



HAL
open science

Denial of pregnancy, infanticide and Justice

Jacques Dayan, Alix Bernard

► **To cite this version:**

Jacques Dayan, Alix Bernard. Denial of pregnancy, infanticide and Justice. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2013, 171 (7), pp.494-498. 10.1016/j.amp.2013.05.019 . hal-03355586

HAL Id: hal-03355586

<https://univ-angers.hal.science/hal-03355586>

Submitted on 24 Jan 2024

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

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



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

Déni de grossesse, infanticide et Justice

Denial of pregnancy, infanticide and Justice



Jacques Dayan^{a,*}, Alix Bernard^b

^a PHUPEA, université de Rennes 1, 154, rue Châillon, 35200 Rennes, France

^b Laboratoire de psychologie des pays de Loire, LUNAM université, université d'Angers, UPRES EA 4638, 5, boulevard Lavoisier, 49000 Angers, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Déni de grossesse
 Infanticide
 Médecine légale

R É S U M É

Dans le système juridique français, en opposition avec le système anglais, le meurtre d'un nouveau-né est aujourd'hui considéré comme un homicide aggravé. Il n'y a pas d'atténuation de peine relativement à l'état mental de la mère ayant accouché récemment. Cette orientation opposée à celle qui prévalait dans le code pénal précédant 1994 s'est produite avec des explications limitées et sans considérations médicales ou psychiatriques. Cependant, plusieurs cas de néonaticide faisant prétendument suite à un déni de grossesse ont provoqué un débat intense au sein de la société française. Une recherche précautionneuse dans les archives judiciaires françaises a montré que probablement moins de 10 % des infanticides sont précédés par un déni de grossesse et une comparaison avec les données obstétricales semble indiquer que moins de 1 % des dénis de grossesse sont suivis d'infanticide. Dans cet article, nous examinons les différentes définitions du « déni de grossesse », ses risques et ses conséquences, y compris ses avantages comme mécanisme de défense. Nous recommandons une nouvelle terminologie. Nous proposons de différencier clairement les deux principaux mécanismes conduisant à un « déni de grossesse », respectivement le déni et le désaveu et leurs attributs spécifiques. Nous discutons également l'avantage d'une classification psychiatrique du déni de grossesse pour éviter une variabilité considérable des jugements.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

A B S T R A C T

In the French law, as opposed to English law, the killing of a newborn is nowadays considered aggravated murder. No specific consideration is given to the mental state of the mother having recently given birth. This dramatic change occurred in 1994 without debate about medical and psychiatric considerations. However, several cases of neonaticide, allegedly following denial of pregnancy, have provoked an intensive debate in the French society. Careful research in judiciary archives have shown that probably less than 10% of infanticides are preceded by denial of pregnancy, and a comparison with obstetrical data shows that probably less than of 1% of denial of pregnancy are followed by infanticides. In this article, we examine the different definitions of the "denial of pregnancy", its risks and its consequences. We also examine its advantages as a defence mechanism and we recommended new terminology. We differentiate the two main mechanisms leading to a "denial of pregnancy", respectively denial and disavowal and their specific attributes. We also discuss the benefit of a psychiatric classification of the "denial of pregnancy" to avoid a significant variability of the judgments.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords:

Denial of pregnancy
 Forensic psychiatry
 Infanticide

1. Introduction

Le déni de grossesse n'est une préoccupation en Justice que lorsqu'il s'associe au meurtre du nouveau-né. Tardieu [25]

soutenait que l'infanticide le plus caractéristique était celui de l'enfant à peine né sans soin, « *sanguinenlatus cruentatus* ». Aujourd'hui, la spécificité de l'infanticide précoce reste reconnue à travers la notion psychiatrique de « néonaticide », homicide commis le premier jour de vie du nouveau-né [21]. Ce crime est presque exclusivement maternel. En cas de déni de grossesse, c'est très souvent dans le mouvement immédiat qui suit la naissance que s'organise l'homicide.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jcdayan@gmail.com (J. Dayan).

Déni et infanticide, ces deux comportements troublants sont aujourd'hui souvent associés dans l'imaginaire populaire, et parfois encore dans la littérature scientifique. Pourtant, l'immense majorité des dénis de grossesse n'est suivi d'aucun acte malveillant. On peut évaluer à moins de 1 % les dénis « totaux » suivis d'infanticides et à moins de 0,2 % les dénis partiels. Le caractère exagéré de l'association entre déni de grossesse et infanticide tient à plusieurs motifs : le caractère sensationnel de chacune de ces manifestations, la sous-estimation de l'occurrence des dénis résolutifs sans incident, et le biais que crée le filtre judiciaire, environ 10 % des affaires d'infanticide portées en justice étant effectivement associées à un déni de grossesse [28].

En France, seuls deux à cinq cas annuels de déni sont suivis d'infanticide pour environ 1500 cas annuels de déni partiel (1/475 naissances) et 250 de déni total (1/2500 naissances) [2,3,20,29].

La conduite des mères dans le cas d'infanticide précédé de déni est particulière en ce sens que généralement elles cachent mal, ou parfois même ne cachent pas, leur geste criminel. Elles échappent exceptionnellement au regard de la Justice, au contraire des mères qui ont dissimulé leur grossesse et, de ce fait, leur prévalence est surestimée dans les statistiques judiciaires. Les caractéristiques sociodémographiques des mères infanticides sont de mieux en mieux précisées. Dans les pays économiquement développés, des conditions socio-économiques défavorables, un passé de carence affective ou de victimisation, un isolement moral, une éducation réduite ou des troubles psychiques plus fréquents sont des facteurs de risque de l'infanticide tardif [11]. Ces données sont de plus en plus controversées concernant le néonaticide en général [28], qu'il ressortisse à une grossesse dissimulée ou fasse suite à un déni, en particulier le profil socio-économique semble sans particularité.

2. Du déni « judiciaire » au déni « psychiatrique »

Le refus de se reconnaître l'auteur de l'acte coupable, qu'il soit net comme dans le mensonge ou évasif, comme dans la mauvaise foi ou toutes sortes de demi-aveu, est un phénomène bien connu des acteurs de l'institution judiciaire. C'est dans ce contexte que l'expression « déni de grossesse », dont l'origine est liée à la notion d'inconscient freudien, s'est introduite en Justice, source de confusion sémantique.

C'est à l'occasion de crimes peu communs, d'infanticides à répétition chez une mère au profil social banal, voire hypernormale, ceux de l'affaire Courjeaut, en 2006 puis surtout en 2009, que l'emballement médiatique s'est amorcé, avec la multiplication dans la presse et autres média français d'avis contradictoires d'experts, psychiatres, psychologues, mais aussi obstétriciens. Tandis que selon un expert commis au dossier (cité par Seibert M. (en 2011) [23], tous les éléments indiquaient que la femme accusée avait pris conscience de sa grossesse, la presse rapportait des propos qui laissaient entendre l'existence d'un déni : « Pour en parler, il faut être soi-même au courant. Ces grossesses, je les ai... oubliées. » Faire intervenir la notion d'inconscient comme moteur principal de l'acte criminel, et donc l'irresponsabilité, totale ou partielle, sans l'associer à une pathologie psychiatrique reconnue, met en tension la capacité de juger. Reconnaître le déni comme le fruit d'un processus à détermination principalement inconsciente conduit à abandonner le sens commun et repose la question de l'inconscient freudien qu'avec le développement des neurosciences et le systématisme classificatoire des trente dernières années, on croyait pouvoir abandonner. Cette reconnaissance est d'autant plus difficile qu'elle semble s'opposer à la riche expérience qu'ont les magistrats du mensonge ordinaire, de la dissimulation et de la simulation. Souvent les experts judiciaires n'ont rencontré des cas de « déni de grossesse » que lors de leur activité d'expertise,

apportant alors un point de vue biaisé sur le sujet. Des exemples sont apportés par Seibert (en 2011) [23] de jugements portés à propos d'infanticides commis dans les suites de ce qui est apparu à l'auteur comme un déni de grossesse patent. L'auteur cite un magistrat, avocat général, qui qualifie le geste infanticide « d'homicide par manque de courage », la femme aurait pu, selon lui, décider d'avorter si elle ne désirait pas l'enfant. Un autre avait déclaré qu'il n'était pas concevable qu'une femme ayant déjà été enceinte n'ait pu remarquer sa seconde grossesse. Ces magistrats réagissaient comme naguère Tardieu qui, en 1868, soulignait son scepticisme devant les mères infanticides qui déclaraient ne pas s'être aperçues de leur grossesse. Il n'admettait cette possibilité que chez les femmes d'un certain âge que l'absence de règles n'étonne pas (mais il ignorait manifestement que durant le déni les saignements sont fréquents).

Nous allons dans cet article proposer une définition clarifiée du déni de grossesse, examiner plusieurs hypothèses quant à son mécanisme ainsi que ses relations avec l'infanticide et ce qu'il peut en être déduit quant à sa prise en compte par les tribunaux.

3. Les négations de grossesse

On distingue aujourd'hui sous le terme de « négations de grossesse » [4,5] toutes les formes de refus de reconnaître l'état de grossesse. Elles incluent les grossesses inconscientes, les dissimulations de grossesse et la méconnaissance :

- Les grossesses inconscientes [5,9] ou « dénis de grossesse ».
- Les dissimulations de grossesse qui sont conscientes et volontaires. Elles s'accompagnent des modifications physiologiques habituelles associées à la grossesse [1,11,19] qui peuvent être délibérément masquées.
- La méconnaissance [5] peut aussi être interprétée comme une forme de négation de grossesse. Les difficultés à percevoir ou interpréter les modifications corporelles sont dominées par des obstacles principalement extrinsèques (obésité marquée, très jeune fille aux règles irrégulières).

4. Les grossesses inconscientes ou « dénis de grossesse »

Les grossesses inconscientes ou « dénis de grossesse » se distinguent entre elles par la forme, l'intensité et la permanence du déni et la symptomatologie physique qui lui est généralement associée. La première revue de cette question a été établie par Gould et Pyle (en 1898) [9] qui en décrivent les éléments sémiologiques principaux caractérisant les dénis non psychotiques : « Her courses had been regular and her waist not enlarged, as she had worn a certain corset all the time. There were no signs of quickening, no change in the breasts, and, in fact, none of the usual signs of pregnancy. » Il convient de distinguer cette forme de déni, qui présente une sémiologie spécifique, différente du « déni psychotique » [12,18]. Ce dernier s'inscrit dans le cadre général des manifestations psychotiques (schizophrénie, psychose aiguë, manie ou mélancolie délirantes, troubles schizo-affectifs) et ne présente à cet égard aucune spécificité si ce n'est son objet.

4.1. Les formes cliniques du déni

Aujourd'hui, les manifestations du déni de grossesse sont classées selon deux critères principaux [4,5] : durée et qualité.

4.1.1. Durée

La durée est le critère le plus ancien et le plus connu [3,29] : on oppose le déni total, persistant jusqu'aux premières heures du travail voire jusqu'à la délivrance, au déni partiel, de durée moins

étendue, parfois révélé par une complication. Le déni envahissant (*pervasive denial*) réunit les critères maximaux de durée et ne s'accompagne d'aucun indice d'une quelconque connaissance de l'état de grossesse ni d'aucune manifestation affective ou comportementale pouvant témoigner de cet état. Cette définition exigeante semble toutefois difficile à atteindre, ne serait-ce que du fait d'une certaine qualité de cognition incarnée (*embodied cognition*).

Le terme de grossesse à partir duquel il serait pathologique de ne pas se savoir enceinte a été déterminé par convention, un seuil étant nécessaire pour mener des enquêtes en population générale. Celui habituellement retenu est de vingt semaines de grossesse. Certains auteurs suggèrent d'abaisser ce seuil à douze semaines [10]. Il n'a qu'une valeur relative, dépendant de nombreux facteurs, dont la parité et l'indice de masse corporelle. Ordinairement, une parturiente suspecte la grossesse par l'arrêt des règles, l'apparition de symptômes végétatifs ou par des modifications corporelles patentes, signes physiques presque toujours atténués voire absents en cas de déni.

4.1.2. Qualités du déni

La cognition et les affects en relation avec le déni de grossesse sont un autre critère de classification des dénis.

Le déni cognitif est aussi dit partiel lorsqu'une forme de conscience de la grossesse subsiste, suffisamment durable, mais toujours réduite et intermittente [4]. Il est en effet commun qu'une certaine conscience de la possibilité d'être enceinte émerge. Elle est toutefois floue et fugace, rapportée par exemple comme un doute à l'occasion d'un rêve ou d'une remarque d'un tiers et se trouve rapidement recouverte par le déni. En cas de répétition suffisamment prolongée de ces épisodes, le déni est considéré comme partiel. Une autre forme particulièrement intéressante du déni partiel est celui où la femme qui reste inconsciente de son état de grossesse modifie ses habitudes de vie de façon à protéger sa grossesse : elle modifie ses habitudes alimentaires ou diminue sa prise de risques par exemple.

Une autre forme de déni partiel a été proposée par Miller [13,14] : le déni affectif. Selon l'auteur, dans cette situation la femme enceinte n'éprouve aucune des émotions habituellement rattachées à la grossesse et ne se prépare pas à l'accouchement : elle agit comme si elle l'ignorait. Toutefois, la définition de Miller inclut des femmes qui se savent enceintes. Il est hasardeux de les inclure dans le déni qui par définition concerne l'impossibilité (cognitive) à reconnaître un état de la réalité, à se le représenter mentalement. De plus, la définition proposée étend le domaine du pathologique à des situations où la femme ne se satisfait pas d'être enceinte et ne s'y prépare pas, ce qui ne relève pas strictement du déni.

Dans notre pratique clinique, le terme de « déni affectif » proposé par Miller qualifie plusieurs populations dont seule la dernière représente incontestablement un déni de grossesse et la troisième peut être éventuellement proposée à ce titre :

- Des femmes qui ne s'investissent pas dans leur grossesse et dont l'hostilité vis-à-vis de la grossesse est parfois manifeste. Elles nécessitent d'être aidées rapidement, au risque de conduites violentes ou inadaptées auto- ou hétéro-agressives.
- Des femmes qui se savent enceintes mais se refusent à en tenir compte, dans une sorte de lutte contre l'évidence de l'accouchement, prises, lorsqu'on les interroge, dans une sorte de « pensée magique » selon laquelle l'accouchement n'aura pas lieu puisqu'elles ne le désirent pas. Elles présentent le sentiment qu'elles peuvent résister au trouble qu'entraîne l'état de grossesse en n'y pensant pas. Ces femmes, parce qu'elles ont tous les signes physiques habituels de la grossesse et se savent très clairement enceintes, ne peuvent être incluses dans la

catégorie des grossesses inconscientes. Ce que Miller décrit, c'est une forme d'inadaptation à l'état de grossesse associée à la présence de mécanismes dissociatifs, mais en aucun cas un état de déni de grossesse.

- Des femmes qui s'investissent peu dans leur grossesse, dont elles ont clairement conscience, et qui par moments fluctuants « oublient » celle-ci et s'adonnent à des pratiques mettant en danger leur grossesse, sorte d'épisodes brefs de dénégation où se manifeste l'ambivalence.
- Des femmes inconscientes de leur grossesse qui présentent de fugaces états de conscience, souvent vite refoulés, dont elles ne peuvent faire état souvent qu'après coup, c'est-à-dire après la naissance.

4.2. Le cas particulier du déni psychotique de grossesse

Il affecte les femmes atteintes d'un trouble psychotique [12,18] chronique ou aigu. Les mécanismes psychiques en œuvre sont des phénomènes de clivage. Ils se manifestent par des illusions ou surtout des hallucinations (négatives) accompagnées souvent de bizarrerie et parfois de délire franc. La grossesse est physiologiquement manifeste dans la plupart des cas. Le déni est souvent intermittent, il peut subsister avec une forme de conscience, en relation avec le clivage.

4.3. La sémiologie associée

La description physique du déni de grossesse non psychotique est stéréotypée [9] : l'aménorrhée est souvent masquée par des métrorragies plus ou moins régulières, le gain de poids est longtemps minime, les signes secondaires de grossesse sont absents ou réduits, tels les nausées, la distension abdominale. L'entourage familial, comme parfois le médecin consulté, peuvent être entraînés par la conviction de la parturiente et participer au phénomène de « collusion du déni » : le diagnostic de trouble digestif n'est pas exceptionnel. La distension abdominale, lorsqu'elle est reconnue en fin de grossesse, est fréquemment banalisée, imputée à une prise de poids, les premières contractions à des douleurs digestives.

La prise de conscience de la grossesse s'accompagne en quelques heures ou jours de l'apparition nette ou de l'exagération franche de la distension abdominale jusqu'alors absente ou minime.

L'origine de ces manifestations, parfois subsumées sous le terme de complaisance ou collusion somatique, reste obscure. L'hypothèse d'un substrat hormonal à cet état n'a pu être étayée, en l'absence d'études, le déni étant toujours connu rétrospectivement.

Le déni n'est aucunement spécifique de la première grossesse, moins d'une femme sur deux étant primipare [20,29].

Il s'associe à un risque obstétrical majoré. Il est ainsi fréquent qu'une complication révèle la grossesse. La mort du nouveau-né n'est pas exceptionnelle mais peut soulever un classique problème médico-légal, notamment quand, après des contractions confondues avec des épreintes, l'enfant est retrouvé noyé dans les toilettes [15]. La fréquence de la mortalité est de 5 % dans une étude française menée en milieu obstétrical [20].

5. Épidémiologie

Les trois principales études épidémiologiques de type prospectif menées dans des centres obstétricaux fournissent des statistiques remarquablement proches [3,20,29]. Le déni de grossesse affecte environ une grossesse sur 500 en y incluant les formes partielles, soit en France environ 1200 cas annuels. La prévalence du déni, dans sa forme « totale », c'est-à-dire jusqu'aux premières contractions du travail, est d'environ une sur 2500 grossesses, soit approximativement 250 cas annuels.

Les conditions socio-économiques des femmes ayant présenté un déni de grossesse ne diffèrent pas significativement de la population générale : éducation, isolement, niveau de revenus, âge. Dans l'étude de Bredzinka et al. [2,3], il existe toutefois une surreprésentation des femmes ayant un trouble psychique (état dépressif, psychose chronique, déficience intellectuelle).

6. Mécanismes de défense et pathologie

Le terme de « déni de grossesse » définit un ensemble syndromique et moins précisément un mécanisme. Cette manifestation a initialement été étudiée à l'aune des concepts psychanalytiques qui en ont fourni la terminologie en langue française comme anglaise (déni et désaveu). L'entité « déni de grossesse » recouvre principalement deux mécanismes, la dénégation qui s'établit en lien avec le refoulement et le déni en lien avec le rejet ou désaveu de la réalité.

La notion de « déni » avancée par Freud [6] pour la première fois en 1905 se réfère au processus de négation par le très jeune enfant de la différence des sexes. Mécanisme de défense contre l'angoisse, il est décrit comme un élément normal du développement. La dénégation n'est pas en soi synonyme de trouble mental, mais au contraire un mécanisme de fonctionnement très commun. Il prévaut dans les grossesses inconscientes. La perception a eu lieu mais n'a pas abouti à une représentation consciente qui est refoulée. L'utilisation d'un mécanisme de défense quel qu'il soit, même à l'excès, ne signe pas une configuration pathologique. Celle-ci provient de son usage exclusif ou envahissant, de la rigidité du fonctionnement mental qu'il entraîne et *in fine* de l'inadaptation de ce mécanisme à l'environnement. Nombre d'auteurs [1,13] considèrent le « déni de grossesse » comme un trouble de l'adaptation en relation avec les risques augmentés de complications obstétricales, d'abandons à la naissance et dans une bien moindre mesure d'infanticide. Cela ne doit pas conduire à méconnaître que pour nombre de femmes ce mécanisme a été efficace, dans le sens où il leur a été permis de mener une grossesse dans des conditions défavorables, les protégeant de l'angoisse (interdits moraux, dépendance psychologique ou sociale à un milieu ressenti comme hostile, conflits internes, antécédents de grossesse compliquée, etc.). Le plus souvent l'enfant est en excellente santé et, en l'état de nos connaissances, élevé sans risques surajoutés.

Freud distinguera assez tardivement [7] la dénégation du déni par leur mécanisme. La première opère par refoulement, et le second par le rejet ou désaveu. Il opposera la névrose qui ne dénie pas la réalité, mais « ne veut rien savoir d'elle », à la psychose qui « la dénie et cherche à la remplacer ». En cas de déni de grossesse psychotique, le désaveu et le clivage sont pérennes et entravent sévèrement l'adaptation du sujet à la réalité. Des auteurs tels Nau et Street (en 2011) [17] promeuvent dans ces conditions une obligation de soins auprès des mères psychotiques dans le déni au même titre qu'il est possible d'intervenir chez les patients psychotiques qui se mettent en danger ou qui mettent en danger un tiers. Cette mesure serait sans signification en cas de déni ordinaire de grossesse (dénégation) où le fait qu'un tiers soit convaincu de la grossesse suffit souvent à lever le déni.

7. Responsabilité et déni

L'histoire a montré la colère de certains militaires américains lors de la libération de camps de concentration qui, exaspérés, ont amené sur les lieux des camps les villageois encore plongés dans le déni des atrocités qui se commettaient à deux pas de chez eux, « devant leur nez ». C'est encore ce même mécanisme de dénégation qui se met en place chez certains patients cancéreux

en fin de vie déniaient leur mort prochaine, voire leur maladie [22]. Il en est de même pour l'aveuglement de l'époux trompé, malgré la profusion de signes qui devraient l'alerter, figure comique par excellence du théâtre populaire. La dénégation est un mécanisme adaptatif inconscient qui a pour objet d'épargner à son auteur souffrance et désagrément, son application est ubiquitaire. Elle n'est pas en soi pathologique mais plutôt le révélateur d'une situation qui confine le sujet aux limites de ses capacités d'y faire face (coping). Elle paraît étrange à ceux qui ont conscience des faits en cours : le déni leur paraît procéder du mensonge ou de la dissimulation.

Si les magistrats se refusent à admettre le clivage du sujet non psychotique et assimilent le déni au mensonge ou à la mauvaise foi, ils sont conduits en toute logique à rendre l'auteur entièrement responsable. Toutefois, le tableau clinique peut les rendre hésitants et cette hésitation participe à l'hétérogénéité des jugements en cas d'infanticide succédant à un déni de grossesse. Cette difficulté pourrait être atténuée si cette manifestation était reconnue dans la nomenclature comme un trouble. Nous allons voir comment cette question a pu être réglée dans les pays anglo-saxons en regard de la position de la législation sur les crimes maternels et les considérations sur l'état psychique des mères après la naissance.

8. Quelques aspects juridiques et médicaux de l'infanticide

Les peines effectives pour infanticide ont largement varié au cours de l'histoire et ne cessent de le faire, de la plus grande tolérance à la plus grande rigueur. La tolérance de fait, sinon de droit, en Europe, de ce crime maternel prit nettement fin à partir du ^{xvi}^e siècle [27], en relation avec la place de plus en plus essentielle que l'Église catholique accordait au baptême et surtout au scandale de la damnation des enfants non baptisés. Des peines terribles furent alors érigées en repoussoir, tels la pendaison, la décapitation ou l'empalement. Elles étaient toutefois peu appliquées, les magistrats invoquant souvent le doute sur la volonté homicide, plutôt que l'état mental de la mère. Beaucoup de femmes étaient rapidement libérées.

Si l'on s'en tient à une période récente, l'infanticide était défini en France comme « le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né, commis avant l'expiration du délai de trois jours imparti pour déclarer l'enfant nouveau-né à l'état civil ». Crime jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, il fut correctionnalisé sous le gouvernement d'Occupation de Vichy, le but en étant que les magistrats professionnels prononcent des peines plus conséquentes qu'un jury populaire. Il fut de nouveau criminalisé en 1954 jusqu'en 1994. La qualification « infanticide » entraînait toutefois une atténuation de la peine maximale encourue. Les jurés relaxaient souvent les femmes ou les condamnaient à des peines assez courtes, manifestant ainsi leur empathie. La conception prédominait depuis au moins le ^{xix}^e siècle que le crime était commis par une mère qui, « dans le désordre de ses facultés physiques et morales [...], [avait] agi presque à son insu » [8]. À nouveau en France, depuis 1994, les peines effectives s'alourdissent nettement, depuis que l'infanticide n'est plus une entité juridique spécifique¹ et que la vulnérabilité de la victime aggrave la peine encourue. C'est aussi dans ce contexte qu'est apparu le débat sur le déni de grossesse.

Le droit anglo-saxon envisage très différemment l'infanticide. La particularité du crime reste reconnue jusqu'à un an et les peines effectives sont infiniment plus légères qu'en France, notamment depuis la réforme du code pénal de 1994. L'« Infanticide Act » [16] de 1938, édicté au Royaume-Uni, inspire encore de nombreuses législations telles celles du Canada, du Brésil, de l'Australie, du

¹ Mais la conséquence de délits et de crimes tels les défauts de soins ou les mauvais traitements ayant entraîné la mort sans intention de la donner, les coups et blessures, les actes de barbarie, l'homicide volontaire et le meurtre.

Danemark ou de la Suède. Aux États-Unis, les jugements sont très variables, avec une certaine tendance à la clémence en regard d'autres crimes [24]. Le concept d'aggravation du crime en regard de la filiation n'existe pas comme en France. Au Royaume-Uni, la préméditation n'est pas retenue selon le principe que « si une femme par un acte ou une omission volontaire entraîne la mort de son enfant, de moins de douze mois, [mais si] au moment de l'acte ou de l'omission, l'équilibre de son esprit [est] troublé en raison de ne pas avoir complètement récupéré de l'effet de donner naissance à l'enfant ou en raison de l'effet de la lactation consécutive à la naissance de l'enfant », elle peut bénéficier d'une clémence particulière. Cette clémence dans le texte consiste à réduire le crime à celui d'homicide involontaire. Dans les faits, l'altération du jugement est reconnue presque de principe et la quasi-totalité des femmes sous cette législation, particulièrement au Royaume-Uni, bénéficient d'une probation et d'un suivi psychologique après un temps d'incarcération souvent bref. Aujourd'hui pourtant, une réflexion est amorcée tant au sein du corps médical que parmi les magistrats anglo-saxons sur cette atténuation de peine, au motif qu'une mère qui dénie l'homicide peut être condamnée sans aucune circonstance atténuante [26]. Ainsi, un homicide commis après un déni de grossesse pourrait être condamné bien plus sévèrement, si le crime était aussi nié.

Toutefois, comment reconnaître l'« esprit troublé » du post-partum ? Il existe de nombreux travaux de psychopathologie qui supposent aux mères ordinaires un état mental transformé, en relation avec les exigences des soins précoces et de l'attachement, et en relation avec le stress de l'accouchement et les modifications hormonales concomitantes. Ces travaux, pour beaucoup issus de la psychanalyse [30], bien que très argumentés, n'ont pas été vérifiés selon les normes aujourd'hui admises par la communauté scientifique. Quelques recherches neuropsychologiques incluant la neuroimagerie commencent à explorer cette question. Une tentative pour répondre à ce problème a consisté à recenser les troubles abolissant ou diminuant avec objectivité le jugement de la mère. Elle n'a pas donné satisfaction, seuls les états de psychose entraînent un consensus médical de responsabilité atténuée. En attendant, le droit anglais conserve l'atténuation de responsabilité de principe.

Deux attitudes donc s'opposent. L'une en droit français depuis 1994 est de considérer l'état mental de la mère dans le post-partum et la relation avec le nouveau-né comme ne relevant d'aucune particularité suffisante (sauf exception) pour atténuer la responsabilité de la mère infanticide. La volonté est si forte d'effacer la spécificité de ce crime qu'elle s'accompagne de l'effacement même du terme « infanticide » du code pénal. L'autre reconnaît de principe, notamment à travers « l'Infanticide Act » à toute mère un état psychique potentiellement modifié et une atténuation de responsabilité. La science ne pouvant aujourd'hui trancher, en dehors de quelques cas particuliers, on laisse au législateur le pouvoir d'inscrire son opinion dans la loi, opinion divergente de chaque côté de la Manche. En France, un cas particulier émerge, le déni de grossesse qui ouvre une brèche au principe selon lequel l'état psychique des mères venant d'accoucher ne présente pas de spécificité suffisante pour atténuer leur responsabilité.

9. Conclusion

Une analyse politique du déni de grossesse recherche les conditions d'émergence du concept, d'un problème privé à un problème public. La médiatisation devient maximale avec l'affaire Véronique Courgeault en 2006 [23], bien que le doute persiste sur l'existence d'un déni de grossesse associé aux trois infanticides commis par la mère. On remarquera que s'il y eut déni, il eut aussi fallu le chercher du côté des pères. Ce serait également le cas dans l'affaire Dominique Cottrez, huit infanticides sans apparent déni de

grossesse maternel. Cet intérêt pour le déni de grossesse a émergé dans le monde entier et de façon assez dispersée : États-Unis, Europe (France, Suisse, Belgique), Asie (Corée)... Il interroge le statut psychique de la femme enceinte et le désir d'enfant. Surtout, il redonne poids à la psychopathologie et fait intervenir comme au début du siècle précédent l'inconscient dans le débat public.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- Beier KM, Wille R, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems. *J Psychosom Res* 2006;61(5): 723–30.
- Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994;15:1–8.
- Brezinka C. À propos des données épidémiologiques. In: Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse: Ed Universitaires du Sud; 2009. p. 15–23.
- Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris: Masson; 2002.
- Dayan J. Le déni de grossesse : aperçus théoriques. In: Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse: Ed Universitaires du Sud; 2009: 47–59.
- Freud S. Trois essais sur la sexualité, tr. fr., Paris: Gallimard; 1987.
- Freud S. La négation, 1925, tr. fr., In: Résultats, Idées, Problèmes, II. Paris: PUF; 1985: 135–9.
- Georget E. Discussion médico-légale. Sur la folie ou aliénation mentale. Paris: CMP; 1826.
- Gould G, Pyle WL. Unconscious pregnancy in anomalies and curiosities of medicine. London: Rebman; 1898.
- Grangaud N. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. Paris: Université Paris VII; 2001 [Thèse].
- Hatters-Friedman S, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Filicide-suicide: common factors in parents who kill their children and themselves. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005;33(4):497–504.
- Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(11):1233–7.
- Miller LJ. Maladaptive denial of pregnancy. *Am J Psychiatry* 1991;148:8.
- Miller LJ. Denial of pregnancy. In: Spinelli MG, editor. Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2003. p. 81–104.
- Mitchell EK, Davis JH. Spontaneous birth into toilets. *J Forensic Sci* 1984;29: 595–6.
- Loughan A. Manifest madness mental incapacity in the criminal law. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- Nau M, Street J. Psychotic denial of pregnancy: legal and treatment considerations for clinicians. *J Am Acad Psychiatry Law* 2011;39:31–9.
- Neifert PL, Bourgeois JA. Denial of pregnancy: a case and literature review. *Mil Med* 2000;165:566–8. p. 207.
- Nirmal D, Thijs I, Bethel J, Bhal PS. The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: an 11-year population based study in South Glamorgan. *J Obstet Gynaecol* 2006;26(2):118–21.
- Pierronne C, Delannoy MA, Florequin C, Libert M. Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspect Psy* 2002;3:182–8.
- Resnick PJ. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* 1970;126:1414–20.
- Salander P, Windahl G. Does 'denial' really cover our everyday experiences in clinical oncology? A critical view from a psychoanalytic perspective on the use of 'denial' *Br J Med Psychol* 1999;72:267–79.
- Seibert M. Processus de publicisation du déni de grossesse (Mémoire). Strasbourg: Institut d'études politiques de Strasbourg; 2011.
- Shelton JL, Muirhead Y, Canning KE. Ambivalence toward mothers who kill: an examination of 45 U.S. cases of maternal neonaticide. *Behav Sci Law* 2010;28(6):812–31.
- Tardieu. Études médico-légales sur l'infanticide. Paris: JB Baillères et fils; 1868
- The Law Commission. Murder, manslaughter and infanticide. London: Law Com 304. HC 30. TSO; 2006.
- Tinková D. « Protéger ou punir ? Les voies de la décriminalisation de l'infanticide en France et dans le domaine des Habsbourg (XVIII^e-XIX^e siècles) » *Crime Hist Soc* 2005;2:43–72.
- Vellut N, Cook JM, Tursz A. Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files. *Child Abuse Negl* 2012;36:553–63.
- Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:1021–7.
- Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire, 1956, tr. fr. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969.