



Février 2011

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

Anne Tursz, Inserm—CNRS

Avec la collaboration de :

LAURENCE SIMMAT-DURAND

PASCALE GERBOUIN-RÉROLLE

NATACHA VELLUT

JON COOK

LES MORTS VIOLENTES DE NOURRISSONS : TRAJECTOIRES DES AUTEURS, TRAITEMENT JUDICIAIRE DES AFFAIRES¹

SYNTHESE DU RAPPORT

Préparé par *Anne Tursz (Cermes / Cermes3)²*

Avec la collaboration de :

Pascale Gerbouin-Rérolle, Jon Cook (Cermes / Cermes3)

Laurence Simmat-Durand, Natacha Vellut (Cesames / Cermes3)

Le 25 février 2011

La connaissance scientifique de la maltraitance envers les enfants en France est quasi inexistante, tant dans sa dimension épidémiologique que dans celle du contexte psycho-affectif et socio-économique de vie des enfants. De ce fait, la fréquence de ce qui est en réalité un véritable problème de santé publique, reste inconnue, qu'il s'agisse de sa forme extrême (la maltraitance mortelle) [1, 2], de la maltraitance en général ou des situations de danger [3]. Les seuls chiffres accessibles actuellement portent sur les enfants qui font déjà l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire et sont des chiffres très globaux [3]. Notamment, il n'y a pas de source d'information qui donne des détails précis sur les facteurs de risque et les caractéristiques des atteintes, des enfants et des familles. S'il existe quelques travaux français de qualité sur le devenir de ces enfants [4, 5], en revanche, le lancement par l'ONED d'études approfondies, visant à identifier avec précision les caractéristiques des enfants en danger et des familles maltraitantes, a été retardé du fait de mouvements hostiles de la part de syndicats du secteur médico-social [6]. Finalement, des données qui devraient être de type scientifique ne sont connues du grand public qu'à travers les médias qui ne s'attachent qu'aux cas « sensationnels » (bébés congelés et autres enfants trouvés emmurés...) et ne présentent donc de la maltraitance qu'une vision totalement biaisée du problème.

Curieusement, même les cas de morts par maltraitance sont mal connus du fait d'une pauvre fiabilité des statistiques de mortalité sur ce sujet, elle-même liée à la certification imprécise des causes de décès par les médecins. Pourtant ces cas mortels présentent des caractéristiques particulièrement intéressantes : ils appartiennent pour la plupart à ce qu'on peut nommer « la maltraitance cachée » (le fameux « chiffre noir de la maltraitance » [7]), car presque tous ces enfants meurent très jeunes et n'ont généralement pas eu le temps d'être connus du système de protection de l'enfance, et la plupart ne sont donc pas répertoriés dans les données statistiques issues du système mis en place à partir des Conseils généraux. De plus, un grand nombre d'entre eux font l'objet d'un traitement judiciaire, et cette source d'information, très différente de celles liées à la prise en charge sociale, permet de voir apparaître un autre profil des parents, notamment sur le plan

¹ Le projet accepté par l'ONED s'intitulait « Étude épidémiologique et sociologique du traitement judiciaire des morts de nourrissons ». Ce nouveau titre est lié à un recentrage du sujet à l'issue de la phase de faisabilité de la recherche.

² CERMES3 : Centre de Recherche Santé, Santé Mentale, Société. CNRS-UMR8211, Inserm U988, EHESS, issu de la fusion du Cermes (Centre de Recherche Médecine, Sciences et Société. CNRS-UMR8169, Inserm U750) et du Césames (Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société. CNRS-UMR8136, Inserm U611).

socio-économique. Une enquête sur « les morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an »³ [1, 2], mise en place par le Cermes, a apporté d'autres informations sur la maltraitance mortelle, les résultats montrant : l'importante sous-estimation des néonaticides et des infanticides en général en France [8] ; la prédominance des facteurs psycho-affectifs sur les facteurs socio-économiques dans la survenue des sévices mortels et des différences dans les caractéristiques des auteurs suivant le type d'infanticide [2] ; l'existence d'antécédents de maltraitance (parfois connus, notamment du système de santé) chez les enfants décédés et la fréquence élevée des répétitions dans une même fratrie [2, 8]. Ces derniers phénomènes s'expliquent notamment par des problèmes de coordination entre médecine, justice et services sociaux et par une sous-investigation, tant par le système de soins que par la justice, des cas d'enfants morts précocement et le plus souvent de façon inattendue. C'est la partie judiciaire de cette enquête du Cermes qui sert de base au projet dont les résultats sont résumés ici.

Dans une optique de prévention des répétitions de mauvais traitement mortels et, de façon plus générale, de prévention aussi précoce que possible de la maltraitance, il a paru à l'équipe du Cermes que plusieurs pistes nouvelles devaient absolument être creusées, et on s'est notamment posé les questions suivantes : peut-on définir le profil des familles vulnérables à risque de devenir maltraitantes ? Peut-on identifier les raisons des « loupés » observés tant dans la collaboration entre secteurs que dans le traitement judiciaire de certaines affaires ? Le traitement judiciaire des cas et l'utilisation de l'expertise sont-ils propres à contribuer à la prévention de la récurrence ? Une partie des éléments pour répondre à ces questions était présente dans la base de données constituée lors de l'enquête du Cermes, mais y manquaient certaines informations permettant de reconstruire les trajectoires des auteurs et la prise en charge judiciaire des cas. D'autre part l'analyse relevait principalement d'une approche de santé publique et la dimension des sciences humaines et sociales était insuffisamment développée. La présente recherche se caractérise donc par une collecte complémentaire de données, visant à reconstituer l'exhaustivité de chaque dossier inclus dans l'enquête, et par l'apport du point de vue de disciplines nouvelles : la sociologie, la démographie, la psychologie. Le projet a ainsi été élaboré conjointement par l'équipe initiale du Cermes et par le Cesames, celui-ci impliquant plus particulièrement Laurence Simmat-Durand, démographe et sociologue [9, 10], et Natacha Vellut, psychologue [11].

Les objectifs

Ils visent à répondre à trois types de problématiques, et plus spécifiquement à analyser :

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

³ Enquête épidémiologique rétrospective menée dans trois régions (Bretagne, Île de France, Nord Pas de Calais), portant sur les années 1996-2000 et recoupant les données sur les morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an en provenance de 3 sources : les hôpitaux accueillant des enfants décédés, les tribunaux, les statistiques des causes médicales de décès (CépiDc-Inserm).

Il s'agissait donc de :

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

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

Le protocole de recherche

Sa faisabilité a été testée et il a été affiné à l'issue d'une phase de faisabilité qui a été réalisée dans la juridiction de Versailles.

La population d'étude

L'étude porte sur les deux groupes d'enfants identifiés comme majoritaires parmi les morts violentes dans la précédente enquête : les victimes du syndrome du bébé secoué (SBS) et les victimes de néonaticide, regroupées dans 18 des 26 parquets précédemment inclus (pour la période 1996-2000). Pour ces deux types d'infanticides, on a pris en compte les cas reconnus comme tels par la justice et ceux identifiés par le comité scientifique de pilotage de la première recherche (soit 4 cas de SBS et 5 de néonaticides). Dans une optique de comparaison éclairante sur la notion d'intentionnalité, on a aussi inclus dans la population d'étude les enfants décédés de négligences graves (décès généralement considérés comme « accidentels » par la justice). Enfin les cas de « mort subite du nourrisson » (MSN) dont le diagnostic a été porté sans autopsie dans ces mêmes parquets sont également inclus, avec un objectif d'analyse des informations recueillies et des outils diagnostics utilisés. De plus, le recueil a été étendu aux cas enregistrés par le parquet des mineurs de Paris au cours de la période 2001-2005. L'objectif est d'identifier d'éventuelles évolutions dans les pratiques

professionnelles, notamment vis-à-vis du SBS, de mieux en mieux connu au fil de ces années. La répartition des cas par type de décès, région et cour d'appel est indiquée dans le tableau ci-dessous.

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

Le recueil des données

Il s'est avéré beaucoup plus délicat que lors de la première étude, notamment du fait de réticences dans certaines juridictions à l'époque de la réforme de la carte judiciaire. De nombreuses autorisations ont donc dû être redemandées. De plus des problèmes de financement ont arrêté l'étude par deux fois pendant plusieurs mois⁴. Enfin on s'est heurté à des problèmes de dossiers détruits, perdus ou incomplets.

Toutes les sources judiciaires ont été investiguées : dossiers des parquets, de l'instruction, du tribunal correctionnel, de la cour d'assise, de la cour d'appel, du service pénitentiaire d'insertion et de probation, du service de contrôle judiciaire (le recueil nécessitant un examen systématique et minutieux de toutes les pièces de chaque dossier). Pour chaque enfant, la totalité du dossier judiciaire a été enregistrée selon diverses modalités (divers outils de recueil ont été testés, notamment l'enregistrement par dictaphone associé à un logiciel de reconnaissance vocale et la recopie). La remise de copies de certaines pièces des dossiers a été possible, conformément aux articles R.155 1°, R.156 du code de procédure pénale qui permettent la communication des décisions de justice pénale (arrêts, jugements, ordonnances pénales définitifs et titres exécutoires). Les pièces essentielles de la procédure ont donc été enregistrées avec le souci d'être aussi exhaustif que possible. Il s'agit principalement de : procès-verbaux d'audition et de constatation des faits par la police judiciaire ; procès verbaux d'audition par le juge d'instruction ; rapports des expertises médicales, techniques, psychiatriques et psychologiques et des enquêtes de personnalité ; comptes-rendus d'autopsie, résultats d'autres investigations scientifiques ; réquisitoires, ordonnances, jugements, pièces apportant des éléments d'information sur les antécédents et le suivi des auteurs.

⁴ La recherche bénéficie de 4 financements, par : l'ONED, la Région Île de France, la Fondation pour la recherche en psychiatrie et en santé mentale, la Fondation Wyeth pour la santé de l'enfant et de l'adolescent. Il convient de noter que le montant total du financement, **hors contribution des unités de recherche**, est de 139 512 Euros, alors que le montant attendu était de 254 720 Euros (et promis de 224 720 Euros).

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

Un recueil de données auprès d'acteurs extrajudiciaires (entretiens auprès de médecins hospitaliers, de personnels de l'ASE et de la PMI) a aussi été envisagé pour compléter l'analyse des circuits de signalement.

L'analyse

Quatre bases de données ont été créées et se prêtent, selon les cas, à des analyses de type quantitatif (sous Excel et Modalisa⁵) et qualitatif (sous NVIVO⁶) :

- **Un fichier d'inventaire du dossier judiciaire** (sous Excel) recensant de façon exhaustive toutes les pièces présentes dans le dossier judiciaire ;
- **Une base de données quantitatives** (créée sous Modalisa6) décrivant les caractéristiques démographiques des nouveau-nés ; les caractéristiques sociodémographiques des familles ; celles des autres personnes éventuellement mises en cause ; la procédure judiciaire ;
- **Une base de données qualitatives** (sous NVIVO8) comportant un ensemble de fichiers texte correspondant à la retranscription et anonymisation des pièces essentielles de la procédure, en vue d'une analyse lexicale et de contenu ;
- **Une base de données des expertises sur les personnes.** Cette base peut faire l'objet d'une double analyse : 1) de type quantitatif (sous Modalisa6) ; 2) de type qualitatif (analyse de contenu et études de cas).

Les résultats

Compte tenu des difficultés rencontrées (retards indépendants de notre volonté mais surtout insuffisance des financements), le rapport ne peut prétendre à l'exhaustivité des résultats. Des choix ont donc été faits afin que ce rapport soit le reflet le plus exact possible de l'ensemble des problématiques rencontrées et analysées. Il comporte donc : 1) une description quantitative des caractéristiques des enfants victimes ; du lieu de survenue du décès ; des investigations pratiquées et des conclusions de la procédure judiciaire ; 2) une analyse des durées de la procédure judiciaire et des parcours des cas ; 3) une analyse critique, à partir d'études de cas, de l'apport de l'expertise médico-légale à la décision judiciaire ; enfin, 4) une analyse détaillée des cas de néonaticides (population des enfants, caractéristiques des familles, trajectoires, expertises psychiatriques). Ce choix d'aborder de façon détaillée les cas de néonaticides est justifié par l'intérêt médiatique récent et intense qui s'est développé sur ce sujet (notamment à partir de l'affaire Courjault et de

⁵ Modalisa6 est un logiciel permettant la création de questionnaires, la saisie, le recodage et l'analyse statistique des données quantitatives.

⁶ NVivo8 est un logiciel permettant l'exploration, le codage et l'analyse qualitative de données de différente nature (textes, images, sons)

l'affaire Cottrez en juillet 2010 dans le Nord de la France). On rapportera ci-dessous une brève synthèse des l'ensemble de ces résultats (détaillés dans le rapport lui-même).

Lors du décès ou de l'évènement déclencheur du décès de l'enfant, les premiers intervenants sont très majoritairement (dans plus de 2/3 des cas) le SAMU et/ou les pompiers qui sont tenus d'alerter la police ou la gendarmerie. Ces professionnels ont une influence certaine sur ceux de la justice, notamment en contribuant à l'élaboration de ces stéréotypes sociaux supposés être associés à une « impossibilité » de violences envers les enfants (« logement propre et bien tenu », « enfant est bien tenu », « parents vivant en couple »). Exceptionnellement le premier intervenant est un médecin de famille, ce qui ne signifie pas que ce résultat soit le reflet de la réalité. Il est parfaitement envisageable que les médecins libéraux soient beaucoup plus souvent concernés mais que ceux connaissant bien la famille n'alertent pas le parquet, d'où un probable biais social dans le recrutement des cas recensés auprès du système judiciaire et une sous-représentation des familles les plus favorisées. On sait en effet qu'il existe un important déficit du signalement parmi les médecins libéraux [2] et il est, pour eux, tout spécialement délicat d'avoir à affronter une suspicion de maltraitance chez un « pair social ». Dans une revue des « barrières » qui empêchent les médecins de repérer et signaler la maltraitance des enfants, il est noté que le fait de partager des caractéristiques avec une famille, tout particulièrement la classe sociale, rend encore plus difficile l'assimilation du parent à un auteur de mauvais traitements [12].

Notre recherche montre la grande variabilité de la durée des diverses phases de la procédure selon les cours d'appel. Ce résultat soulève bien des questions : ce fait est-il lié aux moyens en personnels, en expertise..., variables selon les tribunaux ? Est-il « personne-dépendant », ce que laisse envisager une affaire du Nord, d'une durée totale de 9,5 années, dans laquelle la juge d'instruction a convenu de sa responsabilité dans le retard accumulé tout au long de la procédure ?

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

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

(radio du crâne, scanner) s'il n'y a pas de lésions externes visibles, d'où un probable sous-diagnostic du SBS sans impact.

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

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

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

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

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

L'expertise joue potentiellement un tel rôle dans le déroulement des affaires judiciaires qu'on ne peut qu'être frappé par le peu d'informations dont on dispose actuellement en France sur les experts eux-mêmes. En effet, à la question « Qui sont les experts ? », question en apparence simple, il n'est actuellement pas possible de répondre de façon documentée et actualisée [13].

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

Notre étude révèle des aspects bien spécifiques des néonaticides. Les cadavres étaient, pour la plupart, soigneusement cachés et destinés à ne pas être retrouvés. Il a d'ailleurs été impossible d'identifier un tiers des mères. C'est également la situation décrite, en Finlande, par Putkonen qui a noté que 93 % des femmes ont tenté de cacher le néonaticide [14].

Les mères mises en cause appartiennent à tous milieux sociaux (et pourtant de solides stéréotypes sociaux persistent dans la conduite des enquêtes) ; peu sont très jeunes, l'âge moyen étant de 26,7 ans (âge néanmoins légèrement inférieur à celui des femmes de l'enquête nationale périnatale (29,5 ans en 2002) [15] ; elles sont, pour la plupart, multipares (« C'est une bonne mère », peut-on lire au sujet de l'une d'elle et ceci s'applique à plusieurs) ; plus de la moitié ont une activité professionnelle et plus de la moitié également vivent avec le père.

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

Toutes ont caché leur grossesse à leur entourage et toutes, sauf trois, ont accouché clandestinement. En fait, le néonaticide apparaît comme la seule issue face à une grossesse non désirée, mal vécue, difficile pour des raisons diverses (crainte de scandaliser leur famille, de perdre un compagnon, de renoncer à un mode de vie considéré comme satisfaisant, impossibilité d'anticiper la naissance d'un enfant). En ne déclarant pas la grossesse, en ne la faisant pas suivre médicalement, en n'envisageant pas successivement l'IVG, l'accouchement sous X, en étant incapables de la moindre demande d'aide, ces femmes se sont enfermées dans une impasse et se sont condamnées au seul dénouement possible : un accouchement dans la solitude conduisant à la perpétration d'un néonaticide. La grande absente de notre étude est la contraception, sous ses différentes formes. Elle n'est guère évoquée dans les dossiers (et si oui, généralement en négatif) dans un pays qui est pourtant celui au monde qui propose la plus grande offre de moyens contraceptifs [16]. Les néonaticides peuvent apparaître dès lors comme une forme d'échec contraceptif dans un contexte

d'isolement psychoaffectif extrême chez des femmes, on l'a vu, déjà mères de plusieurs enfants et ayant souvent dépassé la trentaine. Très solitaires et souvent déprimées, elles n'avaient probablement pas une entière maîtrise de leur vie ni de leur sexualité.

Les études sur les néonaticides sont d'une part rares, d'autre part de méthodologies très diverses, donc de comparaison délicate, notamment quant aux caractéristiques des mères. Elles ont toutes en commun d'être rétrospectives, le faible nombre de cas imposant l'exploration de longues périodes de temps, d'où l'importance de la qualité des sources d'information. Les mères sont plus âgées dans notre étude que dans celle de Herman-Giddens (aux États-Unis) où l'âge moyen est de 19.1 ans et où ¼ des femmes ont moins de 18 ans [17]. Cette différence est à replacer dans le contexte général des grossesses précoces, phénomène beaucoup plus rare en France qu'aux États-Unis. Dans notre étude plus de la moitié des mères vivent avec le père de l'enfant, alors que seulement 21 % sont mariées dans l'étude d'Herman-Giddens. En cohérence avec l'âge et le statut marital, la parité des femmes est plus élevée dans l'étude française que dans celle de Herman-Giddens (65 % de primipares vs 35 % dans notre étude, résultat également trouvé par Putkonen). La répartition des catégories professionnelles des femmes auteurs de néonaticides dans notre étude est identique à celle de la population générale et 13 femmes sur 17 ont une activité professionnelle. Les résultats de notre étude sont bien loin de ce qui est décrit dans les revues de la littérature sur les mères néonaticides : des femmes jeunes, primipares, pauvres, souvent non mariées et vivant chez leurs parents.

Toutes les études « en population » sont concordantes pour affirmer la rareté des troubles mentaux (psychose avérée ou structure psychotique, dépression grave). Les troubles le plus souvent retrouvés sont des troubles de la personnalité : dans 10 cas sur 44 dans l'étude de Putkonen, notamment. Des antécédents de maltraitance dans l'enfance des mères néonaticides, que nous n'avons pas retrouvés, sont surtout observés dans les études menées en milieu psychiatrique, comme celle de Spinelli, portant sur 16 femmes dont 10 présentaient une pathologie dissociative et chez qui on a retrouvé 9 cas d'abus sexuels et 6 cas de violences physiques dans l'enfance [18].

Le problème du déni de grossesse est central dans les études menées à partir de services de psychiatrie [18]. Dans notre recherche, on voit bien à quel point la définition de cette pathologie est complexe et combien il est important de répéter les expertises dans le temps pour permettre aux femmes de sortir d'une phase de sidération initiale et de se pencher sur le vécu de leur grossesse. Si le déni total est très rare, il n'y a en revanche le plus souvent pas de représentation de l'enfant.

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

Perspectives

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

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

Ensuite, il convient de trouver des stratégies pour aller au devant des femmes vulnérables, par leur repérage lorsqu'elles consultent un professionnel de santé, notamment un médecin généraliste, quel que soit le motif. Ceci peut se faire notamment par l'apport d'éléments sur le profil psychologique qui s'est dégagé de notre étude dans les outils et programmes de formation continue.

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

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

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

de néonaticides et laisser les femmes seules responsables d'un crime dont ils sont forcément, dans la plupart des cas, complices ?

Références bibliographiques

1. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Beauté J, Romano H. Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspects de nourrissons de moins de 1 an ? Étude auprès des parquets. Rapport final à la Mission de recherche Droit et Justice. Ministère de la Justice. Cermes ; 2005 : 61 pages + annexes. http://www.gip-recherche-justice.fr/catalogue/PDF/rapports/137-RF_Tursz_2005_Final.pdf
2. Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris, 2010. Éditions du Seuil.
3. Tursz A, Gerbouin-Rérolle P. Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France. Paris, 2008, Éditions Lavoisier.
4. Coppel M, Dumaret AC. Que sont-ils devenus ? Les enfants placés à l'œuvre Grancher. Analyse d'un placement familial spécialisé. Paris, 1995, Éditions Eres.
5. Dumaret AC, Donati P, Crost M. Sortie du placement en village d'enfants et insertion ultérieure: quelles relations ? Rapport final à la Direction générale de l'Action sociale. Cermes, avril 2007.
6. Association Nationale des Assistants de Service Social. Dossier « Fiches ONED ». Quand l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) va au-delà de la loi, bafoue le droit des citoyens et fait courir des risques juridiques aux Départements et aux travailleurs sociaux. 15 avril 2009. Site Internet : <http://www.anas.fr>
7. Guyavarch E. Une estimation du « chiffre noir » de l'enfance en danger par le biais des enquêtes de victimation. Note 1. ONED 2008. www.oned.gouv.fr – contact@oned.gouv.fr
8. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook J M. Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse and Neglect* 2010; 34: 534-544.
9. Simmat-Durand L. Mère négligente, mère abusive, les représentations de la femme usagère de drogues, in : L. Simmat-Durand (dir.), Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales. Paris, 2009. L'Harmattan, p. 121-142.
10. Simmat-Durand L, Toutain S, Vellut N, Genest L., Crenn-Hebert C., Simonpoli A.-M., Miossec E., Lejeune C., Analyse des données maternelles et obstétricales dans une cohorte rétrospective de 170 nouveaux-nés de mères polyconsommatrices, Île-de-France, 1999-2008, *Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction*, 2010, 39(8) : 647-655.
11. Le Nestour A, Vellut N. Données expertales de néonaticides. *Enfances & Psy* 2010 ; 3 (n° 48) : 137-143.
12. Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatric Annals* 2005; 34: 349-356.
13. Dumoulin L. Quelques problèmes sociologiques autour de l'expertise et de l'expertise judiciaire. *Recherche Droit et justice* 2010; 35: 8-9.
14. Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Collander J, Santilla P, Eronen M. Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought - neonaticides in Finland 1980-2000. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10: 15-23.
15. Ministère des Solidarités de la santé et de la famille. La situation périnatale en France en 2003, Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale: Études et résultats. N° 383, mars 2005. Paris, Drees.
16. Bajos N, Ferrand M. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Paris, 2002. Éditions Inserm, Collection Questions en santé publique.
17. Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD. Newborns killed or left to die by a parent: a population-based study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2003; 289: 1425-1429.
18. Spinelli MG. A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 811-813.