



# Comité National de l'Enfance

13 boulevard Lefebvre 75015 Paris

## LES NÉONATICIDES

Conférence présidée par

**le Docteur Jean LAVAUD**

Président du Comité National de l'Enfance

avec la participation

**du Professeur Michel ROUSSEY**

Professeur de pédiatrie. Université de Rennes.

Cellule d'Accueil Spécialisé pour l'Enfance en Danger (CASED) CHU de Rennes.

Expert près la Cour d'appel de Rennes.

*Introduction*

**du Professeur Israël NISAND**

Chef de service de Gynécologie-Obstétrique. CHRU de Strasbourg

*Néonaticide et déni de grossesse*

**du Docteur Jacques DAYAN**

Pédopsychiatre. Inserm U923 Université de Caen et

Centre Hospitalier Guillaume Rognier, Université de Rennes

*Psychopathologie des néonaticides*

**De Madame Marie-Agnès CRÉDOZ**

Présidente du Tribunal de Grande Instance de Nancy

Et ex-présidente des Cours d'assises de Franche-Comté

*Expérience personnelle dans les situations de néonaticide*

**du Docteur Martine BALENÇON**

CASED CHU Rennes

Hôpital Sud 16 Bd de Bulgarie 35203 Rennes

*Les nourrissons vivant en détention auprès de leur mère*

1<sup>er</sup> décembre 2010



**DOCTEUR JEAN LAVAUD**

Pour ce sujet - extrêmement sensible - auquel nous réfléchissons depuis au moins trois ans, nous souhaitons trouver des gens particulièrement compétents.

Michel ROUSSEY, ici présent, professeur de pédiatrie au CHU de Rennes et Président du Comité départemental de l'Enfance d'Ille-et-Vilaine, a bien voulu prendre les choses en main et organiser cette conférence. Je vais donc laisser les hommes de l'art parler. Vous le savez, il y a eu beaucoup d'actualités dans ce domaine ces derniers temps. Je veux juste vous dire qu'ayant des origines corréziennes, une arrière grand-mère me racontait que lorsque les enfants décédaient à la naissance, on les enterrait dans la cour de la ferme et c'était comme une bénédiction pour la famille, car mort-né, c'était un enfant de moins à nourrir ! Elle-même en avait eu 13...

Michel ROUSSEY va lui-même vous présenter les différents intervenants et introduire le sujet.



## **PROFESSEUR MICHEL ROUSSEY**

Comme vient de vous le rappeler Jean LAVAUD, ce problème de néonaticide existe depuis bien longtemps ; encore cet été, vous avez entendu parler de cette affaire très médiatique dans le nord de la France, suite notamment à l'affaire dite des bébés congelés.

C'est un sujet qui est vieux comme le monde et je crois qu'il est intéressant d'essayer de comprendre ce qui se passe.

Tout d'abord, il faut bien faire la différence avec les infanticides et ne pas confondre les néonaticides avec la maltraitance classique ; il y a effectivement beaucoup d'enfants qui sont battus, frappés et tués mais qui ont déjà quelques jours, quelques semaines ou quelques mois d'existence. Dans le sujet qui nous préoccupe aujourd'hui, on parle d'homicides de nouveau-nés qui sont tués immédiatement après la naissance avec un déni plus ou moins important de grossesse et c'est le sujet de cette table ronde.

C'est vrai, lorsque cela arrive, cela soulève tout à la fois de l'émotion, de l'incrédulité, de l'incompréhension, de la révolte au sein de la population parce qu'il est difficile de comprendre que cela puisse encore arriver à notre époque alors qu'il existe la contraception et que l'IVG est légalisée. Les exposés que vous allez entendre vont vous rappeler que tout cela est beaucoup plus complexe que ce qu'on veut bien dire. Nous avons fait appel à des spécialistes, tous experts près des Tribunaux, et une magistrate :

- Tout d'abord, le Pr. Israël NISAND, que tout le monde connaît, est gynécologue-obstétricien à Strasbourg, et parlera du déni de grossesse ;
- On enchaînera avec le Dr. Jacques DAYAN, qui est pédopsychiatre à la fois à Caen et à Rennes et qui vous parlera de son expérience car il a été expert plusieurs fois dans ce domaine ;
- Ensuite, nous donnerons la parole à une magistrate, Mme Marie-Agnès CREDOZ, qui a eu la gentillesse d'accepter notre invitation. Marie-Agnès CREDOZ est aujourd'hui Présidente du Tribunal de Grande Instance de Nancy, mais elle a présidé les Cours d'Assises de Franche-Comté pendant 10 ans. Elle a donc eu à juger ce type d'affaires.
- Puis, on terminera par une note d'espoir avec Martine BALENÇON, qui travaille avec moi et qui est pédiatre à la Centrale des femmes à Rennes. Elle vous expliquera comment l'on tente de prendre en charge ces femmes qui sont emprisonnées pour néonaticides et qui ont des grossesses en prison.

Je passe immédiatement la parole à Israël NISAND.

## **PROFESSEUR ISRAEL NISAND**

Merci Michel ROUSSEY de cette introduction très flatteuse ; je suis un peu ému devant un public qui n'est pas le mien habituellement et je dois dire que je voudrais vous transmettre la passion que j'ai depuis une trentaine d'années pour cette pathologie qu'est le déni de grossesse et l'expérience que j'en ai tirée sur cette catégorie là de néonaticides qui sont un petit peu particuliers.

Tout d'abord, quelques généralités sur le déni de grossesse : il se définit comme étant une grossesse qui se développe à l'insu de la femme.

Nous sommes confrontés actuellement en France, mais aussi sur toute la planète, à ce que j'appellerai le déni du déni parce que c'est une pathologie qui est grave, fréquente et mal connue. Quand on en fait un peu la littérature, on s'aperçoit qu'il n'existe que très peu de choses dessus. Elle est d'autant plus mal connue qu'elle donne lieu à une incrédulité ubiquitaire. Les médecins, les magistrats, le corps social, les voisins, la famille sont dans l'incrédulité face à cette pathologie qui a la particularité de nous montrer - et c'est sans doute la raison du déni du déni - la puissance du psychisme. Sans doute n'avons nous pas tous envie de voir à quel point le psychisme peut induire, y compris des changements sur notre morphologie.

Le déni de grossesse remet en question la norme de la bonne mère - on va y revenir.

Personnellement, je le vois comme un symptôme, comme la fièvre. Il y a 150 causes de fièvre, il y a 150 causes de déni de grossesse ; et quand on a dit déni de grossesse, on a rien dit sur la cause. On peut même estimer qu'il s'agit d'un syndrome car quand on voit beaucoup de femmes qui ont eu des dénis et surtout des dénis graves, il y a comme une espèce de perte - d'une certaine manière - de la féminité. Comme s'il y avait sur le domaine de la communication en tant que femme, en tant qu'être désiré, comme un petit effacement.



Mais je préfère dire que c'est un symptôme, symptôme qui est contagieux parce que l'entourage est toujours dupé, abusé, voire complètement dépassé.

Donc grand spectre de causes et très peu de littérature pédagogique ;

Pour entrer plus loin dans le sujet, on peut dire que dans l'espèce humaine qui est une espèce parlante, il ne suffit pas qu'il y ait la rencontre des gamètes pour qu'il y ait un enfant. Il suffit qu'il y ait cette rencontre des gamètes pour que quelque chose se développe dans l'utérus mais si cela n'est pas accompagné d'une grossesse psychique, il n'y a pas d'enfant.

La grossesse psychique est très facile à repérer : les femmes reviennent avec l'échographie et disent : « il bouge beaucoup, il va ressembler à grand-père, il va être nerveux comme grand-mère, etc... ». C'est le « film » qui se fait au début de la grossesse et qui est la grossesse psychique.

Lorsqu'il y a une grossesse physique sans grossesse psychique, c'est un déni de grossesse.

L'inverse existe également ; il faut être un peu ancien pour l'avoir vu. Au début de mon internat, j'ai vu ce qu'on appelle une grossesse nerveuse, c'est-à-dire une grossesse psychique, sans grossesse physique.

La grossesse nerveuse a bien évidemment disparu dans nos contrées puisque lorsqu'une femme est enceinte aujourd'hui, elle a du mal à éviter l'échographe !

Les échographies ont fait disparaître ce symptôme qui apparaissait chez des femmes très désireuses d'être enceintes mais sans succès et qui, pourtant, arrivaient à être en aménorrhée, à avoir un gros ventre, etc... Lorsqu'on faisait une échographie au 7<sup>ème</sup> mois, on s'apercevait que l'utérus était vide et ces femmes se dégonflaient en quelques heures.

Par contre, le déni de grossesse lui n'a pas disparu et à mon avis ne risque pas de disparaître.

L'épidémiologie du déni de grossesse :

il existe une belle étude autrichienne qui donne 1 déni pour 500 grossesses, ce qui est donc loin d'être rare ; mais je considère que cette étude sous-estime la réalité car elle ne prend pas en compte les dénis de grossesse qui se révèlent au premier trimestre de la grossesse. Or, j'ai l'impression que c'est la moitié des dénis de grossesse car, en faisant une petite étude dans mon service sur les IVG tardives, c'est-à-dire des femmes qui arrivent à 14 semaines, la moitié d'entre elles étaient en fait en déni de grossesse et ce n'est que par hasard qu'on a découvert leur grossesse.

Le déni de grossesse est donc une pathologie fréquente, parfois récurrente, la même cause entraînant les mêmes effets. Le déni va se reproduire parce qu'on n'a pas tendu la main à ces femmes.

Il n'y a pas de prise en charge adaptée parce que les causes sont tellement variables, et l'on distingue trois formes cliniques de gravité croissante :

- celles qui se terminent par une IVG tardive, justement parce qu'on a eu la chance de découvrir la grossesse au premier trimestre.

- celles, plus avancées, où la révélation de la grossesse se fait plus tardivement, et là, le choix qui est proposé aux femmes est soit l'abandon de l'enfant, soit une prise en charge tardive avec toutes les difficultés que cela comporte. J'entends par prise en charge l'adoption par la mère du fœtus qu'elle porte.

- et enfin, il y a des dénis qui vont jusqu'au troisième trimestre et qui parfois même recouvre l'accouchement. C'est dans ces situations qu'il y a danger et l'on estime aujourd'hui que lorsque le déni recouvre l'accouchement, il y a 25% de morts néonatales et ces morts néonatales vont faire l'objet de mon exposé.

Donc, il n'y a aucune généralisation possible quand on parle de déni de grossesse, comme cela a été le cas dans l'affaire COURJAULT. Il y a eu beaucoup de monde à parler à la place de Mme COURJAULT qui, elle, n'avait pas parlé ; l'on a dit n'importe quoi sur son histoire. Or, quand on parle à la place des gens, on les considère comme des objets et non comme des sujets. Il n'y a que Mme COURJAULT qui pourra peut-être – un jour, si elle peut – arriver à dire ce qui s'est passé et pourquoi cela lui est arrivé.

On ne peut pas non plus établir de généralisation sur l'âge : il y a des femmes toute jeunes et des femmes de la quarantaine, voire plus.

On ne peut pas plus faire de généralisation sur l'histoire personnelle. Il y a pas mal de femmes qui ont subi des violences sexuelles dans leur enfance, pendant l'adolescence ou avec leur conjoint, mais cela ne concerne que la moitié d'entre elles.



Il y a toujours des causes psychiques - cela n'arrive pas à n'importe qui - rassurez-vous. Et quand la grossesse est révélée, on est dans l'après déni. Cela pose un autre problème car lorsqu'on éclaire la scène du déni, on est d'ores et déjà dans un autre tableau.

Souvent, des psychiatres qui voient les femmes bien longtemps après un déni ou qui découvrent un déni dans l'histoire d'une patiente qu'ils suivent, ils ne sont pas dans la situation aigüe de la révélation d'une grossesse. Et donc pour connaître le déni de grossesse, il faut être sage-femme ou psychiatre dans une maternité parce que là on en voit, et on en voit souvent.

Deux généralisations sont tout de même valables et, à mon sens, les deux seuls crédibles :

- c'est tout d'abord l'incrédulité dommageable de tous, et surtout le fait qu'il y ait un point commun à tous les dénis de grossesse : c'est la réponse d'une femme à une souffrance indicible ; toutes ces femmes sont en très grande souffrance et le déni les protège de quelque chose qui les agresse terriblement.

Il existe aussi les grossesses cachées mais pour moi cela n'a rien à voir avec un déni.

Il n'y a pas si longtemps on a eu l'histoire de l'épouse du boulanger à qui le mari avait dit : « deux enfants, cela suffit » ; elle avait eu un accident de contraception et avait fait suivre sa grossesse secrètement ; lorsque le boulanger est descendu au mitron à 2 h du matin, elle est venue accoucher. Elle avait dit : « je reviendrai pour la vente des petits pains » et n'est jamais revenue. Cela, c'est une grossesse cachée pour des raisons sociales ; ce n'est pas un déni. Le déni de grossesse est toujours une pathologie psychique. Il a quelque chose de très important à connaître, surtout par les magistrats qui tentent toujours de faire admettre à la femme qu'à certains moments, elle se rendait bien compte qu'elle était enceinte.

Mais, comme le déni - oui - est un mécanisme actif d'oubli, comme la mer qui efface les ridules sur le sable de la plage, les femmes disent « oui, je m'en rendais compte à certains moments, mais le lendemain j'avais oublié ». Cela ne permet pas de distinguer une préméditation. Le déni est un mécanisme actif d'oubli.

Je voudrais juste vous rappeler que la filiation se définit selon trois axes :

- un axe biologique : les produits du corps, la reproduction, les spermatozoïdes, la PMA... Il n'y a pas d'enfantement médicalement assisté, il n'y a que la Procréation Médicalement Assistée.

- un axe juridique : c'est la loi qui dit qui est fils ou fille de qui, qui est père ou mère de qui.

- Et puis, un axe psychique ; pour moi, c'est l'axe psychique le plus important, car, lorsqu'il n'existe pas, on a beau être fille ou fils de telle femme biologiquement, on a beau être mis au monde par telle femme, s'il n'y a pas le mécanisme d'adoption : « ce qui sort de moi, c'est mon enfant » et cela c'est un acte de parole, il n'y a pas d'enfantement. On entend : « c'est un morceau de viande, c'est une tumeur, cela m'a fait mal au passage, cela fait du bruit, j'arrête le bruit... » S'il n'y a pas l'axe psychique de la filiation, il n'y a pas de maman, il y a une procréation éventuellement mais pas d'enfantement.

Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant. Pour attendre un enfant, il faut qu'il y ait eu un mécanisme psychique de recouvrement de l'évènement qui se passe dans le corps de la femme. Je suis enceinte, c'est un évènement ; un bon évènement, cela va m'amener à accoucher, un mauvais évènement, cela va m'amener à l'IVG ; mais c'est un évènement.

Chez la femme en déni, il n'y a pas d'évènement, il n'y a rien qui se passe ; rien n'est disable.

Cet axe psychique se construit dans le temps, il n'est pas très simple et les séismes filiatifs que nous observons nous montrent bien que sans l'axe psychique, rien ne se fait.

Donc, distinguons bien procréation et enfantement : la procréation, c'est l'axe biologique, l'enfantement, on est dans le réel, dans l'imaginaire et dans le symbolique, donc une démarche extrêmement complexe, spécifique à l'humain qui est parlant. Et donc, quand l'enfantement est entravé, il faut voir s'il y a la possibilité qu'il puisse exister quand même. Nous sommes dans une société de la bonne norme maternelle ; quand je passe la visite dans le service de suites de couches, les femmes n'osent pas me dire qu'elles trouvent leur petit « moche » car elles ont peur qu'on leur envoie la DDASS !

Ma fille enceinte, il n'y a pas si longtemps, me disait : « Papa, je ne sens pas venir l'instinct, est-ce que c'est grave ? »

Nous sommes dans une société où - et je vous rappelle qu'à Paris où en 1750 naissaient 20.000 enfants, 19.000 étaient placés en nourrice, plus ou moins proches de Paris selon qu'on avait les moyens ou pas, nourrices chez qui on les oubliait « ces empêcheurs de faire salon en rond ».

L'instinct maternel n'existe pas.



L'instinct c'est quoi ? L'instinct c'est un moineau qui fait son nid - il n'a jamais vu faire - mais il est codé génétiquement pour assembler les brindilles ; c'est l'araignée qui tisse sa toile, la même toile sans avoir besoin d'un exemple.

Chez l'humain, que reste-t-il comme instinct ? Pas grand-chose. La succion, C'est plutôt un automatisme ; la marche ? Je ne sais pas. Il y a des pulsions, il y a des comportements qui sont complètement recouverts par la culture. Nous sommes des êtres de culture.

D'ailleurs, je sens dans la population masculine, pas mal de gens qui estiment que les femmes qui sont grosses et qui mettent bas, seraient en quelque sorte un intermédiaire entre les hommes, êtres de culture, et les animaux, êtres de nature ; d'ailleurs, la preuve, elles entendent les bébés pleurer la nuit alors que l'homme, il n'entend pas !!

Gare à la mère défaillante dans notre société car les femmes n'osent même plus exprimer leurs difficultés, leur désarroi et leur isolement anxieux ; c'est difficile aujourd'hui pour les mères de mettre un peu de temps à adopter l'enfant et souvent il faut du temps pour adopter son enfant, c'est un mécanisme psychique qui peut être long. Les femmes sont dans une détresse solitaire, elles n'osent pas le dire car elles ont peur qu'on les traite de mauvaises mères et bien sûr de monstrueuses qui n'auraient pas tout de suite les bons réflexes pour répondre aux attentes de l'enfant quand il crie.

J'ai une remarque à faire sur l'accouchement seule ; l'espèce humaine n'est pas faite pour accoucher seule. Depuis la nuit des temps, les femmes accouchent avec de l'aide. Elles font un petit trou dans le sol, mettent de la paille, il y a une matrone qui les aide ou un compagnon – mais les compagnons n'aiment pas trop se mêler de cela - qui les tient sous les bras et qui vient tirer la tête vers l'arrière pour que s'engage successivement - car le diamètre biacromial ne passe pas dans la filière pelvienne - l'épaule antérieure sous la symphyse puis l'épaule postérieure.

Mais une femme qui accouche seule ne peut pas poser pieusement une main sur la tempe proximale et une main sur la tempe distale pour pousser la tête vers l'arrière et engager l'épaule antérieure et ensuite dégager l'épaule postérieure.

Alors que fait une femme qui accouche seule ? Elle empaume la tête comme elle peut c'est-à-dire une main sur la face et l'autre main sur l'occiput et elle tire la tête vers l'avant, ce qui engage les deux épaules en même temps. On a calculé que pour cela (c'est un calcul biomécanique assez simple), il faut tirer 20 fois plus fort sur la tête et pour tirer 20 fois plus fort, il faut presser sur la face infiniment fort et l'enfant meurt au cours de cette manœuvre qui peut durer parfois dix minutes dans des contorsions et des douleurs effroyables. Une femme qui ne se sait pas enceinte, qui ne sait pas ce qui lui arrive, est toute perdue, et tire de manière folle sur la tête, souvent en écrasant la face. Dans tous ces dossiers, il y a un fracas facial. Les enfants de Mme COURJAULT sont morts ainsi : fracas facial et asphyxie.

Dans les dix dernières expertises que j'ai faites, il y avait toujours le même tableau, sauf une qui a tué son enfant délibérément par 46 coups de ciseaux. C'était une petite de 13 ans, violée par son oncle, qui a mis ½ heure à accoucher toute seule, qui ne savait pas ce qui lui arrivait et quand ce « truc » qui lui avait fait si mal est sorti, elle s'est vengée dessus comme se venge une enfant de 13 ans. Ne faites pas les émus, parce que c'est une victime avec quelques éléments psychotiques de sa personnalité. Toujours quand il y a violence à enfant, il faut rechercher la psychose.

On est loin des 9 autres cas où les femmes ont vu un enfant en état de mort apparente : « Je pensais qu'il était mort, il a fait un petit bruit, j'ai mis un mouchoir par-dessus ». Elle croit l'avoir étouffé. Rien de tout cela.

Le néonaticide, dans le déni de grossesse, est exceptionnel - oui, 25% de morts, mais sur ces 25% de morts, il y en a très peu qui ont été tués délibérément par la mère, qui d'ailleurs ne se souvient de rien de ce qui lui est arrivé. L'obstétrique seule, c'est dangereux. Les gestes, accomplis par un pédiatre réanimateur qui pourraient sauver cet enfant, ne sont évidemment pas faits.

D'autre part, on retrouve toujours de l'air dans les poumons, ce qui fait dire aux anatomopathologistes : « cet enfant a crié ».

Moi qui ai le triste privilège de pratiquer des interruptions médicales de grossesse au troisième trimestre, je peux vous dire que si l'on confie l'enfant à l'anatomopathologiste, il retrouvera de l'air dans ses poumons.

Comment procède-t-on ?

Quand on fait une interruption médicale au troisième trimestre, on fait une injection foeticide dans le cordon, après avoir endormi l'enfant ; et donc, naît un enfant qui est déjà mort depuis ½ h - 1 h. Si l'on envoie cet enfant à l'anatomopathologiste, il trouvera de l'air dans les poumons car au moment de la naissance, le massage thoracique dans la filière pelvienne fait une ventilation artificielle tout à fait



passive qui ventile les poumons. Il y a donc de l'air dans les poumons alors que l'on est sûr que l'enfant était mort avant la naissance.

Ce qui signifie que lorsque l'expert anatomopathologiste dit qu'il y avait de l'air dans les poumons, que l'enfant a crié et conclut que la femme a tué son enfant, c'est faux parce qu'au moment où la tête sort, cela suffit à ventiler l'enfant.

Souvent, il n'y a aucune trace de violence et je propose de distinguer les néonaticides avec des traces de violence, des néonaticides sans traces de violence.

Lorsque les traces sont celles d'une obstétrique qui s'est faite dans la dérégulation complète : un fracas facial, un hématome sur l'occiput, ce ne sont pas des traces de violence, mais la violence de la naissance quand on est seule.

En revanche, lorsqu'il y a des traces de couteau, de strangulation, toutes choses qui sont exceptionnelles dans le cadre du déni, on est dans une situation totalement différente. Je voudrais encore dire que la violence de ces femmes est souvent imaginaire. Lorsque le Président du Tribunal de Tours dit à Mme COURJAULT : « Madame, vous les avez étranglés ». Elle dit : « Oui, M. le Président, je les ai étranglés » ; « Mais non, Mme COURJAULT, vous ne les avez pas étranglés, il n'y a pas de traces de strangulation, vous les avez étouffés » ; « Oui, M. le Président, je les ai étouffés ».

Et donc, souvent ces femmes sont tellement dans l'affliction, dans la honte et dans le non souvenir de ce qui s'est passé, qu'elles reconnaissent tout ce que l'on veut qu'elles reconnaissent. Elles se sentent d'une telle responsabilité, d'une telle culpabilité. Certaines disent même « Je suis un débris, comment se fait-il que vous perdiez du temps avec moi ».

Donc, en l'absence de violence, je pense vraiment qu'il faut être circonspect sur l'étiquetage de néonaticides.

Quelques remarques sur le psychisme :

Ce sont toutes des femmes qui ont des altérations des représentations, comme si elles avaient une psychose localisée à leur reproduction, à leur sexe, à leur sexualité, comme s'il y avait un effacement dans leur vie de relation de tout ce qui concerne la vie relationnelle sexuelle.

Quand on leur dit qu'elles n'ont pas utilisé de contraception, on constate qu'elles ne savent pas car cela signifie anticiper une sexualité : je vais avoir des rapports sexuels, je préempte que je peux être enceinte et donc j'utilise un moyen contraceptif. Dans leur cas, c'est une sexualité subie. Ces femmes sont incapables d'anticiper quoi que ce soit. Par exemple, quand on demande à Mme COURJAULT si elle a reçu des gens chez elle, la réponse est non. Parce que pour cela, il faut anticiper, établir un rétroplanning, faire les courses la veille, etc... Mme COURJAULT en est incapable. Elle gère le jour même. Quand on lui dit qu'on va faire des tests génétiques sur les corps de ses bébés congelés, elle est tout à fait d'accord. Elle ne préempte pas du tout le moment où les résultats des tests vont confirmer que ce sont bien ses enfants. Ce qui prouve bien qu'elle ne gère que l'instant, le moment.

Il y a donc bien altération des représentations qui, en l'occurrence, sont liées à son histoire personnelle.

Rarement, nous avons à faire à une psychose. Je vous l'ai dit. Le clivage est assez fréquent chez ces femmes, mais il y a surtout un gel des affects, une carence des liens avec la mère. Nos mères mythiques ont un rôle et un poids sur notre capacité de devenir mère qui est un poids fondamental. Quand on explore le rapport de ces femmes avec leur mère, on découvre toujours beaucoup de choses. Ce sont des femmes qui accouchent sans accoucher. Quand on leur pose la question : « Avez-vous accouché ? La réponse est : « oui ». « Est-ce qu'il y avait un bébé ? « Non ». « Est-ce qu'il y avait un corps d'enfant ? » « Oui ». « Est-ce que vous voulez le prénommer ? » « Non ».

C'est un dialogue toujours constant. Il y a un corps de bébé, oui, mais pas d'accouchement. Il n'y a rien ; elles annulent la vie fantasmatiquement sans savoir qu'elles l'annulent et il n'y a pas d'enfant, juste quelque chose « qui est sorti de moi » ;

C'est pour cela que la phrase : « il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant » prend tout son sens. Quand on est enceinte, on attend du fœtus, mais pas d'enfant. Pour qu'il y ait un enfant, il faut qu'il soit décrété enfant par une parole d'amour de la mère qui, se sachant enceinte dit : « Ce qui se passe dans mon corps, c'est un enfant ». Si cette démarche n'a pas lieu, il n'y a pas de grossesse ou, plus exactement, il n'y a pas d'enfant.

Il y a une prévention possible. Quand j'étais interne, souvent on riait du dernier kyste de l'ovaire qui était un sixième mois, du dernier fibrome qu'on nous avait adressé et qui n'était autre qu'un septième mois. On s'exclamait : « Quel nul ce généraliste ! ». On oubliait ce faisant de marquer sur ces femmes là, le diagnostic de déni de grossesse ; et, je vais vous dire, cela m'est arrivé dans mon service à Noël dernier : une petite Anglaise de 18 ans, toxico, arrive avec des douleurs aux urgences. Les urgences voient tout de suite que le problème est gynécologique. Il est minuit, mon interne la reçoit, met une



sonde : 35 semaines. La petite se rend compte alors qu'elle est enceinte et dit dans son français : « ni cet enfant, ni moi n'allons vivre » ; elle se relève, s'apprête à partir. L'interne affolé appelle son chef de clinique qui dort et répond : « Que veux-tu que je fasse ? » Il appelle alors l'interne de psychiatrie qui n'a pas de place. Il se retourne, la petite est partie. Le lendemain, on m'appelle. Elle n'est pas à l'endroit où elle avait dit qu'elle habitait ; toutes les polices de Strasbourg la recherchent ; on la retrouve à temps ; elle accouche sous X. La mère et l'enfant se portent bien.

J'appelle mon chef de clinique et je lui dis : « Mais pour un hématome rétroplacentaire, rassures-moi, tu te déplaces ? Oui, bien sûr, la mère et l'enfant sont en danger ! ».

« Et là, ils ne sont pas en danger ? »

On est, dans notre pays, dans la situation suivante. Face à une déclaration tardive de grossesse, on se contente d'appeler l'assistante sociale pour faire les papiers et rattraper la mécanique administrative. Rien d'autre.

Une déclaration tardive de grossesse est un signe majeur. On ne banalise pas une déclaration tardive de grossesse, de même que des IVG tardives ; une femme qui a fait un déni de grossesse et qui vient à 14 semaines pour une IVG, il faut se souvenir que c'est un déni de grossesse, le vérifier, lui tendre la main et lui dire : « Je sens qu'il y a quelque chose de difficile pour vous ». Parce que, si l'on ne fait pas ce geste, cela peut se reproduire, en plus grave.

Je vous rappelle juste, parce que c'est un phénomène public : pour Mme COURJAULT, la première grossesse découverte au 5<sup>ème</sup> mois, la deuxième grossesse découverte au 7<sup>ème</sup> mois, et... le 3<sup>ème</sup> enfant est passé dans l'insert.

Mais avant, il y a eu beaucoup de médecins, de sages-femmes, qui ont vu cette femme, mais personne, personne n'a dit : « Madame, on sent que vous avez besoin d'aide ».

Et donc, je crois qu'il faut proposer de l'aide à ces femmes, ne jamais banaliser un déni de grossesse. Quand une femme a découvert sa grossesse au 5<sup>ème</sup> mois et qu'elle se dépêche de rattraper tout le retard psychologique du lien entre la mère et l'enfant et qu'elle a le bébé au sein : tout le monde dit que tout va bien. Il faut se garder de considérer cette image d'Epinal comme argent comptant car le déni est tellement culpabilisant qu'il va revenir à la charge ultérieurement et produire de l'altération de la relation mère-enfant, parfois 10 ans plus tard.

Ces femmes ont besoin d'un traitement au long cours.

Un déni de grossesse est toujours une pathologie grave, même si la maman met le bébé au sein. Il faut impérativement s'assurer d'une bonne prise en charge et surtout ne pas banaliser.

Le déni de grossesse est donc une pathologie fréquente, grave et mal connue. Et ce n'est qu'un symptôme ; il y a toujours un sens que seule la femme peut trouver. Ne parlez pas à la place des femmes qui sont en déni ; laissez les parler. La gravité est fonction de la durée. Elle pointe l'importance de la grossesse psychique. S'il n'y a pas de grossesse psychique, il n'y a pas d'enfant. Il y a peut-être de l'humain mais pas d'enfant. Il surligne - et cela on le sait depuis longtemps - que la paternité est une adoption. Il y a des pères qui adoptent leur enfant quand ils le voient sur l'échographie, d'autres quand ils jouent au football avec lui, d'autres encore qui ne l'adoptent jamais. Cela ne gênait personne que la paternité soit une adoption.

J'ai une nouvelle pour vous, la maternité aussi est une adoption. Toute parentalité est une adoption. Et l'on a passé cela sous silence, depuis Rousseau qui nous a dit : ne mettez plus les enfants en nourrice, faites venir les nourrices à la maison, ce qui d'ailleurs au passage tuait les enfants de ces nourrices...

Depuis Rousseau, on sait que la maternité est un comportement culturel et appris, parce que, sans cela, on ne comprendrait pas comment on a changé comme cela en 200 ans.

Donc ce comportement culturel, il n'est pas instinctif, il n'est pas automatique.

Souvenons-nous que ce sont toujours des femmes complètement dépassées par leur histoire.

L'enjeu pour notre société - et c'est un enjeu de taille - est de sortir du déni du déni pour apprendre à connaître cette pathologie fréquente et grave.

Merci de votre attention.





## DOCTEUR JACQUES DAYAN

Bonjour à tous et à toutes.

Je suis pédopsychiatre ; j'ai beaucoup de plaisir d'avoir été invité par Michel ROUSSEY et d'avoir l'occasion de rencontrer à nouveau Israël NISAND sur la question du néonaticide et de l'infanticide. Je suis toujours passionné par ce qu'il dit et presque toujours en accord car nous ne parlons pas exactement du même lieu ; il est obstétricien, je suis psychiatre. J'apprends des choses et notamment ce qu'il a dit aujourd'hui sur l'extraction de l'enfant, cette nécessité d'exercer une pression très forte, l'état de conscience dans lequel peut être la mère, etc... Cela va être un nouveau domaine de recherche pour moi car je n'en savais strictement rien.

Par contre, il y a d'autres choses que je sais et je vais tenter de les résumer très rapidement.

M. ROUSSEY m'a demandé de vous parler des infanticides et plus particulièrement des néonaticides, un terme qui a été forgé, je crois, par un étudiant en thèse qui n'avait jamais vu d'infanticide dans ses recherches sur les crimes maternels.

Or, quand on regarde de près les dossiers, on s'aperçoit que les meurtres d'enfants dans les 24 premières heures ou dans les tout premiers jours, sont essentiellement maternels.

On sait que ce n'est plus vrai si on fait des statistiques sur une année entière. Cela a été effectué en Angleterre. Si l'on compte les meurtres d'enfants de la naissance à un an, il y a alors plus de crimes paternels. Il y a même une sexualisation du crime : le crime féminin est un crime qui annihile, qui étouffe, qui empoisonne éventuellement, alors que le crime paternel est un crime de violence, un crime qui fait exploser la tête de l'enfant que l'on frappe.

C'est un sujet très difficile en France, au point que les journalistes et les chercheurs qui, ces deux dernières années, ont voulu avoir accès aux statistiques du Ministère de l'Intérieur, se sont vus opposer un refus, y compris les chercheurs du CNRS.

Pourtant, en 97, quand j'ai commencé à travailler sur ce sujet, j'avais eu accès aux données sans aucun problème.

En fait, le nombre probable de néonaticides et d'infanticides reste fixe depuis les années 60. Il tourne autour de 60 à 80 par an pour les cas probables connus de la police et à 10-12 pour les cas jugés.

Il y a donc une certaine stabilité et il faut bien comprendre qu'historiquement la courbe connue des avortements a croisé celle des infanticides ce qui veut dire que plus il y a eu d'avortements, moins il y a eu d'infanticides.

D'autre part, les infanticides au cours de l'histoire étaient jugés extrêmement sévèrement et surtout, les historiens du terrain - et non ceux des Archives - savent que très peu d'infanticides étaient jugés alors qu'ils étaient très fréquents ;

Il fallait vraiment que cela crève les yeux, qu'on ne puisse vraiment plus le cacher pour qu'il soit jugé.

Ensuite, il y a eu une certaine jurisprudence en Europe, depuis 100-150 ans, avec une espèce de clause qui, en quelque sorte, protégeait la mère, avec l'idée que cette mère n'était pas dans le même état psychique que n'importe quel être humain.

Vous savez qu'avec le nouveau Code Pénal, on est revenu de tout cela puisque l'infanticide est considéré comme un crime comme un autre et qui en plus bénéficie de circonstances aggravantes puisqu'effectué sur personne vulnérable, etc... Ce qui fait d'ailleurs que depuis 95, pour les jugements pour infanticides, les peines varient de manière étonnante selon les tribunaux.

Quelques mots très rapides sur le déni car M. NISAND a déjà dit beaucoup de choses.

Le déni a été spécifié à la fin du 19<sup>ème</sup>, sous le terme de grossesse inconsciente, mais comme simple curiosité, avec absolument aucune inquiétude. D'une certaine manière, à juste raison, car le déni de grossesse tel qu'on le connaît ne conduit pas en général à des gestes violents sur l'enfant.

Il y a une hypothèse - que personnellement je soutiens - qui a été énoncée par des psychiatres nord américains dans les années 70, puis oubliée, puis reprise par d'autres, et à nouveau énoncée par moi, selon laquelle, le déni de grossesse est en fait un mécanisme d'adaptation et qu'il protège l'enfant. La première chose que fait le déni c'est de protéger l'enfant lorsque la mère est extrêmement ambivalente par rapport à cette grossesse ou lorsque les circonstances externes sont défavorables à ce que cette grossesse se produise.

Et, en général, les dénis de grossesse - Israël NISAND a évoqué le fait de ne pas s'y intéresser, mais à Caen on s'y est intéressé systématiquement depuis longtemps, et on a eu un taux de 1 pour 1000 (déni de grossesse total c'est-à-dire jusqu'à l'accouchement) avec quasiment aucun souci pour les mères, mise à part une période très critique, celle où l'enfant va être reconnu dans son altérité. En principe, c'est le cri de l'enfant qui va empêcher le mécanisme du déni d'aller au bout. Mais pour



certaines femmes, il est impossible d'entendre ce cri, car entendre, cela veut dire que la représentation s'impose à l'esprit. Ces femmes en arrivent à tuer leur bébé et elles disent toutes la même chose : « c'est un crime affreux, mais si je me retrouvais dans la même situation, je ne pourrais pas faire autrement ».

Les dénis de grossesse dans les cas d'infanticides jugés ne représentent que très peu de cas : pour 10-15 infanticides, on ne retrouve qu' 1 ou 2 cas de déni.

D'autre part, il n'y a que très peu d'affaires jugées : sur 70 infanticides connus ou probables, il n'y en a que 10-15 qui sont jugés.

Quand on regarde les écrits d'Anne TURSZ, en France, ou de collègues nord-américains, on constate que pour un infanticide considéré comme probable, il n'y en a deux réels. Et ces infanticides ne sont pas du tout liés à des dénis de grossesse mais liés au fait que leur mère ne désire pas avoir d'enfant. Alors que maintenant la contraception est possible, que l'avortement est autorisé, que l'on peut abandonner son enfant pour le confier, on peut se poser la question de savoir pourquoi en France il reste un taux résiduel fixe d'infanticide.

Qui sont ces mères coupables d'infanticides ?

Les troubles psychiques sont plus fréquents que dans la population générale, environ 20 à 30%. Mais cela signifie que 70% des mères infanticides n'ont pas de troubles psychiatriques.

Alors, que se passe-t-il ? Comment peut-on tuer son enfant lorsqu'on ne souffre pas de troubles psychiatriques ?

Il y a plusieurs positions : l'une des positions est de dire : si elle a tué son enfant, par principe elle est forcément anormale. On lui suppose alors un moment hallucinatoire, un moment psychotique, un épisode dissociatif qu'on n'a pas pu retrouver, etc...

C'est un débat assez ancien ; déjà au 19<sup>ème</sup> siècle, un psychiatre, Charles LASÈGUE que tous les pédiatres et les psychiatres connaissent car il avait décrit l'anorexie mentale, disait : « pour commettre un crime, il n'y a pas besoin d'être un malade mental ; la plupart des gens qui commettent un crime sont sains d'esprit comme vous et moi ».

Par contre, il y avait un magistrat, qui n'était pas psychanalyste, qui s'appelait BOUTON, et disait : « ces femmes sont des pauvres femmes, des femmes misérables, seules, perdues, dans un milieu souvent hostile, parfois même un peu attardées (excellente description statistique, comme une tendance ; pas comme un fait). Et, quand elles détruisent le bébé, c'est encore une partie de leur corps et c'est un peu comme un suicide ». C'est donc un prolongement. Il y a plusieurs façons de décrire la filiation, et sur le plan psychologique, il y a une description qui me plaît énormément, celle de Jean GUYOTAT qui, soit dit en passant, a été le premier au monde à décrire l'ictus amnésique.

Jean GUYOTAT définit deux types de filiation : la filiation métonymique et la filiation métaphorique.

- la filiation métaphorique inclut un tiers ce qui signifie que l'on ne peut exister que par soi-même et l'on existe parce que plus d'une personne est intervenue.

- la filiation métonymique, c'est une filiation par contiguïté, c'est celle qu'on trouve dans le discours biblique « la chair de ma chair ».

L'idée la plus généralement admise, c'est que cette filiation métaphorique n'a pas pu se créer. Ce que l'on peut exprimer sous le terme de préoccupation maternelle primaire.

La question n'est pas de se demander pourquoi les mères ne s'occupent pas des enfants quand elles en ont ; la vraie question c'est pourquoi elles s'occupent des enfants avec plaisir. Winnicott disait : « les mères, elles grossissent, elles ont des vergetures, elles sont fatiguées, elles n'ont plus de relations sexuelles avec le mari, elles sont obligées de faire la cuisine, changer le caca, changer le pipi - et elles recommencent ! ».

Elles recommencent. Pourquoi ? C'est une autre conférence.

Il y a quelque chose qui ne se met pas en place et la seule filiation qui est possible, c'est celle-ci, quelque chose sur laquelle la mère a un droit parce que c'est son corps. Il n'y a pas de tiers qui soit entré dans le processus. Il n'y a pas d'altérité.

En pratique, effectivement, le profil des mères qui commettent l'infanticide est assez hétérogène.

Les magistrats le savent, les criminels ne se ressemblent pas tous ; il y a eu une belle étude en Allemagne sur les bandes de skinheads, extrêmement violentes et meurtrières, qui montrait que 80% d'entre eux étaient des enfants battus, carencés. Mais la question ne les concerne pas ; la question se pose pour les 20 autres pour cent pour lesquels on ne trouve rien de particulier, de visible.

Les infanticides sont plus souvent précédés d'une grossesse cachée. Ces femmes se savent pertinemment enceintes, se savent enceintes dès le départ, mais elles cachent leur grossesse. C'est cela la majorité ; ce sont des femmes un petit peu plus pauvres, un peu plus jeunes, un petit peu plus isolées que la moyenne des femmes et elles représentent environ 50%.



Ensuite, on trouve 20 à 30% de femmes qui ont des troubles psychiques, et il reste autour de 20% de cas très divers où l'on trouve des dénis partiels, la méconnaissance, la pensée magique (je suis enceinte, ce n'est pas possible, cela va s'arrêter), vous savez c'est un miracle !

Les psychanalystes qui ne sont que de mauvaises personnes - d'ailleurs ils sont actuellement attaqués de toute part - disaient que la baguette magique avait à voir avec le pénis, c'est-à-dire que vous avez une idée : « Je vais avoir un enfant ». Et vous avez un enfant.

Là, il y a quelque chose qui ne s'est pas fait et donc, pour l'infanticide, il y a 20% de causes qui s'allient à des tentatives de pensée magique.

La dénégation est quelque chose de très fréquent et ce n'est pas le centre même de l'infanticide.

En conclusion pratique :

- Je m'associe tout à fait à ce qu'a dit Israël NISAND. Il faut des psychiatres en maternité ; qu'ils soient présents tout de suite. L'obstétricien a éduqué le psychiatre et vice-versa. Il y a des savoirs réciproques qui s'infusent et s'échangent.

Dans le déni de grossesse total - on le voit en maternité à Caen (2,30 pour 1000) - on constate que ces femmes ne veulent pas parler ; le problème de la détresse de quelqu'un qui ne veut pas parler est assez difficile car il y a une grande différence entre une détresse qui demande de l'aide et une détresse qui dit : laissez-moi tranquille. Et dans le cas des infanticides, on a à faire au deuxième cas et c'est vrai qu'on a encore moins envie d'aller voir ces femmes. Il faut de l'aide pour y aller.

Il faut donc qu'il y ait un service qui s'entraide et qui réfléchisse sinon on se retrouve devant la situation suivante : le psychiatre dit qu'il ne veut pas y aller et l'obstétricien qui répond : « cela tombe bien, je ne veux pas vous voir ».

- D'autre part, il y a une période sensible dans le déni de grossesse, c'est la période d'attachement. Il y a eu un cas dans un hôpital que je ne nommerai pas : il s'agissait d'une femme qui a eu un déni de grossesse total. J'avais dit : il ne faut pas la laisser seule car son bébé n'a pas vraiment l'air d'exister et je suis très inquiet pour diverses raisons. Le bébé avait un problème, on devait le transférer dans un autre service. Au départ, dans le service de pédiatrie, on a écouté mes consignes, puis, pendant le transfert, la mère a violenté le bébé (fractures du bras et du fémur... mais le bébé n'est pas mort). Là, le personnel a réagi. Ils ont vu qu'il y avait un problème. En regardant le dossier, ils ont constaté - c'était écrit en gros - « déni de grossesse, ne pas la laisser seule ».

- La psychologie des femmes qui font des dénis de grossesse ou commettent des infanticides est très compliquée et je pense qu'il n'y a pas assez d'études sur ce sujet. C'est là l'avant dernier point de ma conclusion.

Nous avons encore eu un cas récemment. Je ne peux encore en dire grand-chose car il n'est pas jugé mais quand même, ce qui me semble très important c'est que chez cette femme, il manquait une capacité empathique qui dépassait tout à fait son rôle maternel. Elle n'avait pas d'empathie c'est-dire cette capacité à ressentir ce que l'autre ressent. Or, ce n'est pas un trouble psychiatrique ; ce n'est même pas un trouble de la personnalité dans la classification.

- Tout le monde apprend à être mère, c'est-à-dire que l'on apprend à être mère quand on a été bébé et si l'on fait de l'étologie rapide : on a retiré des oiseaux de leur mère maternante et on les a confiés à un laborantin, lui, très peu maternant... Et ces oiseaux par la suite se sont très mal occupés de leur progéniture ou l'ont abandonnée. On a tous une expérience d'avoir été maternés.

Il y avait d'autres conclusions mais cela viendra dans la discussion. Je vous remercie.



## **PROFESSEUR ROUSSEY**

Vous venez d'entendre deux points de vue quelque peu différents mais avec tout de même des similitudes. Avant d'entendre celui du magistrat nous pouvons déjà entamer la discussion.

Question : Les intervenants ont tous les deux parlé du profil psychique des mères auteurs de néonaticides. J'aurais aimé qu'ils nous parlent également du profil psychique des pères parce que je pense qu'ils ont une part de responsabilité dans ce qui advient.

## **PROFESSEUR NISAND**

Il est toujours difficile de faire de la biotypologie dans ce domaine. Mais, dans l'expérience que j'ai, j'ai rencontré trois sortes de pères ou de compagnons :

- Premièrement, le grand benêt, qui a déjà du mal à s'occuper de lui-même, qui ne voit rien, n'entend rien, ne sait rien et qui est d'une naïveté absolue. Il a un tel paquet de névroses ; il s'occupe de lui et c'est déjà bien trop pour lui.

- Deuxièmement, le plus fréquent, le pervers narcissique. J'ai un peu de mal à citer des affaires qui se sont déroulées mais je peux vous raconter un exemple. Il n'y a pas si longtemps, je me retrouve dans une ville de province à la Cour d'Assises. Et l'histoire est la suivante : une femme violée par son frère, prêtée à des copains par sa mère ivrogne. De son père, elle ne parle presque pas. A 18 ans, elle quitte la maison et se met, comme de juste, avec un violeur pédophile qui, entre ses séjours en prison, la viole 7 à 8 fois par jour. Et elle reste avec lui 17 ans.

Elle présente une caractéristique assez fréquente chez les femmes qui souffrent d'un déni de grossesse : elle ne fréquente jamais de gynécologues car elle refuse d'être examinée et elles utilisent une contraception facile à se procurer sans ordonnance, genre ovule spermicide.

- la première fois, elle perd 20 kgs, elle accouche sur les toilettes d'un enfant mort

- la deuxième fois, elle reperd 20 kgs et accouche encore d'un enfant mort.

- la troisième fois, l'enfant n'est pas mort, elle tente de l'étrangler, elle n'y arrive pas, le met dans un sac plastique qu'elle place dans le congélateur.

Vous imaginez que ce qu'elle raconte là est difficile à entendre...

Pendant un séjour en prison de son compagnon, le petit voisin qui a 18 ans de moins qu'elle, se met à la draguer. Et, pour la première fois de sa vie, un homme est gentil avec elle, un homme est tendre et affectueux avec elle.

Elle couche avec lui et cela lui donne le courage de quitter son violeur pédophile.

Elle sort alors les bébés de son congélateur et les met sur la table de la cuisine.

Quand on lui demande : « Pourquoi avez-vous fait cela ? »

Réponse : « Pour être punie de ce que j'avais fait ».

Elle est mise en prison et elle explique : « la prison m'a rendu le plus grand service qui soit ; tout le monde a été adorable avec moi. Les médecins m'ont examinée ; ils m'ont dit que j'étais enceinte ; c'est le plus beau cadeau que j'ai eu. En prison, j'ai pris 20 kgs, on m'appelait « la plus grosse des plus grosses » et j'ai eu un bébé ; maintenant je n'ai qu'un seul rêve, celui de pouvoir l'élever et d'en avoir un deuxième car je sais enfin ce que c'est qu'un bébé ».

Lui, il était là et quand on lui disait : « ces comportements-là, cela s'appelle du viol », ses avocats faisaient l'émeute.... Et pourtant, c'était bien un violeur, un violeur pervers qui, en plus, s'est constitué partie civile contre sa femme.

Dans pas mal de procès de déni de grossesse, on a un mari, un compagnon qui se constitue partie civile contre sa femme.

Pour moi, ce qui se passe pour cette femme (comme pour la plupart d'entre elles) c'est qu'elle est prise dans un tissu, dans une toile arachnéenne d'un pervers qui se sert d'elle. Elle n'existe pas, elle est enfermée ; elle ne peut s'en sortir. Au point que sa sexualité n'est qu'une source de malheur. Ni elle aime cela, ni elle ne l'anticipe, ni elle n'en voit les conséquences.

Son corps, son corps féminin est effacé.

Donc, cette deuxième catégorie est celle du pervers narcissique qui enfonce des femmes fragiles. Il existe bien entendu des femmes victimes de pervers narcissiques qui arrivent à s'en sortir, mais celle qui est fragile à cause de son histoire, est totalement démunie. C'est pourquoi cette histoire de Chambéry est très indicatrice.



Troisièmement, ce sont des hommes qui sont dans une situation névrotique telle, qu'ils sont totalement absents de la conjugalité et donc ils rejoignent un peu ceux de la première catégorie.

Souvent, dans les Cours d'Assises, je dis que ce n'est pas la bonne personne qui est dans le box des accusés ; parce qu'on a devant nous une petite victime, une victime totale qui, pour se protéger - je suis d'accord avec M. DAYAN - n'a pas vu qu'elle était enceinte, n'a pas pu l'exprimer, le dire parce qu'elle était dans une souffrance indicible. Ce n'est donc pas elle qui est responsable, mais le compagnon qui est avec elle.

Remarque : Pardon de le dire, mais parfois les gynécologues sont assez brutaux avec les femmes.

### **PROFESSEUR NISAND**

Vous savez que la gynécologie-obstétrique sort d'une période saumâtre où beaucoup de misogynes choisissaient cette spécialité. Et quand je regarde parmi mes maîtres, ils la choisissaient parce qu'on pouvait voir la femme très dépendante et dans les affres de la souffrance, mais cela a changé. D'ailleurs, la jeune génération est constituée de beaucoup de femmes.

Mais, par rapport au déni, il y en a encore beaucoup qui sont dans l'incrédulité et je passe mon temps à donner des cours à ce sujet.

Remarque : on ne peut nier qu'il existe encore aujourd'hui des femmes qui sont dans une situation familiale déjà difficile et qui sont malmenées par leur gynécologue. Sans être la cause de déni, cela ne peut arranger les choses.

### **DOCTEUR DAYAN**

On aborde là des zones sombres du psychisme humain et des zones complexes. Or, en 2-3 minutes, on ne peut traiter de cela que de manière très simplifiée. Par exemple, les missionnaires ou Mère Teresa qui s'occupent des très très pauvres qui meurent, est-ce que l'on dit qu'ils sont dans la jouissance ? Ce dont on parle est tout de même assez compliqué. Et les hommes qui sont trompés par la dénégation ?? Personnellement, j'ai vu des hommes qui me semblaient dans la moyenne des hommes, c'est-à-dire un peu névrosé si vous voulez, un tout petit peu sadique vis-à-vis de la femme quand c'était possible; mais pas plus, ... bref des hommes ordinaires.

C'est-à-dire que je n'ai pas vu plus de déviance que ce surcroît de déviance que l'on trouve aussi chez les femmes, c'est-à-dire 20 à 30% d'hommes qui présentent vraiment des troubles de la personnalité ; finalement, rien de plus que la majorité ordinaire.

D'autre part, il faut bien voir ce qui s'installe dans les couples parce qu'il y a deux personnes qui ont chacun leurs petites névroses.

C'est un peu comme l'hypofertilité, finalement : deux hypofertiles auront beaucoup de mal ! Et deux névrosés dont la névrose ou même le trouble carenciel traumatique n'arrête pas de se miroriser pour devenir extrême, jusqu'à des scènes épouvantables que l'on peut voir ; c'est une pathologie de couple et l'homme n'est pas forcément lui-même très malade. Il aurait pu avoir une brillante carrière s'il n'avait pas rencontré cette femme, et réciproquement. Surtout, il y a deux choses à savoir :

#### - Les femmes qui n'ont pas pu « avoir » de bébé

Si, sur le plan obstétrical, il n'y a rien à dire, nous, nous savons qu'elles n'ont pas pu avoir de bébé car elles n'étaient pas prêtes.

A un moment, il y a une parole qui a été dite, une reconnaissance de leur rôle de mère et elles ont pu. Il y a des cas de déni où, tout à coup, que ce soit une parole d'amour ou une parole forcée - on leur a dit : « Madame, vous êtes une femme, vous êtes enceinte ». Et elles ont eu le seul bébé qu'elle n'avait pas pu avoir avant ou parce qu'elles avortaient ou parce qu'elles l'avaient tué. Donc il y a cette métaphorisation dont je vous ai parlé tout à l'heure. Filiation métaphorique, filiation métonymique qui a pu se faire. Ce n'est pas forcément de l'amour mais elle est rentrée dans le symbolique et cela a pu se faire.

- Il y a aussi les femmes qui n'ont pas d'hommes, pas d'hommes qui les aime, pas d'homme qui vive avec elle, pas d'homme qui accepte le bébé. Le rôle de l'homme est important certes, mais il vit la grossesse à travers le corps d'une autre.



**QUESTION :**

**Je voudrais savoir s'il existe des dénis de grossesse qui étaient plus physiques que psychiques, à savoir des femmes qui vont bien, sont enceintes, ne s'en rendent pas compte, mais accouchent et finalement acceptent bien leur enfant.**

**PROFESSEUR NISAND**

La réponse est NON parce que pour ne pas entendre, ne pas ressentir la pluie de symptômes qui s'abattent sur les femmes et qui sont tous interprétés les uns après les autres comme étant d'une autre sphère que celle de la grossesse, pour pouvoir être d'une telle surdité par rapport à son propre corps, il faut qu'il y ait une cause psychique derrière.

Et, je n'ai pas vu jusqu'à présent de femme qui ont eu un déni, même découvert au premier trimestre, qui ne soit pas dans un contexte où quand on leur dit « On sent que c'est dur pour vous, on a envie de vous aider » où on ne découvre pas pourquoi ces femmes avaient une telle surdité à l'égard de leur corps. C'est comme un scotome.

**DOCTEUR DAYAN**

Je n'ajoute rien, je suis d'accord.

**QUESTION**

**M. DAYAN, pourriez-vous développer ce que vous entendez par « folie maternelle ordinaire » ?**

**DOCTEUR DAYAN**

J'ai écrit un article à ce sujet suite aux multiples questions de journalistes qui ne cessaient de penser que toutes les femmes qui commettaient des infanticides, premièrement mettaient tous les bébés dans les congélateurs, deuxièmement, elles y mettaient plein de bébés, et enfin qu'elles avaient eu un déni de grossesse avant.

L'idée, c'est que l'on se prépare à devenir mère (c'est la théorie de WINNICOTT) et une mère, c'est quand même une personne qui est dingue sauf si l'on considère que cette folie est adaptée au bébé. On n'imagine pas qu'une femme fasse toutes ses mignardises, ses roucoulements, ses gestes, etc... avec autant de plaisir, de spontanéité, de naturel avec une autre personne que son bébé.

Il y a quelque chose qui se fait, comme une préparation à une relation tout à fait particulière, une relation probablement extrêmement régressive, qui s'organise au grand jour et qui est une nécessité pour que l'attachement puisse se faire. Parce que, elle se prépare avec une réviviscence fantasmatique, dont elle n'a pas la conscience.

Nous sommes là dans des sphères très complexes. Par exemple, je crois que chacun de nous ici pense qu'il a été désiré ! Or, en fait, votre mère - la mienne non plus d'ailleurs - ne vous a jamais désiré. Elle ne pouvait pas vous désirer, elle ne vous connaissait pas. Puis, vous êtes venu... Et là, elle a dit : « Oh, c'est celui-là que je veux ». Cela tombe bien...

C'est un travail psychique très puissant qui met en cause des phénomènes de déni, de clivage et qui est une folie maternelle ordinaire.

Des fois, celle-ci ne se produit pas. Que se passe-t-il alors ? La dure réalité, c'est qu'il y a quelque chose qui a poussé, quelque chose dont elles ne savent pas ce qu'elles peuvent en faire, et, elle le détruit. Cette folie est nécessaire.

**PROFESSEUR NISAND**

C'est ce que j'appelle la grossesse psychique. Sinon, dire que c'est une folie, c'est dire que c'est une pathologie alors que cette pathologie est constante ou quasi constante.

**DOCTEUR MESSERSCHMITT :**

Dans le discours de ces femmes en déni, est-on devant une pensée opératoire, une alexithymie, comme une difficulté à dire et à exposer quelque chose de l'ordre des sentiments ? Est-ce que ces femmes ne sont comme cela que vis-à-vis de certaines grossesses et pas d'autres ? Et à ce moment-là, est-ce que sur d'autres plans de la vie d'une part, et sur d'autres grossesses de leur vie, elles sont capables d'être fondamentalement différentes ?

**PROFESSEUR NISAND**

Une grossesse est un événement unique avec un homme, qui s'est constitué à un moment donné, dans un contexte donné. Et de cet historique-là, dépend ce qui va se passer avec la grossesse. Il n'y a pas si longtemps, au staff du matin, un interne raconte « il s'est passé quelque chose de bizarre cette nuit : le SAMU a amené une femme qui a accouché pour la sixième fois sur les toilettes ; elle a déjà cinq enfants. Et le 6<sup>ème</sup>, elle n'avait rien vu venir ». Je demande : « ton observation est terminée ? » ; Il me répond : « Oui ! Ah non, le périnée est intact ».

J'insiste : « ton observation est terminée ? Cela ne t'étonne pas toi, qu'une femme qui a été cinq fois enceinte, qui a accouché cinq fois, non seulement elle ne se rend pas compte de sa grossesse, mais



en plus quand les contractions se mettent en route, elle croit qu'elle a une gastro et elle va aux toilettes !! Cela ne te surprend pas ?? »

L'histoire, la voici : le mari la quitte après lui avoir fait cinq enfants et en la traitant de « grosse vache ». Un jour, il revient pour chercher ses chaussettes, il la viole... Et cela donne la sixième grossesse, avec le même homme, alors qu'elle en a eu cinq ; personne ne voit la grossesse, y compris elle-même... Et quand elle se met en travail, comme rien n'a été dit, comme ce n'est pas disable, comme ce n'est pas formulable, comme cela recouvre une souffrance, il faut bien reconnaître que le déni protège d'une souffrance indicible.

Cela, c'est une généralité acceptable. Il y a bien sûr beaucoup de cas cliniques très différents.

### **DOCTEUR DAYAN**

Il y a quelque chose qui dépasse la question même du déni. Il y a un article assez extraordinaire de Shani KUMAR, qui était le pape de la psychiatrie périnatale, intitulé « Anybody's child », c'est-à-dire l'enfant de n'importe qui. Il s'agit de femmes qui n'ont pas eu de déni, qui n'ont pas tué leur bébé. Il a écrit à une revue - style Parents - et a dit : j'ai deux patientes, elles ont eu leurs enfants, mais ont raconté : il ne se passe rien. Elles ne l'ont pas battu, elles l'ont élevé ; elles avaient déjà eu des enfants ; mais là, il ne se passait rien ; il n'y avait rien de visible, pas de mari qui cognait, pas de divorce ; rien.

Ces femmes précisaient même, j'ai essayé d'être juste, de faire attention avec cet enfant car je ne ressentais rien. KUMAR a donc lancé un appel dans cette revue en citant ces deux cas : si vous êtes comme ces deux patientes, écrivez-moi. Il a reçu des centaines de lettres ce qui montre bien que l'attachement mère-enfant est quelque chose de très complexe.

### **PROFESSEUR ROUSSEY**

C'est relativement facile de faire disparaître un corps de bébé. On peut donc supposer qu'il existe beaucoup plus de cas que ceux que l'on connaît. On trouve parfois des corps et on ne sait pas toujours qui est la mère. On peut tout de même se demander pourquoi ces femmes gardent le corps dans le congélateur, le jardin, etc... au risque ou même pour qu'on les découvre ?

### **PROFESSEUR NISAND**

Mme COURJAULT est incapable de dire, de raconter son histoire. Quand on interroge ses proches, on apprend que pour le premier enfant, elle habitait Tours, elle l'a mis dans l'insert ; En Corée, elle ne pouvait pas les enterrer, elle ne pouvait pas sortir avec les bébés (il y a des caméras partout dans les rues), elle était seule ; elle a congelé deux bébés.

Il y a des dénis de grossesse depuis des siècles mais bien entendu la congélation est un phénomène récent.

Il y a des femmes qui ont su exprimer quelque chose à propos de la congélation. Ces explications sont de deux ordres :

- premièrement : « je voulais le voir de temps en temps et je le sortais ; c'était mon bébé, il était mort et il était mort à cause de moi (3 cas).

- deuxièmement : « je voulais être punie pour ce que j'avais fait et donc un jour, je serai punie. Je suis tellement nulle, j'ai tellement honte, je suis monstrueuse ; il faut une justice qui me punisse ».

La congélation prend cette place-là dans le dispositif du déni de grossesse mais il y a effectivement beaucoup de femmes qui enterrent tout simplement dans le jardin. Je suis intimement convaincu qu'il y a toujours eu beaucoup de dénis, qu'on sous-estime le nombre de ces dénis de grossesse.

### **DOCTEUR DAYAN :**

Je crois que tout cela est extrêmement complexe. Cela ne répond pas à une seule raison. Il y a la question de la facilité, la question de l'opportunité - avant, au 19<sup>ème</sup> siècle, on les retrouvait dans les toilettes ; ils y restaient.

Le problème du déni par rapport aux autres infanticides, c'est qu'ils se font prendre, beaucoup plus que les autres. Pourquoi ? Parce qu'une fois que c'est fait, ils n'y pensent plus et se font prendre alors que les autres le cachent loin.

Il ne faut pas oublier que dans les dénis d'une part les femmes sont dans leur monde et tout cela n'a pas existé, cela n'a pas eu lieu.

Pourquoi garde-t-elle leur bébé ? Il y a sans doute beaucoup de raisons et c'est ce que l'on ne connaît pas bien du psychisme. Ce bébé reste encore quelque chose qui leur appartient et dont elles ne vont pas se débarrasser.

J'ai vu par ailleurs ce que j'appelle l'idéalisation : des femmes qui se mettaient à parler à ces bébé tués, enfin. Ils pouvaient naître mais il fallait les tuer car il ne fallait pas qu'ils vivent.

C'est donc quelque chose d'extrêmement complexe qui nous oblige à repenser la complexité du psychisme avec la vague des neurosciences. Je suis de formation analytique mais je travaille à l'Inserm en neurosciences. Je n'ai donc rien contre les neurosciences.



Mais cela va vers une simplification et on oublie toute cette complexité, le fait qu'il existe de multiples processus qui sont simultanément à l'œuvre, que certains cognitivistes avec des modèles extrêmement élaborés retrouvent ; mais la différence c'est que ces modèles-là, extrêmement sophistiqués ne sont pas communicables. Ce sont des modèles très compliqués qui utilisent un langage mathématique, alors qu'évidemment, la psychanalyse utilise un langage extrêmement simple et ce langage-là, où il y a vraiment une complexité du psychisme, où il y a des choses contradictoires qui peuvent arriver en même temps, les seuls modèles cognitifs qui existent et qui peuvent les expliciter sont des modèles inabordables en vulgarisation.

### **PROFESSEUR ROUSSEY**

Nous allons passer la parole à Madame CREDOZ car il est important d'avoir le point de vue du magistrat.





## **MADAME MARIE-AGNÈS CREDOZ**

Merci beaucoup, ce n'est pas évident de parler après M. NISAND et M. DAYAN. J'ai vraiment beaucoup aimé vos exposés et je dois dire que moi aussi, en tant que magistrat, je suis d'accord à 90 avec Monsieur NISAND. M. DAYAN, j'ai bu tout ce que vous avez dit. Cela m'a fait revivre beaucoup de choses ; ce fut un grand moment de richesse intellectuelle car j'ai pu associer votre point de vue à ce que j'ai vécu dans mes expériences professionnelles.

Je dois d'abord vous expliquer pourquoi je suis quelque peu légitime à être ici. Magistrat depuis 30 ans et j'ai présidé pendant 10 ans les Cours d'Assises de Franche-Comté et j'ai rendu environ 700 arrêts. Et, depuis 20 ans, les rôles (sessions) de Cours d'Assises sont essentiellement composées de personnes qui ont commis des viols, des maltraitements à enfants, quelques meurtres passionnels et de moins en moins de braquage, les banques étant de mieux en mieux protégées, hormis les régions mafieuses, ce qui n'est pas du tout le cas de la Franche-Comté. Je précise tout cela car je vais vous livrer mon expérience et la réponse judiciaire.

J'ai le très fort sentiment d'avoir « avant d'être dans le ventre de ma mère, voulu être magistrat ». Je réfute le mot « vocation » qui n'est pas le bon terme à mon sens. Il se passe quelque chose que je n'explique pas. Il faudra peut-être que je consulte M. DAYAN mais c'est comme si cela était inné. Je n'ai finalement pas eu le choix. Je savais que je réussis le concours alors que je n'étais pas particulièrement une brillante élève. Ce qui est sûr c'est que j'ai toujours voulu être magistrat et ainsi m'intéresser à tout ce qui touche au plus près de la souffrance, de la misère humaine ; c'est pourquoi j'ai choisi d'être, entre autres, juge des enfants, puis Présidente de la Cour d'Assises, avec la volonté lancinante de rendre la justice, la moins mauvaise justice. Il n'y a pas de bonne justice, il n'y a jamais de bonne peine. Il n'y a qu'une peine la moins mauvaise possible.

Evidemment, quand on est face à ces affaires-là, on se dit : Que va-t-on faire ? Comment va-t-on faire ? Quelle réponse la société va-t-elle pouvoir donner ?

En 2-3 minutes, je me dois tout de même d'exposer la législation avant de vous livrer trois expériences vécues en continuité des exposés de Messieurs NISAND et DAYAN. Je partirai de ce qui est pour moi la quintessence du déni de grossesse, ensuite de ce que je nomme la dénégation de grossesse, puis le refus de grossesse.

### **Alors, que dit la loi ?**

La loi ne dit rien sur le déni de grossesse. La loi ne parle pas d'infanticide ou de néonaticide, elle parle de meurtre commis sur descendant. C'est donc un meurtre avec circonstances aggravantes puisqu'il est commis par la mère ou le père. C'est l'article 221-1 du Code pénal : « Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre ; il est puni de 30 ans ». ;

L'article 221-4 qui précise : « Le meurtre est puni de la réclusion criminelle lorsqu'il est commis sur un mineur de 15 ans ou par un ascendant légitime ».

Avant 1994, l'infanticide était précisé dans la loi. Mais il a été supprimé.

Donc pour que la justice soit amenée à connaître, puis à juger une mère néonaticide, il faut qu'il y ait mort volontaire de l'enfant - ce qui signifie que pour un enfant mort-né, la mère ne sera jamais jugée.

Et donc, toute l'importance des rapports des médecins légistes et des médecins experts qui nous diront si l'enfant était vivant quand il est né.

A partir de là, le processus judiciaire se met en place : l'instruction, d'abord, pendant laquelle on essaie d'établir les circonstances, puis le jugement (c'est toujours un crime, donc une mère néonaticide est toujours jugée par une Cour d'Assises). Il y aura tout le débat oral au cours duquel la Cour, les magistrats et les neuf jurés, tenteront de comprendre les faits et la personnalité de l'accusée, pour être en capacité à la fin de prononcer la peine la moins injuste possible, afin que cette peine ait un sens.

La peine doit toujours avoir un sens.

Les trois sens de la peine : c'est indispensable et c'est une obligation du législateur. Nous devons passer au crible les trois sens de la peine :

- la sanction,
- la prise en compte de la souffrance faite à la victime et à l'entourage
- les chances de réinsertion



Suivant notre propre sensibilité, nos idées, nos convictions, on va sans doute prioriser l'un de ces sens, mais nous n'avons pas le droit d'en laisser un de côté.

Les peines sont très variables. M. DAYAN, vous disiez que depuis 15 ans, depuis 1995, les peines sont très différentes.

Il me semble que la peine la plus haute que j'ai vu récemment, c'est quand même Mme COURJAULT qui a été condamnée à 8 ans, bien qu'on ait connu jusqu'à 14-15 ans précédemment.

La loi dit également que pour prononcer une peine on doit :

- prendre en compte les circonstances de l'infraction,
- mais aussi la personnalité de celui qui commet cette infraction.

C'est donc là que la personnalité de cette mère néonaticide va effectivement avoir un poids énorme dans la balance, au même titre que les circonstances.

C'est là que la réponse judiciaire prend en compte ce que les spécialistes nous indiquent. La déposition des médecins experts lors de ces procès est absolument capitale.

J'ai rappelé succinctement les règles juridiques et je vais maintenant vous parler de mon expérience au travers de trois exemples.

Sur 10 ans de Cour d'Assises, je n'ai eu que quelques cas d'infanticides.

Je vais donc vous expliquer trois cas particulièrement éclairant sans citer de nom bien entendu :

#### Premier cas de déni de grossesse

On est face à une femme de 25 ans d'un milieu tout à fait favorisé qui travaillait en CHU dans l'est de la France où elle exerçait une profession paramédicale et qui fréquentait un médecin libanais. Issue d'un milieu catholique pratiquant - je précise bien - pratiquant - et non traditionaliste, cette jeune femme âgée de 23 ans, n'avait jamais eu de relations sexuelles. Elle tombe très amoureuse de ce médecin. C'était en octobre, novembre. Un mois plus tard, elle consulte un gynécologue pour une prescription de contraceptif (pilule). Quelques mois plus tard, en avril-mai, cette jeune femme part seule à une communion solennelle - car elle n'a pas présenté son ami qui n'était pas de religion catholique à sa famille. Avec ses parents, elle va à l'hôtel et partage une chambre avec un petit neveu de 9 ans. Elle se réveille dans la nuit et va dans la salle de bain. Je vous cite son récit à l'audience : « je sens quelque chose qui sort de moi, j'ai très mal, il y a un peu de sang, je le jette par la fenêtre et je vais me recoucher. A ce moment-là, j'ai très mal au ventre, je réveille mon petit neveu et lui dit : va chercher mamie, j'ai très mal au ventre ». La mère appelle le médecin de garde qui diagnostique une crise hémorroïdaire ! Vous voyez la force du déni ! Déni qui, finalement, entraîne tout le monde dans le déni.

Elle est finalement transportée la nuit même dans l'hôpital où elle travaille.

Il n'y a pas à proprement parler d'auscultation pointue et approfondie à son arrivée. On décide de la laisser se reposer. Le lendemain matin, les gens de l'hôtel ouvre la fenêtre de l'étage au-dessus et découvre au sol un bébé de 3 kgs.

On appelle la police et c'est à ce moment-là qu'elle est interrogée et répond : « mais non, j'ai senti quelque chose que j'ai jeté ; que dites-vous ? Non, il ne s'est rien passé ».

Le mari - médecin - est bien sûr lui aussi, interrogé ; pour lui, c'est épouvantable, il ne comprend pas et dit qu'il n'a strictement rien vu.

J'ai oublié de dire qu'elle avait toujours eu ses règles, juste un peu moins abondantes les deux-trois derniers mois ; elle avait seulement grossi d'1,5 kg. Seules ses chevilles étaient enflées.

Je dois vous dire que, face à ces constatations incompréhensibles, on commence - les jurés y compris - à comprendre ce que c'est qu'un déni.

En ce qui me concerne, j'ai une métaphore que je ne vais pas expliquer en termes psychiatriques ou psychanalytiques. Pour moi, dans le déni, la pensée s'arrête au « menton » ; le cerveau, lui, ne reçoit rien du tout. Cette femme, ne savait rien du tout. Elle ne savait pas qu'elle était enceinte, donc ne pouvait penser accoucher.

Cette femme a fait quelques mois de prison (détention provisoire) ; bien sûr il y a une infraction pénale, mais, même si M. NISAND a dit tout à l'heure que les magistrats ne comprenaient rien au déni de grossesse, je peux vous affirmer que nous avons quand même un peu de sens humain !

Elle sort de prison, retrouve son ami médecin dont elle est amoureuse et arrive libre à la Cour d'Assises, enceinte de jumeaux.

Quand elle parlait de son enfant, elle disait toujours : « la chose » qui est sortie de moi. J'ai dû insister pour lui demander - non pas de dire : « mon bébé, mon enfant » mais l'enfant, voire le fœtus.



Peut-être avais-je tort de la reprendre sans cesse, mais dans cette Cour d'Assises, je ne pouvais pas la laisser s'exprimer ainsi.  
On a là un cas exemplaire de déni de grossesse.

Je voudrais vous dire toute mon admiration pour les jurés. Je ne sais si certains parmi vous ont déjà été jurés, mais j'en arrive à penser que la fonction crée le meilleur. Les jurés puisent au plus profond d'eux-mêmes ce qu'ils ont de meilleur. Certes, toute règle a ses exceptions, mais je n'ai connu aucun juré faisant preuve de racisme. Pourtant, les jurés, c'est le peuple français ; donc le QI doit varier de 85 à 110-115, voire 120. Cependant, ils comprennent tous et ils ont une volonté d'essayer de rapporter les faits à la personnalité de la personne et non pas d'excuser. Je dis toujours : on n'excuse pas, on cherche des explications. Ils sont toujours à la recherche de la peine la plus juste possible. J'en suis toujours étonnée et vraiment cela me rend très admirative.

Dans ce cas la cour a vraiment cherché quel sens donner à la condamnation. Cette jeune femme n'est pas retournée en prison, elle a été condamnée à 4 ans d'emprisonnement avec sursis. On a couvert la détention provisoire. On est là véritablement dans le vrai déni de grossesse.

### **QUESTION :**

**Que sont devenus ses jumeaux ?**

### **MADAME CREDOZ :**

Aux Assises, elle était accompagnée de son mari et semblait très heureuse d'attendre ses jumeaux. Mais, c'est une grande frustration, l'éthique professionnelle nous empêche de suivre les gens.

Je précise toujours aux personnes qui ont été jugées qu'il ne faut pas m'écrire. Je ne dois ni répondre, ni prendre des nouvelles.

Au fond de moi-même - et j'y pense très souvent car on ne peut oublier les gens que l'on a jugés - je suis convaincue que tout doit bien aller et qu'elle a peut-être même eu d'autres enfants.

Je pense aussi très souvent à un cas d'infanticide : une jeune femme qui a tué son enfant dans des circonstances épouvantables. Son mari la quitte, elle se retrouve seule avec un petit Arthur de 2 ans environ. Excessivement déprimée, elle a sauté dans le Doubs, s'est enfoncée avec son enfant qui, bien sûr est mort noyé. Elle voulait se suicider, a finalement rejoint la rive avec son enfant mort et s'est rendue à l'hôpital.

Vous voyez combien il est difficile de comprendre le psychisme de cette mère qui en est arrivé à tuer son enfant. Il est sans doute parfois très difficile d'être médecin, mais je vous assure qu'il est aussi très difficile d'être magistrat.

### **Deuxième cas de déni de grossesse que, personnellement, j'associe à la dénégation**

Il s'agit d'une jeune femme mère de deux enfants d'une première union. Elle se sépare de son premier compagnon et épouse ensuite un homme divorcé qui, lui aussi, avait eu deux garçons avec sa première femme. Celle-ci témoignera d'ailleurs aux Assises et expliquera que ses grossesses ont été très difficiles et que son mari, à l'époque, s'était montré très présent. C'est très important dans ce type d'affaire d'essayer de comprendre la personnalité et le rôle des pères, des maris.

Peu à peu, au cours du procès, on apprend que cette jeune femme avait des difficultés professionnelles et qu'elle avait sombré peu à peu dans l'alcoolisme. Elle est enceinte mais ne le dit pas à son mari qui - lui - travaille. Et, un jour, elle accouche juste après que son mari parte au travail. A ce propos, je me suis toujours demandé pourquoi ces femmes-là accouchent toujours quand il n'y a personne. C'est toujours quand le mari n'est pas là, quand les enfants sont à l'école. Je garde toujours à l'esprit cette phrase d'un expert : « le corps est complice de la tête ». Nous, magistrats, apprenons toujours beaucoup des experts. Cette femme donc accouche seule quand ses enfants sont à l'école, quand son mari n'est pas là. Il faisait très froid (- 10°). C'était l'hiver et elle raconte : « Je suis allée à la salle de bain, j'ai accouché très facilement, j'ai bien vu que c'était un bébé, je l'ai mis sur la fenêtre et j'ai repris mes activités dans la maison ; quand mon mari est rentré pour déjeuner, je lui ai dit d'aller voir ce qu'il y avait sur la fenêtre ». Le mari, affolé, lui demande des explications.... Elle répond : « Il me semblait bien, une fois ou deux, j'ai su que j'étais enceinte ».

Cela correspond bien à ce que disait M. NISAND : à la fois elles savent, mais en même temps, elles ne veulent pas savoir. On dirait comme des petites fenêtres, des petits filtres qui s'ouvrent mais aussitôt se referment.

Elle ajoute : « Ce bébé est là, il faut qu'on en fasse quelque chose mais surtout, il faut que personne ne le sache ! Occupe-t-en ». Et le mari a tout simplement mis ce bébé mort de froid dans un carton quelque part dans le garage.



Je vous ai bien expliqué ma métaphore pour le déni : la conscience de la grossesse ne parvient pas au cerveau ; dans la dénégation, cette conscience existe un peu, on a eu des sensations, en quelque sorte le cerveau a été averti, mais cette conscience repart et on l'enfouit au plus profond de soi-même et on met une plaque de béton par-dessus. Mais le béton se fendille et de temps en temps la conscience de la grossesse revient de manière fugace. A l'audience, cette femme a bien dit : « J'ai su que j'étais enceinte, je ne le voulais pas et je croyais que peut-être cela n'arriverait jamais ». C'est vraiment ce que j'appelle « la parole magique ».

Le mari, le pauvre homme, a été condamné pour non dénonciation de crime et pour non-assistance à personne en danger.

Elle a été condamnée nettement plus que la première femme dont je vous ai parlé - ce que l'on peut comprendre.

Elle a comparu détenue et a été condamnée à 4 ans, 2 ans fermes et 2 ans avec sursis.

Je vous rappelle que là nous étions dans un cas avec tout de même des carences sociales (alcoolisme, difficultés professionnelles).

#### Troisième cas : le refus de grossesse pur et simple

Une jeune fille - 18/19 ans - d'origine maghrébine, qui a des relations sexuelles assez fréquentes et qui ne prend pas de contraception. Elle est régulièrement enceinte, et régulièrement, met ses enfants à la poubelle.

Un jour, un voisin intrigué découvre un bébé dans la poubelle. Elle est entendue par la police, elle avoue et ajoute que cela est déjà arrivé trois fois auparavant.

Dans ce cas, cette jeune fille savait qu'elle était enceinte, mais le refusait. Elle a été condamnée à 7 ans d'emprisonnement.

On le voit bien, il y a toujours des choses indicibles, qui ne peuvent absolument pas être dites - notamment dans cette famille maghrébine où il était impensable qu'une jeune fille puisse avoir des relations sexuelles. Il y a toutefois des points communs avec les histoires précédentes car là encore personne n'a rien vu. La seule façon pour elle de s'en sortir était de tuer le bébé et de le jeter. Autre point commun : pour elle aussi, un accouchement extrêmement rapide et somme toute facile, sans aucune difficulté en suite de couches.

Enfin, la vie courante n'a jamais cessé d'exister, l'accouchement n'est qu'un épisode extrêmement court.

Vous l'avez, compris, chaque cas judiciaire est absolument unique, qui mérite un examen unique, une peine totalement individualisée.

D'ailleurs, M. NISAND l'a bien souligné de manière très forte, chaque grossesse est un évènement unique, qu'il ne faut jamais généraliser. Il en est de même pour les réponses de la Justice.

Je vous remercie.

#### **QUESTION :**

**Dans le dernier cas que vous avez cité, la jeune femme a-t-elle été jugée pour les quatre bébés ou seulement le dernier ?**

#### **MADAME CREDOZ :**

Non, uniquement pour le dernier bébé. Les trois premiers bien entendu n'ont pas été retrouvés et l'on ne peut savoir s'ils étaient vivants ou morts.

#### **QUESTION :**

**Dans les affaires judiciaires que vous avez évoquées, est-ce que les experts psychiatres avaient évoqué ou conclu à une altération du discernement de ces femmes-là ?**

#### **MADAME CREDOZ :**

C'est une importante question qu'effectivement je n'ai pas abordée ; Il y a bien sûr - et la réponse judiciaire est fonction des résultats de ces expertises psychiatriques puisqu'on ne peut condamner que lorsque l'accusé est en possession de son discernement ; quelqu'un dont le discernement est aboli ne peut être déclaré responsable des faits qui lui sont reprochés. A côté de l'abolition du discernement, il y a l'altération du discernement. L'abolition du discernement n'est pas très compliqué à diagnostiquer puisque cela répond à la nosographie psychiatrique qui est aujourd'hui très ciblée pour les cinq ou six maladies psychiatriques bien répertoriées ; par contre, l'altération du discernement est une notion plus complexe laissée à l'appréciation des experts psychiatres.



Dans le premier cas, je m'en souviens parfaitement, l'expert psychiatre avait conclu à un raptus au moment de l'accouchement et donc une très forte altération du discernement.

Dans le deuxième cas, on avait conclu ni à l'abolition, ni à l'altération du discernement mais à un fonctionnement psychique extrêmement névrosé avec de grandes carences sociales.

Quant à la troisième jeune femme, il n'y avait aucun problème de discernement mais un énorme problème culturel et social.

Je le répète : la déposition des experts a un poids énorme dans ce type de procès. Merci de cette question.

**QUESTION :**

**Est-ce la justice qui oblige à réaliser des expertises psychiatriques ?**

**MADAME CREDOZ :**

Je peux répondre là d'une manière très juridique puisque c'est une obligation. Dans toute procédure criminelle, il y a obligation d'une expertise psychiatrique et psychologique. En cour d'Assises, il y a donc au moins une expertise psychiatrique et une expertise psychologique, parfois deux ou trois quand le Juge d'instruction n'est pas tout à fait convaincu par la première expertise, ou quand deux experts n'ont pas tout à fait les mêmes conclusions.

**QUESTION :**

**Dans les cas que vous avez cités, les femmes ne souffraient pas de maladies psychiatriques ?**

**MADAME CREDOZ :**

Non, pas du tout, mais de graves troubles psychiques. Là, je pense que M. DAYAN peut vous répondre. Il s'agit d'un fonctionnement très particulier mais pas du tout de maladies psychiatriques.

**DOCTEUR DAYAN :**

Comme on l'a dit tout à l'heure, 70% des femmes néonaticides n'ont aucun trouble psychiatrique. La dénégation est quelque chose de très fréquent. Il n'y a qu'à voir le nombre d'épouses ou de maris trompés qui ont des dizaines de signes devant les yeux et qui, pourtant ne voient rien, alors que tout le monde est au courant !!

**MADAME CREDOZ :**

Je vous le répète, il faut bien faire la différence entre déni et dénégation.

**DOCTEUR DAYAN :**

Nous, psychiatres, nous avons deux définitions : l'une qui est la même que la vôtre : le déni est une dénégation totale. La seconde, qui explique que le déni fait appel à des processus particuliers comme ceux que l'on voit dans la psychose.

Je pense qu'il y a plusieurs sortes de déni. J'ai par exemple rencontré une femme schizophrène qui était en maternité mais ne savait pas pourquoi elle était là. Les obstétriciens me l'avait amenée et - alliance thérapeutique oblige, je ne voulais pas m'en faire une ennemie - Je lui explique : « Madame, les obstétriciens disent que vous êtes enceinte » ; Je crois alors qu'elle va regarder son ventre, et, pas du tout, elle regarde ses chaussures, et me répond : « mon ventre ?? ».

C'était un cas de déni psychotique.

Par contre, Madame, j'ai la même conclusion que vous. Je suis très étonné parce qu'a dit Israël NISAND sur l'accouchement. Toutes les femmes que j'ai vues ont accouché très vite et le bébé est sorti « comme un bouchon de champagne ».

**MADAME CREDOZ :**

Dans les récits des femmes que j'ai entendus en Cour d'Assises, c'est toujours la même chose : cela va très vite (5 à 10 minutes) et surtout, il n'y a aucun cri... Et pourtant sans péridurale Et donc, personne ne se rend compte de l'accouchement.



**DOCTEUR LAVAUD :**

En tant que médecin de SAMU, je souhaite ajouter deux choses :

- il existe des cas de femmes qui accouchent dans leur lit de maternité. Quand elles appellent la sage-femme, le bébé est déjà là.
- durant mon activité, il y a maintenant 35 ans, j'ai rencontré une femme, dactylo, qui a accouché à sa table de travail. Elle avait caché sa grossesse à tout le monde et portait de grandes salopettes. Et nous avons été appelés parce qu'il y avait du sang sous sa table, qu'elle avait perdu connaissance et s'était effondrée sur sa machine à écrire. Quand nous sommes arrivés, elle était toujours assise, vêtue d'une salopette. Quand nous l'avons déshabillée, nous avons découvert un bébé, à terme, de 3 kgs, cyanosé, complètement recroquevillé, mais il a suffi de le stimuler un peu pour qu'il rosisse tout de suite.

Cette femme avait accouché sans même se lever.

**DOCTEUR MESSERSCHMITT :**

Est-ce que pour l'ensemble de ces femmes dont on parle, qui ont tout de même un déficit de mentalisation, le procès peut être un moment constructif ?

**MADAME CREDOZ :**

Parce que j'ai choisi ce métier et que j'y crois beaucoup, j'ai vraiment envie de vous répondre : oui. Suivant la façon dont cela se déroule, le temps que l'on y consacre, notre propre conviction de l'intérêt d'un procès, cela peut être le moment où l'on restaure chacun dans sa véritable dimension. Cela, c'est une remarque générale.

Pour ma part, le problème de l'utilité d'un procès me pose tout de même question pour les personnes qui ont un QI extrêmement faible. J'ai eu à juger un violeur qui avait un QI à 59 et je dois vous dire que dans ce cas, je ne crois vraiment pas à la vertu thérapeutique d'un procès.

Dans les cas des femmes néonaticides que j'ai rencontrées en Cour d'Assises, je n'ai pas été confrontée à ce problème de QI et je crois pouvoir dire que :

- ces femmes étaient capables de comprendre le procès
- elles étaient respectées dans leur cheminement
- elles étaient respectées dans leur souffrance
- mais elles ont été confrontées aussi à la réalité et à ce qu'est - tout de même - une transgression de la loi.

**PROFESSEUR ROUSSEY :**

Nous allons maintenant passer au quatrième exposé avec Martine BALENÇON qui prend en charge les mamans - avec leur bébé - incarcérées à la centrale de Rennes.



## DOCTEUR MARTINE BALENÇON

Bonjour à tous. Est-ce que je dois remercier Michel ROUSSEY de m'avoir proposé voici quelques mois de passer ce soir sous vos fourches caudines ?

Je suis pédiatre, je travaille auprès d'enfants maltraités au CHU de Rennes et l'une de mes activités annexes est aussi de travailler au sein de la prison de Rennes pour y faire une médecine de prévention, c'est-à-dire une médecine de PMI.

De tous temps, les mères qui avaient des enfants les gardaient auprès d'elles pendant toute leur incarcération.

Aujourd'hui, l'évolution des droits de l'enfant et la perception de la sanction et de l'incarcération ont changé les choses puisqu'en 1999 la circulaire GUIGOU a planifié et harmonisé les pratiques en milieu carcéral pour que toutes ces détenues puissent être prises en charge de manière cohérente sur l'ensemble du territoire.

Dans le préambule de cette circulaire, il est prévu que soit étudiée la possibilité d'une alternative à l'incarcération pour les femmes enceintes et les jeunes mères. Lorsque, malgré tout, ces femmes sont incarcérées, il y a obligation d'un accueil spécifique des femmes et des enfants en milieu carcéral.

Les enfants peuvent ainsi être accueillis en milieu carcéral jusqu'à 18 mois si tant est qu'il n'y ait pas de situation de danger avéré ou perçu et que la mère le souhaite. Les parents restent titulaire de l'autorité parentale (la mère et le père s'il existe).

La vie en prison est une vie complexe pour les mères mais aussi pour les enfants puisqu'il y a une myriade de personnes qui tournent autour de ces femmes. Tout d'abord, pour ce qui est de la peine, l'administration pénitentiaire organise la vie au sein du milieu carcéral, les transferts de la prison vers les Tribunaux et les hôpitaux, la surveillance et les promenades.

Pour ce qui est des soins, les mères sont prises en charge depuis une loi de la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, par des unités de soins ambulatoires qui dépendent des services de médecine légale qui s'appellent les UCSA (Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires). Les mères bénéficient également de soins par l'intermédiaire de l'intersecteur de psychiatrie, de manière très régulière et systématique.

Est travaillé par ailleurs un projet de sortie - et là ce sont d'autres services de l'administration pénitentiaire - les SPIP (Services Pénitentiaires d'Insertion de Probation) qui sont là pour préparer l'avenir (séjour hors les murs).

Quand ces mères sont enceintes, les services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) interviennent ; le Conseil Général d'Ille et Vilaine a un service dédié, le SAFED (Service d'Aide aux Femmes Enceintes en Difficulté) - le service intervient tout au long de la grossesse et même au-delà de la naissance pour faire le relai avec les puéricultrices.

Pour l'enfant, la vie en prison est également complexe puisque leur quotidien est géré par l'administration pour ce qui est de cantiner les vêtements, l'alimentation...

Les assistantes maternelles et les éducatrices de jeunes enfants qui sont des personnels du Conseil Général interviennent aussi au cœur de la prison, mais aussi à l'extérieur lorsque des séjours sont organisés pour que ces enfants puissent vivre hors les murs.

Les soins sont assurés par l'UCSA, les services de PMI dont je dépends, mais aussi les services de pédopsychiatrie.

Pour ce qui est de la protection, c'est la mission du Conseil Général mais, dans les situations les plus complexes, le rôle de protection est dévolu au Juge des enfants sachant que le Juge des Enfants n'est pas saisi à chaque fois.

Que se passe-t-il en pratique ?

A Rennes, centrale des femmes (qui dit centrale dit détention provisoire, condamnation après jugement, mais aussi perpétuité) nous avons cinq cellules mères-enfants qui sont en capacité d'accueillir des couples mères-enfants et à défaut des femmes enceintes en fin de grossesse. Ce quartier, que l'on appelle la nurserie, est situé à côté de l'UCSA et de la maison d'arrêt.

Les mères y sont protégées des autres détenues, protégées des surveillantes puisque les détenues et les surveillantes n'ont pas le droit d'approcher les mères, mais elles vivent tout de même dans un certain isolement qui parfois est douloureux pour elles.

Cette nurserie est constituée d'un espace commun de vie (buanderie, coin cuisine, pièce de vie) mais aussi d'un jardin.

En tout état de cause, dans le quartier qui est le leur, il y a clairement une recherche d'autonomie par rapport aux repas, l'entretien des lieux et les soins des enfants qui se rapproche d'une vie en collectivité.

En pratique également, pour les femmes condamnées, il peut leur être proposé des temps en UVF (Unité de Vie Familiale) dont Rennes a été promoteur et qui existe depuis 2003.



Diapo : présentation des plans des locaux. Je ne vous propose pas là un plan d'évasion digne des Daltons mais bien la configuration approximative des lieux de vie à Rennes.

Les cinq cellules donnent sur la salle commune, puis la buanderie. Les cellules de 15 m<sup>2</sup> sont ouvertes de 7 h 30 à 19 h 30, ce qui signifie que les mères vivent environ 12 h par jour en huis-clos avec leur enfant.

Les espaces verts sont eux ouverts en journée.

Dans la partie commune, les mères peuvent prendre leur café ensemble ; c'est aussi le lieu où les personnes qui font lien (assistantes maternelles et éducatrices de jeunes enfants) s'entretiennent avec les mères.

Les cellules sont toutes identiques et répondent aux normes de l'administration : un lit pour la mère, un lit pour le bébé, un point d'eau, des WC.

Certes, la dernière surveillante de la nurserie s'était attachée à repeindre ces cellules en rose mais on ne peut pas ne pas remarquer l'exigüité des lieux. Pourtant, il faut bien en convenir, il y a un fort contraste avec le milieu carcéral ordinaire.

### Notre travail de pédiatre

En préambule, je vous précise qu'en 10 ans d'exercice à la centrale de Rennes, j'ai rencontré quelques femmes condamnées pour infanticides, deux femmes pour néonaticides et quelques autres mères incarcérées pour des faits d'atteintes aux biens ou aux personnes. Mon expérience dans le domaine du néonaticide est donc limitée. J'ai fait mienne et j'ai fait nôtre - car je ne ferais rien sans l'équipe avec laquelle je travaille - les démarches de soins que nous avons pu mettre en place.

Toujours est-il que ces démarches de soins doivent s'adapter au moment de la rencontre et de la prise en charge des mères.

Tout d'abord, par rapport à l'incarcération : quand rencontre-t-on ces mères ? Est-ce qu'on les rencontre lors de la détention provisoire ; elles viennent de commettre un crime ou un délit, ou est-on amené à les voir après le jugement ?

La prise en charge d'une mère détenue peut se faire en fin de grossesse, ou, lorsqu'elles sont transférées d'une autre centrale au moment de la naissance ou juste après la naissance.

La place du pédiatre : je vous disais qu'il s'agissait d'une activité très annexe pour moi : 9 demi-journées par an pour 5 places en nurserie. La place du pédiatre se fait dans l'intérêt de l'enfant bien évidemment - ce n'est pas un scoop - mais aussi dans le respect du secret professionnel. Il faut savoir que je suis tenue au secret médical bien évidemment ; je peux le partager avec mes collègues de PMI et de l'UCSA. Mais l'administration pénitentiaire a elle aussi sa part de secret qui est celui de la condamnation, des faits commis et des peines prononcées.

Les visites du pédiatre représentent un lien avec l'extérieur et avec les soins médicaux prodigués au nourrisson. Le but est de « tricoter » quelque chose, au fil du temps, avec ces couples mère-enfant.

Nous souhaitons que la première rencontre puisse avoir lieu en anténatal.

Pourquoi et dans quel contexte ?

Nous souhaitons que cela se passe dans la cellule de la future mère car il y a des photos de la famille, des enfants et l'on va pouvoir identifier cette détenue comme une mère puisque l'on identifie parfois les aînés, le conjoint, le papa, les fêtes de Noël, etc... Cela permet de mettre quelque chose d'humain dans nos relations.

Ces rencontres sont également constructives, me semble-t-il, pour nous pédiatres, puisqu'elles sont l'occasion d'un échange, sans suspicion de maltraitance puisque l'enfant n'est pas encore né et n'a donc pas d'existence juridique. Elles peuvent aussi être l'occasion pour ces mères néonaticides d'évoquer leurs souffrances car elles sont souvent l'objet de railleries, voire de brimades importantes de la part des autres détenues. Les causes d'incarcération étant souvent connues par leurs codétenues.

### Que se passe-t-il au moment de la naissance ?

Les détenues sont transférées à la maternité, ce qui donne un petit goût de liberté, d'autant que les praticiens de la maternité travaillent aussi dans le milieu carcéral et connaissent donc les protocoles de transfert, ce qui rend tout de même les choses plus fluides (on évite les menottes sur la table d'accouchement avec deux gendarmes dans la salle !).

Le retour en milieu carcéral a lieu après une période d'hospitalisation de 7 jours, ce qui permet d'avoir une idée sur le lien qui se crée entre ces mères et leur enfant.

En post natal, comme vous l'a décrit M. DAYAN, on voit comme pour toutes les mères, des reviviscences de tranches de vie antérieures douloureuses mais qui, pour des mères incarcérées pour





des faits de néonaticides, peuvent être des violences beaucoup plus lourdes, des violences qu'elles ont pu subir dans la petite enfance, des carences affectives, etc... tout ce qui les a pétri et qui a fait ce qu'elles sont aujourd'hui.

Enfin, en post natal, on voit aussi que dans les premiers temps, elles sont effectivement en fusion avec leur bébé mais cela va les confiner à l'isolement puisqu'elles vivent au rythme de leur nourrisson. On verra ce sentiment omniprésent et récurrent dans le discours de ces mères : « J'ai besoin de mon enfant pour me réparer », ce qui peut aller jusqu'à des comportements dangereux de bed-sharing ; la puéricultrice a alors du mal à faire respecter les règles simples de prévention de la mort subite du nourrisson.

Après l'âge de 3 mois, revient le désir de reprendre une vie sociale, les promenades dont elles sont exclues, les loisirs.

A partir de l'âge de 9 mois, nous percevons que la mobilité et l'autonomie de l'enfant commencent à devenir agressif et douloureux pour ces mères.

L'enfant n'est plus perçu comme un être réparateur mais presque comme un enfant qui pourrait presque la persécuter.

Le premier anniversaire arrive. Ils soufflent ensemble la première bougie. Etape importante pour l'enfant, étape importante pour la mère car elle sait déjà que pour le deuxième anniversaire, l'enfant sera dehors.

Entre 1 an et 18 mois, la planche est savonnée, l'attente est anxieuse, la séparation va venir et elle n'est que soulignée par l'opposition que l'enfant peut avoir à son égard.

La sortie, assez paradoxalement, est souvent vécue comme un soulagement : « Je suis aujourd'hui capable d'endurer cette séparation ».

Ce que nous essayons de favoriser, c'est de revoir ces mères après 18 mois pour reconnaître non pas la détenue - mais aussi les mères qu'elles sont - et en même temps prendre des nouvelles des enfants que nous avons suivis pendant plusieurs mois.

Dans les contextes de mères néonaticides, on privilégie un contact étroit avec la mère ; c'est vrai que les mères qui ont été à l'origine de faits graves envers l'un de leurs enfants sont l'objet d'une observation importante par les professionnels de santé.

Or il ne faut pas non plus que cette observation génère une attitude conforme ou quelque chose qui développerait chez elle un sentiment d'incapacité. Cette observation doit être bienveillante, bienveillance des soins qu'elle peut avoir pour elle-même, bienveillance des liens qu'elle peut entretenir et développer avec son enfant, bienveillance de l'identification des besoins qu'elle peut avoir pour son nourrisson. Et il m'apparaît vraiment primordial de pouvoir aussi loyalement nommer les risques et les dangers que l'on peut percevoir notamment dans les interactions mère-enfant, les dangers des réactions face aux pleurs du bébé.

Une fois ce point fait sur le milieu carcéral, il nous faut aller hors les murs en se disant que la prise en charge médico psycho sociale des nourrissons vivant en milieu carcéral est très codifiée, que la circulaire GUIGOU nous a beaucoup aidé, que l'administration pénitentiaire et la justice considèrent que l'insertion familiale est gage de réinsertion ultérieure pour la détenue mais en tant que pédiatre, cela ne peut et ne doit se faire à n'importe quel prix : il ne faut pas considérer l'enfant comme un simple vecteur de réinsertion mais bien comme un enfant en devenir. Surtout, dans les cas de mères néonaticides, nous devons redoubler de vigilance et réfléchir à l'aide et au soutien que l'on peut apporter à ces mamans.

Je tiens à remercier Laurence Bebin qui est la puéricultrice avec qui je travaille et les médecins de l'UCSA, en particulier le Dr. Taversin pour le travail très riche que nous pouvons avoir ensemble.

## **PROFESSEUR MICHEL ROUSSEY**

Nous arrivons au terme de cette table-ronde. Je voudrais retenir, pour terminer sur une note optimiste : Israël NISAND nous a dit qu'une prévention était possible : prévention primaire donc, mais il y a aussi une prévention secondaire avec ces mamans dont vient de nous parler Martine BALENÇON.

Pour moi (comme pour Elisabeth BRIAND qui est dans la salle) qui s'occupe de mort inattendue du nourrisson (MIN) et qui sait que le co-sleeping est un facteur de risque majeur, je n'ose imaginer ce qui se passerait s'il y avait un cas de MIN en prison avec des mères néonaticides !



**QUESTION :**

**Comment s'effectue la sortie des enfants ? Y-a-t-il des adaptations ?**

**DOCTEUR MARTINE BALENÇON**

La sortie des enfants, bien entendu, ne se fait pas du jour au lendemain. Dès l'âge de 3 mois, ils vont à temps complet chez l'assistante maternelle du Conseil Général (les assistantes maternelles du Conseil Général peuvent accueillir des enfants au pied levé, n'importe quand).

Nous sommes tous d'accord pour considérer comme impensable un changement brutal à 18 mois quand le couperet tombe ! (De 7 jours sur 7 avec la mère à 7 jours sur 7 en famille d'accueil).

Entre 1 an et 18 mois, quand l'enfant marche, la puéricultrice favorise au maximum les visites à l'extérieur pour habituer l'enfant. Parallèlement, c'est forcément une période très difficile pour les mères.

**PROFESSEUR ROUSSEY**

Je voudrais vous dire combien les choses ont évolué. J'ai travaillé à la centrale de Rennes avant Martine BALENÇON ; à l'époque les murs étaient gris, il n'y avait pas de jouets ! Et je peux vous dire que le pédiatre que je suis avait reçu un choc !

Dès le Noël suivant, je me suis transformé en Père Noël, j'ai fait pleurer tout le personnel du CHU et obtenu que l'administration pénitentiaire me laisse entrer avec des hottes de jouets.

**QUESTION :**

**Pourquoi 18 mois ?**

**DOCTEUR MARTINE BALENÇON**

Parce que c'est la loi et aussi parce qu'il semble que ce soit l'âge le moins mauvais pour l'enfant.

La loi a d'ailleurs changé puisque jusqu'en 1946, c'était 3 ans, et avant 1861, 4 ans.

Je peux préciser que cela est très variable d'un pays à l'autre de l'Union Européenne. En Allemagne, par exemple, les enfants peuvent rester pour certains jusqu'à l'âge de 6 ans.

**DOCTEUR JEAN LAVAUD**

Au nom du Comité National de l'Enfance, je voudrais remercier Michel ROUSSEY et tous les intervenants : Israël NISAND, Jacques DAYAN, Mme CREDOZ et Mme BALENÇON.

Monsieur DAYAN signale un article sur les néonaticides, accessible sur Internet sur le site du journal « Libération » (Août 2010).

