

UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine

ANNEE 1991

THESE N° 160

**L'INFANTICIDE EN LIMOUSIN :
A PROPOS DE CINQ CAS
(1984-1990)**

THESE

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 27 Septembre 1991

par

Pascale BRISARD

épouse BRUZEAU

née le 12 Juillet 1964 à Angoulême (Charente)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur BOUQUIER PRESIDENT
Monsieur le Professeur de LUMLEY WOODYEAR. JUGE
Monsieur le Professeur DUMONT JUGE
Monsieur le Professeur PIVA JUGE
Monsieur REPLON, *Procureur Général* MEMBRE INVITE

U N I V E R S I T E D E L I M O G E S

F A C U L T E D E M E D E C I N E

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
- ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

. PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie - Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale

GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'Adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
NICOT Georges	Pharmacologie
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie - Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

CELS René

A Pierre,

A Anne-Hélène,

A mes parents,

A mes amis.

A notre Président de Thèse,
Monsieur le Professeur BOUQUIER,
Professeur des Universités de Pédiatrie
Chef de Service de Pédiatrie

Nous le remercions de nous avoir confié le sujet
de cette thèse et du grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de celle-ci.
Qu'il trouve ici l'expression de notre profond
respect.

A nos Juges,

Monsieur le Professeur de LUMLEY WOODYEAR
Professeur des Universités de Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur DUMONT
Professeur des Universités de Médecine du travail
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur PIVA
Professeur des Universités de Médecine Légale
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Nous les remercions d'avoir accepté de juger
ce travail et nous les assurons de notre profond
respect.

A Monsieur le Procureur Général près la
Cour d'Appel de Limoges

Nous le remercions de nous avoir accordé
l'autorisation de consulter les dossiers.

Nous sommes sensibles au grand honneur qu'il
nous fait de s'intéresser à ce travail et
d'accepter de siéger dans ce jury.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
profond respect.

A Messieurs les Procureurs de la République
de Corrèze et de Creuse.

Nous les remercions de nous avoir accordé
l'autorisation d'avoir accès aux dossiers.

A Mesdames et Messieurs les Greffiers en Chef
des Tribunaux de Limoges, Tulle et Guéret.

A Mesdames et Messieurs les Greffiers.

Ainsi qu'à tous ceux qui ont participé à la
recherche des dossiers.

Nous les remercions pour leur aimable concours.

"Quel crime avait commis votre jeunesse tendre,
Pour vous voir en naissant au meurtre condamnés?
Ce qui vous fait mourir, vous dut plutôt défendre
Et votre seul forfait, hélas ! c'est d'être nés."

Robert Estienne,
(Hymne des Innocents)
vers 1530-1570

PLAN

I - INTRODUCTION

II - DEFINITIONS

III - HISTORIQUE

III - A - La mythologie

III - B - L'ère préchrétienne et les débuts du christianisme

III - C - Le Moyen Age

III - D - Les XVIe, XVIIe, XVIIIe siècles

III - E - Le XIXe siècle

III - F - Le XIXe siècle dans le monde

III - G - Le XXe siècle

IV - LES CAS

IV - A - Méthodologie

IV - B - Les observations

V - EXPERTISE MEDICO-LEGALE

V - A - Autopsie du nouveau-né

V - B - Examen de la mère

V - C - Examen psychiatrique et psychologique

de la mère

VI - DISCUSSION

VI - A - La famille d'origine

VI - B - L'inculpé

VI - C - Les conditions du crime

VI - D - Les motivations

VII - LE MEDECIN CONFRONTE A L'INFANTICIDE ET

LE SYSTEME DE PREVENTION

VIII - CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

I - INTRODUCTION

La presse se fait largement l'écho de tous les crimes commis sur des enfants, exploitant ainsi l'horreur et le sensationnel que suscitent de tels actes dans l'opinion publique. Il n'est pas rare de trouver en première page des journaux l'annonce de la découverte d'un corps de nouveau-né.

Le Limousin n'est pas épargné par ces crimes. La succession de quatre affaires d'infanticide jugées en deux ans appelait une réflexion sur ce sujet. Il paraît intéressant de dresser un tableau de l'infanticide en 1991 ; quel est le portrait type de l'inculpé, dans quelles conditions s'effectue le crime, quels sont les facteurs psychologiques motivant le passage à l'acte ?

Quelle est l'attitude à adopter par le médecin confronté à un cas ou à une suspicion d'infanticide ?

Pour mener cette étude, il est exposé successivement quelques définitions, l'évolution du crime à travers l'histoire et les cinq cas s'étant produits en Limousin depuis 1984 ; puis, après les rappels essentiels de l'expertise médico-légale, les commentaires et conclusions tirés des observations, il sera envisagé la conduite et le rôle du médecin dans la détection et la prévention de l'infanticide.

II - DEFINITIONS

Infanticide, filicide, néonaticide, libericide, il est important de donner une définition de ces quatre mots. Beaucoup d'auteurs emploient indistinctement ces termes et pour rassembler une bibliographie il convient de consulter ces différentes rubriques.

II - A - INFANTICIDE.

Ethymologiquement, ce mot d'origine latine (infans=enfant ; caedere=tuer) signifie le meurtre d'un enfant.

La législation française, selon l'Article 300 du Code Pénal, fait de l'infanticide une entité isolée au sein des homicides : c'est le meurtre (homicide volontaire sans préméditation) ou l'assassinat (homicide volontaire avec préméditation) d'un enfant nouveau-né.

Celui-ci est alors défini comme un enfant dont la naissance n'a pas été inscrite sur les registres de l'Etat Civil ni confirmée par des témoins.

L'Article 55 du Code Civil prévoit que cette inscription soit faite dans les 72 heures suivant l'accouchement. Le nouveau-né est donc l'enfant de moins de trois jours.

Dans la littérature, le terme infanticide est employé indifféremment soit pour le meurtre d'un nouveau-né, soit pour le meurtre par la mère d'un enfant de moins d'un an (10) (24), soit pour le meurtre de tout enfant.

Cette étude se tiendra à la définition légale française de l'infanticide, c'est à dire le meurtre ou l'assassinat d'un enfant de moins de trois jours.

II - B - NEONATICIDE.

Ce terme a été employé pour la première fois par le Docteur J.P. Resnick en 1970 (51) pour désigner le meurtre d'un enfant de moins de vingt quatre heures. Cette expression fréquemment utilisée dans la littérature de langue anglaise n'est encore que peu employée en France.

II - C - LIBERICIDE.

Ce terme, du latin "liberi", est réservé aux meurtres survenant sur un enfant de moins de six mois.

II - D - FILICIDE.

Pour Resnick, ce terme correspond au meurtre de tous les enfants de plus de vingt quatre heures.

Pour d'autres auteurs, le filicide est le meurtre d'un enfant de plus de six mois. Enfin, c'est aussi parfois le meurtre d'un enfant par l'un ou l'autre parent, par opposition à l'infanticide où le meurtre est commis par la mère (10) (24).

En France, au-delà de trois jours de vie, le meurtre d'un enfant est jugé comme un homicide.

III - HISTORIQUE

"L'infanticide est un des rares crimes qui
décline quand une société se développe".

Léauté.

III - A - LA MYTHOLOGIE

Les civilisations gréco-romaines ont été fortement influencées par la mythologie. L'enfant n'y a pas de statut propre ; il est un objet dans les mains des adultes, pouvant être abandonné, tué ou sacrifié.

En essayant de classer les meurtres d'enfants dans les textes mythologiques, il est possible de former cinq groupes :

- 1 - les enfants dévorés
- 2 - les enfants offerts en sacrifice
- 3 - les enfants exposés
- 4 - les enfants tués dans un moment de folie
- 5 - les enfants tués "par vengeance"

III - A - 1 - LES ENFANTS DEVORES.

a) Le cas le plus célèbre est celui de Cronos, le titan, fils de Gaïa (la Terre) et d'Ouranos (le Ciel). Il aida sa mère à détrôner son père en lui tranchant d'un coup de faux ses parties génitales et prit ainsi le pouvoir. Il se maria plus tard avec sa soeur Rhéa. Mais ayant appris que l'un de ses enfants le détrônerait à son tour, il exigea de sa femme qu'elle lui livrât tous ses nouveau-nés qu'il dévorait aussitôt. Mais Rhéa réussit à soustraire Zeus, le sixième enfant, à ce sort fatal en le remplaçant par une grande pierre enveloppée d'un linge que Cronos avala promptement. Quand Zeus fut adulte, il donna à boire à Cronos un breuvage émetisant qui lui fit vomir la pierre et les cinq premiers enfants, donnant ainsi naissance aux premiers Dieux.

b) Pélops, fils de Tantale et petit-fils de Zeus, fut tué par son père qui le fit bouillir et le servit aux Dieux en festin. Ceux-ci s'aperçurent de l'horreur, sauvèrent l'enfant et condamnèrent Tantale à demeurer à jamais dans le royaume d'Hadès, assoiffé et affamé au milieu d'une abondance de fruits et d'eau qu'il ne peut atteindre.

c) Atrée, fils de Pélops, tua les enfants de son frère Thyeste qui s'était épris de sa femme. Il les fit couper en morceaux et les lui servit. Atrée était roi ; il porta par cet acte la malédiction sur toute sa maison.

III - A - 2 - LES ENFANTS OFFERTS EN SACRIFICE.

a) Iphigénie, fille d'Agamemnon, en est l'exemple le plus célèbre. Eschylle, dans sa tragédie "l'Agamemnon" (25), décrit cette jeune fille sacrifiée par son père. La flotte grecque en guerre contre Troie était retenue à Aulis par des vents contraires et une mer dangereuse à cause d'Artémis, déesse de la chasse. Elle était en effet irritée par la mort d'une de ses créatures (un lièvre) et elle exigea, pour apaiser son courroux, le sacrifice d'une jeune vierge royale, Iphigénie. Agamemnon céda : "Il osa égorger son enfant pour sauver la guerre."(25)

b) Un cas moins connu est celui de Phrysox. Un roi grec, Athamas, se lassa de sa femme avec qui il avait un fils, Phrysox, et une fille. Il épousa la princesse Ino. Celle-ci chercha à tuer le fils héritier et inventa un plan ingénieux : elle s'empara de tous les grains de blé, les fit griller et ruina ainsi la récolte. Puis elle fit dire par l'oracle que le blé ne recommencerait à germer que si le jeune prince Phrysox était offert en holocauste.

Le roi céda au peuple et le garçon fut mis à mort. Mais sur l'autel, un grand bélier à la toison d'or surgit et emporta l'enfant sur son dos, le sauvant ainsi des flammes. Cet épisode est à l'origine de la légende de la Toison d'Or.

III - A - 3 - LES ENFANTS EXPOSES.

a) Oedipe, dont le nom signifie "aux pieds enflés" fut, dès sa naissance, ligoté par les pieds et abandonné sur le mont Cithéron. Son père, Laïos, avait entendu la terrible prédiction d'Apollon, comme quoi il serait tué par son fils. Cependant, un berger recueillit l'enfant et le confia au roi de Corynthe. Une fois adulte, Oedipe, ayant appris la prédiction, quitta Corynthe et tua sur la route un voyageur avec qui il s'était querellé. Ce dernier s'appelait Laïos et Oedipe accomplissait ainsi son destin (Sophocle - "Oedipe") (59)

b) Atalante, l'une des rares héroïnes mortelles de la mythologie, fut exposée sur une montagne à sa naissance par son père déçu de ne pas avoir un fils. Une ourse l'adopta, la nourrit et elle grandit avec les bergers.

c) Paris fut de même exposé sur le mont Ida où il fut sauvé de la mort par une ourse.

d) Enfin, Romulus et Rémus, frères jumeaux et enfants de Rhéa Sylvia et de Mars, furent abandonnés par l'oncle de leur mère, Amulius, aux eaux du Tibre en crue. Les flots les jetèrent au pied du mont Palatin sous un figuier. Une louve, descendue des montagnes, offrit ses mamelles aux deux enfants, les sauvant ainsi de la mort.

III - A - 4 - LES ENFANTS TUES DANS UN MOMENT DE FOLIE.

a) Euripide raconte l'histoire d'Hercule qui avait épousé Mégarée par amour. Après la naissance de son troisième fils, Héra, par jalousie, le frappa de démence. Il tua ses enfants ainsi que Mégarée qui tentait de protéger le dernier. Puis la raison lui revint et il dit : "Ainsi, je suis moi-même le meurtrier de ceux que j'aimais le plus au monde." (32)

Hercule va désormais porter sa faute et tenter de se purifier le reste de sa vie.

b) Agavé, fille de Cadmos, fut rendue folle par Dionysos. Elle prit son fils Penthée pour un lion et le tua de ses propres mains.

c) Athamas, atteint de démence, tua Méliserte, son fils, issu de sa liaison avec Ino.

III - A - 5 - MEDEE OU LE "MEURTRE ALTRUISTE".

Médée était amoureuse de Jason. Après l'avoir épousé, elle lui donna deux fils. Mais Jason la trahit avec la fille du roi de Corinthe. Médée, folle de jalousie, tua cette dernière. Puis, comme elle ne pouvait espérer pour ses fils aucune aide, aucune protection, tout au plus l'esclavage, elle se dit :

"Ni mourir d'une main plus cruelle que la mienne

Non ; moi qui leur ai donné la vie, je leur donnerai la mort.

Oh, pas de lâcheté à présent ; il me faut oublier leur jeune âge,

Combien ils sont mignons, et leur premier cri." (Euripide) (26)

Elle tua les deux petits garçons et Médée la magicienne s'envola dans un char trainé par des dragons.

III - B - L'ERE PRE-CHRETIENNE ET LES DEBUTS DU CHRISTIANISME

Les civilisations anciennes considéraient l'enfant comme un présage du bien et du mal. Pour rechercher des faveurs ou apaiser les dieux, les enfants étaient offerts en sacrifice dans des cérémonies rituelles. Plus tard, l'infanticide devint une institution, légalisée et approuvée par les penseurs de l'époque.

III - B - 1 - DANS L'ANCIEN TESTAMENT.

a) Dieu éprouva Abraham et lui dit : "Abraham - Abraham". Il répondit "Me voici". Dieu dit "Prends ton fils, ton unique, que tu chéris, Isaac, et va-t-en au pays de Moriyya et là tu l'offriras en Holocauste sur une montagne que je t'indiquerai" (La Génèse 22 1).

Abraham partit. Arrivé sur la montagne et au moment d'offrir Isaac, un ange l'appela et lui commanda de sacrifier un bélier à la place de l'enfant.

b) Moïse.

Avant la naissance de Moïse, les israélites exilés en Egypte se multiplièrent et devinrent très nombreux. Pharaon ordonna alors aux sages-femmes: "Quand vous accoucherez les femmes des Hébreux (...) si c'est un fils faites le mourir, si c'est une fille, laissez la vivre" (Exode 1 6). Mais les "accoucheuses craignaient Dieu" et ne lui obéirent pas. Alors, Pharaon donna cet ordre à tout son peuple : "Tout fils qui naîtra, jetez le au fleuve, mais laissez vivre toute fille" (Exode 1 22).

La mère de Moïse réussit à cacher son fils pendant trois mois mais finit par le mettre dans une corbeille de jonc et le confia à la rivière. Il fut recueilli par la fille du Pharaon et vécut pour accomplir sa mission.

Quand arriva le temps de faire sortir les juifs d'Égypte, Dieu dit à Moïse : "Vers le milieu de la nuit, je parcourrai l'Égypte et tous les premiers nés mourront aussi bien le premier né de Pharaon que celui de la servante..." (Exode 11 45). Les Hébreux seuls furent épargnés car ils avaient enduit la porte de leur maison du sang de l'agneau immolé pour Pâques.

Une fois le peuple juif libéré du joug égyptien, Dieu dit à Moïse : "Consacre moi tout premier né mâle (...) ainsi que toute la première portée de tes bêtes : les premiers mâles sont à Yahvé" en souvenir de la fuite d'Égypte (Exode 13 12).

Ainsi, il existe à travers le récit de l'Exode plusieurs formes d'infanticides : celui motivé par une régulation des naissances, l'exposition de Moïse, le fléau divin qui s'abat sur les premiers nés égyptiens.

c) Dans les livres du Deutéronome et du Lévitique, plusieurs allusions sont faites aux rites cananéens. Les habitants de Canaan en Galilée sacrifiaient leurs enfants à leur idole Molek.

Ces rites sont condamnés par les lois de Moïse (Lévitique 18 21).

d) Un acte particulièrement horrible a été perpétré depuis les temps de Jéricho (3000 avant J.C.) pendant de nombreuses années. Il consistait à emmurer un enfant dans les fondations d'un nouvel édifice pour en assurer sa stabilité (8).

e) Nous pouvons aussi citer Lilith, toute première femme créée par Yahvé, qui échappa à Adam pour être libre. Elle détesta la descendance d'Eve et devint la persécutrice des nouveaux-nés.

III - B - 2 - EN EGYPTE AU TEMPS DES PHARAONS.

Pour limiter la population et prévenir les insurrections, l'Égypte tuait les enfants mâles des esclaves juifs.

Une tradition consistait également à enterrer un enfant vivant avec les parents morts pour "donner du confort et de la compagnie aux défunts". (8)

Les parents égyptiens considéraient qu'ils pouvaient tuer leurs enfants en toute impunité, puisqu'ils reprenaient ainsi la vie qu'ils avaient donnée ; mais une loi punissait les meurtriers en les enlaçant trois jours et trois nuits au cadavre du nouveau-né assassiné. (50)

III - B - 3 - LA GRECE ANTIQUE.

A Athènes, l'infanticide devint une pratique courante lorsque Solon, l'un des sept grands sages, permit aux athéniens de tuer leurs enfants.

A Sparte, Lycurge (IX^e s. avant J.C.) permit, par l'intermédiaire des anciens, l'assassinat des nouveau-nés malformés et malingres et parfois des filles. Ils étaient jetés du haut du Mont Taygète sans soucis de leur devenir. Plus tard, le meurtre fut remplacé par une exposition systématique afin de tester les constitutions. Seuls les plus robustes survivaient.

Les philosophes grecs n'ont pas montré dans leurs écrits beaucoup d'humanité. Platon, soucieux d'éviter la multiplication excessive des citoyens et

une éventuelle dégénérescence de l'espèce, pensait qu'il fallait faire périr tout enfant dont la mère avait plus de quarante ans ou le père plus de cinquante.

Plutarque rend hommage à la valeur morale d'un père pauvre qui tue son enfant : "Si les pauvres n'élèvent pas leurs enfants, c'est pour ne pas les voir corrompus par une mauvaise éducation qui les rendraient inaptes à l'honneur et à la vertu."

Aristote approuve la législation en défendant une loi qui vise à "supprimer tous ceux qui naissent difformes".

Ainsi, dans la Grèce antique, l'infanticide légalisé semble lié à la volonté de proportionner la population au territoire et de former un peuple et une armée forts et vigoureux.

III - B - 4 - A ROME.

Dans les premiers siècles de l'empire romain, la "patria potesta", autorité du père sur ses enfants et sur sa femme, était absolue. A sa naissance, le bébé était déposé aux pieds du père : s'il le prenait dans ses bras, il le reconnaissait et l'admettait dans la famille ; s'il ne le relevait pas, il le condamnait à être vendu, exposé ou tué.

Sous Romulus, pour satisfaire les besoins guerriers, les enfants devaient être conservés trois ans. Au delà de cet âge, les filles pouvaient être sacrifiées mais une au moins devait être gardée pour la descendance. Quant aux malformés, s'ils étaient reconnus comme tels par cinq voisins, les parents pouvaient s'en décharger dès la naissance. Il s'agissait par cette loi de préserver les garçons.

Vers 450 avant J.C., s'établit la loi des douze tables qui réintégra le père dans tout son pouvoir. Pour les enfants malformés, le contrôle des voisins fut supprimé et comme les malheureux étaient considérés comme un mauvais présage, issus de la colère des Dieux, ils étaient donc massacrés.

Sous l'empereur Auguste (63 avant J.C.) naquit "l'industrie des monstres". Les hommes au pouvoir avaient pris l'habitude de s'entourer de nains et d'enfants difformes qui étaient donc sauvés de l'exposition.

Le "pater familias" vit son droit de vie et de mort diminuer au cours des siècles tout en conservant celui d'exposer les nouveau-nés sur les "dépotoirs" publics où ils mourraient de faim et de froid. Sous le règne de Trajan (53-117 après J.C.) une assistance alimentaire du premier âge fut créée à Rome. Mais il n'y fut enregistré que 2 bâtards contre 179 enfants légitimes dont 34 filles et 145 garçons (14). Ceci tend donc à prouver que l'exposition, inversement proportionnelle, concernait surtout les bâtards et les filles.

Les grands penseurs tels que Sénèque, Tacite, Pline le Jeune, approuvaient ces méthodes et les encourageaient.

Cependant, dès la naissance du christianisme, les oppositions s'élevèrent. Saint Barnabé (contemporain des premiers apôtres) et Saint Justin (martyrisé en 167) condamnèrent l'infanticide et l'exposition des nouveau-nés.

L'empereur Constantin (280-337) fit punir ceux qui tuaient leurs fils et institua une loi sur l'exposition : celui qui recueillait et élevait un enfant abandonné pouvait le traiter en fils ou en esclave sans être inquiété par les parents géniteurs (loi I du code théodosien, livre 5, titre 7).

Plus tard, sous l'influence grandissante du christianisme et des invasions barbares, des dispositions plus fermes furent prises : "Tout homme ou toute femme qui tue son enfant s'expose à la peine capitale. Que chacun nourrisse ses enfants. Celui qui en exposera un sera passible de la peine qui a été établie" (Valentinien 321-375 - Valens 328-378 - Gratien 359-383).

III - B - 5 - LES POPULATIONS BARBARES.

a) Chez les Gaulois.

Le père avait le droit de vie et de mort sur sa femme et ses enfants. César le mentionne dans la "Guerre des Gaules".

Bien que l'autorité paternelle fût fermement établie, "Gaulois et germains respectaient leurs épouses et chérissaient leur progéniture dont ils étaient fiers" (Bouton cité par Jayle) (35).

b) Chez les Francs.

L'enfant était la propriété mais surtout l'orgueil des parents. Si toutefois il y avait meurtre d'un enfant par un étranger, la loi prévoyait des sommes à verser aux parents en fonction de l'âge de l'enfant.

c) Chez les Celtes vivant le long du Rhin existait une pratique assez singulière. Le fleuve était considéré comme juge de la légitimité de l'enfant. On y jetait le nouveau-né sur lequel on avait un doute, persuadé que l'enfant illégitime serait englouti par les eaux et que l'enfant légitime serait rendu aux parents (50).

III - C - LE MOYEN AGE (de la chute de l'empire romain en 395 à la prise de Constantinople en 1453)

Une seule législation se dressait au Moyen Age : le droit Canon. Le pouvoir, tout comme le peuple, était sous la domination de l'Eglise. La société était plus que jamais divisée.

D'un côté les serfs, opprimés par le système féodal, par la misère, les famines, les maladies, étaient parfois contraints à de violents crimes contre les nouveau-nés, notamment les filles. Les croyances communes propageaient l'idée que l'infanticide était un péché léger. Le nouveau-né, jusqu'au neuvième jour où il recevait un nom, n'existait pas et le père avait sur ces enfants le droit de vie et de mort. Dans le haut Moyen-Age, la puissance paternelle s'adoucit progressivement selon que l'on se situait au Nord (droit coutumier) ou au Sud de la France (droit romain). Au XIII^e siècle, au Sud de la France, et notamment en Limousin, un père peut encore tuer son enfant sans risquer d'être inquiété (3).

Face à la masse des paysans, les nobles, bien que soumis à la législation des Capitulaires, continuaient à avoir des moeurs très libérales.

Les enfants non désirés ou adultérins étaient ainsi facilement tués ou abandonnés. L'archiprêtre Datheus notait en 337 : "On jette ces petits enfants (résultant d'adultères) dans les cloaques, dans les fumiers, dans les fleuves et on commet autant de meurtres qu'il y a d'enfants nés d'un commerce illicite". (35)

Un grand désastre durant le Moyen-Age fut la Croisade des Enfants en 1212 ; cinquante mille enfants de tout âge furent poussés par les prêtres à quitter la France et l'Allemagne dans une quête condamnée vers Jérusalem pour libérer le Saint Sépulcre. Peu d'entre eux échappèrent à la mort, aux blessures et aux maladies (8).

Dès le début du christianisme, l'Eglise s'éleva contre l'infanticide. En prêchant l'amour pour le prochain, elle mettait un frein à l'autorité paternelle et défendait l'intérêt de l'enfant. Le Concile de Neyra en 314 défendit aux femmes coupables d'infanticide d'entrer dans les temples pendant toute leur vie" (Bouton cité par Jayle) (35).

Les conciles d'Elvire puis d'Ancyre limitèrent cette pénitence à 10 ans. Cependant, par ses positions, l'Eglise ne contribuait pas à limiter les meurtres des enfants : les femmes et mères célibataires étaient durement critiquées ; les nouveau-nés malformés étaient des "manifestations du diable et le fruit de la fréquentation avec les démons et les animaux" ; les enfants illégitimes ou tarés étaient "des monstres substitués par Satan à l'enfant authentique" (8).

Parallèlement à l'Eglise, le pouvoir durcit les peines contre les coupables d'infanticide. Sous Clovis et Charlemagne, le châtement encouru était le même que pour un homicide. Sous Saint-Louis, la femme récidivant un infanticide était conduite au bûcher. Mais les peines n'étaient pas les mêmes dans tout le royaume et dans certaines provinces on noyait les coupables. On retrouve même un édit en 1250 qui punissait les coupables d'infanticide, de parricide et de matricide de la manière suivante : enfermé dans un sac avec un chien, un coq, un serpent et un singe, le meurtrier était jeté à la mer (35).

Paradoxalement, les traces légales des infanticides au Moyen-Age sont rares (en Allemagne, une vingtaine de cas sont recensés, les registres du Châtelet qui ont été conservés ne citent pas un seul cas) (50).

On constate cependant une réaction "sociale" vis à vis de l'abandon des enfants. Devant la misère du plus grand nombre valait-il mieux tolérer l'abandon pour restreindre l'infanticide ? Dans de nombreux pays se créèrent, durant tout le Moyen-Age et les siècles suivants, des refuges pour enfants abandonnés ou non désirés. (l'archiprêtre Dathéus en créa à Milan en 337, à Rome l'hôpital Saint-

Esprit se créa en 1148, il en existait à Florence en 1444 et Saint-Vincent de Paul fonda à Paris "l'hôpital des enfants trouvés" en 1638).

Ainsi, tout au long du Moyen-Age, malgré les mesures sévères prises par le pouvoir et les condamnations de l'Eglise, l'infanticide évolue à bas bruit, résultat d'une misère et d'un asservissement important.

III - D - LES XVIe - XVIIe - XVIIIe SIECLES.

Après la période moyenâgeuse où la misère surtout motivait l'infanticide, la Renaissance, avec son lot de galanterie et de plaisirs, fait réapparaître l'infanticide "honoris causa" (d'enfants illégitimes).

Le crime devint alors un véritable fléau que ne cessèrent de dénoncer les intellectuels du temps.

En 1556, Henri II signa l'édit suivant : "Toute femme qui se trouvera convaincue d'avoir célé, couvert et occulté, tant sa grossesse que son enfantement, sans avoir déclaré l'une ou l'autre, et pris de l'une ou l'autre témoignage suffisant, même de la vie ou de la mort de son enfant lors de l'issue de son ventre, et qu'après l'enfant se trouve avoir été privé du baptême ou sépulture, telle femme sera réputée avoir homicidé son enfant et pour réparation punie de mort, et de telle rigueur que la qualité particulière du cas méritera."

Désormais, l'infanticide est puni de mort ainsi que toute femme présumée avoir caché sa grossesse, son accouchement et le meurtre de son enfant. Cet édit fut rarement appliqué ; Henri III (1585) et Louis XIV (1708) réordonnèrent sa publication.

Mais, concernant les enfants malformés, il persista pendant longtemps les vieilles croyances moyenâgeuses absolvant ainsi tous les crimes envers ces nouveau-nés.

Durant le XVIII^e siècle, une pratique, que beaucoup qualifièrent d'infanticide, se développa et contribua à augmenter la mortalité infantile : c'est la mise en nourrice. Cette habitude en France est fort ancienne puisque le premier bureau de nourrices ouvrit à Paris au XIII^e siècle. Jusqu'à la fin du XVI^e siècle, il semble que cette pratique ait été réservée à l'aristocratie. Montaigne dans ses "essais" (1580-1590) s'en plaignait déjà : "Pour un léger profit, nous arrachons tous les jours leurs propres enfants d'entre les bras des mères et leur faisons prendre les nôtres en charge". Ayant lui même confié ses enfants, il constatait : "Ils me meurent tous en nourrice". "J'en ai perdu deux ou trois non sans regret mais sans fâcherie." (47)

C'est cependant au XVIII^e siècle que l'habitude de la mise en nourrice se généralisa. Toutes les classes de la société urbaine, des plus pauvres aux plus riches, envoyèrent leurs nouveau-nés "à la campagne" dès la naissance. Les motivations ne furent pas les mêmes et on ne dira jamais assez l'importance du facteur économique dans ces pratiques meurtrières. Car c'est un meurtre déguisé qui fait dire à F. Lebrun : "Pourquoi en ville envoyer l'enfant en nourrice quelques jours après sa naissance, quel que soit son état de santé, la saison et la distance ? (...) Pourquoi continuer de faire coucher les tout jeunes enfants avec leurs parents d'où résultent de fréquents accidents mortels par suffocation ? (...) Ne s'agirait-il pas au même titre que certains avortements d'une stratégie (plus ou moins consciente, allant dans le sens de la sélection naturelle) de limitation du nombre des enfants au sein de la famille ?" (42).

Les enfants en nourrice vivaient dans des conditions lamentables. Mal nourris, couverts de haillons, avec une hygiène déplorable, la plupart mourraient avant l'âge d'un an et beaucoup avant un mois. Soumis aux maladies infantiles, couverts d'excréments, dénutris, déshydratés, ils décédaient parfois sans soin dans des souffrances atroces.

Ce qui fait dire à F. Chauvaud (Tensions et conflits. Aspect de la vie rurale au XIXe s.) : "N'est-ce pas une manière de différer un infanticide sans intervenir directement et sans encourir les foudres de la justice ?"

Les ouvrières et les classes pauvres de la société étaient obligées matériellement de placer leurs enfants et leurs motivations étaient liées à leur situation économique et professionnelle. Quand elles ne pouvaient même pas payer une nourrice, elles étaient contraintes "d'abandonner" les nouveau-nés à l'hospice qui alors les plaçait.

Les motivations de l'aristocratie semblent beaucoup plus sombres et ce n'est qu'à la fin du XVIIIe siècle que les femmes de ce milieu commencèrent à prendre conscience de leur rôle de mère. (3)

Le siècle des "Lumières" fut cependant clément vis à vis de ces crimes: Voltaire s'apitoya sur ces filles-mères coupables d'infanticide et réclama leur impunité. Turgot "quand il régnait en Limousin" constata que les abandons d'enfants se multipliaient et les excusa. Déjà, ce siècle annonçait la révolution : le libertinage, la légèreté et le septicisme inauguraient la lutte contre les principes religieux qui, eux, combattaient depuis longtemps l'infanticide.

L'édit d'Henri II fut aboli par la Révolution. Les mentalités évoluèrent. La maternité naturelle fut exaltée, la pudeur s'estompa, l'infanticide "honoris causa" s'atténua. Mais "l'enfant gênant" n'était pas protégé.

Sous la Constituante, l'infanticide ne fut plus un crime de "lèse-majesté divine" : la femme meurtrière en théorie, n'était pas coupable en pratique.

III - E - LE XIXe SIECLE.

Le XIXe siècle va réagir fermement face aux abus de la société issue de la révolution. Le nombre d'infanticides, malgré les mesures légales sévères, augmentera jusqu'en 1870.

C'est en 1825 que commence la publication du "Compte général de la justice criminelle". Vallaud, se basant sur ces premières données chiffrées, estime à 300 le nombre d'infanticides recensés annuellement jusqu'en 1880. Ce nombre est sous-estimé et il faut prendre en compte les homicides involontaires, les délits de suppression d'enfant, les affaires classées ou ayant abouties à un non lieu. L'infanticide représente un tiers des crimes de sang. (62)

Tardieu, de son côté, estime de 102 à 206 le nombre de cas reconnus par an dans la première moitié du siècle. (17)

Le tableau I, fait à partir des travaux de Léauté dans son ouvrage "Recherche sur l'infanticide" montre l'augmentation nette de ce crime dans le deuxième tiers du XIXe siècle. Il faut attendre le XXe siècle pour vraiment voir le chiffre décliner.

Certains ont rapporté cette augmentation à l'industrialisation et à la première poussée d'exode rural. Les hommes partent, laissant les femmes seules avec les enfants. Ce "crime rural" aurait diminué avec le contrôle de la fécondité des populations urbaines (Chesnais cité par Chevrier) (17).

Il s'agit en effet le plus souvent de femmes jeunes (20-24 ans) célibataires, vivant seules, analphabètes, issues dans 80 % des cas d'un milieu social défavorisé (domestiques, journalières agricoles, ouvrières) (62). Ces domestiques, servantes, bergères sont victimes très fréquemment de violences sexuelles dont personne ne s'émeut. La société rurale considère en effet ces dernières comme normales. Dès que les malheureuses sont enceintes, on les montre du doigt, on les chasse dès qu'elles avouent la faute (d'autant plus que nombreuses sont enceintes de leur maître). On peut alors comprendre que beaucoup cachent leur grossesse, leur accouchement et fassent disparaître "l'objet de la honte" (52).

Les moyens utilisés sont souvent identiques à ceux d'aujourd'hui : la strangulation et l'étouffement sont les méthodes de choix pour faire taire les premiers cris de l'enfant. Maupassant, dans une de ses nouvelles (Rosalie Prudent écrite en 1883), fait parler une petite bonne qui a tué ses deux jumeaux : "Est-ce que je sais ! J'ai mis l'oreiller d'sus sans savoir... Je n'pouvais pas en garder deux... Et je m'suis couchée d'sus encore. Et puis, j'suis restée à m'rouler et à pleurer jusqu'au jour que j'ai vu venir par la fenêtre ; ils étaient morts sous l'oreiller pour sûr. Alors, je les ai pris sous mon bras, j'ai descendu l'escalier, j'ai sorti dans l'potager, j'ai pris la bêche au jardinier, et je les ai enfouis sous terre, l'plus profond que j'ai pu, un ici puis l'autre là, pas ensemble, pour qu'ils n'parlent pas de leur mère, si ça parle, les p'tits morts. Je sais-t-il moi ?" (46)

Une méthode était cependant très "à la mode" dans le milieu urbain : elle consistait à jeter l'enfant dans le conduit des latrines. Tardieux écrit en 1874 : (...) "Mais le cas le plus fréquent dans les grandes villes est celui où on les retire d'une fosse d'aisance (...) La malheureuse se croit assurée du secret et de l'impunité. Il y a une erreur fort répandue, c'est que le corps délicat d'un nouveau-né ne résiste pas longtemps au contact des matières et ne tarde pas à être détruit. Mais outre que c'est le contraire qui est vrai, les fosses d'aisance fouillées au moindre soupçon d'infanticide gardent longtemps et rendent sûrement le cadavre qui y a été jeté". (17)

D'autres exemples sont donnés par Tolstoï dans "La puissance des Ténèbres" ou Nikita écrase son enfant adultérin sous une planche et l'enterre à la cave. Zola, à la fin de "Pot Bouille", raconte l'accouchement clandestin d'Adèle qui abandonne ensuite l'enfant dans une ruelle. Suit une discussion âpre des bourgeois sur l'infanticide qui se conclue par la constatation que "les infanticides augmentent dans des proportions effrayantes" (ce qui est exact puisqu'on se situe alors sous le Second Empire) (63).

A toutes ces pratiques il faut opposer l'attitude des juges.

Le Code Pénal de 1810, rédigé à partir des travaux de Merlin de Douai sous le règne de Napoléon 1er, définit l'infanticide comme le meurtre d'un enfant nouveau-né. L'article 302 lui appliqua la peine de mort. En outre, l'accusation n'avait pas à apporter la preuve de la préméditation qui était érigée en présomption de droit (62).

En 1824, le principe des circonstances atténuantes fut établi ; la Cour pouvait ainsi commuer la peine de mort en celle de travaux forcés à perpétuité. En 1832, une nouvelle loi diminua encore la peine aux travaux forcés à cinq ans minimum.

Mais malgré tout, les jurés hésitaient à prononcer un verdict de culpabilité et entre la mort et l'acquittement ils optaient souvent pour la seconde solution, "détournant ainsi la finalité de la loi." (62)

Enfin, la correctionnalisation du crime par le biais de l'homicide involontaire et la suppression d'enfant devint une pratique répandue.

Ce crime, jugé comme irrémissible en 1810, trouva donc chez ses juges une clémence particulière :

a) Une première explication à cette attitude peut être donnée par la suppression des "Tours" : ces cylindres de bois, tournant sur eux-mêmes, avec un côté convexe sur la rue et un côté concave à l'intérieur, servaient au dépôt des enfants abandonnés. Une sonnette située à l'extérieur avertissait le personnel de l'hospice de la présence d'un enfant.

Le XVIIIe et le XIXe siècle avaient ainsi trouvé un moyen de prévention contre l'infanticide. Les femmes pouvaient de cette façon dissimuler la "faute" ou sauver un enfant de la misère. Car si bon nombre des nouveaux-nés

ainsi recueillis étaient des bâtards, beaucoup étaient abandonnés avec un petit mot de la mère ou un signe distinctif (ruban, bijou, morceau de tissu...) pour le reconnaître au cas où elle aurait pu le reprendre. Ces hospices se chargeaient ensuite de placer les enfants en nourrice. Au cours du XIXe siècle, l'Etat se rendit compte des abus des nourrices. Une circulaire du Ministère de l'Intérieur aux préfets, datée du 13 août 1841, signale : "Les nourrices les moins payées se découragent. Elles ne prennent qu'à regret des enfants (...) et elles se croient en conséquence dispensées de leur donner tous les soins qu'elles devraient leur consacrer."

Une lettre du préfet de la Corrèze aux administrateurs des hospices du Limousin datée du 4 septembre 1832 mentionne : "Des salaires de nourrice ont été versés à des femmes qui n'étaient même pas mères de famille (...) et pour des enfants décédés depuis plusieurs années." (52)

La pratique des Tours disparut progressivement devant le nombre croissant d'abandons, la charge financière de plus en plus lourde et la mortalité élevée des enfants abandonnés.

A Limoges, lors des sessions de juillet 1842 et de 1847 où cinq affaires d'infanticides furent jugées, d'importants débats concernant les Tours eurent lieu. Le sous-préfet d'Ussel, dans une lettre adressée au préfet de Brive le 8 avril 1839, parle en ces termes : "Les Tours sont devenus une prime donnée à la débauche et aux mauvaises mères." Il propose logiquement de supprimer le Tour d'Ussel dont, dit-il "l'existence me paraît contraire à la morale (...) dangereuse pour la vie des enfants qui y sont reçus, onéreuse pour le département".

b) La compassion des juges peut également s'expliquer par la solitude de l'accusée. Celle-ci ne pouvait plus poursuivre le séducteur, le code civil interdisant toute recherche de paternité. (62)

Enfin, on ne peut pas conclure le XIXe siècle sans évoquer Tardieu et Brouardel, deux grands médecins légistes, auxquels on doit des études sur l'infanticide, des expertises médico-légales, et quelques statistiques.

D'autre part Esquirol, notamment, a lancé les premières études psychiatriques sur la femme pendant l'accouchement. L'examen mental des mères accusées d'infanticide n'était pas une obligation légale de procédure. On parla de "folies puerpérales", de "folies homicides transitoires", de "psychose passagère", de "monomanie homicide" sans que toutefois se dégage d'entité morbide. (62)

III - F - LE XIXe SIECLE DANS LE MONDE.

Il convient d'étudier succinctement l'évolution de quelques pays face à l'infanticide au cours du XIXe siècle.

On constate globalement une prise de conscience du fléau et quelques tentatives de prévention.

III - F - 1 - EN ANGLETERRE.

L'infanticide y a été traditionnellement considéré comme un crime "à part" : la première loi fut votée en 1623 sous la dynastie des Stuart. Au XIXe siècle, l'éditeur du "Journal Britannique de Médecine" (BMJ), le médecin Ernest Hart déclencha une grande action contre l'infanticide.

A partir de 1838, la presse britannique y attacha une attention particulière. En 1865, le procès de Charlotte Winsor fit scandale : cette femme du Devonshire étouffait intentionnellement les nouveau-nés illégitimes contre des honoraires.

Une campagne fut alors lancée pour la prévention de la mortalité infantile chez les enfants mis en nourrice et pour les aides aux mères célibataires. Ernest Hart fut l'un des grands instigateurs de ce mouvement. (6)

Un capitaine à la retraite, Thomas Coram (1668-1757), ému par le nombre d'enfants abandonnés dans les rues de Londres, fonda un foyer d'accueil en 1741. William Cadogan (1711-1797), soucieux de diminuer la mortalité infantile et d'éviter le manque de soins aux nouveau-nés, présenta un traité : "A propos des soins nécessaires aux enfants" (1750). James Hanway (1712-1786), un marchand londonien, fit une campagne vigoureuse aux côtés de Cadogan.

Enfin, Robert Malthus, le philosophe anglais (1766-1834), affirma que le système des foyers étaient un moyen sûr pour les parents d'envoyer leurs enfants à la mort. (8)

III - F - 2 - AU QUEENSLAND.

Une étude récente a montré que dans cette ancienne colonie anglaise, l'infanticide a pris une ampleur considérable au cours du XIXe siècle. Il s'agissait le plus fréquemment d'enfants illégitimes tués par noyade, étouffement ou strangulation. La forte mortalité des bébés mis en nourrice était aussi notée.

"L'hôpital Lady Bowen" ouvrit à Brisbane en 1864 et "un refuge pour les femmes de Brisbane" fut créé en 1871. Ils furent salués comme un moyen de réduire l'infanticide. Cependant, en 1886, la gazette médicale australienne fournit des preuves sur les "facilités" qu'offraient ces maisons aux jeunes mères pour tuer leurs enfants.

De même, les orphelinats créés dès 1860 à Brisbane furent accusés de négligence et de cruauté envers les enfants. (61)

III - F - 3 - AUX ETATS-UNIS.

Avant la guerre de Sécession, l'infanticide était courant chez les esclaves noirs. Les enfants étaient le plus souvent "arrachés des bras de leur mère", vendus, et devenaient esclaves à leur tour dans des plantations parfois lointaines de leur lieu de naissance. On peut ainsi comprendre ces femmes, qui préféreraient tuer leurs enfants plutôt que de les voir subir le même sort qu'elles mêmes.

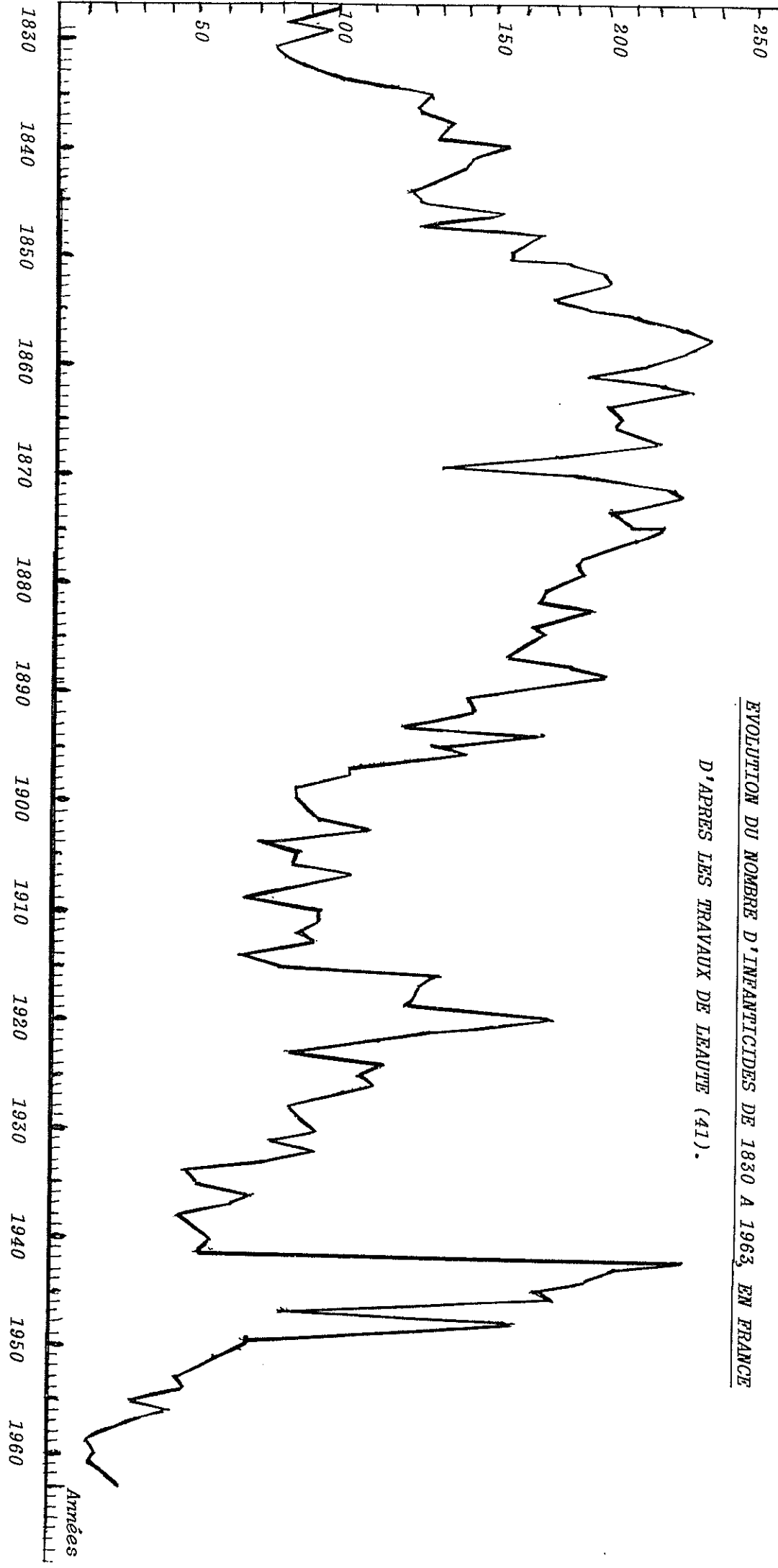
Après la guerre civile, des foyers et des orphelinats furent créés pour recueillir les enfants abandonnés. Mais comme le fit remarquer Abraham Jacobi, un pédiatre, en 1872, les enfants regroupés dans ces refuges mourraient en bas âge dans de fortes proportions. (8)

III - F - 4 - EN RUSSIE.

Catherine La Grande, alarmée par l'accroissement inhabituel d'abandons et d'infanticides, fit également créer des foyers pour mères célibataires. Ceux-ci finirent de façon désastreuse et fermèrent pour la plupart. (8).

Tous ces exemples nous montrent qu'au cours du XIXe siècle, l'infanticide devint un fléau mondial. Mu très souvent par l'illégitimité, il atteignait toutes les classes de la société. Il faut attendre le XXe siècle avec les mesures sociales en faveur des défavorisés pour voir le crime diminuer progressivement .

Nombre d'infanticides



EVOLUTION DU NOMBRE D'INFANTICIDES DE 1830 A 1963, EN FRANCE

D'APRES LES TRAVAUX DE LEAUTE (41).

III - G - LE XXe SIECLE.

Le siècle commença pourtant mal : l'affaire Jeanne Weber (1904), "l'ogresse de la goutte d'or" fit scandale. Elle fut accusée d'avoir tué cinq enfants de sa proche parenté. Mais se basant sur les expertises de Thoinot (successeur de Brouardel) et poussé par un mouvement public se refusant à croire en de tels crimes, le jury l'acquitta. Cependant, en 1908, devant un sixième infanticide, d'autres experts furent requis et elle fut reconnue coupable mais irresponsable. Elle mit fin à ses jours en se pendant dans la cellule de l'asile où elle avait été internée.

a) La loi du 21 novembre 1901 introduisit la notion de préméditation. L'article 300 concerna donc désormais "le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né". L'article 302 maintint la peine de mort contre le coupable ou l'assassin mais en cas de simple meurtre la mère pouvait n'être punie que des travaux forcés à perpétuité. Ainsi, la peine capitale fut supprimée pour la mère coupable d'infanticide : les législateurs furent-ils troublés par les controverses sur "la folie puerpérale" ou "l'état morbide" durant l'accouchement ?

b) La loi du 2 septembre 1941 correctionnalisa l'infraction : ainsi le coupable que ce soit la mère ou tout autre personne, et qu'il s'agisse d'un simple meurtre ou d'un assassinat, était puni d'un emprisonnement de trois à dix ans et d'une amende obligatoire. Cette loi avait pour but d'assurer une répression plus constante et "moins versatile". (37)

Elle excluait les circonstances atténuantes et le sursis, et tendait ainsi à revenir à la rigueur.

c) Mais une loi du 11 février 1951 vint abroger toutes les dispositions législatives restreignant ou supprimant l'application du sursis et des circonstances atténuantes. Ainsi, la peine applicable pouvait être réduite à une amende de police !

d) Un nouveau texte du 13 avril 1954 encore en vigueur actuellement, modifia une nouvelle fois l'article 302. Désormais : "la mère, auteur principal ou complice du meurtre ou de l'assassinat de son enfant nouveau-né, sera punie de la réclusion criminelle à temps de 10 à 20 ans, mais sans que cette disposition puisse s'appliquer à ses coauteurs ou complices". (21)

L'incrimination pour meurtre sur un jeune enfant pourra souvent mettre en jeu d'autres articles du Code Pénal :

- l'abstention de porter secours (Article 63-2)
- Article 345 : "Les coupables d'enlèvement, de recélé ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée, seront punis de la réclusion criminelle de cinq à six ans. S'il n'est pas établi que l'enfant ait vécu, la peine sera d'un mois à cinq ans d'emprisonnement. S'il est établi que l'enfant n'a pas vécu, la peine sera de six jours à un mois."
- coups et blessures ou privation de soins et d'aliments ayant entraîné la mort sans intention de la donner (Article 311 - 312)
- l'Article 463 intervient permettant la réduction des peines si sont retenues des circonstances atténuantes
- l'Article 349 : "Ceux qui auront exposé ou fait exposer, délaissé ou fait délaissé en un lieu solitaire, un enfant ou un incapable, hors d'état de se protéger eux-même, à raison de leur état physique ou mental, seront, pour ce

seul fait, condamnés à un emprisonnement de un an à trois ans et à une amende de 500 F à 15000 F."

- l'Article 64 : "Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister."

Est-ce sous l'influence des mesures prises par l'état, ou est-ce comme le souligne Léauté, parce que la société s'est développée, que l'infanticide a décliné au cours du XXe siècle ?

Le crime n'a pas cessé de reculer. Selon l'étude de l'Institut des Sciences Criminelles et Pénitentiaires réuni pour le Colloque de Strasbourg en 1968 (41), il existe une relation entre le taux d'infanticide et celui des avortements. Jusqu'en 1950, la vulgarisation des procédés d'avortement a entraîné une augmentation de ces derniers associée à une diminution du nombre d'infanticide.

A partir de 1955, l'infanticide ne décline plus par rapport à l'avortement. Il persiste un taux résiduel.

En 1972, l'infanticide représentait 10 % des homicides (13).

La loi Veil du 17 janvier 1975 légalise l'avortement. Candillier (13) a constaté dans sa thèse "L'infanticide après la loi Veil" que la courbe de ce crime fléchit après 1976 : il représente 2,25 % des homicides en 1979, et se stabilise autour de 3 % en 1984.

Ce fléchissement serait ainsi en rapport avec la loi sur l'Interruption Volontaire de Grossesse et le libre accès aux moyens de contraception. Le taux d'infanticide diminue de façon notable en 1978 et en 1979, soit trois ans après la loi Veil, temps nécessaire pour que l'information soit assimilée par l'ensemble de la population.

La tendance nationale se retrouve en Limousin.

En Haute-Vienne, depuis 1926, 17 cas d'infanticide ont pu être recensés.

Ils se répartissent comme suit :

- 1926 : 1 cas : acquittement
- 1928 : 2 cas : acquittement
2 ans de prison
- 1929 : 3 cas : acquittement
2 ans de prison
1 an de prison avec sursis
- 1932 : 2 cas : acquittement pour les deux
- 1933 : 1 cas : 1 an de prison avec sursis
- 1936 : 1 cas : acquittement
- 1945 : 1 cas : travaux forcés à perpétuité
- 1956 : 1 cas : 3 ans de prison
- 1963 : 1 cas : 1 an de prison
- 1988 : 1 cas : 8 ans de prison
- 1989 : 1 cas : 5 ans de prison
- 1990 : 2 cas : 12 ans de prison
8 ans de prison

En Creuse, il n'y a eu que deux cas dans les 35 dernières années.

En Corrèze, durant les 25 années précédentes, deux cas également ont été jugés.

Ces chiffres sont ceux des décisions de justice. Il se peut que des cas aient été jugés sous d'autres chefs d'accusation. Mais de nombreux corps de nouveau-nés sont découverts fréquemment ; l'autopsie conclue à une mort suspecte, l'enquête est ouverte, mais elle ne permet pas de retrouver les

coupables. Faute de preuves nécessaires, le crime n'est pas "classé" comme infanticide. Il reste donc un "chiffre noir" qui rend l'estimation actuelle de l'infanticide délicate et imprécise.

IV - LES CAS

IV - A - METHODOLOGIE.

Il existe une idée fort répandue reprise par Carloni et Nobili (15) comme quoi "l'infanticide est l'avortement des pauvres."

Il paraît intéressant de tracer le profil social et psychologique de l'infanticide en 1991.

Cette étude est basée sur les cas d'infanticide les plus récents s'étant produits en Limousin. Ainsi, après avoir obtenu l'autorisation de Monsieur le Procureur Général de Limoges et des Procureurs de la République de Guéret et de Tulle, nous avons consulté les dossiers d'infanticide jugés par les Cours d'Assise de Haute-Vienne et de Corrèze depuis 1984.

Nous avons ainsi retrouvé cinq affaires dont quatre ont été jugées en Haute-Vienne en deux ans (1989-1990) et une en Corrèze (1984). Les crimes se sont déroulés sur vingt ans environ.

Dans les dossiers, les pièces qui ont été utilisées sont les suivantes :

- les procès verbaux d'interrogatoire des accusés
- les expertises médico-légales des cadavres des nouveau-nés (quand elles sont présentes)
- les expertises psychologiques et psychiatriques (dont les passages les plus marquants ont été intégralement rapportés).

A partir de ces éléments, il va être étudié à l'aide de tableaux :

- la famille d'origine
- l'inculpé
- le partenaire
- les conditions du crime
- les motivations.

Ces différentes caractéristiques seront ensuite comparées aux données de la littérature.

IV - B - LES OBSERVATIONS.

IV - B - 1 - OBSERVATION N° 1.

Melle A. a 27 ans au moment de son inculpation.

Elle est l'ainée d'une famille de quatre enfants dont seules deux soeurs sont encore vivantes. Un dernier frère est mort à la naissance. Son père est décédé un an et demi avant les faits d'une tumeur du rectum. Il était employé dans une entreprise de travaux publics. Sa mère, encore en vie, fait des ménages et a été pendant longtemps "soignée pour les nerfs." La famille vit dans la maison des grands parents paternels dans un milieu semi-urbain.

Son enfance s'est déroulée dans un climat familial où elle ressentait une grande injustice à son égard de la part de sa mère qui préférait, selon elle, ses autres soeurs et qui lui administrait des corrections physiques en l'absence du père. Elle regrette le manque de dialogue familial et semble s'être très tôt renfermée sur elle-même pour finir par se marginaliser. Elle révèle une affection plus marquée pour son père ; elle n'a pas pu supporter la dernière phase de sa maladie, ce qui l'amena à quitter le domicile familial pour n'y revenir que le jour de la sépulture et repartir aussitôt.

Sa vie scolaire fut cahotique, se dispensant elle-même de certaines matières qui ne lui plaisaient pas. Elle a cependant obtenu des résultats non négligeables, allant jusqu'au bac où elle échoua à l'oral de rattrapage. Elle réussit un concours des PTT qui lui permit de devenir opératrice de saisie à la Caisse d'Epargne à Paris. Elle démissionna 2 ans après en laissant plusieurs loyers impayés au foyer des PTT où elle était logée.

Elle revint en Limousin où elle alterna des petits métiers avec des périodes de chômage. A 23 ans, elle rencontra son futur concubin avec lequel elle s'installa dans un appartement prêté par un ami.

Sa vie sentimentale fut très tourmentée dès son adolescence et ses aventures furent nombreuses, avec souvent un homme plus âgé qu'elle. Malgré la dérive alcoolique et tabagique dans laquelle elle sombra après la rencontre avec son compagnon, elle sembla lui témoigner un certain amour. De même, lui, avec son côté fruste, paraît lui être aussi attaché.

Il est vraisemblable qu'elle devint alcoolique "par effet d'entraînement" alors qu'elle travaillait le soir dans un bar pour aider des amis.

Exposé des faits.

Un matin, l'homme chargé de la maintenance de l'immeuble où habite Melle A. découvre dans le local des poubelles le cadavre d'un nouveau-né. Celui-ci, de sexe masculin, est enveloppé de plusieurs sacs en plastique et le cou est enserré dans un chiffon ensanglanté. Le résultat de l'autopsie révèle que l'enfant est né à terme, viable et qu'il a vécu. La mort est secondaire à une strangulation.

Rapidement, Melle A. est suspectée et passe aux aveux : elle reconnaît avoir accouché seule dans la salle de bain de son appartement, avoir tenté d'étrangler avec ses mains le nouveau-né et n'y parvenant pas lui avoir appliqué un linge en garrot autour du cou. Elle s'est ensuite délivrée du placenta dans les toilettes.

Le père de l'enfant est le concubin de Melle A. mais il affirme ne pas avoir remarqué la grossesse et l'accouchement de son amie.

Elle déclare avoir caché sa grossesse en omettant intentionnellement de la déclarer aux organismes sociaux et à son entourage, avoir prémédité son acte en espérant toutefois jusqu'au bout accoucher d'un enfant mort-né.

Par la suite, Melle A. avoue en plusieurs fois trois autres infanticides s'étant produits dans les sept années précédentes.

Le premier, alors qu'elle avait 19 ans, s'était déroulé au domicile de ses parents dans la chambre qu'elle partageait avec sa soeur. Profitant de l'absence de celle-ci, elle donna naissance à un enfant dont elle ne se rappelle plus le sexe, mais qui avait crié. Elle étouffa les cris avec un linge plaqué sur la bouche et le cacha dans une armoire où sa mère le découvrit. Celle-ci l'enterra ensuite dans le jardin pensant qu'il était mort-né. Melle A. fut juste après cet accouchement hospitalisée dans une clinique pour une hémorragie génitale. Le médecin qui l'avait reçue affirma lors du procès l'avoir examinée mais que l'accouchement ne lui avait pas été révélé.

Le deuxième, alors qu'elle avait 23 ans, s'était produit sur son lieu de travail. Elle s'était rendue aux toilettes où elle avait accouché d'une fillette née vivante qu'elle avait étranglée de ses mains et qu'elle avait ensuite jetée dans une poubelle.

Le troisième s'était produit dans son appartement dans des circonstances sensiblement analogues au crime pour lequel elle est accusée. Il s'agissait d'une fille qui avait crié et que là encore elle avait étouffée avec un linge et jetée dans une poubelle.

La paternité des deux premiers est inconnue alors que les deux derniers sont attribués à son concubin.

Les motivations.

Melle A. affirme avoir agi ainsi car elle n'aime pas les enfants et "ne peut pas les supporter." Elle ne peut pas non plus les "assumer financièrement." Elle déclare qu'elle ne pouvait pas payer les frais d'une contraception et qu'elle considère ses actes comme des interruptions volontaires de grossesse tardives et préméditées. Elle ne manifeste aucun regret ni remord. "Mes grossesses, c'est comme une I.V.G. ; mon geste était instinctif ; j'étais paniquée parce que je ne

voulais pas que les autres s'en rendent compte ; dans ma tête, sur le coup, c'était un soulagement. Je ne me sens pas vraiment coupable de ce que j'ai fait, c'était plutôt une libération. Je n'ai jamais imaginé m'occuper d'un enfant, c'était comme une horreur, quelque chose de difforme, d'étranger à moi même, quelque chose qui ne m'appartenait pas."

Expertise psychiatrique et psychologique.

Melle A. n'a aucun antécédent psychiatrique ni judiciaire.

Elle se présente comme une jeune femme de taille moyenne, habillée sans aucune recherche avec des vêtements très amples, les épaules voûtées, les bras pendants, les mains dans les poches. La chevelure épaisse, tombant sur les yeux et peignée "à la diable", concourt à donner un aspect global de "sauvageonne". Le regard ne se fixe pas, les paupières sont souvent baissées.

Enfin, chacun de ses mouvements laisse une odeur de "tabac froid".

Le contact est facile. Il n'y a pas de barrage ni de maniérisme. Au niveau de l'insertion sociale, "elle est perturbée, marginalisée : ceci évoque une tendance psychopathique, avec un "laisser aller éthique", un recours à l'alcool, une instabilité professionnelle, une existence non conformiste." Elle est isolée socialement et affectivement.

Il existe dans sa personnalité des "traits névrotiques à type d'immaturation, d'inconsistance."

Aux tests de niveau intellectuel, elle obtient à la WAIS un quotient intellectuel de 111 (QI verbal 107, QI performance 117), donc légèrement supérieur à la normale. Au Rorschach : "le contrôle intellectuel est efficace mais les projections sont envahies par une réaction de type phobique. Elle présente une sensibilité particulière pour ce qui est morbide... l'image du corps est mal investie, infiltrée d'évocations archaïques et mortifères."

Les images parentales sont perturbantes et insécurisantes, le plus souvent associées à des sentiments d'abandon : "j'ai toujours eu l'impression d'être défavorisée et de prendre pour les autres."

En conclusion, elle ne présente pas de maladie mentale aliénante mais des traits de caractère névrotique et une tendance psychopathique. Les quatre infanticides sont liés à son comportement de délinquance, à son caractère "dyssocial", à sa marginalité et sont "en partie le refus de sa propre féminité."

Elle est responsable de ses actes et accessible à une sanction pénale.

Elle paraît réadaptable malgré "cette personnalité aux traits psychopathiques dont les réactions devraient s'atténuer avec l'âge."

Elle refuse toute prise en charge psychothérapique.

Melle A. fut condamnée à 8 ans de réclusion criminelle.

IV - B - 2 - OBSERVATION N° 2.

Melle B. est âgée de 25 ans au moment des faits. Elle est célibataire et vit en concubinage depuis quatre ans.

Elle est la plus jeune de cinq enfants. Sa soeur et deux de ses frères sont mariés et ont des enfants. Un frère est célibataire.

Son père, qui était pâtissier, décéda d'une péritonite alors qu'elle avait deux ans. Après sa mort, elle fut placée jusqu'à son entrée en sixième chez un oncle et une tante, avec lesquels elle avait peu de contact affectif. Puis elle revint vivre chez sa mère, employée dans un foyer de jeunes travailleurs.

Sa scolarité s'effectua sans problème, à part un redoublement en cinquième. A la fin de la seconde, elle partit à Paris préparer une formation d'auxiliaire puéricultrice. Ses études se déroulèrent correctement et elle travailla à Paris une année supplémentaire après l'obtention de son diplôme.

Après son retour en Limousin, elle vécut en concubinage avec son ami. Elle voulait se marier religieusement et avoir des enfants, mais lui était "contre le mariage".

Sa vie sentimentale fut simple. Elle connut son ami à 18 ans et n'eut pas, selon ses déclarations, d'autres aventures.

Elle travaillait dans une crèche depuis quatre ans au moment des faits.

Exposé des faits.

Le juge des enfants est saisi d'un appel anonyme indiquant un cas de grossesse multiple depuis quatre ans dont personne ne connaît le devenir des enfants. Melle B., suspectée, nie avoir jamais été enceinte. Pourtant, pendant la période concernée, à sept reprises elle ne s'est pas présentée à la médecine du travail et a eu de nombreux arrêts maladie. En plusieurs occasions son entourage

avait noté qu'elle paraissait très "enveloppée" et qu'après un congé de quelques jours elle revenait beaucoup plus mince. Le médecin du travail l'avait lui même constaté quelques mois avant l'interpellation de Melle B. Lui ayant apporté à son domicile une convocation pour un contrôle médical, il avait remarqué qu'elle était "visiblement enceinte". Quatre jours après, à la visite, elle n'était plus enceinte et apparaissait très fatiguée.

Lors des premiers interrogatoires, Melle B. nie de façon catégorique avoir été enceinte au cours des années écoulées et reconnaît simplement un état gréviste actuel dûment accepté et déclaré aux organismes sociaux. Finalement, au terme de l'interrogatoire, elle avoue avoir "laissé mourir" ses quatre premiers enfants.

Le premier infanticide se déroula chez sa mère alors qu'elle ne vivait pas encore en concubinage. Elle avait 21 ans. Les premières douleurs la prirent dans l'après-midi. Après un long travail et de vives souffrances, elle mit au monde une fille qui tomba sur le sol et pleura aussitôt. Dès la délivrance, elle cacha le placenta et le bébé dans un sac poubelle qui fut glissé sous le lit. L'enfant ne bougeait pas et ne pleurait plus. Quelques heures après, elle partit en vacance avec son frère. A son retour, trois jours plus tard, elle déposa le sac dans une poubelle.

Le deuxième se produisit un an plus tard à son domicile alors qu'elle avait 22 ans. Seule dans l'appartement, elle accoucha dans les toilettes d'un bébé de sexe masculin. Elle le laissa tomber dans la cuvette des WC et constata "qu'il avait une partie du nez et de la bouche dans l'eau". Elle l'enferma dans un sac en plastique et mit celui-ci dans une poubelle. Elle prépara ensuite le repas de son ami qui s'étonna de son "manque d'appétit."

Le troisième infanticide se déroula l'année suivante dans les mêmes circonstances, toujours dans les toilettes. Elle affirme cette fois ne pas avoir

entendu pleurer le nouveau-né et ne pas avoir voulu regarder le sexe. Après l'avoir placé dans un sac poubelle, elle partit à son travail.

Le quatrième, enfin, eut encore lieu dans les toilettes de son appartement, selon le même scénario que les deux précédents. Elle avait alors 24 ans. C'était une petite fille qu'elle aida à sortir et qu'elle laissa tomber dans la cuvette des WC.

Chaque accouchement, sauf le premier, s'est produit rapidement sans trop de souffrances et dans la solitude.

Melle B. affirme ne pas connaître d'autres hommes que son compagnon et qu'il est par conséquent le père de tous les enfants. Elle s'est toujours efforcée de dissimuler ses grossesses et elle a eu des relations sexuelles même avant les accouchements. Chaque mois, elle simulait ses règles. Elle n'a jamais songé à accoucher sous X ou à avorter, ni à donner ou vendre les enfants mais elle souhaitait à chaque fois que sa grossesse fut découverte.

"A aucune fois je ne les ai tués ; j'attendais qu'ils meurent, mais c'était aussi pénible la première que la quatrième fois."

Cependant, l'état de grossesse de Melle B. avait été relevé par un certain nombre de personnes :

- son compagnon, qui est manoeuvre dans une entreprise, ne contesta pas s'être rendu compte de "certaines rondeurs" de son amie mais affirme ne pas s'être posé de question ; comme elle ne lui a jamais rien dit, il n'a pas imaginé qu'elle puisse être enceinte.

- la mère de Melle B. reconnaît avoir vu sa fille à deux ou trois reprises plus forte que d'habitude mais elle se contentait des réponses négatives fournies quand elle la questionnait.

- la directrice de la crèche où travaillait Melle B. avait eu des soupçons. Elle en avait informé ses supérieurs et avait fait un rapport au maire de la commune. Il n'en était résulté aucune enquête.

- le médecin traitant a délivré de nombreux arrêts de travail (au nombre de 17) et indique qu'il avait prescrit à une occasion un test de grossesse. La mère de Melle B. lui avait signalé que ce dernier était négatif.

- enfin, le médecin du travail avait suspecté le quatrième accouchement et avait alerté le Conseil Départemental de l'Ordre. Ce dernier avait à son tour saisi le Conseil National de l'Ordre qui n'avait fourni aucune réponse. Devant ce silence, aucune enquête n'avait été lancée.

Les motivations.

Les raisons qu'elle donne pour expliquer ses gestes sont sans mesure avec la gravité des actes eux-mêmes.

Son compagnon ne voulait pas d'enfant et elle avait peur de le perdre si elle lui avait révélé qu'elle était enceinte.

"Je n'ai rien fait pour les tuer. J'accouchais assise sur la cuvette des WC. Je n'ai jamais coupé le cordon ; à ce moment-là, c'était la panique ; j'arrivais pas à réaliser ce qui se passait ; j'avais peur de tout perdre."

Expertise psychiatrique et psychologique.

Elle n'a aucun antécédent psychiatrique ni judiciaire. L'entourage la décrit comme aimant les enfants. Douce, gaie, intelligente, sensible, sérieuse, elle est réservée, peu expansive, secrète.

Elle se présente proprement, sans grande recherche dans sa façon de s'habiller. Le contact est difficile. Elle montre une grande réserve mais qui correspond à son comportement habituel.

"Elle n'est ni anxieuse ni dépressive. Elle ne présente pas de conduite phobique ni de conversion somatique ni d'obsession."

"Elle apparaît rêveuse, indépendante, influençable et surtout passive et immature."

Aux tests de niveau intellectuel, elle obtient à la WAIS 99 (QI verbal 96, QI performance 104) dans les limites de la normale. Aux tests de Rorschach et TAT, elle montre une "réactivité de type passif avec une incapacité à exprimer ses émotions et ses affects. Elle présente une passivité, une inertie, voire un vide psycho-affectif profond".

Elle n'est pas isolée socialement ni affectivement. Elle ne semble pas incapable d'assumer sa sexualité et était de part sa situation tout à fait au courant des possibilités qui s'offrent aux mères célibataires. Ainsi, elle est loin du profil socio-psychologique des mères meurtrières.

Le pronostic d'avenir est bon, d'autant qu'elle a accouché durant sa détention d'une petite fille qu'elle et son compagnon ont reconnue.

Melle B. a été condamnée à 12 ans de réclusion criminelle.

IV - B - 3 - OBSERVATION N° 3.

Melle C. est âgée de 42 ans au moment des faits. Elle est assistante sociale et l'aînée d'une famille de quatre enfants dont seul le frère est marié et père de famille. La mère était couturière à domicile mais a été reconnue inapte au travail à l'âge de 60 ans. Le père était employé communal. C'est "un grand malade des nerfs". La soeur puinée reçoit une aide aux adultes handicapés "pour un asthme et un eczéma", elle a une vie sociale et affective très retirée, centrée sur sa famille et en particulier sa soeur aînée. La plus jeune soeur est assistante sociale, récemment diplômée, et habite la région parisienne.

Melle C. a eu une enfance et une adolescence sans problème. Elle a réussi le baccalauréat série philosophie puis a préparé un diplôme d'assistante sociale. Elle est célibataire. Elle n'a envisagé de se marier qu'une fois dix ans auparavant mais ne l'a pas fait.

Elle reconnaît avoir eu une liaison neuf mois auparavant mais celle-ci n'aurait duré que quelques semaines.

Elle habite seule à une cinquantaine de kilomètres de ses parents et revient tous les week-ends à la maison paternelle.

Exposé des faits.

L'inspecteur divisionnaire est averti par le directeur de l'hôpital de la ville que le jour même Melle C. a été admise aux urgences pour une hémorragie due à un accouchement clandestin. Le nouveau-né, découvert mort dans un sac poubelle, présente un état ne permettant pas de délivrer le certificat de décès.

En effet, le corps du bébé est maculé de sang, surtout au niveau de la tête et du cou. A la base de celui-ci, il apparaît plusieurs plaies profondes, larges, dont une très importante remonte vers l'oreille en laissant apparaître les veines et les artères.

Interrogée, Melle C. avoue qu'elle s'est rendue compte de sa grossesse trois mois auparavant. Ses règles ont toujours été irrégulières et elle a eu plusieurs fois des épisodes d'aménorrhée. "Par honte et par pudeur" elle n'a pas voulu se confier ni se faire suivre médicalement. En fin de grossesse, elle a présenté une violente sciatique pour laquelle elle s'était fait prescrire des anti-inflammatoires, de l'aspirine, du paracétamol et des anxiolytiques.

La veille de l'accouchement, elle a été prise de "violents maux de dos" qui l'ont obligée à s'aliter.

"Je ressentais des douleurs partout et me trouvais dans un état second de par l'absorption massive de médicaments. Me tordant sur mon lit comme ayant des convulsions, je suis tombée sur la moquette. Tout à coup, j'ai été prise d'une douleur intense au niveau du bas ventre, j'étais étendue sur le dos, les jambes écartées, et c'est là que j'ai eu conscience que j'allais accoucher. J'ai serré fortement les dents, j'ai eu comme une explosion en moi et j'ai expulsé d'un seul coup le bébé. Cela s'est passé si vite que je suis restée allongée sur le dos sans bouger pendant un certain temps. Perdant beaucoup de sang, j'ai saisi la paire de ciseaux qui se trouvait à mes côtés, avec laquelle j'avais coupé l'enveloppe des suppositoires. J'ai coupé le cordon ombilical à une distance suffisante pour que le bébé vive (...) puis, prise de panique, me trouvant dans un état que je ne pouvais plus contrôler, j'ai désiré par dessus tout cacher ma faute. J'ai enfoncé les ciseaux dans la gorge du bébé, lui maintenant la tête avec mon autre main, et alors qu'il gisait sans mouvement je l'ai dissimulé dans une poche en plastique et je l'ai poussé sous mon lit."

Sa soeur est entrée dans sa chambre un moment plus tard, l'a trouvée inanimée sur le sol, et a appelé une ambulance.

L'autopsie pratiquée sur le corps du bébé de sexe masculin montre que l'enfant est né à terme, qu'il a vécu (la docimasie des poumons indique qu'il a respiré) et que la mort a été entraînée par les lésions cervicales.

Melle C. s'est refusée à révéler l'identité du père. Ils ont rompu en tout début de grossesse alors que ni elle ni lui ne connaissait cet état.

Les Motivations.

Melle C. était très fatiguée et déprimée avant l'accouchement. Elle ne maîtrisait plus une situation devenue insupportable vis à vis de sa famille et de ses proches. Elle a voulu faire disparaître l'enfant, objet de la honte, et dont la naissance risquait de détruire l'image de la femme "parfaite" qu'elle croyait donner. Que l'enfant puisse être viable a toujours été pour elle une idée inimaginable.

Expertise psychiatrique et psychologique.

Melle C. n'a pas d'antécédent psychiatrique mais elle décrit des épisodes anxieux et dépressifs : "A cinq ou six ans, j'étais si nerveuse qu'on me trempait dans des bains de tilleul." Elle rapporte de nombreux antécédents médicaux qui ont tous une connotation névrotique et dont l'aspect convertif ne peut être exclu. (trouble de la mémoire électif et fluctuant, paralysie transitoire de la main, dysorthographe). Elle somatise ses problèmes affectifs et professionnels. Sa famille est elle aussi affligée de troubles organiques multiples.

Sa vie sexuelle est cachée et entraîne quand elle l'évoque une réticence et un dégoût. "Son identité sexuée est immature et incomplète."

Aux tests de niveau intellectuel, elle obtient à la WAIS 104 (QI verbal 104, QI performance 103). Au Rorschach, on trouve une image parentale très fragile. "Elle a une tendance à la fuite, à la dramatisation et au passage à l'acte impulsif pour échapper à une situation de crise."

En conclusion, elle présente une personnalité de type hystérophobique. Il y a quelques signes dépressifs sans que cela atteigne la profondeur de la mélancolie où l'on peut voir des meurtres altruistes. Elle n'est pas isolée socialement ni affectivement mais la cellule familiale est très conformiste et moralisatrice : la venue d'un enfant en dehors du mariage est vécue alors comme un drame social. Ceci est d'autant plus vrai qu'elle se comporte comme "le chef de famille."

Elle est réadaptable avec un soutien psychothérapique.

Melle C. a été condamnée à 8 ans de réclusion criminelle.

IV - B - 4 - OBSERVATION N° 4.

Mme D. a 39 ans. Elle est mariée et a deux enfants de 19 et 17 ans. Cette ancienne femme de ménage est l'avant dernière d'une fratrie de six enfants. Ses parents étaient des ouvriers agricoles. Ils sont décédés tous les deux une dizaine d'années auparavant, la père d'un infarctus, la mère d'un accident vasculaire cérébral.

Mme D. s'occupa de ses parents avec dévouement et leurs décès cruellement ressentis l'entraînèrent peu à peu vers l'alcoolisme.

Ayant effectué une scolarité limitée et s'étant arrêtée au certificat d'étude, elle se maria à 19 ans car elle était enceinte. Son intempérance à l'alcool ne l'empêcha pas d'élever correctement ses enfants qui, selon les témoins, sont "bien tenus". Elle fut hospitalisée, à une occasion, pour intoxication éthylique avec décompensation neurologique. Dès sa sortie, elle rechuta et continua, selon ses déclarations, à "courir les hommes pour se faire payer à boire."

A tel point que peu avant les faits, son mari avait pris l'habitude de ne lui laisser chaque jour que l'argent destiné aux achats de première nécessité. Malgré des revenus peu importants, Mme D. ne travaille pas et ses loisirs sont uniquement occupés par la télévision et par la lecture de divers périodiques.

Exposé des faits.

Les sapeurs pompiers sont requis pour porter assistance à Mme D. qui présente une importante hémorragie génitale. Transportée à l'hôpital, elle expulse rapidement un placenta mature permettant de supposer, malgré ses dénégations, qu'elle vient d'accoucher. Son mari révèle alors qu'il vient de découvrir le corps d'un nouveau-né sans vie dans une poubelle. N'ayant ni argent ni voiture, il amène le nouveau-né à l'hôpital par les transports en commun.

L'autopsie permet d'établir que l'enfant n'est pas mort-né, qu'il a vécu, qu'il était viable et à terme. La présence de terre dans l'oesophage, la trachée et l'estomac atteste qu'il a vécu suffisamment longtemps pour déglutir. "Les causes immédiates de la mort paraissent résulter d'une triple association faite d'un syndrome asphyxique, hémorragique et d'une hypothermie, le tout rapidement mortel sans assistance."

Au bout de plusieurs interrogatoires, Mme D. avoue les faits suivants : en rentrant à leur domicile, Mr D. et sa fille trouvèrent Mme D. en proie à de violents "maux de rein". Alors qu'ils prenaient leur repas, elle effectua plusieurs aller et retour entre la cuisine et le garage. C'est là qu'elle accoucha d'un garçon qui serait sorti rapidement et serait tombé brutalement sur le sol. Prenant une paire de ciseaux, elle coupa le cordon et constata que l'enfant, qui pleurait, s'était tu et ne bougeait plus. Elle le plaça alors dans une poubelle. Puis Mr D., voyant sa femme en proie à une hémorragie importante, appela les pompiers.

Mme D. déclare avoir eu honte de cette grossesse tardive et non désirée et avoir refusé de voir un médecin. Elle affirme que le père de l'enfant est son mari alors que celui-ci le nie. Il n'avait en effet plus de rapports sexuels avec sa femme depuis plusieurs mois en raison de son état d'ébriété quasi permanent : "elle ne pouvait être enceinte que d'un autre ; d'ailleurs, les voisins me le disent bien que des hommes viennent à la maison quand je ne suis pas là." Il a été pratiqué un examen comparatif des groupes sanguins au terme duquel la paternité de Mr D. n'a pu être exclue.

La fille de Mme D. a déclaré s'être rendue compte de l'état de sa mère mais n'a pas envisagé qu'elle pouvait accoucher au moment des faits.

Motivations.

Mme D. aurait eu honte de se retrouver enceinte à son âge, après tant d'années de mariage, et avec de grands enfants. Ainsi serait né le désir de cacher cette faute.

Enquête psychiatrique et psychologique.

Sur le plan psychiatrique, outre ses antécédents éthyliques, son intégrité mentale ne fait aucun doute. L'affectivité est pauvre, immature, la sexualité est associée à un sentiment de crainte, de culpabilité et de solitude.

Aux tests de niveau intellectuel, elle obtient à la WAIS 87 (QI verbal 86, QI performance 87).

Donc, sa personnalité entre dans le cadre de la normalité mais avec un niveau intellectuel fruste, restreint à des intérêts purement matériels. Son existence a toujours été bornée à un univers étroit sans ouverture sur le monde. "Cette femme, fruste, passive, pauvre n'a pu qu'être sensible à tout l'inconscient collectif au sujet de la grossesse d'une femme d'un certain âge."

Mme D. a été condamnée à 5 ans de réclusion criminelle.

IV - B - 5 - OBSERVATION N° 5.

Mr E. a 44 ans au moment de son arrestation. Les parents, agriculteurs, sont tous les deux décédés : le père d'un problème cardiaque à 64 ans, la mère d'une démence sénile trois ou quatre ans avant la découverte des faits. Il a un frère plus âgé et une soeur plus jeune hospitalisée en Centre Psychiatrique depuis le décès de son mari.

Il fut élevé par ses parents. Sa scolarité se termina à 14 ans sans qu'il ait pu obtenir le certificat d'étude. Il travailla ensuite à la propriété familiale. Il quitta une seule fois le village à 21 ans pour aller faire son service militaire en Algérie.

A 29 ans, après la mort de son père, il prit en main la direction de l'exploitation et se maria "sans grand enthousiasme" avec la fille que lui avait présentée son beau-frère quelques temps auparavant. De leur union naquirent trois enfants à la maternité : le premier était mort-né, les deux autres âgés de 10 et 9 ans au moment de la découverte des faits sont élevés et scolarisés normalement.

Mais progressivement Mr E. laissa l'exploitation se dégrader. Il semble qu'il ne sut pas gérer son domaine et on l'accusa de passivité et de paresse. Il se replia de plus en plus sur lui même et cessa tout rapport avec ses voisins.

Exposé des faits.

Une lettre anonyme est envoyée à la gendarmerie locale mentionnant la constatation suivante : à plusieurs reprises, Mme E. "a grossi" progressivement et "maigri" subitement. Une enquête est ouverte. Mr E. passe très vite aux aveux.

"Lorsque ma femme accouchait, c'est moi qui prenais le nouveau-né ; je coupais le cordon ombilical avec mon couteau. J'étouffais ensuite le nouveau-né avec une serviette, il bleussait un peu et je le mettais alors dans un seau hygiénique et j'allais la nuit l'enterrer derrière l'étable. Une fois que j'avais transporté le bébé dans le jardin, je faisais un trou et je le posais dedans, je recouvrais le tout et je revenais à la maison. Pendant tout le temps, ma femme restait allongée, aussi bien pendant que j'étouffais le bébé que pendant que j'allais l'enterrer. Elle ne faisait rien mais était d'accord pour qu'on supprime le bébé. Nous avons agi ainsi à 8 reprises. Parmi ces huit accouchements, ma femme a eu une fois des jumeaux. Nous avons donc supprimé 9 nouveaux-nés". A chaque fois, ils étaient nés bien vivants, à terme, "ils avaient crié, bougé, gémi un peu. Je ne sais plus exactement les dates des accouchements (...) Ma femme et moi nous ne sommes pas bien riches et nous n'avons pas d'argent pour élever les enfants (...). Ma femme, quand elle était enceinte, se débrouillait pour cacher sa grossesse. Elle sortait bien un peu dehors mais elle évitait, et se serrait les vêtements".

Des fouilles ont été pratiquées à l'endroit que Mr E. avait indiqué. On retrouva des ossements humains et animaux. L'expertise médico-légale permit d'identifier cinq, peut-être six squelettes de nouveau-nés à terme.

Motivations.

"Après la naissance de nos deux premiers enfants, nous n'avons plus voulu d'enfant parce que nous ne sommes pas riches. Comme nous n'avions pas d'argent, nous pensions que nous ne pouvions pas aller voir de médecin. Alors, nous avons décidé de supprimer à la naissance les enfants qui naîtraient".

C'est une solution clairement exposée sans que naisse une culpabilité quelconque. Il existe un défaut d'intégration des interdits et des règles sociales. C'est pour lui le seul moyen de contraception.

Expertise psychiatrique et psychologique.

Mr E. se présente dans une tenue vestimentaire correcte. C'est un homme voûté gardant les yeux rivés au sol.

Le contact est difficile, voire impossible à établir. "C'est un homme solitaire, méfiant". Le discours spontané est quasi nul. Les réponses aux questions sont peu rapides, évasives et toujours très brèves avec cette phrase : "je ne sais pas, je ne sais plus".

Il n'y a aucune sorte de remords comme si la faute n'était pas réellement intériorisée. Parfois s'infiltrent quelques éléments persécutaires.

Aux tests de niveau intellectuel, il obtient à la WAIS un quotient de 68 (QI verbal 71, QI performance 70). Ces résultats témoignent d'une débilité légère.

Son niveau culturel est très fruste. Il sait lire et écrire mais l'usage qu'il en fait est très restreint. Le niveau de compréhension reste limité à une adaptation sommaire et pratique de la vie quotidienne. Ses acquisitions sont pauvres et difficiles : il vit sur des "acquis", un "savoir faire" et il se trouve en difficulté face à toute situation nouvelle ou délicate. Ses réponses face à l'inconnu sont l'anxiété, le repli sur soi, la démission et la passivité. Il a un tempérament très introverti.

En conclusion.

1) "Mr E. ne présente ni psychose ni névrose caractérisée, ni débilité mentale profonde ni détérioration intellectuelle. Le niveau intellectuel est celui d'un débile léger chez un sujet renfermé, solitaire, méfiant, ayant de grandes difficultés à communiquer avec autrui, présentant un certain niveau d'inertie mentale, de passivité, n'ayant aucune notion de culpabilité. Les faits reprochés et non niés ne paraissent absolument pas avoir été pensés comme une faute.

2) Les infractions reprochées au sujet sont partiellement en relation avec la débilité mentale légère sus-décrite et les troubles de la personnalité du sujet.

3) Le sujet ne présente pas un état dangereux.

4) Le sujet est accessible à une sanction pénale adaptée à sa personnalité ; en tenant compte toutefois qu'au point de vue moral l'intéressé n'a en aucun cas intériorisé les actes commis comme de l'ordre de la faute.

5) Le sujet est réadaptable.

6) Le sujet n'était pas en état de démence au sens de l'Article 64 du Code Pénal au moment des faits".

Mr E. fut condamné à 8 ans de prison ferme et son épouse à 5 ans avec sursis et mise à l'épreuve.

V - EXPERTISE MEDICO-LEGALE

L'expertise médico-légale a pour but de fournir au magistrat les éclaircissements techniques sur les faits médicaux nécessaires à la qualification de l'infanticide.

Elle comporte :

- chez le nouveau-né, l'autopsie du cadavre
- chez la mère criminelle, la recherche de la preuve anatomo-clinique de l'accouchement récent, et un examen psychiatrique et psychologique.

V - A - EXPERTISE MEDICO-LEGALE DU NOUVEAU-NE.

L'infanticide requiert quatre éléments constitutifs :

- 1) Un enfant né vivant
- 2) Un enfant nouveau-né
- 3) Un acte homicide
- 4) Une intention criminelle

Le rôle de l'expert est de montrer que l'enfant a vécu en sachant s'il était viable et à terme et de reconstituer l'histoire de la naissance et de la mort en recherchant l'acte criminel.

V - A - 1 - L'ENFANT DOIT AVOIR VECU.

C'est la question fondamentale. S'il est prouvé que l'enfant est mort-né, il n'y a plus d'infanticide.

La respiration caractérise seule avec certitude la vie extra-utérine. Après la section, la déchirure ou la rupture du cordon ombilical, une transformation complète de la circulation pulmonaire se produit : les poumons ne

recevant plus de sang oxygéné, un état d'anoxie survient qui commande la première inspiration et le premier cri.

a) Les docimasies pulmonaires permettent de savoir si le nouveau-né a respiré (dokimasia en grec signifie épreuve).

- à l'examen macroscopique, les poumons foetaux qui n'ont pas respiré sont denses, rougeâtres, plaqués contre les gouttières vertébrales postérieures. Après respiration, ils sont gonflés, grisâtres, remplissent la cage thoracique et recouvrent à droite une partie du coeur.

- la docimasia optique de Bouchut (1867), qui consiste à examiner la surface pulmonaire à la loupe, renseigne sur l'ampleur de la respiration par le nombre et l'aspect des alvéoles dilatées.

- la docimasia hydrostatique consiste en quatre tests :

* la plongée de la masse des organes comprenant les poumons, le coeur et le thymus dans un vase d'eau. Elle surnage si l'enfant a respiré.

* même opération avec chacun des poumons séparés et avec de petits fragments de ceux-ci.

* idem avec des morceaux de poumon comprimés préalablement entre les doigts.

* on constate, après compression sous l'eau d'un fragment, la libération de fines bulles d'air provenant des alvéoles qui montent à la surface du liquide pour former de l'écume. Les poumons aérés qui flottent sont dits "nageurs" ; les poumons opaques qui plongent sont dits "plongeurs".

Mais cette méthode comprend plusieurs causes d'erreurs :

. des faux positifs après insufflation ou

putréfaction

. des faux négatifs après ébullition ou carbonisation ou en cas de prématurité et de maladie des membranes hyalines.

- l'examen histologique montre, après respiration, des bronches dilatées, arrondies, bordées de leur épithélium. La lumière alvéolaire est nette.

b) Les tests secondaires permettent aussi de faire la preuve de la vie extra-utérine.

- l'épreuve de BRESLAU ou docimasie intestinale permet de mettre en évidence l'air qui a pénétré dans le tube digestif après la première inspiration.

- l'épreuve de WREDEN-WENDT décèle la présence d'air dans l'oreille moyenne.

- la présence de débris alimentaires dans la bouche ou de corps étrangers dans les voies aéro-digestives sont des arguments évidents de la vie extra-utérine et peuvent en outre renseigner sur la cause de la mort.

- la "crise génitale" chez la petite fille est caractérisée par un écoulement vaginal sanguinolent et une béance vaginale pathognomonique de la vie extra-utérine.

V - A - 2 - L'ENFANT EST NOUVEAU-NE ET VIABLE.

La définition légale du nouveau-né n'existe pas. Comme nous l'avons déjà précisé, le nouveau-né est l'enfant qui vient de naître et qui a vécu un délai inférieur aux trois jours prévus pour la déclaration de naissance. Au-delà, il

s'agit d'un homicide et non d'un infanticide. Il est important pour le médecin légiste de déterminer l'âge et la viabilité du fœtus.

a) L'âge du fœtus.

Plusieurs critères servent à déterminer la durée de gestation. A la naissance, ce sont :

* le poids : il est en moyenne de 3000 g pour les filles et de 3500 g pour les garçons. Il peut varier de 2500 à 4000 g. Après quelques jours de vie, l'enfant perd 10 % de son poids soit 200 à 250 g.

La putréfaction ou l'évaporation en cas de mort dès la naissance ôtent 300 à 400 g.

* la taille : l'enfant à terme mesure de 50 à 52 cm en moyenne du vertex à l'extrémité des membres inférieurs. Elle oscille entre 46 et 54 cm.

* les dimensions de la tête sont données par le diamètre occipito-frontal (pointe de l'occiput à la racine du nez) qui mesure 105 à 125 mm et la circonférence maximale de la tête qui est de 340 à 370 mm.

* l'examen ostéologique montre que chaque hémimaxillaire inférieur présente quatre alvéoles dentaires.

Dans 95 % des cas, il existe un point d'ossification rougeâtre de 4 à 8 mm de diamètre au centre de l'épiphyse cartilagineuse inférieure du fémur. C'est le point de Béclard. On le recherche par une incision en fer à cheval, sous la rotule du genou fléchi après section transversale des condyles cartilagineux.

Il peut ne pas exister chez le fœtus à terme et manque chez l'athyroïdien.

Les os de la base du crâne sont fermement unis, les os de la voûte restent minces et flexibles.

* les ongles dépassent la limite des doigts.

* la peau est recouverte d'un duvet (lanugo) dont la chute n'est pas achevée aux épaules.

* il faut noter l'abondance du vernix caséosa : enduit sébacé abondant aux aisselles, aux plis de l'aîne, aux plis articulaires, aux lombes.

* les organes génitaux ont leurs formes définitives et le scrotum contient les testicules chez le garçon.

* la partie terminale de l'intestin est remplie de méconium.

L'âge du foetus est donné par plusieurs formules :

---> Formule de Balthazard-Dervieux (à partir de la 20ème semaine) :
l'âge en jours est égale à la taille en cm x 5,6

---> Formule de Trolle
l'âge du foetus en mois est égal à longueur du pied en mm + 24

11

---> On peut s'aider du score de maturation morphologique de Valérie Farr qui propose une cotation de 0 à 4 des critères morphologiques (couleur, texture de la peau, oedème, lanugo, oreilles, organes génitaux externes, tissu mammaire, plis plantaires)

---> Quelques repères sont à connaître :

- * le point d'ossification de l'astragale apparaît au 7ème mois de la vie foetale
- * le noyau central du calcaneum apparaît entre le 5ème et le 6ème mois de la vie foetale.

b) La viabilité du foetus.

Légalement, le foetus n'est pas viable avant 180 jours de vie intra-utérine (trente deux centimètres) .Pratiquement il a peu de chance de survivre avant sept mois (quarante centimètres).

V - A - 3 - DUREE DE SURVIE EXTRA-UTERINE ET DATE DE LA MORT.

La durée de vie de l'enfant est déterminée à partir des critères suivants :

a) La présence d'air dans l'estomac et l'intestin apparaît un quart d'heure à seize heures après l'accouchement. Quand le nouveau-né déglutit, il avale de l'air ; la salive est spumeuse et aérée.

b) La présence de matières alimentaires dans le tube digestif (eau farineuse, caillot de lait) prouve que l'enfant a vécu assez longtemps pour prendre au moins un repas.

c) L'évacuation du méconium commence aussitôt après la naissance et se termine vers le deuxième ou troisième jour. Elle est totale au sixième jour.

d) Un cordon ombilical desséché sans trace d'élimination à la base indique une survie de moins de quarante huit heures ; un cordon tombé prouve la survie de trois jours au moins ; la cicatrisation de la plaie ombilicale permet d'affirmer une vie d'une semaine.

En fait, le cordon se dessèche sur le cadavre comme sur l'enfant vivant et la dessiccation ne prouve donc pas la vie ni n'indique la durée précise de survie.

e) L'abolition de la circulation foetale et les modifications qu'elle entraîne sont d'apparition plus lente. L'occlusion du trou de Botal se fait vers le quinzième jour. L'oblitération du canal artériel s'effectue vers la troisième semaine, et celle des vaisseaux ombilicaux a lieu dans le premier mois.

f) La desquamation du vernix caséosa débute un jour après la naissance et est maximale entre le troisième et le cinquième jour. Sa durée est variable ; elle peut se prolonger jusqu'au soixantième jour.

g) La bosse séro-sanguine, quand elle existe, régresse rapidement en trois ou quatre jours.

Mais la date de la mort ne peut être avancée que très prudemment car la putréfaction varie selon le milieu où se trouve le cadavre et les conditions atmosphériques.

V - A - 4 - RECHERCHE DE LA MORT CRIMINELLE DU
NOUVEAU-NE.

a) Les asphyxies.

Les taches de Tardieu (petits foyers hémorragiques disséminés, intra-parenchymateux ou sous-pleuraux), les ecchymoses viscérales, les hémorragies méningées sont secondaires à tout état d'anoxie sévère et ne sont donc pas spécifiques de l'acte criminel.

---> La suffocation peut se faire à la main ou avec un linge en obstruant les orifices aériens externes. Les doigts laissent des ecchymoses sous-cutanées, des érosions (unguéales). La suffocation sous un édredon ne laisse pas de trace.

Elle peut se faire par obstruction pharyngo-trachéale avec les doigts ou avec un corps étranger. Dans ce cas, il peut exister des lésions de la bouche, du pharynx, du maxillaire inférieur.

Enfin, la suffocation peut se faire par un enfouissement dans le sol. Dans ce cas, on peut retrouver de la terre, du sable... dans les voies aérodigestives.

---> La strangulation à la main est souvent associée à l'occlusion des orifices respiratoires. Il existe physiologiquement un faux sillon au niveau du cou correspondant à un pli transversal et qui s'accroît tête fléchie. Il peut exister également un sillon de circonférence du cordon (4 % des morts naturelles foetales). Il occupe toute la circonférence du cou et se prolonge vers l'ombilic. L'empreinte est molle, superficielle et sans érosion.

Il ne faut donc pas le confondre avec l'empreinte d'une strangulation au lien. Si celui-ci est large, il peut ne pas exister de sillon.

---> La submersion consiste à plonger entièrement l'enfant dans un liquide qui pénètre dans ses voies respiratoires : il peut s'agir parfois des fosses d'aisances. Les matières fécales aspirées ou dégluties se retrouvent alors dans les bronches et les alvéoles pulmonaires ainsi que dans le tube digestif. Si l'on comprime une tranche de poumon on fait alors saillir des "chandelles" de matières fécales.

L'enfant peut également mourir asphyxié par les gaz putrides. Les poumons sont alors simplement congestionnés.

Lorsque la submersion se fait dans un étang, une rivière ou un seau de toilette, on reconnaît à l'examen histologique, les particules spécifiques à chaque milieu (algues, vase...).

b) Les lésions crâniennes.

On peut retrouver des fractures du crâne :

* lors d'un accouchement dystocique, il peut se produire des fractures ou des enfoncements du crâne ainsi que des hémorragies méningées. Celles-ci sont secondaires à l'hypertension intra-crânienne produite par l'accouchement laborieux ou à la déchirure des vaisseaux méningés. Les traumatismes crâniens sont limités et n'entraînent pas la mort.

* lors d'un accouchement précipité, une chute accidentelle du nouveau-né sur la tête peut entraîner des fractures.

* les fractures volontaires sont faites par des objets lourds (pierre, marteau, chaise...). Elles peuvent être secondaires à une projection contre un plan dur (plancher) ou à la précipitation de l'enfant d'une certaine hauteur. Ces fractures sont multiples, graves et entraînent souvent la mort.

c) Les blessures par instruments coupants, tranchants ou piquants.

L'égorgeement par un couteau, une paire de ciseaux, un rasoir, une hache existe mais il semble, à travers la littérature, que l'utilisation des aiguilles soit plus fréquente. Elle donne des plaies "punctiformes" à travers les fontanelles mais laisse des traces indélébiles sur les centres nerveux. Une aiguille secondaire à une telle tentative a été découverte chez un homme de 70 ans lors d'une autopsie (51).

d) Les brûlures.

La combustion d'un nouveau-né s'effectue le plus souvent après la mort afin de faire disparaître le cadavre.

e) L'omission volontaire de soins.

Le nouveau-né est alors privé volontairement des soins nécessaires à sa vie.

* la ligature du cordon n'est pas indispensable. L'omphalorragie est une éventualité très rare. Elle survient en général au deuxième jour de la vie extra-utérine et entraîne la mort.

* la protection contre le froid est elle par contre indispensable. Le nouveau-né se refroidit d'un dixième de degré par minute et la mort par hypothermie est fréquente dans les infanticides.

* un apport liquidien est indispensable : 60 à 80 ml d'eau par kilogramme et par jour sont nécessaires.

Les origines criminelles des décès d'un enfant nouveau-né sont multiples et parfois le dépistage ne va pas sans poser de problèmes.

Il faut, en effet, savoir dépister les causes naturelles de mort : elles se voient pendant l'accouchement, lors d'une asphyxie intra-utérine par inhalation méconiale, ou après la naissance par hémorragie méningée, septicémie, prématurité, malformation, hémorragie du cordon ou cause inconnue.

V - B - L'EXAMEN CLINIQUE DE LA MERE.

Après l'expertise médico-légale du nouveau-né, il est indispensable de déterminer si la femme suspecte est la mère de l'enfant. Le rôle du gynécologue est donc de prouver l'accouchement récent, d'une part par la clinique et d'autre part par un examen biologique et un frottis vaginal constituant des examens d'appoint.

V - B - 1 - L'EXAMEN SOMATIQUE DE LA MERE.

a) Le système génital.

- l'utérus, après la délivrance, se rétracte. Il devient dur et constitue "le globe de sécurité". Le premier jour, son fond remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; le sixième jour, il est à mi-distance de l'ombilic et de la symphyse pubienne ; après le douzième jour, l'utérus redevient pelvien.

Le col aussi se modifie : au bout d'une semaine, il a repris sa longueur, sa consistance est ferme ; l'orifice interne n'est plus perméable au doigt. L'orifice externe ne se referme qu'après la deuxième semaine du post-partum. Il est désormais allongé transversalement et non plus "punctiforme" comme chez la nullipare.

Dans des accouchements isolés où la mère est sans surveillance médicale, des déchirures du col sont fréquentes (la parturiente a poussé pour expulser le fœtus avant dilatation complète). La rupture est alors longitudinale et latérale.

- Les voies génitales basses involuent rapidement. La vulve, béante le premier jour, reprend sa tonicité dès le deuxième jour et l'œdème des lèvres disparaît.

Le vagin se rétracte, les plis de la muqueuse se reforment mais de façon moins complète qu'avant la grossesse. Là aussi on peut trouver des déchirures du vagin.

b) Le périnée.

Il peut être intact ou déchiré. La déchirure peut être complète ou incomplète selon qu'elle atteint ou non le sphincter anal et la muqueuse digestive. Dans ce dernier cas, la déchirure est compliquée et la vulve et l'anus communiquent largement.

c) Les fonctions vésico-sphinctériennes.

- la fonction vésicale : il y a souvent une rétention précoce d'urine. Une petite incontinence urinaire d'effort est fréquente au début du post-partum. Une crise urinaire survient dans les premiers jours (2 l à 2,5 l de diurèse par jour).

- il existe une paresse intestinale qui se manifeste par une constipation dans le post-partum précoce.

d) La sécrétion lactée.

Pendant les deux ou trois premiers jours, la sécrétion du colostrum augmente. Les seins sont turgescents, fermes, douloureux. Les lobules mammaires se prolongent vers le creux axillaire et les veines sous-cutanées forment un lacis bleuté. Céphalées, malaises, soif, accélération du pouls, petite élévation thermique sont des signes banals.

La montée laiteuse dure vingt quatre à quarante huit heures. La sécrétion lactée proprement dite y fait suite et elle met fin aux phénomènes congestifs.

e) Les lochies.

Il s'agit d'un écoulement par le col utérin venant de la zone de cicatrisation utérine. Sanglantes pendant les deux ou trois premiers jours, formées de sang non coagulé, les lochies s'éclaircissent et deviennent séro-sanguinolentes jusqu'au huitième jour, séreuses jusque vers le quinzième jour puis se tarissent.

Elles peuvent cependant se prolonger plus longtemps.

Parfois, aux environs du douzième jour, l'écoulement redevient sanglant pendant quarante huit heures : "c'est le petit retour de couches".

V - B - 2 - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

a) La biologie.

Au moment de l'accouchement, il existe un effondrement du taux d'oestrogènes et de progestérone. La sécrétion de prolactine n'est plus inhibée.

La vitesse de sédimentation est accélérée. Il existe une polynucléose.

Une détermination des groupes sanguins peut aider à la recherche de la maternité.

b) Frottis cytologique du vagin.

Au cours des huit premiers jours, les cellules naviculaires de grossesse disparaissent peu à peu. Après la première semaine, les cellules prennent d'abord le type intermédiaire basophile puis se transforment progressivement en cellules basales. Après quatre semaines, le frottis évolue progressivement vers un aspect normal.

V - C - EXAMEN PSYCHIATRIQUE ET PSYCHOLOGIQUE DE LA FEMME.

Il doit déceler les antécédents familiaux, étudier les atteintes personnelles antérieures à la puerpéralité et reconnaître les affections mentales actuelles.

L'hérédité est en cause dans 14 % des cas environ ; dans 20 à 25 % des cas, on observe des antécédents névropathiques ou psychopathiques (35). La gestation s'accompagne habituellement d'une sédation des troubles mentaux ; les femmes enceintes souffrent rarement d'épisodes psychotiques. L'état de grossesse se caractérise par un état fusionnel mère-enfant. SOULE (60) parle de cet état comme d'une période de crise d'identité, de personnalité. En effet, c'est une étape dans la vie d'une femme et cela correspond à une attente d'un enfant "imaginaire", "merveilleux".

La naissance de l'enfant, comme le signale Hopwood (34) peut entraîner des perturbations profondes chez la femme et "dans certaines circonstances peut être la cause de maladies mentales au cours desquelles les tentatives d'infanticide et de suicide sont communes".

Ces états pathologiques peuvent apparaître dès l'accouchement jusqu'à six semaines (on parle alors de post-partum précoce) ou jusqu'à un an (on parle alors de post-partum tardif).

Seules les manifestations du post-partum précoce nous intéressent :

1) Le syndrome du troisième jour est contemporain de la montée laiteuse. Il comporte une asthénie, une labilité émotionnelle avec des plaintes somatiques, un état dépressif léger, une anxiété relative pour le nouveau-né, une agressivité envers l'entourage et une discrète confusion exprimée par des difficultés de mémoire et de concentration intellectuelle. Ces troubles ne durent que quelques jours et s'accompagnent souvent de perturbations du sommeil.

2) Les psychoses puerpérales.

Elles sont caractérisées par trois éléments :

- * la diversité et la variabilité de la symptomatologie
- * la présence constante d'une confusion mentale plus ou moins importante
- * l'évolution générale est courte.

Elles commencent brutalement douze à quinze jours après l'accouchement.

3) La mélancolie puerpérale.

Lorsque l'auto-accusation est trop forte ou la souffrance morale trop insupportable, il existe un risque de suicide ou d'infanticide.

Toutes ces manifestations psychiatriques sont favorisées ou amplifiées par des facteurs extérieurs :

- grossesse non désirée et grossesse illégitime
- problèmes familiaux avec hostilité de l'entourage ou abandon du partenaire
- conditions socio-économiques défavorables avec difficultés matérielles.

Au terme de l'examen, le médecin doit pouvoir répondre aux questions suivantes :

1 - l'examen psychiatrique et psychologique du sujet révèle-t-il des anomalies mentales ou psychiques ?

2 - l'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?

3 - le sujet présente-t-il un état dangereux ?

4 - le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?

5 - le sujet est-il curable ou réadaptable ?

VI - DISCUSSION

"Le scandale est souvent pire que le péché".

Marguerite de Navarre.

	origine géographique	dimension de la famille	professions des parents	les parents	maladies au sein de la famille	dialogue communication dans la famille
Melle A	urbaine	4 - aînée - 3 filles vivantes	mère : fait des ménages	vivante	"soignée pour les nerfs"	aucune
			père salarié dans une entreprise	décédé un an et demi avant inculpation		
Melle B	urbaine	5 - cadette	mère : employée	vivante	/	superficielle
			père : pâtissier	décédé qd elle avait 2 ans		
Melle C	urbaine	4 - aînée	mère : ancienne couturière	vivante	déclarée inapte au travail	cellule familiale : - archaïque - repliée sur elle-même - peu de dialogue
			père : employé communal	vivant	"grand dépressif"	
Mme D	rurale	6 - avant dernière	ouvriers	mère décédée d'un AVC	dépressive avec nombreuses TA	superficielle
			agricoles	père décédé d'un infarctus	alcoolique	
Mr E	rurale	3	agriculteurs	mère décédée	démence sénile	aucune
				père décédé	une soeur hospitalisée en centre psychiatrique	

Tableau 1 - LA FAMILLE D'ORIGINE.

	Age	Profession	Facteurs de risque	Attitude vis à vis des crimes	Sexualité du couple au cours de la grossesse
Melle A	plus âgé	effectue des "petits boulots"	alcoolique	passivité	+
Melle B	même âge	"manoeuvre"		passivité	+
Melle C	inconnu	/	/	/	/
Mme D	même âge	ouvrier d'une entreprise	alcoolique	passivité	-
Mr E	même âge	agricultrice	?	passivité	+

Tableau 2 - LE PARTENAIRE.

VI - A - LA FAMILLE D'ORIGINE (tableau 1 ; tableau 2)

Nous allons d'abord tirer les conclusions des observations puis les comparer aux données de la littérature.

VI - A - 1 - CONCLUSIONS DES OBSERVATIONS.

- La majorité des meurtrières sont d'origine urbaine (Melles A., B., C.). Dans le cas de Mme D., les parents vivaient à sa naissance à la campagne mais ont très vite déménagé en ville. Elle-même a toujours vécu dans un milieu urbain. Seul Mr E. est d'origine entièrement rurale.
- Tous sont issus de familles nombreuses. Melle A. et Melle C. sont les aînées et ont eu un rôle à jouer dans l'éducation des plus jeunes. Melle B. est la cadette et n'a pas vécu dans le milieu familial avant l'âge de onze ans.
- Le milieu social est plus ou moins défavorisé dans l'ensemble ; la situation professionnelle et le revenu des parents sont plutôt modestes.
- On retrouve des antécédents psychiatriques ou alcooliques dans tous les cas sauf un.
- La père semble avoir joué un rôle mineur. Il est soit décédé au moment des faits soit vivant mais dépressif. Il n'a été un soutien et un confident pour aucune sauf pour Melle A. qui a très mal vécu sa mort.

- Les relations avec la mère sont parfois conflictuelles. Melle A. se faisait battre dans son enfance en l'absence de son père et les relations mère-fille ont souvent été violentes. La mère de Melle B. s'était rendue compte des grossesses de sa fille mais celle-ci, sans pouvoir lui avouer ses états, n'hésitait pas à être agressive pour lui cacher la vérité.

La mère est le plus souvent passive. Ceci est aggravé par le fait qu'elle est dépressive dans deux cas, "déclarée inapte au travail" dans un cas et atteinte de démence sénile dans le dernier.

Elles ont adopté la même attitude de refus que leurs filles face à l'évidence des grossesses. Elles n'ont pas voulu affronter la réalité et se sont contentées des réponses négatives fournies. Ceci est particulièrement vrai pour Melle A. et Melle B. La passivité de la fille ne serait-elle pas calquée sur celle de la mère ?

- La communication au sein de la famille d'origine, bien qu'elle soit difficile à apprécier d'après les dossiers, semble avoir été pratiquement inexistante dans la majorité des cas.

Dans l'affaire de Melle C., la cellule familiale existe et communique mais est en fait archaïque, repliée sur elle-même et isolée. La persistance d'une rigidité des moeurs est frappante et la crainte d'avoir désobéi à la morale ambiante domine.

Dans tous les discours, on retrouve le sentiment de ne pas avoir senti d'aide ni d'intérêt de la part des parents et de ne pas avoir réussi à établir le dialogue.

- La sexualité est un sujet rarement abordé au sein de la famille. Le plus souvent, les parents n'ont fourni aucune information sexuelle et aucun conseil en matière de contraception.

- Le partenaire : l'homme responsable de la grossesse peut être absent; il s'agit alors d'une relation de passage (un cas). Mais curieusement, ces femmes entretiennent, le plus souvent, une relation continue et stable avec les partenaires tout au long de la grossesse. Ils n'ont souvent pas été informés directement de l'état gravide. Mais au moment des interrogatoires, ils ne nient pas s'être rendu compte des changements morphologiques survenus chez leur femme ou amie. Là encore, ils se contentent des explications fournies. Melle B. va jusqu'à simuler chaque mois ses règles.

A la détresse morale de la femme, à son besoin d'aide et de soutien, ils répondent par une extrême passivité et une indifférence.

Le cas de Mr E. est particulier. Sa femme est la complice des crimes. Mais il est à noter la passivité avec laquelle elle laisse son mari accomplir tous les crimes.

VI - A - 2 - COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE.

a) Travaux de l'Institut des Sciences Criminelles et Pénitentiaires réuni pour le colloque de Strasbourg en 1968 ("Recherche sur infanticide") (41)

Les études portent sur 10 ans de 1955 à 1965 et mettent en évidence :

* le caractère rural de l'infanticide (73 % des cas ont eu lieu dans des communes rurales*).

* des familles nombreuses : le chiffre moyen d'enfants des familles dont sont issues les femmes responsables d'infanticide est de 4,46 (il est de 4,6 dans notre étude).

* Les communes rurales sont celles dont la population légale agglomérée au chef-lieu ne dépasse pas 2000 habitants.

b) Schachter, dans un article écrit en 1958, souligne le rôle important que jouent la misère économique et les facteurs psycho-sociaux dans le déroulement de l'infanticide. Ainsi, les sujets dont l'enfance a été malheureuse, sans affection et qui ont vécu dans une ambiance de conflits ou dans des foyers dissociés, sont fortement prédisposés (56).

c) Cherland met en évidence l'importance de la passivité du milieu familial et en particulier de la mère. Il fait référence à l'article de Steele Brandt sur les enfants battus dans lequel ce dernier affirme que le passage à l'acte est lié aux restes psychologiques d'une négligence ou d'une agression s'étant produites dans l'enfance (16).

d) Finnegan suggère qu'une relation avec un mari "source de soutien" peut être une compensation pour la femme enceinte dont la relation avec la mère a été malheureuse ou conflictuelle (27).

e) Pour Arboleda-Florez, le déni de grossesse serait basé sur une peur écrasante d'être abandonné par la mère dans le contexte d'une relation mère-fille perturbée (2).

Notre étude montre un échantillon urbain d'infanticide ce qui est contraire aux statistiques qui tendent à prouver le caractère rural de ce crime. Les femmes sont issues de familles nombreuses, avec des antécédents psychiatriques ou éthyliques. Les communications au sein de la famille, et en particulier avec la mère, sont pauvres ou inexistantes, ce qui explique en partie pour un certain nombre d'auteurs la négation de la grossesse et le passage à l'acte.

A la passivité du milieu familial s'ajoute celle du partenaire qui entretient souvent jusqu'à l'accouchement des relations sexuelles avec l'accusé mais qui ne fait pas un geste pour tenter de l'aider.

	Age	Antécédents		Situation matrimoniale	Autres enfants	Profession	Q.I.	Niveau d'étude	Grossesse cachée	Préparatifs en vue accouchement
		psych.	judic.							
Mlle A	27	Alcoolique	0	concubinage célibataire	0	chomage	111	BAC	+	0
Mlle B	25	0	0	concubinage célibataire	0	auxiliaire puéricultrice	104	seconde + formation auxil.puér.	+	0
Mlle C	42	0	0	célibataire	0	assistante sociale	104	BAC + formation assis. sociale	+	0
Mme D	39	cure désintox. alcoolique	0	marlée	2	sans profession	87	CEP	+	0
Mr E	44	0	0	marlé	2	agriculteur	68	niveau CEP	+	0

Tableau 3 - PROFIL DE L'INCULPE.

	Passivité	Immaturité	Repli sur soi	Solitude sociale et affective	Marginalisation	Type de personnalité	Dépression	Maladie mentale
Mlle A	+	+	+	+	+	trait de caractère névrotique	0	0
Mlle B	+	+	+	+	-	personnalité immature et passive	0	0
Mlle C	+	+	+	non au sein de la famille mais famille archaïque, isolée	-	personnalité hystéroïdique	tendance dépressive sans vraie dépression	0
Mme D	+	+	+	+/-	+/-	fruste	0	0
Mr E	?	+	+	famille isolée des autres	+	débile léger	0	0

Tableau 4 - PERSONNALITE DE L'INCULPE.

VI - B - LES INCULPES (tableau 3 ; tableau 4)

VI - B - 1 - LE PROFIL.

Ce sont des femmes en majorité (4 sur 5).

Ils n'ont pas eu de condamnation antérieure et aucun antécédent psychiatrique n'a été noté (sauf Mme D. qui a fait une cure de désintoxication alcoolique dans un centre spécialisé).

La moyenne d'âge est de 35,4 ans. La fourchette s'étend de 25 à 44 ans. La majorité est âgée de plus de 38 ans. Seules Melle A. et Melle B. ont moins de 30 ans.

La majorité est célibataire. Deux sont mariés et ont déjà des enfants. Il est à noter que les trois femmes non mariées vivent en milieu urbain, alors que les deux mariées sont issues d'un milieu rural. La grossesse des femmes célibataires est le plus souvent vécue comme une faute, fruit d'une "aventure" et de "rapports sexuels occasionnels". Ces derniers sont peut-être plus "faciles" dans l'anonymat des villes. A l'opposé, dans les milieux ruraux, la grossesse est moins souvent vécue comme une honte, l'infanticide est alors plus le résultat d'une tentative de régulation des naissances au sein de la famille.

Le niveau d'étude est plutôt élevé puisque trois ont fait des études secondaires. Deux sont allés jusqu'au certificat d'étude.

Une seule (Mme D.) est sans profession. Deux ont des métiers salariés dans lesquels elles ont des contacts avec les milieux sociaux et médicaux (auxiliaire puéricultrice et assistante sociale). Il paraît difficile de comprendre ces deux criminelles qui, de par leur profession, connaissaient les possibilités offertes aux mères célibataires. L'explication réside peut-être dans leur personnalité ou leur milieu familial. A l'opposé, l'ignorance peut être plaidée par

Mme D. et Mr E. Ce dernier, agriculteur très fruste (il n'est sorti de son village qu'une fois pour aller faire son service militaire en Algérie) ne connaît absolument pas la contraception et ignore l'I.V.G.

Le quotient intellectuel se situe dans la moyenne nationale. Il n'a été constaté qu'une débilité légère et une personnalité fruste.

Enfin, 2 cas d'alcoolisme ont été retrouvés sur 5.

VI - B - 2 - LA PERSONNALITE.

Les traits dominants des inculpés sont l'immaturation, la passivité et le repli sur soi. La solitude sociale ou affective domine également bien qu'il soit parfois difficile de l'apprécier à travers la lecture des dossiers. Cette solitude morale confirme l'hypothèse du désarroi et de la crainte de la désapprobation sociale durant toute la grossesse.

Ces femmes sont le plus souvent fatalistes. Repliées sur elles-mêmes, elles nient leur grossesse ou la vivent comme une faute. Elles ne font aucun préparatif pour l'accouchement. Elles "oublient" qu'elles sont enceintes et font "comme si rien ne s'était passé". Elles continuent à mener une vie régulière, cachant leur état par leurs vêtements ou expliquant leur prise de poids par une augmentation de leur appétit.

Aucun des inculpés ne présente de maladie mentale évolutive ou aliénante, ni de signe grave de dépression (Melle C. aurait une petite tendance dépressive). Cependant, dans deux cas, une personnalité "à risque" est retrouvée ; Melle A. a une personnalité "névrotique avec des tendances psychopathiques". (Cela n'atténue en rien sa responsabilité mais permet de mieux comprendre les quatre passages à l'acte). Melle C. a, elle, une personnalité hystérophobique sans névrose constituée.

VI - B - 3 - DANS LA LITTÉRATURE.

Il peut être retrouvé les différentes constatations suivantes :

a) Dans la thèse de Candillier portant sur l'étude de dix sept cas dans le Nord et le Pas de Calais de 1975 à 1985, il est trouvé une plus forte proportion de femmes jeunes (moins de 25 ans), célibataires, d'un milieu intellectuel moyen voire bas. Ces femmes ne souffrent pas non plus de maladie psychiatrique (13).

b) Jayle dans sa thèse (Infanticide en Limousin de 1960 à 1984) retrouve aussi une plus forte proportion de jeunes femmes (17-30 ans) employées de maison, célibataires, primipares, avec un faible niveau intellectuel (35).

c) Bartholomew (4) décrit ainsi la meurtrière :

- a) la mère est jeune (16-38 ans)
- b) la mère est célibataire
- c) elle ne souffre pas de trouble psychotique
- d) elle a rarement un passé de dépression
- e) elle est passive
- f) elle cache et nie sa grossesse
- g) elle ne fait aucune préparation ni pour les soins ni pour le meurtre de l'enfant
- h) il n'y a pas de passé ni de tentative de suicide au moment de l'accouchement.

d) Selon Ajuriaguerra (1), le "néonaticide" est généralement commis par des mères relativement jeunes, primipares et immatures dont seulement 19 % sont mariées. Elles ont beaucoup moins de troubles psychotiques et dépressifs que les autres femmes coupables de filicide envers des enfants plus âgés.

e) Resnick est le premier auteur à avoir fait du meurtre du nouveau-né une entité différente des autres filicides. Son étude portait sur trente sept cas de "néonaticides" recueillis sur plusieurs siècles. Trente quatre avaient été commis par la mère, deux par le père et un par les deux parents. (51)

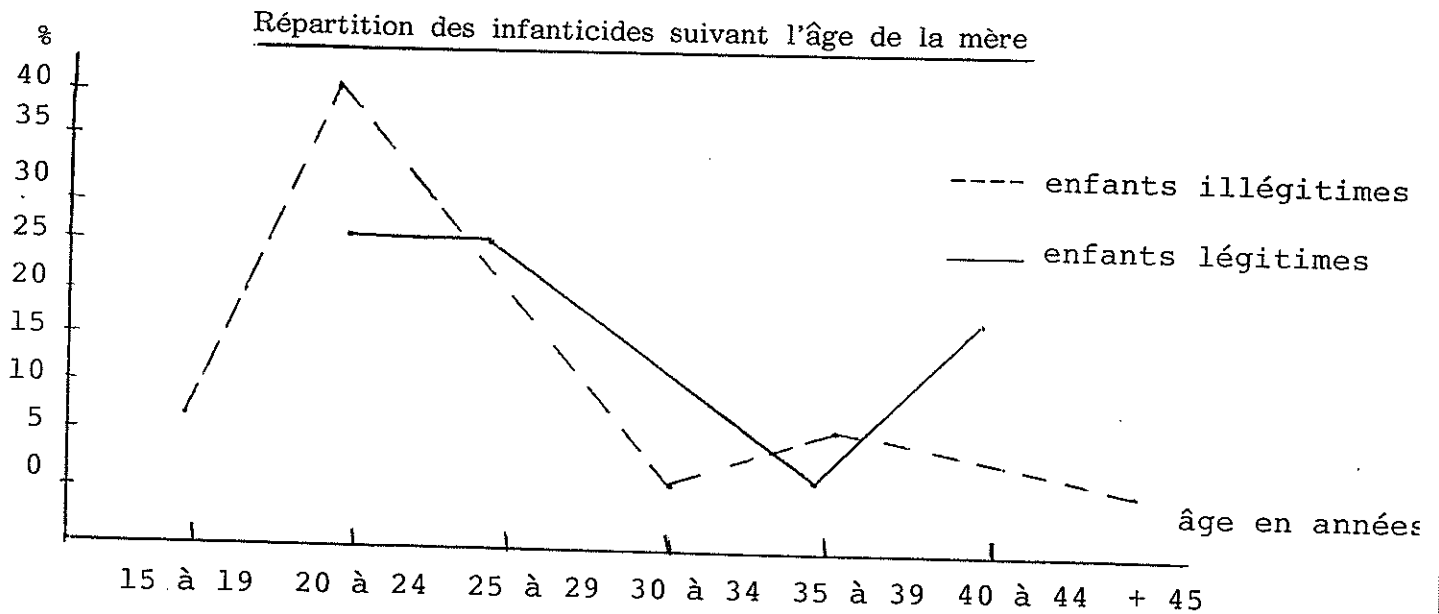
Il constate que 89 % des mères avaient moins de vingt cinq ans, que 19 % étaient mariées ; 17 % étaient psychotiques et dans trois cas seulement une dépression fut retrouvée.

Il exposa également aussi deux cas de néonaticide paternel : un cas chez un patient mélancolique et l'autre chez un homme sain mais qui sombra plus tard dans une schizophrénie.

Il apparait également dans son étude que les femmes jugées pour néonaticide récidivent rarement mais qu'il en est autrement si elles n'ont pas été découvertes et jugées. Ceci se confirme dans notre étude pour Melle A., Melle B. et Mr E. Ils ont récidivé respectivement quatre fois et huit fois avant d'être découverts.

Mais nous n'avons pas assez de recul pour juger du devenir après l'inculpation.

f) Colloque de Strasbourg (41).



Ces courbes révèlent entre autre :

- l'existence de 2 pics :

---> mères de 20 à 24 ans

---> mères de 39 à 44 ans

- une population à risque représentée par les enfants illégitimes.

Dans cette étude, d'autre part, 64 % des femmes étaient célibataires, 12,8 % veuves et divorcées et 22,8 % étaient mariées.

La mère était isolée moralement. Sur le plan psychiatrique, deux groupes avaient été individualisés :

- les femmes avec une débilité légère, frustes ou passives qui laissent grandir l'enfant dans leur sein sans rien faire et qui ne connaissent pas l'avortement. Il leur manque la possibilité de prendre conscience

des problèmes plus que de pouvoir les résoudre. Cependant, à ce groupe, semble vouloir se substituer une femme d'intelligence sensiblement normale mais très immature.

- les femmes avec des désordres psychopathiques ou pathologiques. C'est assez rare mais chez celles qui ne présentent ni démence ni psychose, il est souvent retrouvé un déséquilibre psychologique ou des signes de névrose.

g) Hirschmann et Schmitz classent les mères "néonaticides" en deux groupes (33) :

* celles qui sont jeunes, immatures et primipares: elles ont eu des relations sexuelles sans en mesurer les conséquences. Elles ont nié leur grossesse et n'ont pas prémédité leur acte.

* celles qui ont de fortes conduites instinctives et peu de restriction éthique. Elles sont plus âgées, plus dures et ont des moeurs plus légères. Le plus souvent, elles préméditent leurs crimes.

h) Pour Leyrie (44), ce sont des "jeunes filles ou jeunes femmes socialement et affectivement isolées (du fait de la dissociation de leur milieu familial ou du climat répressif de leur éducation) ayant eu des relations sexuelles sans en mesurer les risques, incapables d'assumer leur sexualité ni leur maternité et incapables en particulier d'investir l'enfant de sentiments maternels". (...) "La grossesse est alors niée psychologiquement et biologiquement".

i) Gummersbach (31), cité par Arboleda-Florez, fait de la passivité l'unique facteur de personnalité qui sépare clairement les mères ayant recours à l'infanticide de celles qui ont recours à l'avortement. Ces dernières

reconnaissant tôt la réalité de leur situation, cherchent activement à parer le danger alors que les autres refusent fréquemment d'admettre qu'elles sont enceintes, ne se préparent pas à l'accouchement et détruisent le bébé, une fois que la réalité est incontournable.

j) Brozovsky et Falit sont d'avis que le crime lutte contre une "désorganisation de la personnalité qui survient quand le refus de l'enfant maintenu d'une façon si tenace pendant la grossesse et l'accouchement n'est plus rendu possible par la naissance présente de l'enfant". (12)

Ainsi, l'échantillon étudié est sur beaucoup de points conforme aux données de la littérature mais quatre aspects différents sont à remarquer :

1 - les inculpés se situent dans une tranche plus âgée (25-44 ans). Mais il faut cependant considérer que Melle A. et Melle B. ont perpétré leur premier crime à 19 ans.

2 - le niveau intellectuel est plus élevé.

3 - un cas de père infanticide s'est produit.

4 - trois cas d'infanticides multiples sont retrouvés.

		Accouchement clandestin	Lieu de l'accouchement	Solitude lors de l'accouchement	Rapidité de l'accouchement	Primiparité	Récidive	Peines
Melle A	1	+	chambre	+	+	+	+	8 ans de prison
	2	+	toilettes	+	+	-	+	
	3	+	salle de bain	+	+	-	+	
	4	+		+	+	-	+	
Melle B	1	+	chambre	+	-	+	+	12 ans de prison
	2	+	toilettes	+	+	-	+	
	3	+	toilettes	+	+	-	+	
	4	+	toilettes	+	+	-	+	
Melle C		+	chambre	+	+	+	8 ans	
Mme D		+	garage	+	+	-	-	5 ans
Mr E		+	chambre	+	?	-	+	5 ans

Tableau 5 - CONDITIONS DU CRIME.

		Enfants désirés	Congus dans le cadre d'une union légale	Sexe	Crus à la naissance	Enfant à terme viable	Méthodes du crime	Devenir du corps
Mlle A	1	-	-	? filie	+	?	Etrouffement	Enteré
	2	-	-	filie	? +	?	Etrouffement	Poubelle
	3	-	-	garçon	+	?	Etrouffement	Poubelle
	4	-	-	garçon	+	+	Etrouffement	Poubelle
Mlle B	1	-	-	filie	+	?	Défaut et	Poubelle
	2	-	-	garçon	+	?	abstention	Poubelle
	3	-	-	? filie	-	?	de soins	Poubelle
	4	-	-	filie	+	?		Poubelle
Mlle C		-	garçon	-	+	Plat par arme blanche	Sac en plastique caché sous le lit	
Mme D		-	garçon	+	+	Défaut de soins	Poubelle	
Mr E		-	?	+	?	Suffocations	Enterés dans le jardin	

Tableau 6 - LA VICTIME.

VI - C - LES CONDITIONS DU CRIME. (tableau 5 ; tableau 6)

VI - C - 1 - CONCLUSIONS DES OBSERVATIONS.

Dans tous les cas, l'accouchement est clandestin.

La femme est en générale seule pour accoucher, soit le compagnon est absent, soit elle se cache de sa famille.

Les lieux où se produit le plus fréquemment le meurtre sont la chambre à coucher, les toilettes, la salle de bain.

L'accouchement est rapide la plupart du temps.

Dans les cas, il existe un taux élevé de récidence (Melle A., Melle B., Mr E.) et par conséquent un taux faible de primiparité.

Le sexe des enfants, pour ceux que nous connaissons, est également proportionné entre les filles et les garçons.

Les cris du nouveau-né sont notés dans tous les dossiers. Quand l'enfant n'a pas crié, la mère l'a remarqué et le dit spontanément. C'est donc un facteur qui joue un rôle certain dans le passage à l'acte.

Toutes les expertises médico-légales des nouveau-nés recueillies ont montré que l'enfant était né à terme et était viable. Certaines autopsies n'ont évidemment pas pu être faites : le meurtre était alors découvert sur les aveux de la mère (Melle A., Melle B., Mr E.).

Les méthodes sont en général les mêmes pour chaque personne. On constate :

11 cas de suffocation

5 cas de "défaut de soin"

2 cas d'étranglement

1 cas de meurtre par objet tranchant.

La suffocation est donc, de loin, la plus fréquente.

Le devenir des corps : dans la majorité des cas qui se sont produits en ville, les corps sont déposés dans un sac et jetés dans une poubelle. Mr E., issu d'une population rurale, les a tous enterrés dans son jardin.

Enfin, les peines vont de 5 à 12 ans d'emprisonnement. Aucun inculpé n'a été acquitté.

VI - C - 2 - COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.

a) Colloque de Strasbourg (41).

Deux sortes d'infanticides ont été décrits :

- l'infanticide par passivité (cordon non ligaturé, défaut de soins...)

- l'infanticide par procédés violents parmi lesquels on trouve :

- * l'étouffement à l'aide d'un corps étranger
- * l'étranglement
- * la mort suite à des coups
- * l'immersion
- * l'enfant enterré ou brûlé vivant
- * l'enfant asphyxié
- * l'enfant décapité
- * l'enfant au cordon ombilical arraché
- * l'enfant mangé par des porcs.

b) Selon Pollack cité par Arboleda-Florez, "le besoin de faire taire les cris du bébé fait de la suffocation la méthode de choix pour les mères qui tentent de garder le secret". (2)

c) Pour Kaye, "dans la moitié des cas de filicide*, la mort survient de la main des parents. Les armes ne sont quasiment jamais utilisées : la noyade, la strangulation, le traumatisme crânien, l'étouffement et l'abandon sont les méthodes courantes. Fréquemment, la mère accouche seule et se débarrasse du bébé comme si c'était un avortement qui se produirait trop tard". (38)

Cette étude confirme les constatations de la littérature. La suffocation est en effet la méthode de choix pour la mère seule, affolée par les cris d'un enfant qu'elle ne désire pas.

VI - D - LES MOTIVATIONS.

Melle A. ne veut pas d'enfant. Elle ne "peut pas les supporter" et ne se sent pas capable d'en assumer la charge autant affective que matérielle. Pour elle, les meurtres des bébés sont des "avortements retardés et prémédités".

Melle B. ne veut pas "perdre" son ami qui lui, ne désire pas d'enfant. Elle aime les enfants, elle est auxiliaire puéricultrice et elle désire fonder une famille. Elle attend à chaque grossesse un "miracle qui viendrait la délivrer" avant l'accouchement.

* entendre ici infanticide

Melle C. veut cacher la faute et supprimer l'objet de la honte qui défigure son image de femme parfaite.

Mme D. a honte d'avoir un enfant à son âge. Elle aussi veut cacher sa "faute".

Mr E. ne veut pas d'autres enfants car il n'a pas assez d'argent pour les élever. Il ne connaît pas de moyens de contraception ni l'I.V.G. C'est un avortement retardé.

Nous constatons que dans les cinq cas, la motivation principale est l'enfant non désiré. Pour quelques uns, l'infanticide est l'équivalent d'un avortement tardif (Melle A. et Mr E.)

Beaucoup d'explications psychologiques et psychiatriques ont été avancées pour comprendre l'infanticide. Une femme passive, immature, incapable de s'adapter à une situation peut nier complètement une grossesse non attendue. Le déni serait tellement fort qu'il pourrait influencer les manifestations physiologiques d'un état grévide : tour de taille quasiment inchangé, signes sympathiques absents... (35)

Au moment de l'accouchement, il existe une confrontation obligatoire avec la réalité. Les premiers cris du bébé imposent à la femme une prise de conscience soudaine d'une vie niée jusque là. Il s'en suit une désorganisation brutale et aiguë de la personnalité et l'intrus est réduit au silence au cours d'un raptus émotionnel ou impulsif.

Après avoir soigneusement dissimulé cet accouchement, la plupart des mères se débarrassent de façon maladroite des corps. C'est un peu comme si tout

finissait avec l'acte d'infanticide, la délivrance étant autant psychique que physique. Certaines femmes cependant réagissent en ignorant ou en simulant d'ignorer l'évènement.

Dans la littérature psychiatrique, on retrouve souvent l'idée que le meurtre d'un enfant par ses parents découle des "pulsions agressives et cannibales" des individus (35). Ce serait une contrepartie naturelle de l'amour de la "progéniture". Ces "pulsions infanticides" existent chez tous les parents mais sont la plupart du temps contrôlées.

Pour Lemperière, l'infanticide constitue "la réalisation d'un désir de supprimer l'enfant, désir jusque là inconscient et refoulé" (23).

Pour Resnick, le fait pour une jeune femme de cacher sa grossesse à sa mère peut résulter d'un fantasme inconscient que son état est la preuve d'un inceste. Elle n'aurait alors pas complètement résolu son complexe d'Oedipe (51).

Deutsch (cité par Finnegan) (27) a également parlé de la nécessité de résoudre les conflits oedipiens avant d'assumer la charge d'une maternité.

Le désir plus ou moins inconscient de tuer son enfant existerait donc chez tous les parents et le passage à l'acte serait le résultat d'une "inversion de rapport entre les pulsions de haine et les pulsions d'amour".

Pour Grivois (30) ceci se retrouve dans les "paniques infanticides". Ces fantasmes de meurtre trouvent diverses représentations précises : peur de noyer l'enfant, de l'étouffer, de le laisser tomber (...). Les représentations deviennent obsédantes (sans être obsessionnelles) de plus en plus douloureuses, culpabilisantes".

De plus, l'amour maternel, comme tout sentiment humain, n'échappe pas à l'ambivalence. Pour Soule "l'amour maternel est un sentiment complexe et ambigu où se mêlent étroitement l'amour et l'agressivité" (60). Ainsi, l'accueil d'un enfant par la mère au sein d'une famille ne semble pas être un fait aussi naturel que l'on pourrait le penser. L'exemple des infanticides en est une preuve.

VII - LE MEDECIN CONFRONTE A L'INFANTICIDE ET LE SYSTEME DE PREVENTION

"L'ignorance est la mère de tous les crimes".

Honoré de Balzac.

VII - A - LE MEDECIN CONFRONTE A L'INFANTICIDE.

Le médecin est soumis de part son statut à un certain nombre d'obligations comme le secret professionnel. Le Code de Déontologie Médicale mentionne :

Article 11 :

"Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris."

La violation de ce secret est sanctionnée par l'article 378 du Code Pénal :

"Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 à 1000 F".

D'autre part, le médecin, en tant que citoyen, est soumis aux articles 62 et 63 du Code Pénal :

Article 62 (ordonnance du 25 juin 1945) :

"Sans préjudice de l'application des articles 103 et 104 du présent Code, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à trois ans et d'une

amende de 360 F à 20000F ou de l'une de ces deux peines seulement, celui qui, ayant connaissance d'un crime déjà tenté ou consommé, n'aura pas, alors qu'il était encore possible d'en prévenir ou limiter les effets ou qu'on pouvait penser que les coupables ou l'un deux commettraient de nouveaux crimes qu'une dénonciation pourrait prévenir, averti aussitôt les autorités administratives ou judiciaires".

Loi du 2 février 1981 :

"Sera puni d'un emprisonnement de deux mois à quatre ans et d'une amende de 2000 F à 20000 F ou de l'une de ces deux peines seulement celui qui, ayant connaissance de sévices ou de privations infligés à un mineur de quinze ans, n'en aura pas, dans les circonstances définies à l'alinéa précédent, averti les autorités administratives ou judiciaires".

Article 63 :

"Sans préjudice de l'application, le cas d'échéant, des peines plus fortes prévues par le présent Code et les lois spéciales, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 360 F à 20000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un fait qualifié crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle soit en provoquant un secours".

Il apparaîtt donc que le médecin est soumis à l'apparente contradiction du législateur qui réprime :

- la violation du secret médical (article 378 du Code Pénal)
- la non dénonciation de sévices ou de crimes et la non assistance à personne en danger (articles 62-63 du Code Pénal).

La loi du 15 juin 1971 tente de résoudre cette ambiguïté. Toutes les personnes appartenant au corps médical "n'encourent pas les peines prévues lorsqu'elles informent les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales des sévices ou privations sur la personne de mineurs de quinze ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ; citées en justice pour une affaire de sévices ou privations sur la personne de ces mineurs, elles sont libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine".

Le médecin se trouve donc délié du secret professionnel lorsqu'il se trouve confronté à des sévices ou privations de soins à enfant. Comme le souligne l'article 45 du Code de Déontologie Médicale "il doit alors mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mais en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités compétentes".

Dans nos cinq cas, des médecins ont parfois suspecté les infanticides et ont eu cependant des attitudes différentes.

--> En ce qui concerne Melle A., lors du premier infanticide, elle avait été hospitalisée pour une hémorragie de la délivrance et examinée à cette occasion par un médecin. Celui-ci déclara lors de l'enquête ultérieure n'avoir pas été informé de l'accouchement.

Melle A. ne fut donc pas inquiétée.

--> Dans le cas de Melle B. :

- le médecin traitant avait prescrit de multiples arrêts de travail après chaque accouchement ; il n'aurait soupçonné qu'une seule fois qu'elle fût enceinte et aurait alors demandé un test de grossesse. Le résultat négatif de ce dernier aurait été transmis au médecin par la mère de Melle B.

- le médecin du travail qui avait suspecté le quatrième accouchement avait alerté le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Celui-ci avait alors saisi le Conseil National de l'affaire. Sans réponse de ce dernier, il n'y eu pas de suite.

--> Pour Melle C., le médecin traitant a été appelé au domicile pour une hémorragie génitale et a fait logiquement hospitaliser la patiente. Le chirurgien qui l'a accueillie à l'hôpital a rapidement prévenu le président du Conseil Départemental de l'Ordre et la décision d'alerter les autorités judiciaires a été prise en commun après la découverte du corps du nouveau-né.

--> Dans le cas de Mme D., l'admission à l'hôpital et la découverte du corps du nouveau-né par son mari ont tout de suite mené à l'ouverture d'une enquête.

--> Enfin, pour Mr et Mme E., aucun médecin ne semble avoir été contacté et c'est après un appel anonyme que l'affaire a été découverte.

A travers ces cinq exemples, il apparaît donc que le médecin (traitant, du travail, de garde, du Conseil de l'Ordre) est appelé auprès de la femme à différents moments de la grossesse (situation d'urgence, post-partum) et souvent une seule fois. Il a ainsi exceptionnellement tous les éléments pour songer au meurtre d'un enfant nouveau-né. La première difficulté pour le médecin est donc de penser à l'infanticide. La deuxième est de savoir s'il doit dénoncer ce crime ou non et à quelle autorité.

Cette question est fondamentale. Le médecin, seul à constater ou à suspecter le crime, oscille entre sa conscience et son devoir, entre avantages et inconvénients à dénoncer une femme en pleine détresse.

Quels éléments peuvent retenir un médecin de révéler un infanticide ?

- la peine encourue par la mère. Elle peut apparaître sévère à certains : ces femmes jeunes ont agi de façon impulsive et incontrôlée. La réadaptation sociale et familiale, l'espoir d'avoir d'autres enfants reconnus et désirés seront d'autant plus difficiles voire improbables après dix à douze ans d'emprisonnement.

- le médecin risque, en dénonçant un infanticide, de rompre un équilibre familial. Le devenir d'enfants plus âgés au sein de la famille n'a-t-il pas plus de prix pour certains que la mort d'un nouveau-né ?

- enfin, le médecin a auprès de la population un capital de confiance. Sa clientèle apprécie ses capacités d'écoute et son respect du secret individuel. En dénonçant un infanticide, certains praticiens craignent peut-être de perdre la confiance et l'aura médicale auprès du public.

Quels arguments doivent inciter le médecin à dénoncer l'infanticide ?

- l'élément décisif est assurément la prévention des récidives. Le praticien ne peut d'ailleurs exclure l'existence d'infanticides antérieurs lorsqu'il suspecte ce crime. A défaut d'avoir sauvé le nouveau-né, le rôle du médecin est de protéger les futures naissances.

Dans trois des cas rapportés, une enquête systématique a permis de découvrir qu'il s'agissait de récidive. D'après Resnick (51), les femmes jugées pour infanticide récidivent rarement, alors que celles qui n'ont pas été découvertes ni condamnées recommencent plus fréquemment. L'existence d'un jugement est primordiale dans la mesure où l'humiliation sociale constitue pour certaines femmes la sanction la plus importante.

- Certains peuvent aussi être influencés par leur conscience de citoyen selon laquelle tout coupable doit être puni.

A qui peut s'adresser le médecin qui désire dénoncer un infanticide ?

L'article 378 du Code Pénal mentionne que le médecin doit "informer les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales."

Dans les observations étudiées, les médecins se sont adressés au Conseil de l'Ordre. Le Code de Déontologie, malheureusement, ne possède pas de texte précis sur l'attitude à adopter en cas de suspicion ou de constatation d'infanticide. Le Conseil National de l'Ordre (saisi lors de la dénonciation de Melle B.) ne s'est pas non plus prononcé à ce sujet.

Est-ce que le problème doit être réglé "au cas par cas" ?

Il apparaît donc que le médecin confronté à l'infanticide se trouve dans une situation difficile et délicate. Il lui faut agir dans le respect des lois et en accord avec sa conscience. Seul à constater ce crime, il ne doit cependant pas

accord avec sa conscience. Seul à constater ce crime, il ne doit cependant pas rester seul à le connaître. Son rôle est de contribuer à lutter contre le drame en évitant avant tout les récidives. Il doit trouver un interlocuteur fidèle dans le Conseil de l'Ordre. Celui-ci, à son tour, décidera de la conduite à tenir face à la justice.

VII - B - LA PREVENTION.

La loi reconnaît une excuse légale à la mère infanticide par le biais des circonstances atténuantes.

Quels sont les moyens mis en oeuvre pour lutter contre l'infanticide ?

VII - B - 1 - LA CONTRACEPTION.

Il paraît très important d'éduquer la population et de l'informer des moyens de contraception. La société a évolué. L'enfant n'est plus perçu aujourd'hui comme la conséquence de l'instinct sexuel, il devient l'expression de la volonté de procréation. Si un couple veut décider de la naissance de sa progéniture, il est indispensable qu'il maîtrise sa contraception.

Ceci est le rôle des médecins et peut-être plus particulièrement des généralistes. Ils doivent agir plus spécialement auprès des jeunes et des milieux défavorisés en conseillant et informant.

VII - B - 2 - L'AVORTEMENT.

En légalisant l'Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.), les juristes ont adopté une attitude compréhensive devant l'état de détresse morale et physique engendré par une grossesse non désirée, attitude similaire à celle des jurés en Cour d'Assises lors d'un procès d'infanticide.

La loi donne donc ainsi à la mère la possibilité d'interrompre sa grossesse, mais ceci dans un délai limité (avant la dixième semaine de grossesse).

Quels que soient les principes moraux ou religieux, l'avortement peut être considéré comme une suppression d'enfant potentiel. Celui-ci existe déjà dans la conscience de la femme. Pour certains auteurs, la vie doit être conservée à tout prix : il n'y a pas pour eux de différence entre un avortement légal et un infanticide si ce n'est celle de la loi, de l'auteur et des méthodes.

Laignel-Lavastine cité par Bourgeois (9) a écrit à ce propos : "l'infanticide fut atténué et en quelque sorte perfectionné en devenant l'avortement". Maruani, assimilant l'I.V.G. à une forme d'infanticide, déclare (60) : "Pour schématiser, la contraception ferait davantage appel à un mécanisme de dénégation (...) tandis que l'I.V.G. traduirait plutôt l'impossibilité de la dénégation".

La société qui réprouvait très sévèrement l'avortement et la contraception il y a encore quelques années a donc modifié son attitude.

VII - B - 3 - LA LEGISLATION SOCIALE.

a) Avant l'accouchement.

1 - Interdiction à tout employeur de licencier une femme enceinte (art 29 du Code du Travail).

2 - Allocations prénatales, versées en plusieurs fois à la mère, à condition de déclarer la grossesse à la Sécurité Sociale dans les trois premiers mois (article 513 du Code de la Sécurité Sociale).

3 - Trois examens gynécologiques sont obligatoires avant l'accouchement (article 159 du Code de la Santé Publique et article 517 du Code de la Sécurité Sociale).

4 - Des recours et des interventions d'assistantes sociales sont possibles à tout moment.

b) Au moment de l'accouchement.

Les articles 40 à 43 du Code de la Santé Publique protègent la naissance.

Dans chaque département, "le préfet désigne la ou les maisons maternelles qui doivent accueillir sans formalité les femmes enceintes d'au moins sept mois et les mères avec leurs nouveau-nés (...). La limite de sept mois n'est pas opposable aux femmes enceintes qui réclament le secret ou à celles qui présentent un certificat d'indigence" (article 41 du Code de la Santé Publique).

Les femmes enceintes peuvent être reçues gratuitement et sans avoir à justifier leur identité dans tout établissement hospitalier public pendant un mois avant et un mois après l'accouchement (art 42).

"Aucune pièce d'identité ne sera exigée et il ne sera procédé à aucune enquête". Ainsi, la femme peut accoucher sous X.

"Lorsque le secret est demandé, les frais de séjour et d'accouchement sont pris en charge par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance du département, siège de l'établissement, ou par celui du département qui a provoqué l'admission de l'intéressée" (article 42 du Code de la Santé Publique).

c) La déclaration de naissance.

- Obligation de déclarer la naissance dans les trois jours qui suivent l'accouchement (article 55 du Code Civil).

L'article 56 stipule : "la naissance de l'enfant sera déclarée par le père ou à défaut du père par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée".

La jurisprudence (en additif du code de la Santé Publique) précise que le médecin ou la sage-femme ne peuvent se retrancher derrière le secret professionnel pour s'abstenir de déclarer les naissances auxquelles ils ont assisté. Cependant, ils ne sont pas obligés de révéler le nom de la mère ni le lieu de l'accouchement. L'article R40-6è du Code Pénal punit la non déclaration d'enfant : "Toute personne qui ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code Civil, et dans les délais fixés par l'article 55 du même code, sera punie d'un emprisonnement de 10 jours à 1 mois et d'une amende de 2500 à 5000 F ou de l'une de ces deux peines seulement". Cet article s'applique également en cas de défaut de déclaration d'un enfant mort-né.

- La femme qui vient d'accoucher n'est cependant pas obligée d'inscrire son nom sur l'acte de naissance. Dans ce cas, les frais de l'accouchement et de la prise en charge de l'enfant seront assurés par l'Aide Sociale à l'Enfance ; mais ces dispositions s'annulent "lorsque le nom des père et mère légitimes de l'enfant figurera dans l'acte de naissance établi dans le délai prévu" (article 42 du Code de la Santé Publique).

- La publicité des actes de naissance a été réglementée afin de limiter les différences séparant sur ce point les enfants légitimes des enfants naturels.

- L'article 57 du Code Civil mentionne que : "... si l'acte dressé concerne un enfant naturel, l'officier de l'état civil en donnera, dans le mois, avis au juge du Tribunal d'Instance du canton de la naissance." Auparavant, il aura été dressé un acte provisoire de naissance, "sur déclaration des services de l'assistance à l'enfance, pour les enfants placés sous leur tutelle et dépourvus d'acte de naissance connu ou pour lesquels le secret de la naissance a été réclamé." (article 58 du Code Civil)

d) Après l'accouchement.

Les prestations sociales assurent régulièrement aux mères démunies un minimum de moyens matériels pour élever leur enfant (allocation jeune enfant, allocation de logement, aide aux mères célibataires, allocation familiale...)

Ainsi, les différentes législations ont uni leurs efforts pour essayer de prévenir l'infanticide. Le point essentiel de la prévention paraît cependant être l'éducation et l'information. C'est là le rôle du médecin généraliste qui doit connaître toutes les possibilités offertes aux femmes ne désirant pas d'enfant et qui doit les informer de leurs droits.

VIII - CONCLUSION

L'infanticide, cette criminalité d'exception, apparaît comme une survivance surprenante du passé dans une société industrielle et moderne.

L'Histoire est marquée par les meurtres de ces êtres sans défense. Autrefois, pour des motifs économiques, superstitieux ou eugéniques, des enfants étaient tués, ou abandonnés à une mort certaine.

Aujourd'hui, l'infanticide présente des aspects bien spécifiques : l'élément caractéristique est la non reconnaissance de la grossesse. Cette attitude est le plus souvent adoptée par la famille et par le père de l'enfant. Cette dissimulation doit être considérée comme un signe d'alarme et devrait nécessiter une prise en charge psychologique chaque fois qu'elle est soupçonnée. Un facteur déterminant est le manque de communication entourant la femme. Celle-ci préfère se réfugier dans l'imaginaire et espérer jusqu'à la dernière minute une intervention magique, miraculeuse qui viendrait résoudre ses problèmes.

Par ailleurs, la mère ne possède souvent pas les ressources nécessaires pour affronter la réalité. Elle est le plus souvent immature, inhibée, repliée sur elle-même. Le passage à l'acte peut résulter d'une impulsion ou d'un état confusionnel transitoire bien que, comme certains auteurs le soulignent, le désir inconscient de tuer son enfant existe chez tous les parents.

Ces situations dramatiques sont devenues relativement rares par rapport aux siècles précédents grâce au système de prévention (allocations familiales, contrôle médical, contraception, I.V.G., accouchement sous X). Le médecin, bien que parfois désarmé devant l'infanticide, a cependant un rôle majeur à jouer dans sa prévention (information, diffusion des connaissances, dénonciation). De nombreux progrès restent encore à accomplir en réfléchissant sur l'attitude du médecin face à ce crime et à son rôle dans la récurrence.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AJURIAGUERRA J. (de)
Manuel de psychiatrie de l'enfant.
Masson, Paris, 1974.
- 2 - ARBOLEDA-FLOREZ F.
Néonaticide.
Can. Psychiat. Assoc. J., 1976 (21), 31-34.
- 3 - BADINTER E.
L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVIIe - XXe siècle).
Flammarion, Paris, 1980.
- 4 - BARTHOLOMEW AA.
Repeated infanticide.
Austr. N.Z.J. Psychiat., 1989, 23 (4), 440-442.
- 5 - BARTHOLOMEW AA.
Repeated infanticide. Erratum.
Austr. N.Z.J. Psychiat., 1990, 24 (1), 15.
- 6 - BEHLMER GK.
Ernest Hart and the social thrust of Victorian medicine.
Br. Med. J., 3 oct 1990 (301), 711-713.
- 7 - BIEDER J.
Observation d'un libéricide, questions sur l'avenir des infanticides, des libéricides et de leurs enfants épargnés.
Ann. Méd. Psychol., 1978 (136), 184-189.
- 8 - BLOCH H.
Abandonment, Infanticide and Filicide.
American Journal of Disease of Children, 1988, 142 (10), 1058-1060.
- 9 - BOURGEOIS M., LABROUSSE D.
Avortements provoqués et avortements spontanés.
Ann. Méd. Psychol., 1975, 2 (2) 339-366.
- 10 - BOURGET D., BRADFORD JMW.
Homicidal Parents.
Can. J. Psychiat., 1990, 35 (3) April, 233-238.
- 11 - BOURGUIGNON O.
Mort des enfants et structures familiales.
PUF Paris, 1984.

- 12 - BROZOVSKY M., FALIT H.
Néonaticide : clinical and psychodynamic considerations.
J. Am. Acad. Child. Psychiatry, oct 1971 (10), 673-683.
- 13 - CANDILLIER V.
L'infanticide après la loi Veil.
Thèse pour le doctorat en Médecine, Lille, 1988.
- 14 - CARCOPINO J.
La vie quotidienne à Rome à l'apogée de l'empire.
Hachette, 1978, 341 p.
- 15 - CARLONI G., NOBILI D.
La mauvaise mère.
Payot, Paris, 1977, 262 p.
- 16 - CHERLAND E., MATTHEWS PC.
Attempted Murder of a Newborn : a case history.
Can. J. Psychiat., 1989, 34 (4), 337-339.
- 17 - CHEVRIER A.
Images de l'infanticide dans la médecine du XIXe siècle.
Nervure, 1988, mars (2), 41-52.
- 18 - CLEMENT S.
L'infanticide en Limousin de 1960 à 1990. Une tentative d'analyse criminologique.
Mémoire pour le Certificat d'Université de Criminologie appliquée à l'Expertise Mentale.
Université René Descartes - 1990.
- 19 - CODE CIVIL.
Litec, Paris, 1990.
- 20 - CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE.
- 21 - CODE PENAL.
Litec, Paris, 1988.
- 22 - CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.
Dalloz, 1985.

- 23 - DELAY J., LEMPERIERE T., ESCOUROLLE R., DEREUX JF.
Contribution à l'étude de l'infanticide pathologique.
Semaine des Hôpitaux de Paris, 1957, 69, 4069-4080.
- 24 - EMERY JL.
Infanticide, Filicide and Cot Death.
Arch. of Disease in Childhood, 1985 (60), 505-507.
- 25 - ESCHYLLE
Agamemnon.
Folio, 1990, N° 1364.
- 26 - EURIPIDE.
Médée.
Garnier Flammarion, Paris, 1966.
- 27 - FINNEGAN P., Mc KINSTY E., ROBINSON GE.
Denial of pregnancy and Child birth.
Can. J. Psychiat., 1979 (27), 672-674.
- 28 - GOUDEAUX P.
L'infanticide, aspect médico-légal à propos de huit cas.
Thèse pour le doctorat de Médecine, Limoges, 1981.
- 29 - GREEN CM., MANOHAR SV.
Neonaticide and hysterical Denial of Pregnancy.
Br. J. of Psychiat. Janv 1990 (156), 121-123.
- 30 - GRIVOIS H., BARON S.
Les paniques infanticides : réflexion sur la prévention.
Nervure, juin 1988 (5), 68-69.
- 31 - GUMMERSBACH K.
Die Kriminal Psychologische Persönlichkeit der Kindermörderinnen und ihre
Wertung im Gerichtsmedizinischen Gutachten.
Wien. Med. Wschr, 1938 (88), 1151-1155.
- 32 - HAMILTON E.
La mythologie.
Marabout - Histoire 1990, 414 p.

- 33 - HIRSCHMANN VJ., SCHMITZ S.
Structural analysis of female infanticide.
Psychother. Med. Psychol., 1958 (8), 1-20.
- 34 - HOPWOOD JS.
Child Murder and insanity.
J. Ment. Sci., 1927 (73), 95-108.
- 35 - JAYLE J.
L'infanticide en Limousin (1966-1984).
Thèse pour le doctorat de Médecine, Limoges, 1985.
- 36 - JOHANSSON-ROZEN P.
Qu'est-ce que l'infanticide ?
Nervure, mars 1988 (2), 34-37.
- 37 - JONAS C.
Le médecin, l'infanticide et le droit.
Nervure, avril 1988 (3) 45-47.
- 38 - KAYE NS., BORENSTEIN NM and DONNELLY S.
Families, Murder and Insanity. A psychiatric review of paternal néonaticide.
J. Forensic. Sci., Janv 1990, 35 (1), 133-139.
- 39 - KIENER MC., PEYRONNET JC.
Quand Turgot régnait en Limousin.
Fayard, 1979, 334 p.
- 40 - KORBIN JE.
Incarcerated mother's perceptions and interpretations of their fatally
maltreated children.
Child abuse and Neglect, 1987, 11 (3), 397-407.
- 41 - LEAUTE J.
Recherches sur l'infanticide (1955-1965).
Annales de la faculté de Droit et de Sciences Politiques et Economiques
de Strasbourg.
Daloz, Paris, 1968, 398 p.
- 42 - LEBRUN F.
La vie conjugale sous l'ancien régime.
A. Colin, 1975.

- 43 - LECLAIRE S.
On tue un enfant.
Point, 1981.
- 44 - LEYRIE J.
Manuel de psychiatrie légale et de criminologie clinique.
Vrin, Paris, 1977, 172-174.
- 45 - LONG TA.
Two philosophers in search of contradiction : a response to Singer and
Kuhse.
J. Med. Ethics., Jun 1990, 16 (2), 95-96.
- 46 - MAUPASSANT G.
Contes et Nouvelles.
Albin Michel, Tome II, 1973, 1374 p.
- 47 - MONTAIGNE
Essais.
Tome I et II.
Garnier Flammarion, 1969.
- 48 - D'ORBAN PT.
Women who kill their children.
Br. J. Psychiat., 1979, 134, 560-571.
- 49 - PIEDELIEVRE R., FOURNIER E.,
Médecine légale.
JB. Baillière et fils, Paris, 1963.
- 50 - RAMET P.
A propos de l'infanticide. Comparaison France/RFA.
Thèse pour le doctorat de Médecine, Strasbourg, 1983.
- 51 - RESNICK J.
Murder of a Newborn : a psychiatric review of neonaticide.
Am. J. Psychiat., 1970, 126, 1414-1420.
- 52 - ROBERT B.
La violence et les enfants des campagnes corréziennes (1800-1860).
Mémoire de maîtrise d'histoire, Paris I, Sorbonne, 1990.

- 53 - ROCHE L., DO JP., DALIGAND C.
Médecine clinique légale.
Masson, Paris, 1985.
- 54 - ROPERT R.
Peu de recours à l'article 64.
Nervure, Mars 1988 (2), 38-39.
- 55 - LA SAINTE BIBLE.
- 56 - SCHACHTER M.
Vue d'ensemble sur le problème de l'infanticide.
Aggior. Pédiat., 1958, 9, 295-302.
- 57 - SHERRER P.
Notes sur une forme d'infanticide : l'infanticide par passivité.
Ann. Méd. Psychol., 1975, 133, 734-744.
- 58 - SCHWEITZER G.
Aspect actuel des infanticides.
Thèse pour le doctorat de Médecine, Strasbourg, 1983.
- 59 - SOPHOCLE
Oedipe roi.
Folio 1990, N° 360.
- 60 - SOULE M.
Mère mortifère, Mère meurtrière, Mère mortifiée.
ESF, 1980.
- 61 - THEARLE MJ., GREGORY H.
Child abuse in nineteenth century Queensland.
Child Abuse and Neglect, 1988 (12), 91-101.
- 62 - VALLAUD D.
L'indulgence des Cours d'Assises au XIXe siècle.
Nervure, mars 1988 (2), 39-41.
- 63 - ZOLA E.
Pot Bouille.
Garnier Flammarion, 1969.

TABLE DES MATIERES

I - INTRODUCTION	p. 12
II - DEFINITIONS	p. 14
II - A - Infanticide	p. 15
II - B - Néonaticide	p. 16
II - C - Libéricide	p. 16
II - D - Filicide	P. 16
III - HISTORIQUE	p. 17
III - A - La mythologie	p. 18
III-A-1 - les enfants dévorés	p. 18
III-A-2 - les enfants offerts en sacrifice	p. 19
III-A-3 - les enfants exposés	p. 20
III-A-4 - les enfants tués dans un moment de folie	p. 21
III-A-5 - Médée ou le "meurtre altruiste"	p. 21
III - B - L'ère préchrétienne et les débuts du christianisme	p. 22
III-B-1 - dans l'ancien testament	p. 22
III-B-2 - en Egypte	p. 24
III-B-3 - en Grèce	p. 24
III-B-4 - à Rome	p. 25
III-B-5 - les populations barbares	p. 27
III - C - Le Moyen Age	p. 28
III - D - Les XVIe, XVIIe, XVIIIe siècles	p. 30
III - E - Le XIXe siècle	p. 32
III - F - Le XIXe siècle dans le monde	p. 37
III-F-1 - En Angleterre	p. 37
III-F-2 - Au Queensland	p. 38
III-F-3 - Aux Etats-Unis	p. 39
III-F-4 - En Russie	p. 39

III - G - Le XXe siècle	p. 41
IV - LES CAS	p. 46
IV - A - Méthodologie	p. 47
IV - B - Les observations	p. 49
IV-B-1 - Observation N° 1	p. 49
IV-B-2 - Observation N° 2	p. 54
IV-B-3 - Observation N° 3	p. 59
IV-B-4 - Observation N° 4	p. 63
IV-B-5 - Observation N° 5	p. 66
V - EXPERTISE MEDICO-LEGALE	p. 70
V - A - Autopsie du nouveau-né	p. 71
V-A-1 - l'enfant doit avoir vécu	p. 71
V-A-2 - l'enfant est nouveau-né et viable	p. 73
V-A-3 - durée de survie extra-utérine et date de la mort	p. 76
V-A-4 - recherche de la mort criminelle	p. 78
V - B - Examen de la mère	p. 81
V-B-1 - examen somatique	p. 81
V-B-2 - les examens complémentaires	p. 83
V - C - Examen psychiatrique et psychologique de la mère	p. 84
VI - DISCUSSION	p. 87
VI - A - La famille d'origine	p. 90
VI-A-1 - conclusions des observations	p. 90
VI-A-2 - comparaison aux données de la littérature	p. 92

VI - B - L'inculpé	p. 97
VI-B-1 - le profil	p. 97
VI-B-2 - la personnalité	p. 98
VI-B-3 - dans la littérature	p. 99
VI - C - Les conditions du crime	p. 106
VI-C-1 - conclusions des observations	p. 106
VI-C-2 - dans la littérature	p. 107
VI - D - Les motivations	p. 108
VII - LE MEDECIN CONFRONTE A L'INFANTICIDE ET LE SYSTEME DE PREVENTION	p. 112
VII - A - Le médecin confronté à l'infanticide	p. 113
VII - B - La prévention	p. 119
VII-B-1 - la contraception	p. 119
VII-B-2 - l'avortement	p. 120
VII-B-3 - la législation sociale	p. 120
VIII - CONCLUSION	p. 124
BIBLIOGRAPHIE	p. 126

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.