors des deux épisodes et les **fractures de côtes contemporaines du décès (5 côtes à gauche) et anciennes (10 côtes à gauche et 8 à droites !), soit 23 au total** lui sont attribuées par le médecin légiste qui estime que « les essais maladroits de réanimation peuvent, à eux seuls, expliquer les fractures de côtes anciennes et récentes ». Pour ce légiste, « les explications des parents sont plausibles. »

Notons ici que la littérature scientifique sur la relation « massage cardiaque/fracture de côtes » montre l'extrême rareté du phénomène [26-28]. Rappelons aussi que le médecin de SAMU appelé au domicile de la famille avait noté sur la feuille d'intervention « bébé eutrophique », diagnostic peu vraisemblable chez un enfant de 1 mois ½ porteur de 23 fractures de côtes et qui devait souffrir en permanence.

Qu'il s'agisse des médecins de SAMU (appartenant rarement, dans notre enquête, à un SMUR pédiatrique) ou des légistes d'adultes, il existe un clair manque de compétences dans le

domaine de la pédiatrie, et l'on aimerait rencontrer plus souvent, voire systématiquement, ce que nous avons vu dans certains dossiers judiciaires : des articles scientifiques d'excellentes revues anglophones.

La justice doit par ailleurs faire face à des expertises contradictoires et gérer des querelles d'experts. Prenons l'exemple du procès Courjault. Dans *le Figaro* du 16 juin 2006, on pouvait lire en titre : « **Procès Courjault : la confusion règne parmi les experts** », puis « **“je patauge, moi”, s'exclame l'avocat général** ». Certains experts ont utilisé la notion de « déni de grossesse » que même l'accusée ne revendiquait pas. Dans notre enquête ces dilemmes ne sont pas rares.

Y est un petit garçon décédé à l'âge de 2 mois avec des lésions de secouement particulièrement importantes (HSD, hémorragie méningée diffuse, œdème cérébral majeur et hémorragies rétiniennes massives) et de multiples ecchymoses cutanées. **Le SAMU a porté le diagnostic de « fausse route »** (aliments passés dans les bronches) et un véritable cortège d'experts a été appelé à examiner le cas : 3 pédiatres, 2 neuropédiatres et 2 radiologues. L'affaire s'est déroulée en 1996 et le SBS était alors encore assez mal connu, mais l'un des deux pédiatres en était un spécialiste indiscuté. Néanmoins, **l'un des neuropédiatres, tout en décrivant soigneusement l'anatomopathologie et la physiopathologie du SBS, a affirmé que le secouement était secondaire à un malaise et visait à ranimer l'enfant.** Il été suivi par plusieurs de ses collègues et l'affaire s'est conclue par un non-lieu pour absence de charges suffisantes.

Ce cas soulève typiquement la question des règles d'arbitrage en cas d'expertises divergentes

La pauvreté de certaines expertises, et les difficultés qui en découlent pour la justice, ouvrent la porte à un rôle délétère des médias quant à leur façon d'informer le grand public. En effet, bien souvent certains médias jouent un rôle de « transformateur de la réalité scientifique objective » et montrent une nette préférence pour les faits divers aux détriments des questions de santé publique. Ils assurent ainsi la transmission d'informations erronées au grand public, telles que : « la maltraitance drame du quart-monde » ou une fréquence inexacte du déni de grossesse (1/500, taux affirmé lors de plusieurs émissions de télévision lors du procès Courjault, *versus* 1/2500 dans l'étude épidémiologique la plus sérieuse réalisée sur le sujet et

publiée dans le British Medical Journal [29]). De plus il n'est pas rare que se développe une sorte de « complicité » de certains experts. Celle-ci a été particulièrement nette dans les affaires de néonaticides et au sujet du déni de grossesse, une association, en fait non documentée scientifiquement et sans doute très rare, entre les deux problématiques ayant été largement affirmée.

En conclusion, peut-on proposer des solutions pour que l'expertise médicale serve d'appui à la décision judiciaire ? Certaines suggestions, inspirées de nos résultats de recherche, peuvent être faites :

- Assurer des formations conjointes des professionnels des deux secteurs (médecine, justice) ;
- Développer, en France, la médecine légale pédiatrique ;
- Apporter aux professionnels de la justice et aux légistes d'adultes des informations médicales, sans jargon, sur les signes cliniques et les facteurs de risque de la maltraitance, par exemple sur la spécificité des lésions (crânio-encéphaliques principalement) chez le nourrisson ou sur les facteurs de risque de la maltraitance: dépression maternelle, antécédents de violences subies dans l'enfance, prématurité de la victime (particulièrement fréquente dans le cas du SBS)... ;
- Mieux faire passer certains « messages médicaux », comme les conditions autorisant à porter le diagnostic de MSN ;
- Favoriser l'accès à la littérature scientifique internationale et son partage ;
- Permettre ainsi une standardisation 1) du recueil des informations dans les dossiers judiciaires; 2) des expertises requises ;
- Confronter les acceptions différentes de certains termes clés (intentionnalité notamment) ;
- Revoir les règles de constitution du vivier d'experts et les critères de leur choix en fonction du type d'affaire.

Les néonaticides

Depuis que l'humanité existe, des enfants ont été tués dès leur naissance et il a même été affirmé récemment que les nourrissons de moins de 1 an sont le plus à risque d'homicide le premier jour de leur vie [30]. Ce phénomène a fait l'objet de nombreuses publications anthropologiques ou historiques ou encore issues de services cliniques de psychiatrie, mais son chiffre reste imprécis car les études épidémiologiques en population et à visée exhaustive sont exceptionnelles [31-35]. Très récemment, Phillip Resnick, l'inventeur du terme de néonaticide en 1970 [36], reconnaissait que les hypothèses que l'on pouvait formuler sur les caractéristiques des mères en cause variaient considérablement suivant qu'on analysait des cas psychiatriques ou des cas recueillis dans la population générale, sur une base géographique, notamment dans les tribunaux [37]. De fait, l'intérêt de la démarche épidémiologique est double : elle cherche à estimer la fréquence des néonaticides et, parce qu'elle s'intéresse à des femmes issues de la population d'une zone géographique donnée, elle produit des résultats représentatifs sur leurs caractéristiques et ouvre ainsi des pistes pour la prévention. Grâce à notre première enquête nous avons pu mettre en évidence la sous-estimation massive des néonaticides dans les statistiques officielles de mortalité, le taux annuel moyen calculé dans notre étude étant de 2.1 p 100,000 naissances, alors que le taux officiel est de 0.39 pour les mêmes régions [6].

I. Caractéristiques générales

1. Nombre de cas

On a recensé 34 dossiers de néonaticides dans notre étude : 10 à la Cour d'Appel de Douai, 12 à Paris (dont 2 dans la période 2001-2005), 3 à Versailles et 9 à Rennes. Dans 18 cas la famille a été identifiée et dans 11 autres cas, consistant en la découverte d'un cadavre de nouveau-né, l'enquête policière n'a pas permis de retrouver la mère ni le père. Un corps d'enfant n'a jamais été retrouvé mais la mère a été dénoncée, a avoué et son accouchement a été confirmé par l'examen gynécologique. Trois mères sont les auteurs d'homicides multiples, dont une seule est connue et a commis plus d'un

néonaticide inclus dans l'enquête. Si on se réfère à la seule période de l'enquête (1996-2000, puis 2001-2005 pour Paris), l'analyse porte donc sur 34 néonaticides, mais sur 33 cas dès lors qu'on s'intéresse aux enfants victimes et sur 22 cas en ce qui concerne les caractéristiques de la mère.

2. Caractéristiques des nouveau-nés

Les garçons sont au nombre de 19 et les filles de 13 (le sexe est resté indéterminé dans 2 cas). Dans la grande majorité des cas (18) on ignore le terme de naissance mais le poids de naissance est connu dans les deux tiers des cas et il est en moyenne de 3066 grammes (± 789). Un seul enfant est décrit comme souffrant d'un retard de croissance intra-utérin. Enfin, des anomalies congénitales n'ont été observées que dans un cas : bec de lièvre, fente palatine et microcéphalie constatés chez une petite fille trouvée dans une poubelle et dont on n'a jamais retrouvé la mère.

Dans 3 dossiers, il est indiqué que l'enfant n'a sans doute pas respiré et qu'il s'agirait donc d'un mort-né.

La fratrie de l'enfant

La majorité des nouveau-nés décrits sont issus de mères ayant déjà des enfants, mais 11 mères n'ont pas été retrouvées (dont une pour laquelle trois nouveau-nés ont été découverts et la filiation démontrée par analyse génétique, et 2 sont inclus dans l'enquête). L'enfant est un premier né dans seulement 36 % des cas. Dans 1/3 des cas, il y a au moins 3 frères et sœurs.

3. La description des faits

Toutes les grossesses ont été dissimulées et les accouchements ont été clandestins, la mère ayant accouché seule le plus souvent (sauf dans 3 cas), et généralement à son domicile. Le nouveau-né décède dans pratiquement tous les cas sur le lieu de sa naissance, l'intervention éventuelle des secours, le plus souvent suite à une hémorragie chez la mère, ayant lieu après le décès. On note en effet un faible recours aux pompiers ou SMUR ou à d'autres professionnels. Seuls deux enfants sont décrits comme ayant

fait l'objet d'une tentative de réanimation sur place, une sans succès et l'autre réussie, mais l'enfant décédera à son arrivée à l'hôpital ensuite (enfant noyé dans les toilettes, réanimé par les pompiers). L'intervention, quand elle existe, vise simplement à constater le décès.

Les deux circonstances les plus fréquentes de révélation des néonaticides sont la découverte du cadavre du nouveau-né ou l'hospitalisation de la mère qui entraîne un signalement judiciaire de la structure hospitalière.

4. Les résultats de l'autopsie

Ils ne sont pas toujours présents dans le dossier. Les deux causes principales de décès sont le défaut de soins (le nouveau-né est abandonné à son sort et meurt d'hypothermie et déshydratation), ou l'asphyxie provoquée. Les modes de perpétration plus actifs de la mère, tels que la noyade, ou les traumatismes crâniens, sont minoritaires ici. L'une de ces situations est décrite ci-dessous

Elle expliquait avoir été persuadée que cet enfant risquerait de « gêner tous ses proches » et avoir décidé de « l'éliminer ». Elle avait d'abord enroulé l'extrémité du cordon ombilical resté accroché avec le corps autour du cou de l'enfant et avait serré d'une main, puis, pour s'assurer de sa mort, avait enfoncé des feuilles de papier toilette avec ses doigts dans le fond de sa bouche. (*Extrait du réquisitoire définitif*)

5. Les caractéristiques des mères

L'âge moyen des mères auteurs de néonaticides (connu dans 21 cas sur 22) est de 26,67 ans ($\pm 6,93$). Seules 3 avaient moins de 20 ans au moment des faits dont 2 étaient mineures⁷ (toutes deux âgées de 17 ans). 45% ont entre 21 et 30 ans et 32 % ont plus de 30 ans. Toutes ces femmes sont françaises sauf une.

Leur niveau d'études est globalement plus faible que celui de l'ensemble des femmes accouchant, telles que décrites dans l'Enquête nationale périnatale (ENP) [38], puisque

⁷ Il est possible, quoique peu probable pour un homicide dont le procureur doit être averti, que des affaires concernant des mineures aient été traitées directement par les juges des enfants et qu'aucune trace n'ait été accessible dans les parquets, point de départ de notre recueil de données.

une sur quatre seulement a au moins le baccalauréat, alors que près de 39 % des femmes de l'ENP ont un niveau supérieur au bac. Néanmoins 86% sont allées au lycée. Toutefois, il ne faut pas oublier que la petite taille de l'échantillon rend ces comparaisons délicates.

Plus de la moitié des femmes dont on connaît l'activité professionnelle en ont une et seulement 23,5 % sont au foyer (de même que dans l'ENP). Une femme sur 8 est cadre et près de la moitié sont des employées ou des ouvrières. On dispose de l'origine des ressources pour deux tiers des femmes : 12 ont un salaire, 4 une aide de leurs parents, 1 est au RMI, 3 vivent des allocations familiales, 1 des allocations chômage.

Plus de la moitié des femmes vivent avec le père de l'enfant et 10 habitent encore chez leurs parents (mais cela n'exclut pas, dans certains cas, la fréquentation régulière du père de l'enfant).

II. La contraception et le déroulement de la grossesse

Dans seulement seize dossiers, on dispose de l'indication du désir de grossesse de la mère : toutes ont déclaré qu'il s'agissait d'une grossesse non désirée. Sur ces 16 femmes, 10 ne désiraient pas avoir recours à l'IVG, 5 y avaient songé et 2 en voulaient une (mais avaient dépassé le terme légal). Une seule femme a déclaré avoir subi plusieurs IVG antérieures.

Ces grossesses non désirées sont le reflet de pratiques contraceptives déficientes puisque 60 % des femmes pour lesquelles on a l'information mentionnent qu'elles n'ont jamais eu recours à la contraception. Les autres affirment avoir eu une méthode avant la grossesse ou de temps en temps (généralement le préservatif) et 3 qu'elles étaient sous contraception lorsqu'elles se sont retrouvées enceintes.

La « visibilité » de la grossesse pour l'entourage est variable quoique, dans la majorité des cas, la famille et/ou le partenaire aient réalisé la situation. Trois grossesses étaient tout à fait visibles, 5 n'auraient été devinées par personne (des témoignages vont dans ce sens) et dans 9 cas, la mère a nié être enceinte alors que des membres de son entourage lui ont posé la question, quelquefois avec insistance.

Identifié comme étant l'ancien ami de Madame, Monsieur expliquait avoir eu régulièrement pendant deux ans des rapports sexuels non protégés jusqu'à leur séparation [...] Selon ses déclarations, Madame lui avait certifié prendre un contraceptif oral. Elle ne lui avait jamais révélé son état de grossesse qu'il avait finalement constaté par hasard au mois de septembre dernier (accouchement le 15 octobre, ndr), mais sans en imaginer l'état d'avancement. Il lui avait dit ne pas vouloir assurer l'enfant à naître et l'avait menacée d'aviser ses parents si elle ne consultait pas de médecin avant le 15 octobre suivant. Elle lui avait répondu qu'elle le « ferait partir » (*Extrait du réquisitoire définitif*).

L'« invisibilité » de la grossesse a quelquefois contaminé tout l'entourage, y compris les médecins qui ont eu à examiner ces femmes et à poser des diagnostics autour de ces « ventres ballonnés ». 21 grossesses n'ont pas été suivies, une l'a été très tardivement. Pourtant ce non suivi des grossesses, même répété, n'apparaît pas comme un signal d'alarme pour les médecins qui y confrontés :

Le carnet de vaccinations pour les enfants n'a aucun suivi. De ses précédentes grossesses, certaines n'ont pas été suivies. Deux n'ont pas été suivies du tout et une autre tardivement. Je me rappelle que la dernière, où elle a accouché dans l'ambulance, je n'étais même pas au courant qu'elle était enceinte. J'ai également accouché en catastrophe à domicile le 5^{ème} enfant en 1994. La grossesse n'avait jamais été suivie. Le mari m'a appelée alors qu'elle était en train d'accoucher. Le dernier enfant R. n'est quasiment jamais venu au cabinet médical... [...] Pour la naissance de R. qui a maintenant trois ans, madame est venue me consulter sur insistance de sa famille et de l'assistante sociale. L'examen pratiqué ne permettait pas de situer la date exacte de la grossesse. Nous avons fait la déclaration légale pour ouvrir ses droits, puis elle a accouché une quinzaine de jours après. (*Enquête préliminaire – Procès-verbal d'audition de témoin – Médecin de famille*).

Ces femmes savaient qu'elles étaient enceintes, mais l'avaient parfois découvert tardivement. Pour 7 d'entre elles la date de découverte s'est située entre la 16^{ème} et la 24^{ème} semaine. Six ont su qu'elles étaient enceintes entre la 3^{ème} et la 12^{ème} semaine.

Aucune des grossesses n'a été déclarée. Elles étaient connues des femmes qui refusaient toutefois d'y penser et avaient développé des stratégies d'auto-protection plus ou moins efficaces.

"Je sais pas ce qui s'est passé en moi. Je suis sûre que mon époux n'avait pas vu, je me couche souvent avant lui. Je ne sais pas ce qui s'est passé dans ma tête, je me mettais en tête que j'étais pas enceinte, on n'aurait pas pu financièrement". Femme de 23 ans, mariée, sans profession

« J'étais en forme..., j'ai été en forme pendant toute ma grossesse. J'y pensais sans arrêt..., je n'arrêtais pas d'y penser mais je pouvais pas en parler..., j'ai essayé plusieurs fois..., à mes parents..., je disais des débuts de phrases, par exemple, 'j'ai quelque chose à dire'..., ils disaient : Qu'est ce qui se passe?..., ils avaient l'air sévères..., alors je continuais sur autre chose, j'avais peur... j'imaginai une réaction épouvantable..., J'avais tellement honte que j'ai rien pu dire à personne pendant neuf mois..., c'était un calvaire. Femme de 21 ans, au chômage, vivant chez ses parents.

III. Les représentations à l'œuvre dans les enquêtes d'élucidation des néonaticides

Après la découverte d'un cadavre de nouveau-né, deux types de situations peuvent se présenter : soit entre temps un signalement émane d'un service hospitalier qui a reçu une femme ayant fait une hémorragie suite à un accouchement et qui ne peut présenter l'enfant, ou encore la mère se dénonce ou est dénoncée par son entourage ; soit aucun auteur présumé n'est immédiatement identifiable et une enquête longue et fastidieuse est donc entreprise pour tenter de retrouver la mère. Ce fut par exemple le cas lors de la découverte d'un cadavre dans la poubelle des toilettes d'un TGV, qui a été suivie de l'audition de toutes les personnes qui ont pu être identifiées comme ayant avoir voyagé dans ce train.

Comme on l'a vu, dans les cas de notre enquête, aucune des grossesses n'a été déclarée, ce qui rend d'ailleurs totalement inopérantes les recherches des mères à partir des déclarations de grossesses, stratégie pourtant utilisées dans plusieurs affaires non élucidées. Pour illustrer ce type de problématique, est reproduit ci-dessous un extrait de l'ouvrage « Les oubliés » [2].

« Au bord d'un ancien chemin départemental, en moins de 10 ans, deux femmes sont venues dissimuler quatre cadavres de nouveau-nés, qui ont été retrouvés sur une distance de moins de 5 kilomètres. L'une d'elle est très probablement la mère de trois des enfants, nés chacun à un an d'intervalle. Ce surprenant constat est étayé par des analyses génétiques réalisées dans le cadre d'une enquête sur la découverte d'un cadavre de nouveau-né quelques mois plus tôt.

Le jeudi 27 novembre 1997, à 15 heures 30, un chauffeur livreur découvre le cadavre d'un nouveau-né en bordure d'un ex-chemin départemental, dans la commune de N, et téléphone aux gendarmes. A partir de cet appel, l'enquête de la gendarmerie est caractérisée par une grande célérité et une extrême minutie. Les gendarmes arrivent sur les lieux à 15 heures 56. En moins d'une heure, sont contactés : le médecin légiste qui se rend sur les lieux de la découverte, le maire de la Commune de N et les services de la morgue de l'hôpital, informés de l'arrivée de la dépouille.

La route où a été découvert le corps du nouveau-né est un lieu isolé. Le corps se trouve dans un fossé et a été mis au jour par un engin de débroussaillage. Celui-ci a déchiqueté un sac poubelle en matière plastique, dénué de toute inscription, qui enveloppait auparavant l'enfant. Ce dernier est de sexe masculin et on constate que le cordon ombilical a été arraché et non ligaturé. Les constatations effectuées sur les lieux ne permettent pas de découvrir le moindre indice, mis à part le sac poubelle, qui est saisi. L'autopsie pratiquée le 28 novembre 1997 permet d'établir que l'enfant est né à terme. Son poids est de 3,950 kg et il mesure 55 cm. Selon le médecin légiste, la mort pourrait remonter à trois ou quatre mois. Des prélèvements sont effectués afin de déterminer la carte ADN du nouveau-né et dire s'il a vécu.

Dans les 2 jours suivant la découverte du corps, les gendarmes cherchent à dresser une liste de personnes potentiellement impliquées. Ils demandent aux mairies voisines de recenser toutes les personnes de sexe féminin dans la tranche d'âge s'étalant de 16 ans à 45 ans, et d'en fournir la liste dans les meilleurs délais. Puis ils cherchent à rencontrer les facteurs distribuant le courrier sur le secteur, dans le but de recenser les familles qui vivent « *en marge de la société* ».

Le lundi 1^{er} décembre 1997, est entendu un témoin, une jeune femme apprentie vendeuse, qui déclare : *« Il y a environ quinze jours ou trois semaines, aux environs de midi sans toutefois pouvoir situer avec certitude le jour, j'ai remarqué la présence d'une femme avec un bébé en bordure de route à ... [dans la commune de] N ... J'ai remarqué la présence d'un véhicule Renault 11 immatriculé en ... stationné en bordure de route. A proximité se trouvait une femme qui avait sous son blouson un petit enfant, que j'appellerais même nouveau-né. Je n'ai vu que la tête de cet enfant... En ce qui concerne le signalement de cette personne, je ne peux être précise. Il me semble qu'elle était vêtue d'un blouson clair. Ses cheveux étaient mi-longs et frisés. Je ne me souviens pas de la teinte de ceux-ci. Je pense que la femme en question devait être âgée d'environ 35 ans... Je n'ai pas remarqué la présence d'une autre personne dans le véhicule. D'autre part, je ne connais personne ayant ce genre de voiture. »*

Le 1^{er} décembre 1997 est commis un expert afin de « *déterminer la carte ADN ..., faire l'analyse comparative avec les cartes ADN effectuées lors des découvertes, en mars 1995 et mars 1996, de cadavres de nouveau-nés, afin d'établir un éventuel lien de parenté* ». C'est la première fois dans le dossier, à l'occasion de cette réquisition d'un laboratoire de génétique moléculaire, que l'on apprend que ce sont en fait trois corps de nouveau-nés qui ont été retrouvés, en bordure de cette même route, à quelques centaines de mètres les uns des autres en 1995, 1996 et 1997.

L'inhumation du nouveau-né a lieu le vendredi 05 décembre 1997 en présence du Maire, du curé, de deux employés communaux et de deux femmes âgées habitant dans la commune. « *A 14 heures 00, arrive au cimetière à bord d'un véhicule Renault, une femme d'un certain âge. Elle se rend à l'inhumation et à la fin de celle-ci effectue une visite dans le cimetière et revient près de la tombe du nouveau-né* ». A la sortie du cimetière, les gendarmes discutent « *avec cette femme qui ne désire pas révéler son identité en précisant qu'elle habite sur la commune de ..., sans plus de précisions. Elle a vu l'avis d'obsèques dans la presse et précise qu'elle aime bien visiter les cimetières. Après identification, le véhicule en question appartient à M. J demeurant à ... Cette famille n'est pas connue défavorablement de la Gendarmerie...* ».

Après les obsèques, les gendarmes se rendent dans des communes où ils sont reçus par les membres des clubs du troisième âge. Les personnes présentes sont sensibilisées sur les recherches en cours et invitées à informer la gendarmerie de tout élément utile porté à leur connaissance.

Le 8 décembre 1997, la déclaration de décès est établie par les officiers de police judiciaire (OPJ) en mairie de N, l'enquête préliminaire est close et l'affaire est transmise à un juge d'instruction.

Le 14 janvier 1998, toujours dans le cadre de la recherche des causes de la mort du dernier nouveau-né (celui de 1997), Mademoiselle L, juge d'instruction, requiert des informations auprès de la Direction des Interventions sanitaires et sociales, de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), de l'Ordre des Médecins (demande d'un listing des médecins et gynécologue du département) et de l'Inspection Académique. A la MSA il est demandé d'effectuer des recherches afin de détecter toutes déclarations de grossesses non menées à terme et de contacter « les assistantes sociales et médecins ayant connaissance de l'existence d'une femme vivant dans un contexte familial défavorisé et dont cette naissance n'était pas désirée. Cette femme en question est susceptible d'être victime d'abus sexuels voire même d'inceste. ». A l'Inspection Académique, il est demandé de vérifier si « une lycéenne aurait été enceinte dans le courant de l'année 1997 et se serait confiée à des camarades ou des professeurs, ou aurait essayé de cacher son état et de signaler toutes les lycéennes vivant dans un milieu familial défavorisé et ayant eu un changement de comportement ». Il est supposé que cette personne a pu être victime d'abus sexuels, voire même d'inceste.

Dans un courrier daté du 21 janvier 1998, l'Ordre départemental des Médecins rappelle l'obligation de signalement à la justice et la levée du secret médical dès lors que la victime est un mineur de moins de 15 ans.

Dans le compte rendu d'autopsie du 24 janvier 1998, il est indiqué que très probablement les poumons n'ont pas respiré (ce qui signifierait que l'enfant était mort-né et n'a donc pas été victime d'un infanticide). « *Il serait cependant imprudent d'affirmer de façon absolue que ce poumon n'ait pas du tout respiré.* »

Le 5 février 1998, les gendarmes effectuent des investigations afin de cerner la famille J. Cette famille comporte 4 enfants (dont 3 vivants) : 3 garçons (dont l'aîné, mort tragiquement dans un accident) et 1 fille, âgée de 38 ans en 1997, mariée et mère de 3 enfants nés en 1980, 1984 et 1986. « *Nous avons appris que Mme Mère J a profondément souffert de la disparition tragique de son fils aîné. Il semblerait que ce deuil ait laissé des traces car Mme J est atteinte de troubles psychologiques... et a également été surprise de nombreuses fois à déambuler dans les cimetières du secteur. Mis à part ces problèmes... cette famille est honorablement connue... et à ce jour rien ne laisse penser qu'elle ait un lien quelconque avec cette affaire* ». Aucune investigation, notamment de nature génétique, ne sera donc menée dans cette famille.

Le 5 février 1998, le constat est fait que « *les premières investigations n'ont pas permis de recueillir le moindre élément permettant d'orienter [les] recherches* » et qu'aucune réponse n'est parvenue de la Direction des interventions sanitaires et sociales, ni de l'Inspection académique, ni de la Mutualité sociale agricole, ni du Président du Conseil de l'ordre des médecins. Toutefois, le 9 février 1998, la juge d'instruction au Tribunal de Grande Instance de ..., donne commission rogatoire à M. le Commandant de la compagnie de gendarmerie de ... à l'effet de procéder « *à toute audition, réquisition, perquisition, saisie et restitution et à tout acte permettant de favoriser la manifestation de la vérité. Compte tenu de l'urgence, liée notamment au risque de dépérissement des preuves, [les investigations pourront être menées] sur toute l'étendue du territoire national en application des dispositions de l'article 18 alinéa 4 du code de procédure pénale* ».

Les conclusions de l'expertise génétique parviennent le 17 février 1998 et indiquent que :
« - *Les trois nouveau-nés ... sont apparentés par la lignée maternelle avec un risque d'erreur infime. Ils ont la même mère, ou leurs mères sont apparentées par la lignée maternelle (sœurs, cousines, tantes, nièces par la mère).*
- *Au moins deux des nouveau-nés ne présentent pas les mêmes deux parents biologiques (plus de deux personnes sont impliquées dans la naissance des trois enfants)* ».

Le 19 février 1998, la juge d'instruction demande une contre expertise anatomo-pathologique visant à « *déterminer si le nouveau-né de 1997 est né viable et vivant* ». Celle-ci conclura que « *l'examen ... ne permet pas... d'affirmer ou d'infirmer l'existence de mouvements respiratoires extra-utérins* ».

Le 13 mars 1998, est procédé aux opérations d'exhumation du corps d'un quatrième nouveau-né découvert dans la même zone géographique le 12 novembre 1989. L'expertise génétique effectuée sur ce nouveau-né permet de conclure que « *Le nouveau-né décédé courant novembre 1989 n'est pas apparenté par la lignée maternelle à ceux dont les corps ont été découverts en 1995, 1996 et 1997* ».

Entre le 24 mars 1998 et le 23 septembre 1998, à partir de diverses sources d'informations (celles précédemment décrites, auxquelles viennent s'ajouter des employés municipaux, des membres du Secours catholique et du Secours populaire ainsi que des appels anonymes dénonçant principalement de supposés incestes), a été constituée une liste de femmes suspectes qui ont fait l'objet de vérifications, interrogatoires et éventuellement prélèvements en vue d'une analyse génétique. La liste comporte 21 noms de femmes âgées de 20 à 51 ans ainsi que les motifs de suspicion, qui sont multiples et d'une grande hétérogénéité :

« *Connue comme étant dépressive et vivant repliée.*

Femme vivant seule et suivie des services sociaux. Sans enfant.

N'a reçu que trois remboursements auprès de la sécurité sociale depuis 1994. Corpulence assez forte.

De corpulence assez forte et connue pour s'adonner à la boisson.

Connue pour être fragile psychologiquement. Effectue des séjours au foyer SOS à Séparée depuis plusieurs années.

Perçoit l'allocation d'adulte handicapé. Aurait un copain sans plus de précision.

Personne pas très évoluée et vivant près de chez ses parents, dans un lieu isolé de la commune. Un seul remboursement de recensé à la sécurité sociale en date de novembre 1997. N'a pas d'enfant.

Mari décédé il y a plusieurs années. Fragile psychologiquement et fréquenterait plusieurs hommes sans plus de précision.

Suivie en psychiatrie. Touche RMI et n'a jamais travaillé. Fait plus que son âge. N'a pas d'enfant. Conjoint circule en cyclomoteur avec une carriole (fait la ferraille).

Femme fragile psychologiquement.

Aucun remboursement de frais médicaux auprès de la sécurité sociale. Milieu pauvre dont la mère s'adonnerait à la boisson.

Famille limitée psychologiquement.

Un seul remboursement de recensé à la sécurité sociale en date de décembre 1997. La mère et la fille aurait des problèmes psychologiques.

Fille limitée psychologiquement. Mari décédé. S'est remise en ménage avec un autre homme.

Fille handicapée mentale. L'environnement familial serait moyen.

Fille limitée psychologiquement. La famille s'adonnerait à la boisson.

Fille limitée psychologiquement et de corpulence assez forte. Ne travaille pas et vit avec sa mère dans lieu-dit retiré (ex ferme). Inconnue auprès des services de la sécurité sociale.

Fille pas très évoluée et diabétique. Le père est décédé en décembre 1997 et était assez porté sur le sexe (ancien marin pêcheur).

Personne connue comme ayant des problèmes psychiques. De corpulence assez forte et de petite taille.

Femme auteur d'un infanticide en 1988. »

Ces femmes ont fait l'objet d'investigations très soigneuses et la plupart ont pu être mises hors de cause pour divers motifs : suivies médicalement très régulièrement, jamais absentes de leur travail, ayant des enfants vivants nés dans les périodes concernées. Toutes les consultations médicales de ces femmes ont été vérifiées ainsi que ordonnances délivrées et leurs feuilles de soins de la sécurité sociale. Après qualification des infractions comme « meurtres sur mineurs de 15 ans » (nouveau-nés) courant 1995, 1996 et 1997, six de ces femmes ont fait l'objet d'une analyse génétique.

En outre, aux mois d'octobre et novembre 1998, des renseignements sont fournis aux gendarmes concernant le cas de deux jeunes femmes dont le comportement pourrait avoir un lien avec les découvertes de cadavres de nouveau-nés ... en 1995, 1996 et 1997. Il est noté que les deux informateurs désirent conserver l'anonymat dans cette affaire. « *La première personne signalée... demeure chez ses parents au lieu-dit ... à N. Il s'agit d'une jeune femme âgée de 26 ans... [qui] vient de quitter le domicile de ses parents pour aller vivre chez un ami. Toutefois ce départ aurait été difficile, le père ne souhaitant pas voir partir sa fille. Celle-ci est décrite comme étant « son jouet », sans autre précision.... La deuxième personne signalée... est âgée également de 26 ans. Cette jeune femme réside au domicile de ses parents*

retraités. Selon [l'] informateur, [elle] aurait accouché à plusieurs reprises, seule à son domicile, et aurait abandonné les nouveau-nés en divers endroits, notamment en bordure de routes, sans autre précision. Ces faits seraient confirmés par la rumeur publique. [La dernière] suspecte aurait également accouché sous X en 1997 ou 1998, suite à des complications lors d'un accouchement dans le sous-sol du domicile. »

Le 21 décembre 1998, les 6 premières suspectes, et le 24 février 2000, les deux dernières, ont fait l'objet de prélèvements buccaux aux fins d'analyse génétique, après avoir été informées des faits justifiant cette démarche. Les résultats des expertises génétiques permettent de conclure que les quatre nouveau-nés ne sont les enfants d'aucune de ces huit femmes et ne leur sont pas apparentés par la lignée maternelle. Les huit femmes suspectées sur les motifs soigneusement déterminés en tout début d'enquête sont donc innocentes.

Après deux ans et huit mois d'une enquête minutieuse, une ordonnance de non lieu est prononcée le 24 juillet 2000. Ce cas de néonaticides multiples est, à divers titres, emblématique [de nombreuses problématiques liées à cette pathologie et à son traitement par la police et la justice] :

- Cette seule histoire donne une idée de l'ampleur du problème. Il s'agit d'une découverte fortuite et, sans le débroussaillage du bas-côté de la route, le cadavre de l'enfant n'aurait peut-être pas été découvert. On est donc amené à s'interroger sur le nombre de sacs poubelles mieux dissimulés et jamais retrouvés.
- On est frappé par la minutie du travail de la gendarmerie et de la justice, pour un résultat bien mince dont certaines raisons sont évoquées ci-dessous.
- Contrairement à ce qui est couramment divulgué, notamment par les médias, ce type de néonaticides est sans nul doute le plus fréquent : le « sac poubelle », contrairement aux célèbres faits divers de « bébés congelés », correspond à de vraies intentions que le crime ne soit jamais découvert et ne relève probablement pas de la psycho-pathologie mais plutôt d'une forme extrême de régulation des naissances chez des femmes en quelque sorte prises au piège par une grossesse impossible pour elles...
- On voit bien comment perdurent, dans la police comme dans le monde de la justice, tous les stéréotypes de représentations sociales de l'infanticide. D'emblée, en orientant l'enquête vers des populations « marginales », on risquait de se condamner à ne pas trouver la coupable. La lycéenne abusée dans sa famille et meurtrière de son nouveau-né/enfant est également un mythe, comme il ressort de notre étude où nous n'en avons retrouvé aucune.
- Ce sont aussi les idées préconçues sur les auteurs de néonaticides qui font qu'on ne mène aucune investigation génétique dans une famille parce qu'elle « n'est pas connue défavorablement de la gendarmerie ».
- De la même manière, le recours aux caisses d'assurance maladie et aux mutuelles ainsi qu'aux médecins, quoiqu'en apparence logique, est en fait une démarche illusoire puisque ces femmes ne déclarent pas leur grossesse, la cachent et ne la font bien sûr pas médicalement surveiller... »

IV. Le déroulement de l'affaire judiciaire

1. La qualification des faits

Comme on peut le noter au Tableau 17, concernant la qualification des faits à la dernière décision, la notion d'intentionnalité du geste est retenue dans 22 cas sur 34

(dont 14 cas où la qualification est meurtre ou homicide volontaire). Le caractère involontaire est rarement retenu (1 cas d’homicide involontaire) de même que la qualification de décès naturel ou accidentel.

Tableau 17 : Qualification des faits à la dernière décision

Qualification des faits	Effectifs
Qualification inconnue	4
Meurtre	6
Homicide volontaire	8
Homicide involontaire	1
Violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner	1
Découverte de cadavre	3
Décès naturel ou accidentel	4
Non assistance à personne en danger	3
Privation de soins	3
Délaissement	1
Total	34

2. La décision finale

Sur les 22 concernées, 13 femmes ont été condamnées. Les 17 cas de classements sans suite et non lieu s’expliquent notamment par les découvertes de cadavres pour lesquels on n’a jamais retrouvé la mère.

Tableau 18 : Décision finale

Décision finale	Effectifs
Non réponse	1
Classement sans suite	10
Non-lieu	7
Relaxe ou acquittement	1
Condamnation	13
Jonction	2
Total	34

Le détail des suites judiciaires réservées aux mères

Sur 22 mères identifiées, 17 ont été gardées à vue et 13 placées en détention provisoire. Enfin, 12 ont été placées sous contrôle judiciaire. Cinq ont entamé un suivi psychologique au cours de la procédure. Aucune femme n'avait de mention à son casier judiciaire. Deux étaient connues du Système de Traitement des Infractions Constatées (STIC) l'une pour vol et l'autre pour mise en danger d'un enfant.

Treize mères ont donc été condamnées, dont 10 par une Cour d'Assises ; 4 ont bénéficié d'une relaxe ou d'un non-lieu, cinq ont bénéficié d'un classement sans suite, soit parce qu'elles étaient totalement disculpées (l'autopsie a conclu à une mort-naissance), soit parce que malgré un doute, la mort naturelle de l'enfant a été retenue.

Parmi les 13 mères condamnées, une (auteur de 4 néonaticides) l'a été à 15 ans de réclusion criminelle, 9 à une peine d'emprisonnement ferme avec ou sans sursis et 3 à une peine assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve. La peine la plus souvent prononcée a été de cinq ans d'emprisonnement dont quatre à cinq ans de sursis (5 femmes), deux femmes ont eu des peines d'emprisonnement ferme sans sursis de courte durée. Neuf femmes ont été soumises à une mise à l'épreuve dont trois explicitement avec une obligation de soins.

Tableau 19 : Décision judiciaire finale selon les résultats de l'autopsie

Résultats de l'autopsie	Décision inconnue ou jonction	Classement sans suite/non-lieu/relaxe ou acquittement	Condamnation	Total
Inconnus	2	2	3	7
Décès naturel		2		2
Décès par défaut de soins		7	1	8
Traumatisme crânien /traumatismes multiples /asphyxie provoquée /noyade	1	5	8	14
Causes impossibles à identifier	2	1		3
Total	5	17	12	34

Bien que l'analyse du tableau 19 soit délicate du fait de la faible taille des effectifs, il semble bien que les condamnations concernent principalement les cas où l'autopsie a révélé un mécanisme actif et violent à l'origine du décès (traumatisme crânien, strangulation, étouffement, noyade). En revanche sur 8 cas de décès par défaut de soins (mécanisme passif consistant à abandonner le nouveau-né qui ne peut pas survivre par lui-même et meurt d'hypothermie et de déshydratation), un seul a fait l'objet d'une condamnation. Toutefois, dans 5 cas de « meurtre actif », on note un abandon de poursuite ou un acquittement.

Deux mères ont eu un autre enfant après ces faits, une au sein du même couple et une avec un nouveau conjoint.

V. Le père de l'enfant

Dans deux dossiers, le père n'est pas identifié (aucun renseignement fourni par la mère), 19 sont le père biologique de l'enfant et un le concubin de la mère (sans lien génétique avec l'enfant). Dans ce dernier dossier, deux hommes sont concernés, le conjoint de la mère et son amant, géniteur de l'enfant décédé.

Le père de l'enfant n'est cohabitant que dans la moitié des cas. Les autres sont pour moitié présents mais non cohabitants (en particulier quand la mère vit chez ses parents) ou totalement absents, ayant eu des relations sexuelles « sans suites » avec la mère. Un père vit dans un autre foyer où il a également un enfant. Dans un seul dossier, un

deuxième père est évoqué, le géniteur, alors que la mère vit avec un autre homme, suite à une relation extraconjugale.

Le père de l'enfant n'est pratiquement pas décrit dans les dossiers et il n'est pratiquement jamais mis en cause ou placé en détention provisoire. Son passé est peu enquêté et deux seulement ont fait l'objet d'une expertise psychiatrique. L'un d'entre eux a eu trois expertises. Un tiers de l'ensemble ont été gardés à vue au début de l'enquête, soit qu'il ait été envisagé de les co-inculper pour complicité, soit, et plus généralement, pour être entendus comme simples témoins. Mais aucun d'entre eux n'a ouvertement reconnu les faits, c'est-à-dire être au courant de la grossesse et/ou avoir participé à l'accouchement secret. Un seul a été détenu préventivement, la répétition des décès dans la famille (quatre infanticides découverts) et ses hésitations quant au fait qu'il soupçonnait les grossesses, l'ont fait inculper pour non empêchement de crime. Lui seul, parmi tous les pères, a fait l'objet d'une condamnation.

Des présomptions graves de s'être, alors qu'il pouvait par une action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, empêcher un crime, abstenu volontairement de le faire, en l'espèce en s'abstenant d'empêcher les homicides volontaires commis sur les nouveau-nés mis au monde par son épouse... (Extrait du réquisitoire introductif).

Extrait du réquisitoire définitif : abstention volontaire d'empêcher un crime contre l'intégrité des personnes en l'espèce sur mineurs de 15 ans.

Considérant que des indices graves et concordants pèsent sur Monsieur qui se trouve lourdement impliqué dans les faits objet de sa mise en examen ; que résidant au domicile familial et disant dormir nu ainsi que son épouse dans le même lit, il convient avoir été régulièrement alerté par les modifications physiques et les réponses embarrassées d'une épouse dont il n'a pu ignorer au fil du temps les diverses grossesses et donc les naissances qui devaient en découler ; qu'il avait de ce fait des motifs sérieux de croire en des accouchements clandestins nécessairement suivis d'agissements de nature criminelle de la part de celle-ci ; que pour autant il n'a rien mis en œuvre pour faire échec à de telles conduites de répétition alors qu'il était en état de prendre toutes mesures efficaces notamment d'ordre médical, préférant laissant son épouse agir à sa façon, alors qu'il avait nécessairement conscience des conséquences fatales d'une telle abstention. Considérant que ces faits qui démontrent une complaisance inquiétante dans

la mise à mort répétée de nouveau-nés constituent une violation grave des droits de la personne humaine et causent un trouble exceptionnel et durable à l'ordre public que seule la détention est de nature à compenser... (Extrait de la confirmation de l'ordonnance de placement en détention provisoire).

Un des arguments également utilisé par le procureur pour justifier le placement en détention provisoire de ce mari complaisant est de nature médiatique : *« l'affaire a déjà une audience nationale, compte tenu de la gravité des faits et des circonstances des commissions des homicides, de l'absence volontaire d'intervenir de Monsieur, alors qu'il savait les drames qui se déroulaient sous ses yeux, compte tenu de la multiplicité des faits, ainsi que des circonstances dans lesquelles son épouse a entrepris de faire disparaître les corps des victimes, c'est donc un trouble incommensurable et durable à l'ordre public qui est perçu et ce sur le plan national ».*

Tous ces pères avaient un casier judiciaire vierge et pratiquement aucun antécédent policier, ce qui plaidait en leur faveur.

VI. Analyse des données expertales psychiatriques et psychologiques

Les objectifs spécifiques principaux de cette partie de la recherche sont :

- d'analyser la qualité des expertises et leur influence sur la décision judiciaire ;
- de contribuer à la prévention des morts violentes de nourrissons par le repérage de typologies des familles et des auteurs, et par la définition de facteurs « facilitant » le passage à l'acte violent sur le nourrisson.

L'analyse porte sur :

- les expertises psychiatriques
- les expertises psychologiques
- les rapports de suivi judiciaire
- les enquêtes de personnalité
- les interrogatoires de curriculum-vitae.

Ces documents sont en effet susceptibles d'éclairer et de renseigner les magistrats et/ou jurés sur les personnalités et les trajectoires familiales des auteurs d'infanticides.

1. Les documents analysés

L'analyse porte sur les 32 cas de néonaticides recensés pour la période 1996-2000 (les 2 cas identifiés au parquet de Paris pour la période 2001-2005 correspondant à des découvertes de cadavres de nouveau-nés dont la mère n'a pas été retrouvée). Si on exclut les cas où la mère est demeurée inconnue, ces 32 néonaticides concernent 22 femmes. Deux mères ont récidivé entre 1996 et 2000 (une mère a tué au total quatre bébés dont deux sur la période 1996-2000, une mère trois bébés dont deux sur la période 1996-2000) ; une autre mère deux bébés dont un seul sur la période 1996-2000). Sur ces 32 dossiers, 16 ont donné lieu à 62 expertises dont 6 doubles expertises (psychiatriques et psychologiques). La répartition de ces expertises selon la nature de la personne expertisée est indiquée au tableau 20.

Tableau 20 : Type d'expertise et personne expertisée

	Mère	Père	Mère et ses parents	Oncle*	Sœurs*	Total
Expertise psychiatrique	15	2		2		19
Expertise psychologique	17	2	1	2	1	23
Expertise psychologique et psychiatrique	6					6
Enquête de personnalité	5					5
Interrogatoire de curriculum-vitae	4					4
Rapport de contrôle judiciaire	5					5
Total	52	4	1	4	1	62

*Les liens de parenté sont ceux avec l'enfant décédé

Les personnes expertisées sont en grande majorité les mères, dans chaque cas mises en cause. Il existe deux dossiers où le père est conjointement mis en cause. L'une de ces affaires a

donné lieu à trois expertises (une psychiatrique et deux psychologiques) et il s'agit du dossier comportant quatre néonaticides pour lequel le père est mis en cause pour homicide volontaire. Dans l'autre dossier, le père, mis en cause pour non assistance à personne en danger, a fait l'objet d'une expertise psychiatrique.

Il existe trois dossiers où un autre membre de la famille⁸ est conjointement mis en cause :

- dans l'un d'eux, c'est la famille maternelle composée de la mère, du beau-père, de deux sœurs et d'un frère qui est mise en cause pour non dénonciation de crime (pas d'expertises, l'accusation contre la famille maternelle se conclura par un non lieu) ;
- dans un deuxième, c'est le frère de la mère, l'oncle du bébé qui est mis en cause pour non dénonciation de crime et non assistance à personne en danger (quatre expertises, l'oncle comparaît devant un tribunal pour enfant, nous ne disposons pas de la conclusion judiciaire).
- dans le dernier dossier c'est la mère de la mère, la grand-mère maternelle qui est mise en cause pour non assistance à personne en danger (pas d'expertise, l'accusation contre la grand-mère se conclura par un non lieu).

S'il existe un lien certain entre le fait d'être mis en cause et le fait d'être expertisé, ce lien n'est pas systématique : 6 mères ont été mises en cause sans être expertisées, une grand-mère maternelle et une famille maternelle sont dans la même situation (mises en cause mais non objets d'expertises), tandis que deux sœurs (du bébé) ont été expertisées sans être mises en cause, ainsi qu'un couple de grands-parents maternels, expertisés en même temps que leur fille (mère du bébé) mais non mis en cause.

Les expertises sont des documents très hétérogènes. Elles le sont par leur temporalité. Une expertise peut être effectuée un jour ou huit ans après les faits... La moitié des expertises sont réalisées entre le 2^{ème} et le 6^{ème} mois qui suivent les faits. Huit expertises ont été réalisées très rapidement dans le 1^{er} mois tandis que 15 expertises l'ont été plus d'une année après les faits. Les contenus d'expertises sont sensiblement différents en fonction de ces temporalités. Le plus souvent une expertise effectuée dans un certain délai après les faits permet une meilleure collaboration de l'expertisé(e) et une meilleure qualité d'exploration des facteurs ayant facilité

⁸ Par famille, on entend celle du nouveau-né et, dans toute cette partie, les liens de filiation décrits sont ceux avec le bébé.

le passage à l'acte. Les expertises qui ont paru les plus éclairantes sont des expertises menées à deux temps différents : un temps 1 proche (sans trop l'être) des faits, un temps 2 plus éloigné des faits. Le chemin parcouru par le mis en cause dans la reconnaissance et la « compréhension » des faits peut être particulièrement saisissant dans le cas d'expertises menées par un même expert à des temps 1 et 2.

Elles sont hétérogènes aussi par leurs conditions de réalisation. Une expertise peut donner lieu à trois entretiens dans une même semaine ou à deux entretiens espacés de quelques jours ou semaines, ou à un unique entretien. Pour un même dossier et un même mis en cause, il peut y avoir une ou plusieurs expertises psychiatriques (s) et psychologique (s) (voir le tableau 20). Une expertise peut être menée par un ou deux experts. Les 62 expertises de notre étude ont été réalisées par 46 experts différents. 32 experts ont réalisé une seule et unique expertise. Un psychiatre est impliqué dans 5 expertises relatives à 2 affaires judiciaires. Une psychologue est impliquée dans 4 expertises relatives à la même affaire. Une dizaine d'experts réalisent deux, plus rarement trois, expertises de notre échantillon. Nous pouvons donc conclure à une diversité des experts. Cependant, il arrive que l'expertise psychiatrique et l'expertise psychologique soient menées par le même expert lors du même entretien unique (il y a alors une déperdition nette de la qualité de l'expertise en comparaison avec des expertises menées par deux professionnels différents).

Comme indiqué dans les parties relatives au protocole et au déroulement de la recherche, les expertises ont fait l'objet d'une double approche, qualitative et quantitative. La base de données textuelles a été analysée grâce au logiciel NVivo. Un questionnaire de 153 items, permettant un traitement quantitatif (grâce au logiciel Modalisa) et qualitatif, a été structuré en fonction d'une typologie des facteurs pouvant expliquer le passage à l'acte : facteurs liés à la personnalité du mis en cause, facteurs liés au contexte familial et social au moment des faits, facteurs liés au contexte familial et social du passé, facteurs liés à la représentation de l'enfant, facteurs liés à la grossesse et à sa représentation, facteurs précédents le passage à l'acte (définis comme des « facteurs de stress »). De plus, le questionnaire décrit le plus finement possible les conditions de réalisation des expertises : noms des experts, dates, lieux des rencontres, personnes présentes, qualité de collaboration du mis en cause, positionnement de l'expert, etc. ainsi que le contenu des expertises : citations du mis en cause, utilisation de tests, rappel et réponses aux missions, thématiques explorées, conclusions, etc.

2. Les dossiers qui n'ont pas donné lieu à des expertises

Sur les 22 mères connues et mises en causes, 6 n'ont été l'objet d'aucune expertise. Les caractéristiques principales de ces 6 affaires sont résumées dans le tableau 21.

Tableau 21 : Caractéristiques des dossiers sans expertises

N° affaire	Résumé de l'affaire	Nb bébé	Mis en cause	Suite judiciaire
A	Mère de 31 ans, employée. 1 ^{er} enfant, pas de suivi ni de déclaration de grossesse, grossesse cachée, « personne ne voit ». Mère vit chez ses parents. Accouche chez son ami. Terme : 37 semaines. PN : 3000 g. Ami panique, appelle les secours mais laisse bébé dans les toilettes : mort noyé.	1	Mère et père Homicide volontaire	Non-lieu mère et père
B	Mère de 25 ans. Bébé mis au monde dans cuvette WC, né à terme. Mère négligente, logements successifs insalubres faute d'entretien. Un précédent bébé né à domicile en 1994, « né sans vie ». Un frère né en 1995, un demi-frère né en 1993. Mère pense que le bébé « va partir par le sanibroyeur »...	1	Mère	3 ans de sursis. Mise à l'épreuve
C	Mère de 31 ans. Accouchement à domicile. Terme : 28 semaines. Autopsie : bébé vivant mais non viable sans soins intensifs. A déjà eu 2 grands prématurés nés à 7 et 6 mois (dont le dernier 7 mois avant).	1	Mère Décès par défaut de soins	Classé sans suite
D	Mère de 37 ans. Accouchement à domicile. Transportée à l'hôpital dans le coma. Terme : 37 semaines. PN : 3400 g. 3 ^e enfant de l'amant et non du père des 2 premiers. Pas de déclaration ni de suivi de grossesse. Autopsie : n'a pas respiré (non viable).	1	Mère	Classé sans suite pour décès naturel et absence d'infraction
E	Mère de 21 ans, vivant chez ses parents. Accouchement à domicile. Terme : 40 semaines. PN : 3400 g. 2 ^{ème} enfant. La grand-mère ne fait rien. Le grand-père emmène mère + bébé décédé à l'hôpital. Décès par faute de soins. Mère avait déjà accouché dans toilettes du lycée avec tentative d'infanticide, l'enfant avait été placé.	1	Mère	Classé sans suite pour absence infraction
F	Mère, 19 ans. Bébé né à terme, découvert dans un plan d'eau. Grossesse cachée à parents. Elle en parle à son ami : refuse grossesse pour raisons « traditionnelles ». Accouche seule dans sa chambre. Essaie de mettre le bébé au sein, tente de lui faire du bouche à bouche, le cache jusqu'au lendemain. Elle se présente au service de gynéco pour saignements : les médecins constatent la présence d'un placenta. Pas possible de certifier que le bébé était viable.	1	Mère	Classement sans suite pour absence d'infraction

Dans les dossiers D et F, le fait que l'enfant n'ait pas respiré ou qu'il n'ait pas été possible de certifier qu'il avait respiré, c'est-à-dire qu'il avait vécu, a vraisemblablement stoppé les

investigations avant même qu'elles ne se mettent en place : en l'absence de faits qualifiables pénalement, le parquet n'a pas ouvert de poursuites.

Dans le dossier C, il est probable que l'enfant aurait pu vivre s'il avait bénéficié d'une réanimation rapide.

Pour le dossier E, notons que le Juge des enfants avait été saisi lors de la 1^{ère} tentative de néonaticide. Il est possible qu'une assistance éducative ait été mise en place, ce qui pourrait expliquer que, lors du 2^{ème} néonaticide, le parquet n'ait pas ordonné de poursuites.

Le parquet classe sans suite 4 dossiers (C, D, E et F) : il n'y a donc pas de poursuites ni, à fortiori, d'expertises. Seuls 2 dossiers sur 6 donnent lieu à des poursuites : les dossiers A et B. Le dossier B semble avoir été perdu, il contenait peut-être des expertises... Pour le dossier A, il n'est pas aisé de comprendre pourquoi ce père et cette mère n'ont pas été expertisés alors que les données de ce dossier judiciaire sont tout à fait comparables à d'autres dossiers qui ont donné lieu à expertises.

L'absence d'expertises est évidemment liée à l'absence de poursuites (4 dossiers sur 6). Lorsque des poursuites sont engagées (2 dossiers sur 6), seule une affaire conduit à une condamnation judiciaire et cette condamnation relève du sursis (le dossier B dans lequel la mère est condamnée à trois ans de sursis mise à l'épreuve), l'autre dossier se conclut par un non-lieu. L'absence d'expertises serait-elle liée à l'appréciation anticipée par le magistrat d'une peine « légère » voire d'un non-lieu ?

3. Les relations entre expertises et condamnations judiciaires

L'analyse des données expertales des néonaticides a exploré la relation entre conclusions des experts et conclusions judiciaires (voir tableaux 22 et 23).

Si la reconnaissance d'un état confusionnel pendant ou après les faits implique la reconnaissance d'une altération du discernement et du contrôle de ses actes au sens de

l'Article 122-1 alinéa 2 du Code pénal⁹, l'inverse n'est pas vrai. La reconnaissance d'une altération du discernement et du contrôle de ses actes n'implique pas forcément le diagnostic d'un état confusionnel pendant ou après les faits.

Dans trois dossiers où est reconnue une personnalité psychotique de la mère, il est admis une altération du discernement et du contrôle de ses actes au sens de l'Article 122-1 alinéa 2 du Code pénal. Notons qu'aucun des psychiatres ne retient l'abolition du discernement et du contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal, y compris dans ces trois dossiers. Ces 3 dossiers aboutissent aux décisions judiciaires suivantes : 3 ans fermes dont 2 avec sursis, 3 ans de sursis avec mise à l'épreuve, un non lieu.

Comme nous pouvons le constater dans le tableau 22, la reconnaissance d'une altération du discernement et du contrôle de ses actes (au sens de l'Article 122-1 alinéa 2 du Code pénal) ne semble pas déterminante dans la fixation des peines prononcées. Il ne semble pas qu'elle conduise à une atténuation des peines en comparaison des autres dossiers.

Les dossiers où les expertises concluent unanimement à une absence d'état confusionnel, à une absence d'abolition ou d'altération du discernement et du contrôle de ses actes sont des dossiers aux conclusions judiciaires extrêmement diverses : 7 mois fermes, 15 ans fermes, 5 ans fermes dont 4 avec sursis, 5 ans fermes dont 2 avec sursis, non lieu pour chose jugée.

Il semble donc difficile d'affirmer que les conclusions des experts psychiatres influent sur la décision judiciaire (tableau 23). La réalisation d'expertises et la reconnaissance d'une personnalité psychotique et/ou d'un état confusionnel et de l'altération du discernement et du contrôle des actes du mis en cause ne conduisent pas vraiment à une atténuation de la condamnation judiciaire, bien qu'elles semblent protéger des peines les plus sévères.

⁹ Rappelons la définition juridique de l'article 122-1 du code pénal : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

Tableau 22 : Conclusions des experts et conclusions judiciaires

N°	Episode confusionnel pendant/après les faits	Personnalité psychotique	Abolition discernement Article 122-1 alinéa 1	Altération discernement Article 122-1 alinéa 2	Conclusion judiciaire
1	Non	Non	Non	Oui	Mère : 5 ans dont 4 ans et 7 mois en sursis. Meurtre sur personne vulnérable
2	Oui (psychologue)	Non	Pas d'expertise psychiatrique	Pas d'expertise psychiatrique	Classement sans suite
3	Oui (psychologue et psychiatre)	Oui (psychologue et psychiatre)	Non	Oui	Mère : 3 ans dont 2 avec sursis. Non assistance à personne en danger + 5 ans interdit droits civiques
4	Non	Non	Non	Non	Mère : 7 mois fermes. Homicide involontaire
5	Oui (2 psychologues et psychiatre)	Non	Non	Oui	Mère : 3 ans dont 2 avec sursis. Violences ayant entraîné la mort
6 et 7	Non (2 psychiatres)	Non	Non 2 psychiatres	Non 2 psychiatres	Mère : 15 ans fermes. Homicide volontaire. Père : 5 ans dont 3 avec sursis
8	Oui (psychologue et 3 psychiatres)	Oui (pour un psychiatre)	Non	Oui	Mère : 3 ans de sursis avec mise à l'épreuve. Homicide volontaire
9	Non	Non	Non	Non	Mère : 5 ans dont 4 avec sursis. Meurtre
10	Non	Non	Non	Non	Mère : 5 ans, 2 avec sursis. Délaissement ayant entraîné la mort
11	Oui (2 psychologues et 2 psychiatres)	Non	Non	Oui	Mère : 5 ans de sursis dont 2 ans de mise à l'épreuve
12	Non	Non	Non	Oui	Mère : 5 ans de prison, dont 4,3 de sursis
13	Non	Oui. 1 psychiatre Non 1 psychiatre	Non	Oui 1 psychiatre Non 1 psychiatre	Non lieu
14	Non	Non	Non	Oui	Mère : relaxe
15	Oui	Non	Non	Oui	Mère : 3 ans de prison dont 30 mois de sursis: Meurtre
16	Non	Non	Non	Oui 2 psychiatre)	Mère : 18 mois dont 12 mois avec sursis + 2 ans de mise à l'épreuve
17	Non	Non	Non	Non	Non lieu en France pour chose jugée à l'étranger

Tableau 23 : Conclusions des experts et conclusions judiciaires (suite)

	Classement sans suite, non-lieu ou relaxe	Sursis seul	Peines de 6 mois fermes maximum*	Peines 6 – 11 mois fermes *	Peines de 1 an ferme*	Peines 3 ans fermes *	Peines 15 ans fermes *
Toutes les mères expertisées	4	2	3	2	3	1	1
Les mères avec reconnaissance de l'article 122-1 alinéa 2	2	2	3	1	2		
Les mères avec reconnaissance de l'article 122-1 alinéa 2. Reconnues comme personnalités psychotiques	1	1			1		

* peines effectivement exécutées en tenant compte du sursis

Le 1^{er} alinéa de l'article 122-1 est respecté : il n'a jamais été retenu dans ces dossiers de néonaticides. Les mis en cause sont donc reconnus pénalement responsables et peuvent être jugés.

Le 2^{ème} alinéa de l'article 122-1 pose plus question dans la mesure où nous ne saisissons pas comment et en quoi les juridictions en ont tenu compte dans les affaires où cet alinéa a été retenu.

4. La personnalité du mis en cause

La personnalité psychotique

Dans seulement 4 expertises sur 62 il est estimé qu'on est en présence d'une personnalité psychotique et 3 mères sont concernées par ce diagnostic.

Une mère de 23 ans, qui commet un néonaticide sur son 4^{ème} garçon, sera condamnée à 3 ans d'emprisonnement dont 2 avec sursis pour non assistance à personne en danger et à 5 ans

d'interdiction de droits civiques. Une expertise psychologique et une expertise psychiatrique concluent à une personnalité psychotique, comme il ressort de cet extrait de l'expertise psychiatrique :

« Le détachement affectif avec lequel MERE BEBE évoque sa grossesse, manifestement peu investie et s'étant déroulée dans la clandestinité, est tout à fait impressionnant. Son visage reste impassible lorsqu'elle évoque l'événement tragique de l'accouchement et la mort de l'enfant et l'on peut parler de troubles du jugement à propos de la façon dont elle évoque son attitude. Si nous n'avons pas constaté d'attitudes ou de propos évocateurs de l'existence d'une activité délirante, pas plus qu'une dissociation aiguë du cours des idées, il n'en demeure pas moins essentiel de noter l'étrangeté et l'inaffectivité observées chez cette jeune femme. Ceci joint à l'absence de tout autre signe nosographique, notamment l'absence de signe de névrose caractérisée ou bien encore de structure perverse de la personnalité, nous a amenés à l'hypothèse d'un trouble grave de la personnalité, de registre psychotique [...] Au total, nous estimons que MERE BEBE présente des traits de personnalité évocateurs du diagnostic de structure psychotique, sans décompensation délirante franche ni dissociation aiguë. »

Une mère de 17 ans, qui accouche de son 1^{er} enfant au domicile de sa belle-mère où elle vit en concubinage, sera condamnée à 3 ans de sursis avec mise à l'épreuve, pour homicide volontaire. Une expertise psychiatrique conclut :

« Au total, MERE BEBE est une jeune fille immature, de niveau intellectuel liminaire chez laquelle on retrouve au décours d'un accouchement des éléments de dissociation psychique avec une pauvreté des affects, l'existence de bizarreries corporelles associées à des angoisses majeures de morcellement évoluant depuis le début de la grossesse. »

Notons que cette expertise est réalisée 3 jours après les faits. Deux expertises plus tardives seront plus nuancées. Dans une expertise psychiatrique réalisée 109 jours après les faits, on note :

« L'examen psychiatrique permet d'éliminer chez MERE BEBE l'existence de tous troubles psychiatriques d'origine psychotique. [...] Par contre, il existe des troubles patents de l'humeur avec une thymie triste, des idées de culpabilité en rapport manifeste avec le traumatisme vécu. »

Dans une 3^{ème} expertise psychiatrique, réalisée 157 jours après les faits, il est affirmé :

« Au moment des faits, le sujet n'était pas atteint de troubles psychiques ou neuropsychiques ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal. Il apparaît probable qu'au moment des faits le sujet a présenté des manifestations aiguës d'angoisse qui ont partiellement altéré son discernement et entravé le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal. »

Une mère de bientôt 25 ans, accouche de son 4^{ème} enfant, une fille, seule chez elle. La mère refuse les secours proposés par le père et la grand-mère maternelle, qui n'interviendront que le lendemain matin. Le dossier sera clos par un non-lieu. Une expertise psychiatrique réalisée le jour même des faits conclut :

« J'estime que nous nous trouvons face, dans un contexte désormais classique, à un déni de grossesse authentique et complet, qui est récidivant dans ce cas précis. Nous ne retrouvons pas, comme il arrive parfois dans ces situations précises, de support psycho-pathologique sous jacent à l'origine de ce phénomène. »

Une deuxième expertise psychiatrique, réalisée 98 jours après les faits, conclut :

« Il semble en effet que Madame ne savait pas qu'elle était enceinte puisque selon elle, elle a pris une pilule contraceptive et qu'elle avait conservé ses règles jusqu'au bout de la grossesse. Toutefois, il nous apparaît que lorsque son mari lui demande si elle est enceinte et elle lui répond par la négative, nous faisons l'hypothèse qu'elle est dans un déni de son état, déni de la réalité. C'est donc une personnalité psychotique à laquelle nous avons affaire mais sans psychose délirante déclarée. [...] Madame était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement puisqu'elle ne s'est même pas aperçu qu'elle était enceinte, mais sans avoir aboli ou entravé le contrôle de ses actes. »

Notons qu'ici le déni de grossesse évoqué dans les deux expertises est soit associé à une absence de psychopathologie (1^{ère} expertise) soit corrélé à une personnalité psychotique (2^{ème} expertise).

Nous remarquons que la temporalité des expertises influe sur les conclusions des experts mais sans pouvoir dire dans quelle direction cette influence s'exerce. Dans le 2^{ème} dossier évoqué ci-dessus, les expertises vont d'un diagnostic de personnalité psychotique à un diagnostic beaucoup plus mesuré, tandis que dans le 3^{ème} dossier c'est un mouvement contraire : les expertises vont d'un diagnostic non psycho-pathologique à un diagnostic de personnalité psychotique.

Des troubles psychologiques

Dans 36 des 62 expertises (soit presque 60%, ce pourcentage montant à 62% pour les expertises psychologiques et à 76% pour les expertises psychiatriques) il est estimé que la personne expertisée souffre de troubles d'ordre psychologique, les plus couramment cités étant des éléments, traits ou mouvements dépressifs (largement dominants), des troubles de l'anxiété, du stress, des troubles psychotraumatiques. Une névrose d'échec est mentionnée.

Les éléments de personnalité qui sont le plus mentionnés sont :

- l'immaturation et la dépendance à l'autre (mentionnées dans 46 expertises)
- le repli sur soi, l'inhibition (dans 38 expertises)
- la dévalorisation de l'image de soi (dans 29 expertises)
- le vide, l'inaffectivité, l'inexpressivité (dans 29 expertises).

Des éléments de personnalité plus saisissants comme l'impulsivité ou la colère ne sont pas investigués (pour 39 expertises) comme si les experts n'avaient su comment chercher ou sonder ce type de caractéristique chez les personnes expertisées.

D'autres troubles plus saillants de la personnalité n'existent pas chez les personnes expertisées : pas de relations instables et intenses (absentes dans 44 expertises et non investiguées dans 10 expertises), pas de conduites addictives ou excessives (absentes dans 43

expertises et non investiguées dans 14 expertises), pas d'instabilité de l'humeur (absente dans 39 expertises et non investiguée dans 16 expertises).

Et d'autres éléments vont dans le sens d'une personnalité sans « défaut apparent », « sans histoire », comme nous le verrons plus loin au paragraphe 7. Ces éléments de personnalité présents, absents ou non investigués, dessinent une personnalité en creux du mis en cause : une personne plutôt discrète, effacée, réservée, non psychopathique.

La personne expertisée dans ces affaires de néonaticides (la plupart du temps la mère) présenterait donc le plus souvent une personnalité dépendante, immature, inhibée, sans agressivité apparente, se percevant de façon plutôt dévalorisée, n'étant pas sujette à des affects ou à des comportements excessifs comme des conduites addictives, des colères ou des gestes auto-agressifs.

5. Les facteurs contemporains des faits pouvant expliquer le néonaticide

Dans les facteurs « actuels » pouvant expliquer les passages à l'acte néonaticide, nous remarquons qu'il ne semble pas figurer de facteur de type socio-démographique. Ceux-ci sont détaillés au paragraphe 5 du chapitre I de cette partie consacrée aux néonaticides.

Rappelons les principales caractéristiques de ces femmes, elles sont de tous âges, la moitié d'entre elles ayant plus de 25 ans et 2 étant mineures ; elles vivent pour la moitié d'entre elles avec le père de l'enfant ; elles ont déjà d'autres enfants, pour plus de la moitié d'entre elles, avant d'être mises en cause dans un néonaticide.

Si l'on considère les mères ayant déjà des enfants avant les faits, elles sont tout à fait investies dans l'éducation de leurs enfants. Seule une mère (ayant commis 4 néonaticides et mère par ailleurs de 6 enfants vivants) est considérée dans trois expertises comme ayant désinvesti ses fonctions maternelles auprès de ses enfants vivants.

Notons cette citation : « *C'est une bonne mère, elle aurait fait n'importe quoi pour ses enfants* ». (Enquête de personnalité d'une mère de deux enfants qui commet un néonaticide sur son 3^{ème} enfant).

Les facteurs « actuels » pouvant expliquer le passage à l'acte néonaticide semblent plutôt être des facteurs d'ordre relationnel que des facteurs socio-démographiques. Ainsi 31 expertises notent que le couple est confronté à des difficultés au moment des faits. 4 des 16 couples concernés dans ces affaires se sont séparés avant les faits, 3 se sont séparés après les faits. Deux des pères ont des « doubles vies » c'est-à-dire une relation avec une autre femme, tandis qu'une des mères a eu une autre relation sexuelle (le père doutera de sa paternité) et qu'une autre mère mène plusieurs relations affectives en parallèle. Il faut toutefois analyser la situation de « discontinuité du couple au moment des faits » car celle-ci est inconnue dans plus d'un quart des cas.

30 expertises sur 62 investiguent la crainte de la mère d'être quittée par le père, ou plus simplement la crainte du père, et 17 de ces 30 expertises notent que cette crainte existe chez la mère (ces 17 expertises concernent 10 mères soit plus de 60% des mères concernées).

« Le couple ne voulait pas d'enfant « lui n'en voulait pas, et moi j'ai fait comme si j'étais pas enceinte [...] car je pensais moins l'aimer car il avait des problèmes d'alcoolisme et j'en ai souffert étant jeune. Il buvait surtout le week-end [...]. Il n'a jamais levé la main sur moi, mais ça m'a impressionné. Ce qu'il disait, c'était pas cohérent et ça me faisait peur. » (Expertise psychiatrique d'une mère de 32 ans mise en cause pour un néonaticide sur son 2^{ème} enfant).

Si nous nous intéressons à l'isolement social et affectif et à la solitude des mis en cause, nous notons qu'il s'agit d'un élément important de leur vie : 31 expertises le soulignent.

A cheval entre le passé et l'actuel, l'inaffectivité et l'inexpressivité des grands-parents semble aussi être un élément descriptif important, en particulier celles des grands-pères, c'est à dire des pères des mis en cause. Cette inaffectivité et cette inexpressivité sont définies par l'absence de communication et de dialogue entre parents et enfants, par un manque de chaleur et d'affection au sein de la famille et, dans certains dossiers, par les caractères rigides et autoritaires des grands-parents.

Il semble difficile de donner un profil socio-démographique des mis en cause dans des affaires de néonaticides (très majoritairement des mères). Ces mères sont en effet de tout âge, de tout niveau intellectuel, mariées ou non, déjà mères ou non. Cependant un profil « relationnel » de ces mères émerge des expertises. Ces mères se vivent pour la plupart

d'entre elles comme à la fois dépendantes et isolées (c'est ici le ressenti qui compte et non la réalité : une mère peut se sentir seule tout en vivant avec son conjoint et d'autres enfants). Ces mères ont souvent des parents qui n'ont pas su / pas pu exprimer des sentiments et des émotions, et plus particulièrement des pères qui n'ont pas su / pas pu se montrer affectueux avec elles. Ces mères ont fréquemment la crainte d'être quittées par le père de leur enfant. Leur couple est souvent peu stable.

Un manque d'assurance et de stabilité relationnelles et affectives semblent distinguer la majorité de ces mères, comme il ressort de nombreuses expertises :

« Elle n'aurait pas rencontré de difficultés majeures durant l'enfance et l'adolescence, si ce n'est disait-elle "qu'il a pas eu trop d'affection de la part de nos parents qui travaillaient beaucoup et qui n'étaient pas tellement avec nous. Il y avait peu de communication [...] on n'a pas eu un amour ni une affection énormes, juste ce qu'il fallait, pas plus... ". (Expertise psychologique d'une mère de 29 ans, un enfant vivant, deux néonaticides, un accouchement sous X).

« Melle MERE BEBE est une jeune fille à la présentation immature qui noue le contact sur le mode d'une enfant [...]. Elle parle volontiers et l'on ressent un besoin important de se sentir écoutée, comprise, prise en compte. [...] Les principaux traits de personnalité de Melle MERE BEBE sont une image de soi peu élaborée, relativement fragile avec une très grande immaturité tant affective qu'intellectuelle, un important besoin de dépendance, de se sentir prise en charge, en lien avec des images parentales présentes mais insuffisamment structurantes et sécurisantes. » (Expertise psychologique d'une mère de 18 ans, néonaticide sur son 1^{er} enfant).

« L'histoire personnelle et familiale de MERE BEBE est caractérisée par des difficultés majeures de communication dans son entourage familial. Deux facteurs expliquent cela : d'une part, un climat familial peu chaleureux, peu disponible avec des règles et des principes très rigides; d'autre part, le caractère renfermé de MERE BEBE : c'est une enfant sage, soumise, très peu autonome, obéissante et qui n'a jamais pu parler d'elle même, de sa vie d'enfant ». (Expertise psychologique d'une mère de 21 ans, néonaticide sur son 1^{er} enfant).

Tout l'effraie, elle a peur d'aborder le monde extérieur, elle n'ose pas regarder les gens en face... Elle est en quête affective, mais ne voudrait pas que les autres le sachent ou soient importunés. Le seul souvenir gratifiant : l'arrière-grand-mère qui jouait spécialement avec

elle et qui lui offrait une tendresse toute gratuite. Par la suite ce ne sera que déception, attente, voire impression de rejet. (Expertise psychiatrique d'une mère de 25 ans, néonaticide sur son 3^{ème} enfant, le père a une double vie).

Les pères expertisés présentent le même tableau d'insécurité affective :

L'examen de Monsieur ne révèle pas chez lui d'anomalie mentale. Nous constatons une fragilité de la personnalité qui se traduit par une dépendance vis-à-vis de sa femme, une immaturité certaine mais une grande capacité de travail. (Expertise psychiatrique d'un père dont la femme commet un néonaticide sur leur 4^{ème} enfant).

6. Les facteurs du passé pouvant « expliquer » le néonaticide

Dans les facteurs du passé, c'est-à-dire dans les éléments descriptifs de l'enfance et de l'adolescence des mis en cause dans des affaires de néonaticides, les éléments relationnels semblent de nouveau prépondérants même si des éléments plus « objectifs », comme la discontinuité scolaire, existent.

La continuité du couple des parents des mères auteurs de néonaticides est variable : 3 couples de grands-parents (du nouveau-né) se sont séparés très vite ; 3 couples se sont séparés à l'adolescence du mis en cause. Près de la moitié des couples de grands-parents sont toujours ensemble au moment des faits.

La discontinuité d'éducation (non recherchée dans 19 % des cas et absente dans 36 %) peut être consécutive à la séparation du couple grand-parental. Elle peut aussi être liée à un changement dans les personnes en charge de l'éducation : telle mère a pu être éduquée pendant plusieurs années par sa grand-mère avant d'être confiée à sa mère, par exemple.

La discontinuité scolaire est beaucoup plus fréquente. Plus de la moitié des mis en cause (dans 32 des expertises) connaissent des difficultés et des ruptures dans leur scolarité : redoublements, changements d'orientation, changements d'établissements, arrêts de leur scolarisation. C'est un élément important de la vie des mis en cause qui témoigne d'une certaine difficulté à s'insérer dans un parcours scolaire.

Les fonctions parentales des grands-parents sont très souvent désinvesties dans l'enfance des mis en cause. Ces désinvestissements ne sont pas forcément dus à des raisons « affectives ». Les grands-parents peuvent être accaparés par des soucis financiers, des investissements professionnels et/ou être confrontés à des mobilités géographiques plus ou moins subies. Notons que le désinvestissement du grand-père est particulièrement fréquent. Il est à mettre en relation avec la sensation d'inaffectivité, d'inexpressivité du grand-père exprimée par les mis en cause. Notons aussi que certaines grands-mères sont « trop » investies auprès du mis en cause : l'enfance du mis en cause est alors vécue comme sous contrôle ou étouffante.

Dans le passé des mis en cause, la violence physique est exceptionnelle mais une certaine violence verbale est présente.

L'isolement dans l'enfance est mal investigué, il est donc difficile de dire si l'isolement ressenti à l'âge adulte par les mis en cause (cf. le tableau n°10) trouve ses sources dès l'enfance. Pour 5 mères sur 16, une rivalité fraternelle et/ou sororale a marqué l'enfance et la vie adulte. Cet élément n'est pas négligeable dans leur dynamique psychique.

« 'Mon frère a été plus chouchouté...' Il semble que MERE BEBE ait beaucoup souffert de ces "différences" faites entre elle et son frère cadet. 'C'était un combat entre moi et lui pour l'amour des parents'. » (Expertise psychologique et enquête de personnalité d'une mère de 29 ans, un enfant vivant, deux néonaticides, un accouchement sous X).

7. Des « non-facteurs »

Ce qui semble le plus intrigant dans les expertises de néonaticides, c'est la présence de ce que nous pourrions nommer des « non-facteurs » dans la caractérisation des mis en cause et de leur famille.

Les mis en cause n'ont pas connu de discontinuité de vie majeure dans leur enfance : peu de décès précoces de proches (parents, frères et sœurs...), pas de placement. Il n'y a pas eu d'événement majeur traumatique, même si la notion de trauma est à manier avec prudence (un événement traumatique est toujours un événement vécu d'un point de vue subjectif comme traumatique, il est donc malaisé de spécifier à priori un événement comme traumatique pour les mis en cause).

Les comportements psychopathiques des grands-parents, y compris des conduites addictives comme l'alcoolisme, ne sont pas investigués pour 31 expertises pour les grands-pères et 25 pour les grands-mères, voire absents pour 20 expertises chez les grands-pères et 25 chez les grands-mères. Ce type de comportements est peut être relativement rare chez ces grands-parents, mais on ne dispose pas de données assez fournies pour y répondre.

Le bébé décédé n'a pas de filiation incertaine dans la majorité des cas. Seules 6 expertises, concernant deux dossiers (deux bébés) relèvent cet élément. Dans un des deux dossiers, c'est le père qui doute de sa paternité, la mère étant assurée qu'il s'agit de lui. Dans l'autre dossier, la mère est incertaine du père car elle entretient plusieurs relations parallèles. Quant au mis en cause, aucune expertise ne relève de question portant sur sa filiation.

Le néonaticide ne semble pas procéder d'une répétition transgénérationnelle : la notion de bébés décédés dans les générations antérieures n'est retenue que par 2 expertises sur 62. Notons que ces 2 expertises concernent le dossier du quadruple néonaticide : la mère aurait eu deux frères et sœurs morts-nés.

Enfin, concernant la vie actuelle des mis en cause aux moments des faits, 3 « non-facteurs » sont à signaler :

- La violence, y compris la violence verbale, ne caractérise pas de façon flagrante la vie de famille des mis en cause. Seules 3 expertises la mentionnent comme tout à fait présente ;
- La psychopathie, les actes délictueux, commis par les mis en cause sont encore moins présents. Ils ne sont mentionnés que dans 2 expertises et ces 2 expertises concernent une mère qui a commis des détournements de fonds. Cet acte délictueux a été l'occasion pour cette mère d'avouer un néonaticide commis à l'étranger. Dans ce cas, nous pouvons nous demander si l'acte délictueux n'est pas la conséquence d'un néonaticide non découvert plutôt qu'une cause, ou un élément d'explication, du néonaticide ;
- Enfin, les mis en cause ne sont pas, aux moments des faits, en situation de discontinuité scolaire, pour les plus jeunes mères, ou en situation de discontinuité

professionnelle, pour des mères plus âgées. Notons toutefois qu'un certain nombre de ces mères ne travaillent pas et sont mères au foyer.

Des éléments de personnalité (comme signalés au paragraphe 4.2), des facteurs « actuels » et des facteurs du passé, que nous pourrions qualifier de « saillants » ou « d'aigus » comme des relations instables, de l'impulsivité, des conduites addictives (chez les mis en cause et chez leurs parents), des gestes auto-agressifs, des problèmes de filiation, des actes délictueux, des décès ou des placements dans l'enfance... semblent tout simplement absents ou non investigués dans les expertises. Nous n'avons pas affaire à des personnalités aux contours particulièrement psychopathologiques et/ou psychopathiques.

« L'intéressée se veut une enfance « normale » sans nulle carence ni dysfonction particulière. [...] Elle s'est mariée et avait organisé son existence selon tous critères de normativité. » (Expertise médico-psychologique et psychiatrique d'une mère de 44 ans, 3 enfants vivants, un néonaticide sur son 4^{ème} enfant).

« Elle se décrira comme une jeune fille gaie toujours en train de rire, ne manifestant pas de symptomatologie anxieuse ou dépressive, ayant plein de copines et trouvant que "la vie était belle". » (Expertise psychiatrique d'une mère de 17 ans, primipare).

8. La grossesse et la représentation de l'enfant

8. 1. Une grossesse non suivie, un enfant non représenté

Il y a une caractéristique majeure des grossesses précédant les néonaticides : ce sont des grossesses non suivies médicalement. Ce non suivi médical a d'autres conséquences : ces grossesses ne sont pas déclarées et les accouchements se déroulent tous hors structure médicale, le plus souvent au domicile des mères mais parfois dans la nature ou sur le lieu de travail.

Ces grossesses ne sont pas investies par la mère. Ces grossesses ne sont pas « parlées », ni aux professionnels de santé ni à l'entourage. Ces grossesses « tuées » ont une visibilité variable (voir chapitre II de cette partie).

Un des aspects majeurs des expertises concernant les mères néonaticides est que les caractéristiques des grossesses ne sont pas investiguées. Plus de 62% des expertises ne précisent pas si celle-ci a débuté sous contraception ou non. 50% des expertises ne précisent pas si elle était désirée par le père. Entre 45 et 58% des expertises n'investiguent pas l'attitude des grands-parents maternels et paternels vis-à-vis de la grossesse (ne serait-ce que pour indiquer qu'ils étaient au courant). Cette absence d'investigation touche encore plus à la représentation de l'enfant : on n'a aucune idée de la représentation du sexe de l'enfant pour le mis en cause (100% de non réponses), aucune idée du ressenti de l'enfant (100% de non réponses), aucune idée non plus de la représentation des fonctions parentales et générationnelles du mis en cause (100% de non réponses). Il est évident que les mis en cause ont dû éprouver d'intenses difficultés à parler de cet enfant qui n'a pu exister. Cependant, nous pouvons nous demander si la non existence de cet enfant n'a pas « contaminé » les experts eux-mêmes : de cet enfant, il n'est quasiment jamais question. Ni la grossesse, ni l'enfant à venir, n'ont pu être portés par des représentations, n'ont pu être parlés, ni au moment de la grossesse, ni par la suite.

« L'entretien témoigne d'un désarroi qui va interdire toute évocation du décès du nouveau-né (visiblement, elle ne réussit pas encore à le mentaliser. » (Expertise psychiatrique d'une mère de 21 ans qui commet un néonaticide sur son 1^{er} enfant. L'expertise est pourtant réalisée 216 jours après les faits).

8. 2. Le déni de grossesse

Le déni de grossesse est évoqué dans 14 dossiers sur 16 mais il n'est présenté comme un facteur explicatif que dans 8 dossiers. Il n'existe qu'un dossier où c'est la mère qui évoque cette notion, l'explication par le déni de grossesse étant alors reprise par ses experts psychiatre et psychologue (notons que dans ce dossier les expertises sont réalisées plusieurs années après les faits puisque la mère s'accuse quatre ans après le néonaticide).

Le déni total, c'est-à-dire couvrant toute la grossesse, voire l'accouchement ; est exceptionnel :

« Sur le plan psychologique elle va dans un premier temps montrer un état de déni complet de sa grossesse et de la réalité de cet enfant qu'elle ne veut pas reconnaître. » (Expertise

psychologique d'une mère de 17 ans primipare).

Dans la plupart des dossiers, la mère semble osciller entre des moments de reconnaissance de sa grossesse et des moments de dénégation de celle-ci.

« Le sujet a alors partiellement désinvesti cette grossesse qu'elle évoque d'une façon ambivalente ; il y avait en même temps une dénégation mais toutefois elle savait "qu'elle avait un enfant dans son ventre". » (Expertise psychiatrique et psychologique d'une mère de 31 ans, néonaticide sur son 2^{ème} enfant).

Cette oscillation entre savoir et non-savoir, ce désinvestissement de la grossesse, le fait de se savoir enceinte tout en ne faisant rien en conséquence (pas de déclaration ni de suivi de grossesse, pas de recherche de solution, pas de changement dans les habitudes de vie, etc.) semblent correspondre à une définition psychanalytique du déni comme *« un paradoxe psychique qui est que certains sujets savent quelque chose et à la fois ne savent pas ou tout simplement ne veulent rien en savoir »* [39].

Il apparaît à la lecture des expertises, ainsi qu'après une première approche de la littérature scientifique sur le sujet, que le déni de grossesse est une notion assez complexe et souvent mal définie. Dans nos expertises, il est fait mention de déni de grossesse, mais aussi de déni de la réalité, de déni familial, de déni de l'enfant... comme il est fait mention d'attitude de déni, de mécanisme de déni, d'aptitude au déni, de comportement de déni... Dans la littérature scientifique, il est mentionné plusieurs types de dénis (partiel, total, psychotique...) incluant ou non des grossesses dissimulées. Cette notion mériterait un développement plus précis et détaillé. Notons qu'en l'état la notion de déni de grossesse ne paraît pas suffisante comme variable explicative du néonaticide : certains néonaticides sont précédés de grossesses connues et en partie investies par les mères, et certains dénis de grossesse (y compris totaux) se concluent par la naissance d'un enfant dont la mère prendra soin.¹⁰

¹⁰ Voir en ce sens le site de l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse : http://www.afrdg.info/article.php3?id_article=1

9. Conclusion de l'analyse des 62 expertises

Les 62 expertises de ces 16 dossiers judiciaires de néonaticides ont permis de mieux cerner la personnalité des mis en cause : il s'agit de mères le plus souvent immatures, dépendantes affectivement, réservées, inhibées, s'exprimant peu, se dévalorisant. Nous n'avons pas affaire à des personnalités spécialement psychopathologiques ou psychopathiques, y compris dans la génération précédente des grands-parents. Des éléments « saillants » et plus facilement détectables comme des conduites addictives, des relations instables, des colères impulsives, des deuils précoces, des placements dans l'enfance, des actes délictueux, apparaissent peu voire pas du tout dans les expertises.

Aussi, la prévention des néonaticides ne peut théoriquement s'appuyer que sur un élément « objectif » : le non suivi de la grossesse. Les professionnels de santé comme les travailleurs sociaux doivent être alertés sur les risques que comporte une grossesse non suivie, non déclarée. Mais comment détecter de telles grossesses ? Comment aller au devant de ces femmes avant l'irréparable ? Le profil psychologique fort cohérent dressé à l'issue de cette analyse peut-il faire l'objet d'une information auprès des professionnels de la santé, au premier rang desquels les médecins généralistes, que ces femmes, enceintes ou non, peuvent être amenées à consulter ?

Que peut-il advenir de l'enfant et de la mère quand celle-ci accouche, seule, hors structure médicale, dans la sidération de l'arrivée d'un enfant non investi, non vraiment attendu, non représenté psychiquement ?

Concluons en relatant qu'une jeune mère néonaticide de 17 ans a consulté avec sa belle-mère à l'hôpital quelques heures avant son accouchement. Elle n'avait pas du tout fait suivre sa grossesse. Le personnel de santé qui l'a accueillie lui a dit que sa grossesse était normale et qu'elle devait reprendre rendez-vous... 2 heures après, elle tuait son nouveau-né.

VII. Monographies de dossiers de néonaticides

Ces monographies concernent 3 dossiers de néonaticides. Les expertises réalisées sont au nombre de 9 pour ces 3 dossiers et sont décrites dans les 3 tableaux suivants. Les jours indiqués entre parenthèses représentent la durée entre la date des faits (le décès du bébé) et la date de réalisation de l'expertise.

Tableau 24 : Expertise du dossier G

	Mère
Expertise psychologique	Mr B.C. psychologue, 3 entretiens en une semaine (17 jours)
Total expertise	1

Tableau 25 : Expertises du dossier H

	Mère	Père	Total
Expertise psychiatrique	Mr B. psychiatre (94 jours)	Mr B. même psychiatre (180 jours)	2
Expertise psychologique	Mr V. psychologue (209 jours)	Mr V. même psychologue (150 jours) Mr C. psychologue (441 jours)	3
Total expertises	2	3	5

Tableau 26 : Expertises du dossier I

	Mère
Expertise psychologique	Mr P. psychiatre (108 jours)
Enquête de personnalité	Auteur non précisé (433 jours)
Interrogatoire de curriculum-vitae	Mr D. juge d'instruction (229 jours)
Total expertises	3

Comme précédemment indiqué, le nombre d'expertises comme leur temporalité sont très hétérogènes. Notons que pour le dossier H c'est un même psychiatre et un même psychologue qui expertisent la mère et le père. Une expertise psychologique plus tardive (plus d'un an et deux mois après les faits) est cependant réalisée par un nouvel expert pour le père.

1. Dossier G

Il s'agit d'une jeune mère de 17 ans qui vit chez ses parents. Elle accouche chez eux alors qu'ils sont absents. Trois de ses sœurs sont présentes mais ne savent pas quoi faire. Le bébé crie mais est laissé dans la cuvette des toilettes. Un épisode confusionnel pendant les faits est reconnu. Il n'y a pas d'expertise psychiatrique donc pas de réponse à l'article 122-1 alinéas 1 et 2 sur la responsabilité pénale de la mère. Le dossier se conclura par un classement sans suite pour absence d'infraction.

L'expertise psychologique est réalisée lors de 3 entretiens à l'hôpital dans la semaine qui suit les faits. L'expert rédigera son expertise une dizaine de jours ensuite.

L'expert insiste sur la méconnaissance par la jeune fille de la sexualité :

« Cette jeune fille d'allure frêle qui ne fait pas son âge [...] Elle a été réglée vers 12 ans sans bien comprendre ce qui lui arrivait car elle était in-informée sur la sexualité. [...] Elle avait des relations sexuelles sans aucune protection et ne pensait pas pouvoir être enceinte. »

L'expert décrit une jeune femme isolée et rejetée par sa famille :

« 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 : la famille a été suivie par les services sociaux jusqu'en 1995. Elle sera incapable de donner plus de renseignement sur sa vie en dehors de la relation avec son ami C. chez qui elle se réfugiait pour fuir le milieu familial car elle était devenue la souffre douleur. [...] Ses parents ignoraient ses relations et pourtant elle allait chez son ami en week-end. [...] un état de carence et de vide affectif en rapport avec la défaillance du milieu familial. »

L'expert mentionne sa peur d'être abandonnée par son ami. Il décrit aussi un état de confusion net au moment du passage à l'acte et un syndrome post-traumatique :

« Elle se rend aux toilettes pour accoucher de cet enfant dans la cuvette des WC. Elle décrit alors un état de sidération avec une tétanie complète qui l'empêche de tout mouvement et elle hurle de terreur [...] Elle reste, dit-elle, des heures sans pouvoir bouger, son corps est alors incapable de réagir. [...] A la deuxième rencontre [...] elle est persécutée par cet enfant qui vient de hanter sa première nuit en l'appelant de la cuvette des WC. [...] On notait un état réactionnel fait d'horreur et de stupeur avec des signes cliniques d'un syndrome post traumatique bien en place. »

Si cette jeune femme souffre d'une *fragilité psychologique* elle n'est pas affectée de troubles psychopathologiques.

« Elle ne présente pas de troubles de la personnalité de type psychotique [...] les faits reprochés ne sont pas en rapport avec une éventuelle pathologie. »

L'expert avance la notion de *déni* pour expliquer son acte :

« Dans cette expertise un peu particulière nous avons rencontré une jeune fille en plein déni de grossesse, sans aucun investissement et totalement extérieure à toute modification de son corps : c'est un état clinique bien connu chez des sujets fragiles sur le plan psychologique et maintenu dans un état de vide et de manque affectif. »

Cette explication par le déni est peut-être due à la promiscuité temporelle des entretiens et des faits. Cette jeune femme semble en état de choc post-traumatique et en incapacité d'élaborer quelque chose sur sa grossesse, et encore moins sur son accouchement. Elle est au moment des entretiens *un peu incohérente, voire confuse* précise l'expert. Elle pourra cependant donner un prénom à son bébé (celui de son ami) et assister à ses obsèques.

En quoi se rapproche-t-elle d'autres dossiers de néonaticides ?

Nous avons affaire à une jeune femme immature, isolée, dépendante affectivement, discrète au sens où ses parents ne s'aperçoivent ni de ses absences chez son ami, ni de sa grossesse. Elle craint que son ami ne la quitte. Elle souffre de l'inaffectivité et l'inexpressivité de ses parents à son égard : il n'y a aucune communication entre eux. Notons *qu'elle en veut à tout*

le monde car personne ne lui est venu en aide comme toujours. Elle souffre d'un sentiment aigu d'isolement. Il ne s'agit pas d'une personnalité psychopathologique ou psychopathe.

En quoi se distingue-t-elle d'autres dossiers de néonaticides ?

Le nombre et la temporalité des entretiens d'expertise font de ce dossier un dossier assez singulier. L'expert est en présence d'une jeune femme en état de choc post-traumatique, qui n'est vraisemblablement pas en capacité d'élaborer les raisons de son acte. Malheureusement, l'absence de suivi de cette jeune femme a fait que le déni n'a jamais été réinvestigé.

2. Dossier H

Il s'agit d'un couple marié depuis dix-neuf ans. La femme a 39 ans, le mari 42. Ils sont parents de 6 enfants vivants. En 2003, un cadavre de nouveau-né fille est découvert dans un congélateur. La mère a été dénoncée par une de ses sœurs. Une enquête est ouverte qui permet de révéler 4 néonaticides commis entre 1997 et 2003. Deux de ces néonaticides sont compris dans le champ de notre étude : un nouveau-né de sexe indéterminé né en 1997, un nouveau-né garçon né en 1998. Le 1^{er} néonaticide est commis après la naissance du 5^{ème} enfant et 1^{er} fils du couple. Les experts ne retiennent ni un état confusionnel au moment des faits ni une altération du discernement et du contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 alinéa 2, et ceci ni pour la mère ni pour le père. La mère sera condamnée à 15 ans fermes pour homicide volontaire et le père à 5 ans fermes dont 3 avec sursis pour abstention volontaire d'empêcher un crime.

Les experts décrivent le fonctionnement du couple comme un isolement à deux :

« Elle ne bénéficie d'aucune visite au parloir [elle est incarcérée depuis plus de 2 mois]. Elle n'a que peu de contacts avec eux [ses 7 frères et sœurs vivants]. Sur la nature de ses relations avec son mari, elle les décrit en termes simples : « On était plus proches au départ... Il a moins de conversation... On se parlait moins... Il était plus froid... Moi, j'avais pas changé... » Elle se décrit comme étant d'un caractère plutôt introverti et renfermé, ayant peu d'amis et peu de contacts sociaux ». (Expertise psychiatrique mère).

« On parlait pas ensemble, les repas du soir rarement ensemble... le midi, il arrivait à 1h20 et partait à 1h30... le soir, il arrivait à 18h30 et repartait à 19h30 [...] Il ne fêtait jamais rien, pour lui, ça servait à rien, même les anniversaires des enfants ». (Expertise psychologique mère).

« Moi je suis un gars qui ne parle pas beaucoup. J'arrive de mon travail, je bois un verre, je vais bricoler, on parlait pas beaucoup ». (Expertise psychologique 1 père).

« Le registre des affects se montre particulier dans la mesure où le sujet semble prendre conscience de l'existence de sa propre famille uniquement depuis la dénonciation des faits. » (Expertise psychologique 2 père).

« En ce qui concerne ses relations avec sa femme, il dit qu'il s'entendait bien avec elle. Il se reposait sur elle pour ce qui était du fonctionnement de la maison, des tâches quotidiennes, des démarches administratives ; lui ayant sa part extérieure de travail. [...] pas de loisirs partagés avec ses enfants ou avec son épouse ; la vie familiale se trouvant donc réduite à un schéma simpliste et quelque peu vide de relations affectives. » (Expertise psychiatrique père).

Les experts brossent le portrait des grands-parents maternels :

« Son père, Monsieur [75 ans] est en assez bonne santé. [...] Il n'est pas décrit comme ayant été alcoolique ou violent. Elle dit bien s'entendre avec lui. » (Expertise psychiatrique mère).

« Le père n'était pas souvent là [...] mon père disait rien. » (Expertise psychologique mère).

« Sa mère, Madame [72 ans], est en bonne santé. Il y a de nombreuses années, elle aurait effectué deux tentatives de suicide, sans que sa fille puisse en rapporter la cause, ni les relier à une pathologie psychiatrique éventuelle. » (Expertise psychiatrique mère).

« L'opinion sur la mère est autre [que celle sur le père] « plus dure avec nous, pas pour taper... plutôt moralement. Elle nous a monté les uns contre les autres, elle nous mettait en rivalité, on ne se voit pas beaucoup à cause de ça. On n'y va pas [la voir]. » (Expertise psychologique mère).

Et celui des grands-parents paternels :

« Le tissu familial (d'origine) est non problématique et se rencontre régulièrement. Notons que les souvenirs liés à l'enfance sont de bonne qualité. » (Expertise psychologique 2 père).

« Son père [75 ans] est en bonne santé et autonome. Les deux hommes s'entendent bien. Sa mère, est décédée il y a trois ans des suites d'un cancer du sein, à l'âge de 66 ans. Elle était auparavant en bonne santé. Son fils s'est toujours bien entendu avec elle. Ses parents n'ont jamais été traités pour raison psychiatrique. Ils n'étaient pas alcooliques. Selon lui, il règne une bonne entente familiale. [...] Il a été élevé par ses parents dans des conditions matérielles et affectives qu'il juge a posteriori satisfaisantes, sans jamais être confié ni placé. Ses parents étaient suffisamment attentifs, sans être laxistes ou indifférents. Selon lui, le milieu était 'normal' ». (Expertise psychiatrique père).

Les experts révèlent une rivalité sororale :

« Ma mère est proche de M. [une sœur aînée] comme si j'étais pas là ». [...] « Je devais être routier [...] pour m'évader, loin de la maison ». Elle a été acceptée [à la formation de routier] mais sa mère ne le voulait pas « parce que j'avais deux sœurs qui avaient été au lycée à S. : « tu feras pareil » a dit ma mère ». [...] L'histoire socio-familiale rend compte des difficultés d'intégration dans le groupe fratrie, difficultés tenant à une position maternelle dont il est dit qu'elle excitait les rivalités. » (Expertise psychologique mère).

Les experts notent l'importance du sexe des enfants :

« Ses quatre premières grossesses ont donné naissance à des filles. La cinquième a été suivie de la naissance de FRERE 5 BEBE. Elle dit : « Je voulais un garçon... ». Elle ajoute : « Cela ne nous a pas rapprochés... ». (Expertise psychiatrique mère).

« Ils étaient pas décidés [les enfants] , mais ils étaient là, c'était bien et PERE BEBE, déjà la deuxième, il était déçu que c'était une fille », « déjà, il est pas venu me voir à la clinique et, à la maison, il la regardait à peine... » [...] Fâché ? « Oui, et il y avait beaucoup sa mère qui comptait. Elle m'a dit : « ah ben, tu sais faire que des filles » [...] si le garçon était arrivé plus vite... je voulais un garçon, une famille sans garçon... et quand j'étais gamine, je réclamais un frère à ma mère ». (Expertise psychologique mère, sa fratrie d'origine est composée de 2 garçons et 7 filles).

Il n'est pas noté de discontinuité professionnelle :

« Il travaille alors pendant 20 ans dans une entreprise de menuiserie. Emploi qu'il quitte pour son emploi actuel afin de se rapprocher de son domicile. Il est ouvrier qualifié depuis 5 ans et n'a jamais connu de période de chômage ». (Expertise psychologique 2 père).

Il n'est pas noté de violence en tant que telle :

« Elle ne décrit pas chez son mari de conduites alcooliques ou violentes [...] Aucune grossesse n'a résulté d'un comportement sexuel violent de la part de son mari. » (Expertise psychiatrique mère).

Mais la mère craint son mari :

« Il y a eu ensuite une sixième grossesse qu'elle essayait de dissimuler, l'enfant décédant peu après la naissance [1^{er} néonaticide]: « Je changeais rien à mes habitudes... », dit-elle. Six ou huit mois après, il y a eu FRERE 6 BEBE. Parlant de son mari, elle dit : « Il s'est aperçu que j'étais enceinte... On a parlé et on a décidé de le garder... » Quelques mois après cette naissance, elle s'est tout de suite retrouvée enceinte. C'était à nouveau un garçon : J'ai eu peur de mon mari... Il avait déjà dit qu'il me quitterait si un autre enfant arrivait à la maison.- Je l'ai enveloppé dans un drap et je l'ai mis dans un sac plastique, puis dans le vieux congélateur avec l'autre... ». (Expertise psychiatrique mère).

Tandis que le père présente sa femme comme refusant la discussion au sujet des enfants :

« Il lui avait dit « qu'il était temps de faire quelque chose... ça commence à bien faire, j'ai dit... souvent quand je commençais à en parler elle partait... C'est pas qu'elle faisait la tête mais elle répondait pas... pour ça c'était chiant, parce que discuter avec des gens qui ne parlent pas et se fâcher ça ne donne rien ». (Expertise psychologique 1 père).

« Ses grossesses, elle ne me les disait pas... ». [...] Il ne voulait plus d'enfant. Sa femme avait sans doute une certaine crainte de ses réactions ; lui-même niant avoir jamais fait preuve de violence à son encontre ou l'avoir menacée en cas de nouvelle grossesse. » (Expertise psychiatrique père).

Les experts concluent à une intelligence normale de la mère et à des personnalités non psychopathologiques :

« Sur le plan intellectuel que nous essayons d'approfondir, il apparaît finalement que Madame MERE BEBE n'est pas déficiente. [...] On ne repère pas chez elle de pathologie psychotique [...] La recherche d'élément névrotique est négative, il ne s'agit pas d'une anxieuse habituelle. On ne repère pas de phobie caractérisée, pas de trouble obsessionnel compulsif [...] On ne repère chez elle aucune pathologie mentale caractérisée, que ce soit dans le registre des psychoses, des névroses ou dans celui des troubles de l'humeur. Il n'y a pas de trouble grave de la personnalité. » (Expertise psychiatrique mère).

« Le contenu même du discours reste cohérent, bien structuré, indemne de toute manifestation qui puisse faire évoquer une psychose évolutive. [...] Il est bien inscrit dans la réalité. La recherche d'élément névrotique est négative.[...] Dans ses antécédents, il ne signale aucun trouble dépressif avéré, aucun trouble excitatif, aucune idéation suicidaire. » (Expertise psychiatrique père).

« On ne note aucun traumatisme présent dans son parcours et de bons souvenirs d'enfance, de ses formations, et de ses emplois ». (Expertise psychologique 2 père).

Les experts interrogent les faits et leurs causes :

« Ce sont les mêmes propos, pauvres, laconiques et stéréotypés qui reviennent : la peur de son mari (peur qu'elle n'est pas capable d'explicitier, puisqu'elle ne le décrit pas comme violent), la peur des difficultés financières, s'agissant d'une famille peu aisée ; mais surtout ce qu'elle exprime au travers de ses propos : un sentiment d'impuissance face à une réalité sur laquelle elle ne savait comment agir : « J'espérais que mon mari s'en apercevrait et qu'il m'en parle... ». » (Expertise psychiatrique mère).

« J'aimais bien les gamins et ça ne me dérangeait pas, les gamins... avec du recul, ici, peut-être que j'avais peur de rester seule à la maison... quand j'étais enceinte, j'avais envie de le garder, quelque part, j'attendais un geste de PERE BEBE vers moi [...] je voulais qu'il me voie, qu'il est plus présent... un peu la peur de rester seule à la maison. les gamins, ça grandit tellement vite... FRERE 6 BEBE n'allait pas à l'école, ça me donnait un peu une raison de faire quelque chose dans la journée ». [...] *ne plus avoir les gamins, pas évident, c'est eux qui me font tenir le coup ».* (Expertise psychologique mère).

« Il n'était pas sans savoir sur les disparitions d'enfants. On ne peut pas dire qu'il n'a rien vu. Il a choisi le silence pour « n'avoir pas à se poser d'autres questions, à entrer en conflit, à solliciter l'entourage ». (Expertise psychologique 1 père).

En quoi le dossier H se rapproche t'il d'autres dossiers de néonaticide ?

Le même portrait de femme immature, dépendante, isolée et dévalorisée est retrouvée :

« Ce que l'on repère surtout chez Madame MERE BEBE, c'est une grande immaturité, avec une personnalité passive dépendante, complètement centrée sur elle-même et sur sa famille, avec très peu de contacts extérieurs à celle-ci. [...] La fonction maternelle semble avoir été pour elle le seul moyen lui permettant d'avoir le sentiment d'être quelqu'un d'important et plus simplement d'exister. (Expertise psychiatrique mère).

Le père apparaît lui aussi immature et dépendant :

« L'accent est plutôt mis sur une dépendance au milieu familial et notamment à sa mère. [...] On insistera sur le versant immature et narcissique ». (Expertise psychologique 1 père).

« ... une position d'immaturité affective [...] On note un registre émotif fortement inhibé. » (Expertise psychologique 2 père).

Ce sont tous deux des personnalités non psychopathologiques, aux enfances « normales ». Les experts ne repèrent ni conduites addictives ni comportement excessifs. Leur manque de communication, leur absence ou leur impossibilité de dialogue sont des éléments fréquemment retrouvés. Le silence dans lequel vivent les mères néonaticides pendant leur grossesse est ici étendu à l'ensemble de la vie de leur couple. Leur fonctionnement en territoires distincts et en pouvoirs étanches (elle, la maison, lui, le travail), sans dialogue ni passerelles entre eux, peut être retrouvé dans d'autres dossiers. Il est, dans ces expertises, clairement décrit et explicite.

La rivalité sororale de la mère est retrouvée dans plusieurs dossiers. Il s'agit d'une mère qui n'a pas pu trouver sa place dans sa fratrie d'origine. Elle est en difficulté avec la notion de fratrie.

En quoi le dossier H se distingue t'il d'autres dossiers de néonaticide

La production d'éléments d'explication des néonaticides par les mères est assez rare. Le plus souvent les mères ne savent comment expliquer leurs actes. Ici, la mère note son besoin d'avoir des enfants : ce sont eux qui l'étayaient, lui donnent une raison de vivre. Elle ne peut donc s'empêcher d'être enceinte tout en n'envisageant pas les conséquences familiales et financières de l'arrivée d'un nouvel enfant.

Notons que la mère connaît des antécédents de bébés décédés puisque deux de ses frères et sœurs sont des enfants morts nés. Ces deux décès ont été vécus dans un silence maternel (le silence de la grand-mère maternelle). Ce silence se répète à nouveau dans les grossesses et les néonaticides de la mère.

Le sexe de l'enfant semble ici avoir son importance, même s'il n'est pas investigué pour les enfants décédés. En effet, le premier néonaticide est commis après la naissance du premier fils, fils attendu par le père et par la mère. Les enfants suivants n'auraient alors plus de raison d'être « attendus » ?

3. Dossier I

Il s'agit d'une mère de 26 ans qui vit chez ses parents. Elle accouche sur son lieu de travail de son 1^{er} enfant, un garçon, qu'elle étrangle et asphyxie. Le père ne voulait pas de l'enfant et le couple s'est séparé avant la naissance. Elle se savait enceinte mais ne voulait pas y penser. Les experts ne retiennent ni d'état confusionnel, ni d'altération du discernement et du contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du code pénal. La mère est condamnée pour meurtre à 5 ans fermes dont 4 avec sursis.

Les experts décrivent les grands-parents maternels :

« Mon père n'était pas souvent à la maison, il faisait les trois huit, il était également absent pour d'autres raisons. Il a toujours eu un petit penchant pour la boisson. J'ai toujours

entretenu avec mon père des rapports assez conflictuels. Quand il rentrait à la maison, il n'y avait pas de discussion possible. » (Interrogatoire de curriculum-vitae de la mère).

Je n'ai jamais entretenu une étroite complicité avec ma mère, nous avons des relations normales mère-fille, mais les sentiments avaient du mal à passer. [...] Pour elle c'était le travail avant tout ». (Interrogatoire de curriculum-vitae de la mère).

« Ma mère ne devrait même plus venir [au parloir à la prison], elle vient une fois par semaine c'est la catastrophe, elle ne me regarde pas, elle donne toujours des réponses évasives, je ne sais pas ce qu'elle ressent, je n'arrive pas à lui parler. » (Expertise psychiatrique et médico-psychologique mère).

Les experts notent l'isolement de la mère :

« Il n'y avait pas beaucoup de communication entre nous, on fonctionnait beaucoup par petits mots et quand ma mère avait des choses à dire à mon père, elle les lui écrivait. [...] Avec mes collègues je n'entretenais que des relations strictement professionnelles. [...] Je n'ai eu aucune nouvelle de lui [son ami] depuis mon incarcération. Il ne m'a pas écrit. » (Interrogatoire de curriculum-vitae de la mère).

« Je voulais que quelqu'un s'en aperçoive [...] Il lui était impossible de le dire [annoncer sa grossesse] en mai à son ami, du fait de la rupture. Quant aux parents "mon père n'en aurait rien eu à faire et ma mère je ne sais pas, j'étais toute seule, même ma sœur était toujours avec ma mère". » (Expertise psychiatrique et médico-psychologique mère).

« Il n'y avait pas de vie là bas [dans la maison des grands-parents maternels], la télé restait éteinte, il n'y avait pas ou peu de discussion à table, bref, une vie un peu morte... » (Enquête de personnalité mère).

Les experts révèlent une rivalité sororale :

« Comme ils [ses parents] travaillaient tous les deux, j'ai été confiée à la garde de mes grands-parents maternels. Ma mère s'est arrêtée de travailler pendant quelques années après la naissance de L. [sœur cadette] Je m'entends bien, bien entendu, avec ma sœur mais contrairement à moi, elle est très, très proche de ma mère. Quand on voit l'une on voit l'autre, elles sont vraiment très liées ». (Interrogatoire de curriculum-vitae de la mère).

« Il ressort à l'enquête que Melle était une enfant choyée, en position d'enfant -chouchou. [...] L'attention exclusive portée à l'enfant MERE BEBE s'est brutalement interrompue à la naissance du deuxième enfant Selon la mère, l'arrivée de SŒUR MERE BEBE a semble t-il été difficile pour la jeune MERE BEBE. Elle ne restait plus l'enfant unique... » (Enquête de personnalité mère).

Les experts s'attardent sur la « double vie » du père et ses menaces concernant la grossesse :

« Elle apprît par petites doses que M. PERE BEBE avait une autre petite amie. [...] M. PERE BEBE mentionne que malgré sa relation avec son autre petite amie, Melle MERE BEBE continuait à parler de projets d'avenir, elle ne manifestait aucune attitude de jalousie. [...] M. PERE BEBE est parti ensuite en vacances avec AUTRE PETITE AMIE DE PERE [pendant la grossesse de mère bébé]. » (Enquête personnalité mère).

« Il s'est aperçu qu'elle avait grossi, qu'elle était enceinte, il a été tellement violent et agressif qu'elle a démenti, "il m'a dit, je ne veux plus avoir de tes nouvelles, tant que je n'aurais pas la preuve écrite que tu ne sois pas enceinte, je veux une écho et un bilan, je ne l'ai plus appelé, quelques jours après il m'appelle, plus calme, on est restés ensemble une heure, il n'a jamais parlé, c'était le moment ou jamais, que j'avais besoin de lui, tu sais que je ne peux pas faire sans toi. Quelques jours après je suis allée chez lui, ça l'a repris, un mardi, le 13 octobre, au soir, en partant, il m'a dit, je te laisse 24 heures pour faire quelque chose, c'est-à-dire un deuxième ultimatum, au moins voir un médecin. [...] Le 14, en fin d'après-midi, il a téléphoné, m'interrogeant, j'ai dit je n'ai pas eu le temps, il a menacé de téléphoner à mes parents, il m'a laissé 24 heures". » (Expertise psychiatrique et médico-psychologique mère).

Les experts avancent le déni de grossesse et un accouchement rapide comme facteurs explicatifs :

« L'accouchement a, dit-elle, été très rapide, sinon elle serait allé en maternité et aurait gardé l'enfant. [...] On peut évoquer le déni psychologique de la grossesse alors que les signes extérieurs étaient, semble-t-il, peu apparents. L'accouchement est survenu brutalement peut être sans incident et vécu comme inopiné, comme une confrontation brutale à la réalité. » (Expertise psychiatrique et médico-psychologique mère).

Les experts mentionnent un problème de santé diagnostiqué pendant la grossesse :

« Sachant que c'est une maladie chronique et qui évolue par poussées [il s'agit d'une maladie rhumatologique diagnostiquée pendant sa grossesse], et surtout compte tenu de la façon dont on me l'a annoncé, j'ai très mal vécu l'annonce de ma maladie, c'est comme si on m'avait dit que j'avais un cancer. » (Interrogatoire de curriculum-vitae de la mère).

« Il y a donc un aspect très aléatoire du pronostic de cette maladie qui a probablement fragilisé l'état psychique de l'intéressée et mis à mal sa confiance envers le corps médical. [...] Depuis l'annonce de la maladie et les avis médicaux différents, elle était désemparée, "les gens ne se rendent pas compte, je n'avais plus confiance dans les médecins". » (Expertise psychiatrique et médico-psychologique mère).

Les experts décrivent une femme à l'intelligence normale, sans psychopathologie :

« Il s'agit d'une jeune femme d'intelligence normale [...] Elle répond avec précision aux questions, il n'y a pas de réticence au sens psychiatrique du terme, ni d'altération du fonctionnement de la mémoire de fixation ou d'évocation. [...] On ne retrouve pas de pathologie psychotique [...] On ne retrouve pas de pathologie de l'humeur, elle ne présente pas d'antécédents dépressifs majeurs, elle n'a pas commis avant les faits de gestes suicidaires. » (Expertise psychiatrique et médico-psychologique mère).

En quoi se rapproche-t-elle d'autres dossiers de néonaticides ?

Les experts brossent le même portrait de femme immature, isolée, dépendante affectivement et discrète :

« ... un certain degré d'immaturité, une certaine situation de dépendance à l'égard du milieu familial et de dysfonctionnement intra-familial, un manque de communication qui peut expliquer que puisse se dérouler une gestation non reconnue chez une jeune fille vivant au sein du milieu familial, dès lors il n'y a aucun suivi médical, l'accouchement se déroule dans des conditions clandestines. On peut penser qu'elle a essentiellement souffert du manque de communication et qu'elle se sentait effectivement très isolée sur le plan affectif. » (Expertise psychiatrique et médico-psychologique mère).

« Globalement « Melle a été une étudiante très sérieuse et très discrète tout au long de son parcours de formation », « Le terme Discrète était le mot qui lui convenait le plus... » [...] Les études professionnelles de Melle sont des plus exemplaires - pas d'incidents, pas de remarques particulières et défavorables. [...] La conclusion de ce rapport d'enquête de personnalité se résume à la description d'une personne dont l'adaptation et la disponibilité étaient maîtres mots. » (Enquête de personnalité mère).

C'est une femme à l'intelligence normale, sans psychopathologie, qui a un bon parcours professionnel. La grossesse est vécue dans un climat de séparation d'avec le père qui ne veut pas de l'enfant, qui a une autre petite amie. Cette situation nettement difficile ne se retrouve pas dans tous les dossiers de néonaticides, cependant la fragilité et la conflictualité du couple parental sont souvent présentes.

Une rivalité sororale est de nouveau détectée : la grand-mère et la tante maternelles auraient une relation très proche qui exclurait la mère de sa place dans sa famille d'origine, de sa place dans la fratrie.

En quoi se distingue-t-elle d'autres dossiers de néonaticides ?

Un problème de santé est diagnostiqué pendant sa grossesse et entraîne de sa part une vive angoisse et un rejet des médecins. Elle accouchera sur son lieu de travail et sera prise en charge par ses collègues. Il existe pour elle un « nœud signifiant » autour de la santé et ses praticiens.

Synthèse des résultats

Comme on a pu le voir dans la partie dédiée à la description du déroulement de la recherche, il a été difficile, malgré l'extrême méticulosité du travail de terrain, d'obtenir l'exhaustivité dans le recueil des cas. En effet, même si un dossier existe pour tous les cas initialement recensés et si la plupart des dossiers sont complets, le fonctionnement même des tribunaux a rendu la qualité de l'information insuffisante pour certaines affaires. Plusieurs problèmes sont en cause : des dossiers ont été égarés ; en cas de classement sans suite, les dossiers peuvent être détruits au bout de 10 ans, ce qui, outre les problèmes d'exhaustivité dans notre étude, soulève des questions de fond, surtout dans le cas des affaires classées sans suite après des investigations médico-légales quasi inexistantes : problème du suivi et de la prévention des récidives ; en cas de récidive, absence de traces du passé... Enfin, l'absence de standardisation des dossiers fait que, dans certains, les informations sur la famille sont minimales, voire peu utiles, et que la non systématisation du recueil de l'information et des investigations rend difficile toute réflexion sur les facteurs de risque d'infanticide.

De fait, notre étude s'est trouvée confrontée à la carence, dans certains dossiers, en données sur l'environnement du décès (circonstances, mécanisme des lésions et du décès, caractéristiques familiales). Les dossiers à partir desquels le recueil de données s'est fait sont d'épaisseur variable. Ceux ayant donné lieu à une instruction diffèrent en général sensiblement, par la richesse des informations recueillies, de ceux classés sans suite après enquête préliminaire. Les procès-verbaux d'interrogatoire, les rapports d'expertise médico-légale et technique sur les causes et circonstances du décès, les expertises médico-psychologiques et psychiatriques menées auprès des personnes mises en cause, les rapports de signalement ou rapports médico-sociaux sur la famille et l'environnement de l'enfant fournissent, quand ils sont présents dans le dossier, des informations précieuses, mais leur absence ne permet pas de conclure à l'inexistence d'éléments d'information. Il existe ainsi un nombre non négligeable de dossiers « opaques » : l'aspect extérieur de l'enfant, les caractéristiques familiales, le rapport de la police (et/ou des pompiers, du Samu) sur les conditions de logement (taille, ordre, hygiène...), l'attitude et le discours des parents (sa

cohérence, sa structuration, ce qu'il traduit du niveau éducatif) conduisent très rapidement à l'évocation de la MSN comme le diagnostic le plus vraisemblable. Dès lors, on ne procède pas à l'autopsie, alors même qu'elle serait indispensable, et on ne sait rien d'éventuelles lésions internes. On ignore également les antécédents de l'enfant et de ses éventuels frères et sœurs, et ce que l'on sait des parents ne figure pas nécessairement dans le dossier. Ces cas sont bien difficiles à traiter statistiquement avec ceux pour lesquels l'information abonde.

Toutefois, malgré ces difficultés pratiques et ces problèmes méthodologiques qui peuvent influencer sur l'analyse, on a pu mener à bien l'association de méthodes quantitatives et qualitatives et la réalisation d'une enquête à base géographique, d'où les résultats très différents, quant aux néonaticides, de ceux publiés à partir de services cliniques (on y reviendra de façon détaillé ci-dessous). Et, par la méthodologie employée, on s'est donné les moyens de répondre aux objectifs proposés. Cinq objectifs ont été annoncés au début de ce rapport :

- Reconstruire les trajectoires individuelles des cas et élaborer des typologies de parcours depuis la première intervention jusqu'à la décision judiciaire ;
- Reconstruire les trajectoires des auteurs depuis le passé antérieur aux faits jusqu'au suivi après la décision judiciaire, et élaborer des typologies d'auteurs, avec un intérêt particulier pour le contexte social et économique d'une part, l'environnement psycho-affectif d'autre part ;
- Identifier les déterminants des diverses phases de ces parcours et analyser ainsi le processus de prise de décision judiciaire ;
- Faire le bilan des informations disponibles (données d'interrogatoire ; résultats de l'utilisation d'outils...) et, en ce qui concerne les outils, identifier ce qui est « protocolisé » et de quelle manière ;
- Analyser les collaborations, autour des cas, entre le secteur judiciaire et les autres secteurs concernés : médecine, PMI, services sociaux divers, ASE...et les collaborations intra-judiciaires.

Si le cinquième n'a pas encore pu être abordé, en revanche de nombreuses réponses ont déjà été apportées aux quatre premiers.

En effet,

- Les résultats exposés dans le chapitre sur les durées constituent le début de l'analyse des trajectoires ;
- En ce qui concerne l'élaboration de typologies d'auteurs, l'étude détaillée des néonaticides a permis d'élaborer un profil des mères en cause, à la fois sur le plan socio-économique et sur le plan psycho-affectif ;
- L'analyse des outils a été largement entamée : qualité et rôle de l'expertise médico-légale ; relation entre les résultats de l'autopsie et la décision judiciaire d'une part, entre l'expertise psychiatrique et psychologique et la décision judiciaire d'autre part.

Lors du décès ou de l'évènement déclencheur du décès de l'enfant, les premiers intervenants sont très majoritairement (dans plus de 2/3 des cas) le SAMU et/ou les pompiers qui sont tenus d'alerter la police ou la gendarmerie. Ces professionnels ont une influence certaine sur ceux de la justice, notamment en contribuant à l'élaboration de ces stéréotypes sociaux supposés être associés à une « impossibilité » de violences envers les enfants (« logement propre et bien tenu », « enfant est bien tenu », « parents vivant en couple » ; voir le cas C décrit page 47). Exceptionnellement le premier intervenant est un médecin de famille, ce qui ne signifie pas que ce résultat soit le reflet de la réalité. Il est parfaitement envisageable que les médecins libéraux soient beaucoup plus souvent concernés mais que ceux connaissant bien la famille n'alertent pas le parquet, d'où un probable biais social dans le recrutement des cas recensés auprès du système judiciaire et une sous-représentation des familles les plus favorisées. On sait en effet qu'il existe un important déficit du signalement parmi les médecins libéraux [2] et il est, pour eux, tout spécialement délicat d'avoir à affronter une suspicion de maltraitance chez un « pair social ». Dans une revue des « barrières » qui empêchent les médecins de repérer et signaler la maltraitance des enfants, il est noté que le fait de partager des caractéristiques avec une famille, tout particulièrement la classe sociale, rend encore plus difficile l'assimilation du parent à un auteur de mauvais traitements [40].

Notre recherche montre la grande variabilité de la durée des diverses phases de la procédure selon les cours d'appel. Ce résultat soulève bien des questions : ce fait est-il lié aux moyens en personnels, en expertise..., variables selon les tribunaux ? est-il « personne-dépendant », ce que laisse envisager l'affaire du Nord d'une durée totale de 9,5 années, décrite pages 42-

43, la juge d'instruction convenant de sa responsabilité dans le retard accumulé tout au long de la procédure ?

Globalement, on est frappé par la lenteur des procédures, même lorsque la conclusion est l'abandon des poursuites. Ainsi 10 % des classements sans suite ont clos une procédure d'une durée de plus de 571 jours. C'est dans les cas de SBS qu'on observe les durées les plus longues, à toutes les étapes du processus. Le long délai avant l'appel aux secours n'est pas rare, les parents espérant une amélioration de l'état clinique de l'enfant, et cette réticence à consulter joue un rôle très péjoratif quant à l'opinion de la justice sur la responsabilité des parents. Les incertitudes éventuelles sur la nature du perpétreur, les hésitations et avis divergents d'experts jouent aussi certainement un rôle important dans la longueur des décisions dans les affaires de SBS, cette pathologie étant depuis longtemps l'objet de controverses sur sa physiopathologie et ses critères diagnostiques [2]. Ces problématiques expliquent la fréquence et la durée de la détention provisoire. Celle-ci serait-elle moins longue si l'expertise médico-légale était de meilleure qualité ?

De fait, l'analyse des dossiers montre un déficit certain en investigations médicales. Ainsi, la pratique de l'autopsie n'est pas systématique et elle n'est notamment pas demandée dans des cas qui, pourtant, pourraient cacher des morts violentes (suffocation ne laissant pas de trace ou SBS sans impact, possiblement considérés comme des MSN). Globalement, on note nettement moins d'investigations crânio-encéphaliques (radio du crâne, scanner) s'il n'y a pas de lésions externes visibles, d'où un probable sous-diagnostic du SBS sans impact.

Les « négligences graves » sont particulièrement peu investiguées et l'origine accidentelle du décès est souvent affirmée sans autopsie (voir l'affaire impliquant un bébé laissé seul avec un chien). De fait, chez les médecins, comme chez les professionnels de la justice, il y a peu de réflexion (surtout commune) sur les définitions de la négligence et de l'intentionnalité.

De façon très générale, il existe en France un gros problème d'expertise médico-légale chez le petit enfant, le nombre des médecins légistes pédiatres étant actuellement réduit à deux pour l'ensemble du territoire national ! Il existe aussi un sérieux problème de manque de transfert des informations médicales du corps médical vers la justice, d'où, pour ces derniers, la difficile gestion des querelles d'experts, particulièrement apparente dès lors que le problème du déni de grossesse est soulevé.

Les expertises psychiatriques et médico-psychologiques apparaissent hétérogènes dans la date de leur réalisation par rapport au faits, leur caractère unique ou répété, leur longueur... Et on ne peut que s'interroger sur les critères qui les font demander, surtout lorsqu'on considère certaines affaires graves pour lesquelles aucune expertise n'a semblé utile : par exemple, la mort à la naissance, par noyade dans les toilettes sous les yeux des deux parents, d'un bébé, né vivant (la conclusion ayant été une ONL) ou l'affaire (ayant donné lieu à un CSS pour « absence d'infraction ») impliquant une récidiviste âgée de 21 ans, auteur d'une tentative de néonaticide puis d'un néonaticide réussi avec la complicité de sa mère (voir tableau 21 page 73).

Dans les néonaticides, on constate une cohérence entre la réalisation ou non d'une expertise et l'existence ou non de poursuites. De même, dans les cas de négligences, on observe généralement une qualification finale des faits comme « décès accidentel » et une conclusion de la procédure par un classement sans suite. En revanche, la décision judiciaire ne semble pas toujours s'appuyer sur les résultats de l'autopsie, non plus que sur le contenu des expertises psychiatriques et médico-psychologiques. Ainsi, la reconnaissance d'une altération du discernement et du contrôle de ses actes (au sens de l'Article 122-1 alinéa 2 du Code pénal) ne semble pas déterminante dans la fixation des peines prononcées. Il ne semble pas qu'elle conduise à une atténuation des peines en comparaison des autres dossiers (voir pages 74 à 77).

Treize mères sur 22 ont été condamnées et les peines semblent moins longues en cas de seul abandon sans soins. Mais la variabilité des peines est parfois difficiles à comprendre, même s'il semble que des peines plus sévères soient prononcées en cas de néonaticides « actifs » (noyade, suffocation, traumatisme crânien). Les dossiers où les expertises concluent unanimement à une absence d'état confusionnel, à une absence d'abolition ou d'altération du discernement et du contrôle de ses actes sont ainsi des dossiers aux conclusions judiciaires extrêmement diverses : 7 mois fermes, 15 ans fermes, 5 ans fermes dont 4 avec sursis, 5 ans fermes dont 2 avec sursis, non lieu pour chose jugée (voir les tableaux 22 et 23 des pages 76-77). Il semble donc difficile d'affirmer que les conclusions des experts psychiatres influent sur la décision judiciaire

L'expertise joue un tel rôle dans le déroulement des affaires judiciaires qu'on ne peut qu'être frappé par le peu d'informations dont on dispose actuellement en France sur les experts eux-mêmes. En effet, à la question « Qui sont les experts ? », question en apparence simple, il n'est actuellement pas possible de répondre de façon documentée et actualisée [41].

Dans le cas spécifique des néonaticides, il est d'autant plus regrettable que tous les cas n'aient pas bénéficié d'une expertise psychiatrique et médico-psychologique que celles-ci ont permis de dresser un tableau très homogène et convaincant des circonstances des décès et des caractéristiques des perpétratrices.

Notre étude révèle des aspects bien spécifiques des néonaticides. Les cadavres étaient, pour la plupart, soigneusement cachés et destinés à ne pas être retrouvés. Il a d'ailleurs été impossible d'identifier un tiers des mères. C'est également la situation décrite par Putkonen qui a noté que 93 % des femmes ont tenté de cacher le néonaticide [34]. Le néonaticide ne semble pas être un acte dirigé envers un enfant en particulier comme le laissent supposer la distribution par sexe (l'excès de garçons est faible et ne peut pas être pris en considération compte tenu des cas d'enfants de sexe inconnu) et l'extrême rareté des malformations congénitales visibles (1 cas), phénomène rapporté dans la littérature [42].

Les mères mises en cause appartiennent à tous milieux sociaux (et pourtant de solides stéréotypes sociaux persistent dans la conduite des enquêtes) ; peu sont très jeunes, l'âge moyen étant de 26,7 ans (âge néanmoins légèrement inférieur à celui des femmes de l'enquête nationale périnatale (29,5 ans en 2002) [38] ; elles sont, pour la plupart, multipares (« C'est une bonne mère », peut-on lire au sujet de l'une d'elle et ceci s'applique à plusieurs) ; plus de la moitié ont une activité professionnelle et plus de la moitié également vivent avec le père.

Trois cas de structures psychotiques ont été identifiés mais, dans l'ensemble, on n'a pas enregistré de pathologies mentales lourdes, mais plutôt des troubles psychologiques communs à la plupart d'entre elles : l'immaturation et la dépendance à l'autre ; le repli sur soi, l'inhibition ; la dévalorisation de l'image de soi ; le vide, l'inaffectivité, l'inexpressivité. Ces femmes vivent dans la peur d'être abandonnées par leur compagnon, voir dans la peur tout court de celui-ci. Des « non-facteurs » ont aussi été mis en évidence dans l'analyse des expertises, menée par la psychologue de notre équipe : on ne retrouve chez ces femmes ni

violence, ni conduites psychopathiques (addictives notamment). Ces femmes donnent le sentiment de vouloir être « madame tout le monde », de passer inaperçue.

Toutes ont caché leur grossesse à leur entourage et toutes, sauf trois, ont accouché clandestinement. En fait, le néonaticide apparaît comme la seule issue face à une grossesse non désirée, mal vécue, difficile pour des raisons diverses (crainte de scandaliser leur famille, de perdre un compagnon, de renoncer à un mode de vie considéré comme satisfaisant, impossibilité d'anticiper la naissance d'un enfant). En ne déclarant pas la grossesse, en ne la faisant pas suivre médicalement, en n'envisageant pas successivement l'IVG, l'accouchement sous X, en étant incapables de la moindre demande d'aide, ces femmes se sont enfermées dans une impasse et se sont condamnées au seul dénouement possible : un accouchement dans la solitude conduisant à la perpétration d'un néonaticide. La grande absente de notre étude est la contraception, sous ses différentes formes. Elle n'est guère évoquée dans les dossiers (et si oui, généralement en négatif) dans un pays qui est pourtant celui au monde qui propose la plus grande offre de moyens contraceptifs [43]. Bien que 8 femmes déclarent l'usage d'une méthode contraceptive, elles ne semblent pas maîtriser ce domaine comme d'ailleurs le reste de leur existence. Les néonaticides peuvent apparaître dès lors comme une forme d'échec contraceptif dans un contexte d'isolement psychoaffectif extrême chez des femmes, on l'a vu, déjà mères de plusieurs enfants et ayant souvent dépassé la trentaine. Très solitaires et souvent déprimées, elles n'avaient probablement pas une entière maîtrise de leur vie ni de leur sexualité.

Les études sur les néonaticides sont d'une part rares, d'autre part de méthodologies très diverses, donc de comparaison délicate, notamment quant aux caractéristiques des mères. Elles ont toutes en commun d'être rétrospectives, le faible nombre de cas imposant l'exploration de longues périodes de temps, d'où l'importance de la qualité des sources d'information. Les études les plus proches de la nôtre, parce que basées sur des populations géographiques, sont celles de Herman-Giddens aux États-unis [31], Mendlowicz à Rio de Janeiro [32], Putkonen en Finlande [33, 34] et Marcikic en Croatie [35]. Nos résultats diffèrent de ceux des autres études en ce qui concerne l'âge et le statut marital des mères. Celles-ci sont plus âgées dans notre étude surtout par comparaison avec l'étude de Herman-Giddens où l'âge moyen est de 19.1 ans (*versus* 26,7 ans dans la nôtre) et où ¼ des femmes ont moins de 18 ans. Cette différence est à replacer dans le contexte général des grossesses précoces, phénomène beaucoup plus rare en France qu'aux États-Unis. Actuellement en

France, le taux de naissances survenant chez des femmes âgées de moins de 18 ans est de 3 pour 1 000 [38] alors qu'aux États-Unis, il est de 75 pour 1 000 chez les jeunes filles de 15-19 ans, selon le rapport 2006 de l'Institut Guttmacher [44], qui note également que les naissances chez les « teens » représentent 11 % de l'ensemble, tandis qu'elles ne constituent que 2,3 % des naissances françaises. Dans notre étude plus de la moitié des mères vivent avec le père de l'enfant, 21 % sont mariées dans l'étude d'Herman-Giddens et moins de 10 % dans celle de Marcikic. En cohérence avec l'âge et le statut marital, la parité des femmes est plus élevée dans l'étude française que dans celle de Herman-Giddens (65 % de primipares *vs* 35 % dans notre étude, résultat également trouvé par Putkonen). La répartition des catégories professionnelles des femmes auteurs de néonaticides dans notre étude est identique à celle de la population générale et 13 femmes sur 17 ont une activité professionnelle. Cette information manque dans les autres études sauf dans celle de Marcikic (8 femmes sur 14 travaillent).

Les résultats de notre étude sont bien loin de ce qui est décrit dans les revues de la littérature sur les mères néonaticides [42, 45, 46] : des femmes jeunes, primipares, pauvres, souvent non mariées et vivant chez leurs parents. Ces revues incluent notamment des études cas-témoins (les témoins étant des mères filicides [36, 47, 48], ou des femmes ayant accouché sans problème à la même époque dans les structures de soins publiques de la même ville [32]).

Toutes les études « en population » précédemment citées sont concordantes pour affirmer la rareté des troubles mentaux (psychose avérée ou structure psychotique, dépression grave) mais les études cas-témoins montrent l'importance des différences : 17 % des 37 mères néonaticides psychotiques *versus* les 2/3 chez les 42 auteurs de filicides, respectivement 9 et 71 % pour la dépression dans l'étude de Resnick par exemple [36]. Les troubles le plus souvent retrouvés sont des troubles de la personnalité : dans 10 cas sur 44 dans l'étude de Putkonen, notamment. Des antécédents de maltraitance dans l'enfance des mères néonaticides, que nous n'avons pas retrouvés, sont surtout observés dans les études menées en milieu psychiatrique, comme celle de Spinelli, portant sur 16 femmes dont 10 présentaient une pathologie dissociative et chez qui on a retrouvé 9 cas d'abus sexuels et 6 cas de violences physiques dans l'enfance [49].

Le problème du déni de grossesse est central dans les études menées à partir de services de psychiatrie [49]. Dans notre recherche, on voit bien à quel point la définition de cette pathologie est complexe et combien il est important de répéter les expertises dans le temps

pour permettre aux femmes de sortir d'une phase de sidération initiale et de se pencher sur le vécu de leur grossesse. Si le déni total est exceptionnel, il n'y a en revanche le plus souvent pas de représentation de l'enfant.

Un dernier point mérite d'être mentionné dans cette étude des néonaticides : l'absence des pères. Ils ne sont pratiquement pas décrits dans les dossiers et leur mise en cause relève de l'exception. Pourtant, lors des expertises, plusieurs ont fait mention de leurs soupçons quant à une éventuelle grossesse. Si, souvent, plusieurs membres de la famille sont mis en cause initialement, ultérieurement ces personnes ne sont pas inquiétées alors qu'elles pourraient l'être pour non dénonciation de crime, non assistance à personne en péril ou complicité. Finalement, sauf dans un cas, la mère porte le poids seule.

Perspectives

I. Pour la recherche

Les étapes suivantes seront menées à bien :

- La fin du recueil des données (concernant 4 dossiers) ; nous gardons espoir de ne pas devoir renoncer ; toutefois une décision sera prise à la fin avril 2011 quant aux cas pour lesquels les relances semblent définitivement inefficaces ;
- La poursuite de l'analyse des néonaticides comprenant notamment :
 - Une analyse qualitative et médico-légale du contenu des CR d'autopsies ;
 - Une étude approfondie des trajectoires des auteurs avant les faits et à l'issue de la peine ;
 - Une réalisation de monographies plus complètes par l'ajout de cette étude des trajectoires et des données issues des documents médico-légaux ;
 - Une étude bibliographique approfondie de la problématique du déni de grossesse, dépassant la littérature médicale et épidémiologique et permettant de mettre en perspectives nos résultats ;

- L'application de cette stratégie d'analyse à l'ensemble des types de décès ;
- Dans le cas spécifique du SBS, une étude de l'évolution des investigations et du traitement judiciaire entre 1996 et 2005 (expertise médico-légale, qualification, détention provisoire et sa durée, condamnation). On cherchera également à mettre en évidence d'éventuelles différences suivant qu'il s'agit de SBS simples ou avec impact ;
- Pour répondre au dernier objectif de la recherche, une analyse de la collaboration entre secteurs, grâce à des entretiens avec des professionnels extra-judiciaires intervenant dans le champ de la petite enfance ;
- La réalisation d'interviews de magistrats sur le thème de la variabilité des durées et des traitements très différents de cas qui semblaient similaires ;
- Enfin, une recherche de pistes pour améliorer les statistiques de mortalité.

II. Pour l'action

Notre recherche a révélé l'importance de la problématique des néonaticides. En effet les résultats de la première enquête ont révélé que le nombre de cas annuels en France devait être de l'ordre de la centaine. Il ne s'agit donc pas d'un problème marginal mais d'une vraie question de santé publique, d'où la nécessité de réfléchir à la prévention.

Les résultats exposés dans ce rapport ont de fait d'importantes implications pour la prévention des néonaticides. Tout d'abord, il convient de plaider pour un renforcement de la visibilité et de l'efficacité de la contraception. Depuis 2001, une loi a mis en place l'IVG et la contraception d'urgence (notamment dans les établissements scolaires) sans accord parental et l'évaluation de ce dispositif montre que c'est bien le public jeune qui recourt le plus à la contraception d'urgence [50]. Mais cet acquis est actuellement en péril du fait de la baisse drastique des fonds alloués par le gouvernement au Planning familial, à l'origine de grandes difficultés pour le monde médical à faire face au nombre de demandes d'IVG [51]. Il paraît

donc judicieux d'entrer en contact avec des professionnels du planning familial pour apporter nos résultats comme éléments utilisables lors de la mise au point de messages préventifs.

Ensuite, il convient de trouver des stratégies pour aller au devant des femmes vulnérables, par leur repérage lorsqu'elles consultent un professionnel de santé quel que soit le motif. Ceci peut se faire notamment par l'apport d'éléments sur le profil psychologique qui s'est dégagé de notre étude dans les outils et programmes de formation continue. Une première action en ce sens est en cours de réalisation, la coordination d'un dossier « Maltraitance » ayant été demandée à Anne Tursz pour un numéro de 2011 de la Revue du praticien, journal de formation médicale continue de haut niveau. Les facteurs de risque des néonaticides y seront abordés.

Enfin, il importe de réfléchir, plus en amont encore de la reproduction, à l'éducation à la parentalité au niveau du collège. L'éducation à la sexualité est effective dans les collèges et lycées et il serait judicieux de lui adjoindre une formation sur ce que c'est qu'être parent.

De nombreux contacts sont donc à prendre : avec les organismes de formation continue des médecins, pour aborder au moins deux thèmes : celui de la pratique du signalement, celui du profil psychologique des mères auteurs de néonaticides ; avec les équipes de santé scolaire via le Ministère de l'Éducation nationale ; avec les responsables de formation initiale et continue des professionnels de la justice (École nationale de la magistrature, masters de criminologie des facultés de droit...), notamment pour les alerter sur les questions d'expertise. Idéalement, il serait souhaitable que soient mises au point des formations communes impliquant à la fois les professionnels de la santé, ceux de la justice et ceux du secteur social.

Terminons en soulignant qu'une formation à la contraception et à la parentalité dans les lycées et collèges permettrait notamment d'impliquer les futurs pères. En effet, faut-il, par habitude, par paresse intellectuelle, s'obstiner à développer des stratégies de soins et d'éducation des enfants qui ne permettent pas aux hommes de s'épanouir en tant que pères ? Faut-il aussi, par le même conformisme, ne jamais les inquiéter dans les cas de néonaticides et laisser les femmes seules responsables d'un crime dont ils sont forcément, dans la plupart des cas, complices ?

Références bibliographiques

1. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Beauté J, Romano H. Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Étude auprès des parquets. Rapport final à la Mission de recherche Droit et Justice. Ministère de la Justice. Cermes ; 2005 : 61 pages + annexes. http://www.gip-recherche-justice.fr/catalogue/PDF/rapports/137-RF_Tursz_2005_Final.pdf
2. Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris, 2010. Editions du Seuil.
3. Inserm. Causes médicales de décès. Résultats définitifs France. Paris, publication annuelle. Inserm/CépiDc. <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>
4. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Beauté J. Étude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France: quelle est la part des homicides? Bull Epidemiol Hebd. 2008 ; 3-4 : 25-28. <http://www.invs.sante.fr/BEH>
5. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook J M. Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics Child Abuse and Neglect 2010; 34: 534-544.
6. Tursz A, Cook J M. A population-based survey of neonaticides using judicial data. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed Published Online First: 6 December 2010 doi:10.1136/adc.2010.192278
7. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Trifiletti LB, Berendes HW. Risk factors for infant homicide in the United States. N Engl J Med 1998;339: 1211-6.
8. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Smith GS, MacDorman MF, Berendes HW. Infant injury deaths with unknown intent : what else do we know ? Injury Prevention 1999 ; 5 : 272-5.
9. Herman-Giddens ME, Brown G, Verbiest S, Carlson PJ, Hooten EG, Howell E et al. Underascertainment of child abuse mortality in the United States. J Am Med Assoc 1999; 282: 463-7.
10. Overpeck MD, Brenner RA, Cosgrove C, Trumble AC, Kochanek K, MacDorman M. National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. Pediatrics 2002 ; 109 : 274-83.
11. Beckwith JB. Defining the sudden infant death syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003; 157: 286-290.
12. Simmat-Durand L. « Les professionnels de la maternité et de l'enfance et le signalement des enfants de mère toxicomane / Childhood and maternity professionals and the reporting of drug addicted women's children », Psychotropes. 2008 ; vol. 14, n°3-4 :179-199.
13. Simmat-Durand L. Mère négligente, mère abusive, les représentations de la femme usagère de drogues, in : L. Simmat-Durand (dir.), Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. Paris, 2009. L'Harmattan, p. 121-142.

14. Simmat-Durand L, Toutain S, Vellut N, Genest L., Crenn-Hebert C., Simonpoli A.-M., Miossec E., Lejeune C., Analyse des données maternelles et obstétricales dans une cohorte rétrospective de 170 nouveaux-nés de mères polyconsommatrices, Île-de-France, 1999-2008, Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction, 2010, 39(8) : 647-655.
15. Le Nestour A. Aléas précoces de la parentalité : prévention et prises en charge. Archives de pédiatrie 2008 ;13, 7 : 1080-1084.
16. Le Nestour A, Apter-Danon G, Heroux C et al. Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. La psychiatrie de l'enfant. 2007 ; 50,1
17. Le Nestour A, Vellut N. Données expertales de néonaticides. Enfances & Psy 2010 ; 3 (n° 48) : 137-143.
18. Mireau E. Syndrome du bébé secoué: hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance, à propos d'une série de 404 cas. Paris, 2005. Université de Paris V, René Descartes. Thèse.
19. Starling S P, Patel S, Burke B L, Sirotnak A P, Stronks S, Rosquist P. Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158(5): 454-458.
20. Carbaugh SF. Understanding shaken baby syndrom. Adv Neonat Care. 2004; 4: 105-116.
21. American Journal of Preventive Medicine; Volume 34, Issue 4, Supplement 1, Pages A1-A12, S103-S170 (April 2008). Measuring the Incidence of Inflicted Childhood Neurotrauma (Shaken Baby Syndrome). Edited by Robert M. Reece, Desmond K. Runyan and Ronald G. Barr.
22. Shaken Baby Syndrome (Abusive Head Trauma) October 5, 6, 7, 2008 Vancouver, British Columbia Canada Seventh North American Conference.
23. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Child Maltreatment 1. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. 3 December 2008. www.thelancet.com. 2009; 3;373(9657): 68-81.
24. Oehmichen M *et al.* Fall or shaken: traumatic brain injury in children caused by falls or abuse at home - a review on biomechanics and diagnosis. Neuropediatrics. 2005; 36: 240-245.
25. Fujiwara T, Okuyama M, Miyasaka M. Characteristics that distinguish abusive from nonabusive head trauma among young children who underwent head computed tomography in Japan. Pediatrics. 122[4], e841-e847. 2008.
26. Bush CM *et al.* Pediatric injuries from cardiopulmonary resuscitation. Ann Emerg Med 1996 ; 28:40-44.
27. Bulloch B *et al.* Cause and clinical characteristics of rib fractures in infants. Pediatrics 2000 ; 105: E48.
28. Maguire S *et al.* Does cardiopulmonary resuscitation cause rib fractures in children? A systematic review. Child Abuse Negl 2006 ; 30: 739-751.
29. Wessel J, Buscher U. Denial of pregnancy: population based study. Brit Med J 2002; 324:458.
30. Marks MN, Kumar R. Infanticide in England and Wales. Med Sci Law 1993; 33: 329-339.

31. Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD. Newborns killed or left to die by a parent: a population-based study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2003; 289: 1425-1429.
32. Mendlowicz MV, Rapaport MH, Mecler K, Golshan S, Moraes TM. A Case-Control Study on the Socio-Demographic Characteristics of 53 Neonaticidal Mothers. *Int J Law Psychiatry* 1998; 21, 209-219.
33. Putkonen H, Collander J, Weizmann-Henelius G, Eronen M. Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980-2000. *Int J Law Psychiatry* 2007; 30: 248-254.
34. Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Collander J, Santilla P, Eronen M. Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought - neonaticides in Finland 1980-2000. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10: 15-23.
35. Marcikić M, Dumencić B, Matuzalem E, Marjanović K, Pozgain I, Ugljarević M. Infanticide in Eastern Croatia. *Coll Antropol.* 2006 ; 30: 437-442.
36. Resnick PJ. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* 1970; 126: 1414-1420.
37. Resnick PJ. Retour sur le néonaticide : perspectives actuelles. *Enfances & Psy* 2009 ; 44 : 55-59.
38. Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille. Drees. La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. Études et résultats. N° 383, mars 2005. Synthèse effectuée par Annick Vilain, Christine de Peretti, Jean-Baptiste Herbet et Béatrice Blondel, à partir de l'analyse et du rapport réalisés par Béatrice Blondel, Karine Supernant, Christiane du Mazaubrun et Gérard Bréart (INSERM U 149).
39. Chemama R, Vandermesch B. Dictionnaire de la psychanalyse. Paris, 2009, Editions Larousse.
40. Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatric Annals* 2005; 34: 349-356.
41. Dumoulin L. Quelques problèmes sociologiques autour de l'expertise et de l'expertise judiciaire. *Recherche Droit et justice* 2010; 35: 8-9.
42. Craig M. Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those at risk? *J R Soc Med* 2004; 97: 57-61.
43. Bajos N, Ferrand M. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Paris, 2002. Éditions Inserm, Collection Questions en santé publique.
44. The Alan Guttmacher Institute, NY. Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health. September 2006.
45. Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1578-1587.
46. Friedman SH, Resnick PJ. Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32: 43-47. Epub 2008 Dec 6. 15.

47. Haapasalo J, Petäjä S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstances, childhood abuse, and types of killing. *Violence Vict* 1999; 14: 219-39.
48. Taguchi H. [Maternal filicide in Japan: analyses of 96 cases and future directions for prevention] *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2007; 109: 110-127. English abstract.
49. Spinelli MG. A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 811–813.
50. Baromètre Santé. Paris, 2004, Inpes.
51. Sénat. Séance du 3 mars 2009 (compte rendu intégral des débats). Situation du planning familial.
<http://www.senat.fr/seances/s200903/s20090303/s20090303005.html>