

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

N°127

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Psychiatrie

Par

Laetitia Le Manac'h

Née le 5 juillet 1977 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2006

L'INFANTICIDE : MYTHE, FANTASME ET RÉALITÉ

Président : Monsieur le Professeur Michel AMAR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christian HAULLE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
DEFINITIONS	10
REPERES	13
SOCIO-CULTURELS	13
I - L'INFANTICIDE DANS LA MYTHOLOGIE	14
A – <i>Le cannibalisme parental</i>	14
B – <i>Le sacrifice d'Iphigénie, fille d'Agamemnon</i>	15
C – <i>Œdipe : un enfant exposé</i>	16
D - <i>La tragédie de Médée</i>	16
II - RECITS BIBLIQUES	18
A - <i>L'infanticide dans le judéo-christianisme : le sacrifice d'Isaac</i>	18
B – <i>D'autres cas d'infanticide</i>	19
III - L'INFANTICIDE DANS LA LITTÉRATURE	20
IV - APERÇU HISTORIQUE.....	22
V - QUELQUES DONNÉES ANTHROPOLOGIQUES SUR L'INFANTICIDE	24
VI - APPROCHE JURIDIQUE ET PÉNALE.....	25
A - <i>Avant 1994</i>	25
B - <i>A partir de 1994</i>	28
VII - L'INFANTICIDE DANS LA LITTÉRATURE PSYCHIATRIQUE ET MÉDICOLÉGALE.....	30
A – <i>La monomanie</i>	30
1- Le concept d'Esquirol	30
2 - Les controverses.....	33
B - <i>L'évolution des idées psychiatriques sur l'infanticide</i>	36
C – <i>Essais de classification du filicide</i>	40
1 - L'étude de Delay, Lempérière retrouve quatre catégories d'infanticide (21).....	40
1.1 L'infanticide mélancolique	40
1.2 L'infanticide de type impulsif	41
1.2.1 La puerpéralité.....	41
1.2.2 L'épilepsie.....	41
1.2.3 Les accidents de l'alcoolisme.....	42
1.3 L'infanticide au cours d'expériences délirantes aiguës ou chroniques	42
1.4 Les infanticides accidentels.....	42
2- L'étude de Resnick (59).....	43
2.1 Le filicide altruiste	43
2.2 Le filicide lors d'un moment aigu psychotique.....	43
2.3 Le filicide car l'enfant est indésirable	43
2.4 Le filicide accidentel	44
2.5 Le filicide par vengeance contre le conjoint ou syndrome de Médée.....	44
3- L'étude de D'Orban porte sur 89 femmes (19).....	44
3.1 Les femmes maltraitantes.....	44
3.2 Les femmes ayant une maladie mentale.....	45
3.3 Les néonaticides	45

3.4 Les femmes ayant exercé des représailles.....	45
3.5 Les femmes négligeant ou agressant activement un enfant non désiré.....	45
3.6 Le filicide par pitié, pour éviter à l'enfant des souffrances réelles (euthanasie)	45
4- L'étude de Bourget et Bradford (12)	46
4.1 Le filicide pathologique, 13% des cas.....	46
4.2 Le filicide accidentel, 46% des cas	46
4.3 Les représailles	46
4.4 Les néonaticides	46
4.5 Le filicide paternel	46
5- Il existe d'autres essais de classification du filicide	47
<i>D - L'infanticide dans le cadre d'actes homicide-suicide.....</i>	<i>47</i>
APPROCHE CLINIQUE	50
I - INFANTICIDE ET TROUBLES LIÉS À LA PUERPÉRALITÉ	51
<i>A - Dépression postnatale</i>	<i>53</i>
1 - Historique et prévalence	53
2 - Aspects sémiologiques.....	54
3 - Evolution.....	55
4 - Hypothèses étiologiques	55
<i>B - Les psychoses puerpérales</i>	<i>56</i>
1 - Aspects sémiologiques.....	56
1.1 Les désordres thymiques francs	57
1.1.1 L'accès maniaque	57
1.1.2 L'accès dépressif d'allure mélancolique	58
1.2 Les psychoses délirantes aiguës	58
1.3 Les états schizophréniques	59
2 - L'évolution de ces troubles aigus	59
3 - La question de la spécificité des psychoses puerpérales.....	60
4 - Quelques données de psychopathologie	61
II- INFANTICIDE EN DEHORS DE LA PÉRIODE DE LA PUERPÉRALITÉ	62
<i>A- Infanticide et états psychotiques.....</i>	<i>62</i>
1 - Les psychoses chroniques	62
2 - Les psychoses aiguës	63
<i>B - L'infanticide mélancolique.....</i>	<i>64</i>
<i>C - Les troubles de la personnalité</i>	<i>66</i>
1 - La personnalité antisociale ou dyssociale.....	67
1.1 Définition	68
1.2 Aspects cliniques.....	69
1.2.1 La biographie du psychopathe.....	69
1.2.2 Les traits cliniques.....	70
1.3 Evolution	72
1.4 Données de psychopathologie	73
2 - La personnalité limite ou borderline	73
2.1 Définition	73
2.2 Description clinique	74
2.2.1 Aspects spécifiques	75
2.2.2 Les différentes situations cliniques	76
2.3 Evolution	78

2.4 Quelques éléments de psychopathologie.....	79
PRESENTATION CLINIQUE	83
ISABELLE.....	84
<i>A- Biographie</i>	84
<i>B- Autour de l'acte</i>	86
<i>C- Hospitalisation</i>	87
CLAUDINE.....	90
<i>A- Biographie</i>	90
<i>B- Autour de l'acte</i>	93
<i>C- Détention</i>	94
OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES CLINIQUES SUR LA BIOGRAPHIE.....	96
<i>A- Au niveau familial</i>	96
1- Le père.....	96
2- La mère.....	96
<i>B- Au niveau de la vie sociale</i>	97
1- Scolarité et vie professionnelle.....	97
2 - Conjugalité.....	98
3 - Corps et sexualité.....	98
<i>C - Au niveau de la parentalité</i>	98
ELEMENTS DE COMPREHENSION PSYCHOPATHOLOGIQUE DU CRIME	
FILICIDE.....	100
I - INTERACTIONS PRÉCOCES ENTRE LA MÈRE ET SON ENFANT.....	101
II – LE PASSAGE À L'ACTE MEURTRIER.....	111
<i>A - Généralités sur le passage à l'acte</i>	111
1 - Mentalisation, appareil à penser et agir.....	113
2 - Distinction passage à l'acte et acting-out.....	114
3 - Modèle structurel.....	115
3.1 Structure psychotique.....	115
3.2 Aménagement limite.....	116
3.3 Structure névrotique.....	116
<i>B - L'agir criminel et la « Violence fondamentale »</i>	116
III - LE CRIME FILICIDE, UNE TENTATIVE DE SURVIE PSYCHIQUE?.....	119
PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE.....	124
I - PRÉVENTION.....	125
<i>A - Soins en périnatalité</i>	125
<i>B- Dépistage et traitement des troubles psychiques liés à la puerpéralité</i>	127
1 - Dépistage et prévention.....	127
2 - Traitement curatif.....	129
2.1 Traitement de la dépression postnatale.....	129
2.2 Traitement des psychoses puerpérales.....	130
<i>C – Deux situations cliniques particulières : la grossesse cachée et le déni de grossesse</i>	132
1 - Grossesse cachée.....	132
2 - Déni de grossesse.....	133
II - JUGEMENT ET EXPERTISE PSYCHIATRIQUE.....	135

<i>A - Intérêt de la nécessité de juger</i>	135
<i>B - Expertise psychiatrique et notion de responsabilité</i>	136
III - LES SOINS.....	140
CONCLUSION	143
ANNEXES	145
BIBLIOGRAPHIE	150

Préambule...

Alors que j'étais de garde, une femme s'est présentée spontanément aux urgences gynécologiques « pour parler ». La sage-femme l'a conduite aux urgences psychiatriques. Cette jeune femme était accusée du meurtre de son enfant...

L'entretien a révélé une biographie chaotique marquée par des ruptures dans son enfance et des événements violents traumatiques (placement en foyer, inceste père-fille, violences de son conjoint).

Devant l'effondrement psychique de cette patiente, j'ai décidé de l'hospitaliser. Elle est sortie très rapidement de l'hôpital, l'argument était qu'elle « voulait se protéger de la justice » et qu'elle ne relevait pas de la psychiatrie.

Ma première réaction a été la surprise : comment une mère peut-elle tuer son enfant si elle n'est pas « folle » ? Comme l'écrit M. Benhaïm, cet acte est tellement insupportable qu'on préfère le penser fou...

Ce travail est né d'une envie de m'intéresser au fonctionnement psychique de mères infanticides. Plus que de m'attacher à montrer si ces femmes présentent un trouble psychiatrique ou non, j'ai essayé de dégager des hypothèses psychopathologiques pour permettre de peut-être trouver un sens à cet acte insensé...

INTRODUCTION

« Il faut absolument qu'ils meurent, puisqu'il le faut c'est moi qui les tuerai, moi qui les ai mis au monde ».

Du mythe antique d'Euripide à nos jours, la question des meurtres d'enfants traverse toutes les cultures.

Dans nos sociétés occidentales, qui s'acharnent à évacuer la mort du champ de la réalité quotidienne, la mort d'un enfant est insupportable. Le meurtre d'un enfant par sa propre mère relève de l'impensable. Médée, archétype du monstre, suscite l'horreur.

Ce crime si particulier où la mère « choisit » de tuer son enfant soulève de nombreuses questions. Nous avons souhaité nous intéresser aux mères infanticides pour dégager la problématique de filiation inhérente à cet acte.

Seuls les infanticides seront pris en compte dans ce travail ; les autres formes d'atteinte à la vie ou à la santé de l'enfant en seront écartées : syndrome de Münchhausen par procuration, syndrome des bébés secoués, maltraitances...

C'est le passage à l'acte criminel qui nous interroge. A la question : « Comment une mère peut-elle être amenée à tuer son enfant ? », nous tenterons de répondre par des éclairages psychopathologiques.

L'infanticide sera d'abord envisagé dans ses dimensions socio-culturelle, historique et juridique. Les exemples d'infanticide sont nombreux dans la mythologie et Médée est sans doute la femme infanticide la plus connue, tantôt décrite comme une femme mélancolique et abandonnée, tantôt décrite comme une femme vengeresse.

La dimension symbolique sera évoquée grâce au sacrifice d'Isaac.

L'aperçu historique mettra en avant la place prépondérante donnée à l'enfant dans notre société occidentale expliquant en partie l'évolution de la justice qui condamne de plus en plus les mères infanticides.

La question de la folie doit être abordée et nous détaillerons donc l'infanticide pathologique.

Puis, en nous appuyant sur des cas cliniques, nous essaierons, à partir des biographies des patientes, de dégager des hypothèses psychopathologiques sur ce passage à l'acte criminel où la problématique de filiation tient une place centrale.

Cette tentative de compréhension nous guidera pour ouvrir des perspectives de soins.

DEFINITIONS

Etymologiquement, le terme infanticide signifie le meurtre d'un jeune enfant (*infans*=celui qui ne parle pas et *caedere*=tuer) et ne spécifie pas le lien de parenté entre le criminel et la victime. Il reste cependant très employé pour désigner le meurtre d'un enfant par un de ses parents. Le terme *infanticidium* se trouve chez Pertulien au II^{ème} siècle, il est introduit en français au XVI^{ème} siècle. Infanticide désigne à la fois l'acte et celui qui le commet.

Toutefois ce terme n'apparaît plus dans le code pénal, remplacé par le « meurtre ou assassinat d'un enfant nouveau-né viable ». L'enfant cesse d'être un nouveau-né à partir du moment où il doit légalement se trouver inscrit sur le registre des naissances, c'est-à-dire dans les trois premiers jours de son existence. L'infanticide est donc le meurtre prémédité ou non d'un enfant de moins de 72 heures.

L'infanticide se distingue du libéricide qui concerne les enfants plus âgés, c'est-à-dire ayant vécu au moins trois jours, terme forgé du latin *liberi* = enfants de condition libre et de *caedere*.

P. Resnick, (59) psychiatre américain, dans son article princeps de 1969, introduit des nouveaux termes plus précis : le « néonaticide » qui correspond au meurtre de son nouveau-né de moins de 24 heures, presque exclusivement le fait des mères, et le « filicide » qui correspond au meurtre de son enfant, plus âgé, du latin *filius* = fils et *caedere*. On distingue le filicide précoce concernant des enfants entre 24 heures de vie et 1 an, et le filicide tardif pour les enfants de plus de 1 an. Le filicide implique un lien de filiation entre le criminel et la victime.

Le terme « néonaticide » a été repris tel quel par De Ajuriaguerra dans l'édition de 1977 de son *Traité de psychiatrie de l'enfant*.

Des différences existent entre filicide et néonaticide : le premier est un crime des deux parents ou du père et non un crime exclusivement maternel, il ne concerne pas également les deux sexes et le garçon est le plus souvent victime (ratio entre 1,5 et 1,8 selon les études). Les troubles psychiatriques chez les parents sont plus fréquents lors de crime

filicide alors que les troubles mentaux chez la mère ne seraient que de 20% dans le néonaticide.

Notre travail s'intéressera au filicide car c'est la dimension de filiation dans ces crimes qui nous interroge, et plus particulièrement aux mères filicides.

Malgré toutes les définitions plus précises détaillées plus haut, le terme infanticide reste le plus usité et le plus impressionnant. Aussi utiliserons-nous le mot infanticide dans son sens littéraire « meurtre d'un enfant », en terme de filiation, et non dans le sens retenu par la justice.

REPERES
SOCIO-CULTURELS

La problématique de la « mise à mort » de son enfant est universelle. Ainsi, l'infanticide appartient-il aux mythes et à la mythologie, aux récits bibliques et à la littérature comme le montrent Cronos, Abraham et Pot-Bouille.

I - L'INFANTICIDE DANS LA MYTHOLOGIE

Les exemples d'infanticide foisonnent dans la mythologie, aussi ne parlerons-nous que des représentations les plus connues, les plus pertinentes, grâce auxquelles nous dégagerons une lecture des différentes modalités dans l'accomplissement de ce crime.

A – Le cannibalisme parental

Depuis l'origine des temps, des récits oraux ou écrits mettent en scène des enfants dévorés, thème récurrent dans les mythes grecs ou latins et dans les contes.

L'histoire de Cronos - Saturne pour les Latins – est marquée par toute une succession de dévoration de ses enfants. En effet Cronos avait appris que l'un de ses enfants le détrônerait un jour, il jugea alors que la seule façon de conjurer le destin était d'exiger de sa femme, Rhéa, qu'elle lui livre chaque nouveau-né qu'il dévorerait aussitôt. Mais Rhéa réussit à soustraire Zeus - Jupiter -, son sixième enfant, à ce sort fatal. Ainsi, quand Zeus vint au monde, Rhéa présenta une grande pierre enveloppée de linge à son époux qui l'avalait promptement, la prenant apparemment pour le bébé. Devenu adulte, Zeus, aidé par sa grand-mère la Terre, Gaïa, força son père à restituer ladite pierre en même temps que les

cinq premiers enfants. La pierre fut déposée à Delphes. Survint alors une guerre terrible entre Cronos et Zeus, une guerre qui faillit détruire l'univers.

Cronos, promu Chronos par les Grecs eux-mêmes, le dieu du Temps, dévore ses enfants, comme si la suppression de la génération suivante pouvait retarder la fuite du temps...

L'histoire de Cronos montre que lui-même a eu à se battre contre son père, le Ciel, Ouranos, qui à chaque fois qu'un de ses enfants naissait, l'enfermait dans un lieu secret, au centre de la terre.

Seul Cronos osa répondre, il lui tendit un piège et lui infligea une horrible mutilation. Aussi, Cronos hérite-t-il de l'infanticide perpétré par le père et la légende actualise ce fantasme terrifiant de la mort de l'enfant.

Quant à Tantale, fils de Zeus, il fut encore plus cruel que son grand-père. Conviant les dieux à un banquet, il leur servit Pélops, son fils unique, qu'il avait tué et découpé en morceaux. Mais les dieux ramenèrent Pélops à la vie.

Les deux fils de Pélops, Atrée et Thyeste, reçurent un fatal héritage cannibalique : « la malédiction des Atrides ». Cette légende est celle d'une transmission, d'une filiation horrible, sanglante et sous le signe de la haine et de la vengeance.

Dans ce mythe, les parents transmettent la mort à leurs enfants en même temps que la vie et « c'est une bien étrange filiation » comme l'écrit J. Guyotat. (36)

Ce mythe nous évoque des problématiques transgénérationnelles, comme celui du sacrifice d'Iphigénie...

B – Le sacrifice d'Iphigénie, fille d'Agamemnon

Chez Homère, Agamemnon est le petit-fils de Pélops et il hérite de la malédiction des Atrides : « ... La soif du sang est dans leur chair. Avant que la blessure ancienne se cicatrise, un jeune sang se répand. ».

Agamemnon était le commandant en chef des Armées grecques devant Troie. Harcelé par l'armée, impatiente d'obtenir des vents propices qui lui permettraient de faire voile vers Troie, il accepta de sacrifier sa fille à la demande des Dieux. Ce sacrifice mettrait un terme à la malédiction des Atrides. Agamemnon se trouvait devant un dilemme dans lequel il s'agissait de perdre ou sa fille ou sa gloire.

Selon les auteurs le sacrifice peut être réalisé ou rester symbolique, une biche se substituant alors à Iphigénie. ... Les Dieux seraient-ils émus par le sort des humains ?

De retour de Troie, victorieux, Agamemnon est tué par sa femme, Clytemnestre : elle punit alors le meurtrier de son enfant.

C – Œdipe : un enfant exposé

Reprenons son histoire : Laios, roi de Thèbes, avait épousé Jocaste. Tout ce que prédisait la prêtresse de Delphes se réalisait infailliblement. Et parce qu'elle avait averti Laios qu'il mourrait de la main de son fils, il lia à la naissance les pieds de ce dernier et l'exposa sur une montagne isolée où, semblait-il, il ne tarderait pas à mourir. Mais le nouveau-né fut recueilli par un berger qui lui donna le nom d'Œdipe, c'est-à-dire : « aux pieds enflés » et il vécut la destinée qu'on lui connaît.

Cette partie du mythe est la plus méconnue...Œdipe est victime de vœux infanticides de la part de ses parents et d'une conduite criminelle parentale. Puis, devant le silence de ses origines qu'il méconnaît, il finit par tuer son père et épouser sa mère et réaliser ainsi un parricide et un inceste.

Pour C. Bonnet (10), cette omission de la première partie du mythe traduirait la difficulté de se représenter des parents aux fantasmes infanticides et permettrait ainsi de conserver une image idéalisée des parents. Elle ajoute qu'une discussion s'est engagée entre psychanalystes pour comprendre pourquoi S. Freud a passé sous silence cette première partie du mythe.

D - La tragédie de Médée

Médée est sans doute la plus connue des femmes infanticides.

Médée, fille d'Aetès, roi de Colchide, va, par amour pour Jason, lui permettre la conquête de la Toison d'Or. Elle va donc trahir son propre père, et dans sa fuite, tuer son frère, Absyrtos.

Jason jure alors un éternel amour à Médée, ils s'installent à Corinthe et ont deux garçons.

Mais Jason s'éprend de la fille du roi de Corinthe et décide de l'épouser. Médée décide alors de tuer sa rivale puis de tuer ses propres enfants.

Voici l'histoire des faits mais leur interprétation varie d'une version à l'autre.

Ainsi, la version de Sénèque (66) raconte l'histoire d'un couple qui se sépare, d'une famille qui se désagrège. Jason trahit son engagement conjugal, oublie tout sentiment de gratitude et d'amour pour ne penser qu'à satisfaire son ambition. Médée doit être exilée avec ses enfants selon la volonté du roi et elle souffre. Elle élimine sa rivale, puis, désespérée, inconsolable « Moi en miette qui se répand et s'abandonne » (66), elle tue ses enfants.

Sénèque met en scène la détresse d'une femme abandonnée qui ne peut faire le deuil de sa relation avec Jason, qui ne supporte pas la séparation et qui tue ses enfants, fruits d'un amour impossible.

Quatre cents ans plus tard, Euripide (29) compose une autre version et propose un autre regard sur les crimes de Médée. Jason apparaît héroïque, pur, et victime d'une Médée dépeinte comme perverse, destructrice et avide de violence. Elle égorge ses enfants pour se venger de lui « sanglante vengeance de Médée contre l'époux infidèle » (29) et « prête à s'autodétruire pour assouvir sa vengeance ».(29)

Cette seconde version fait de Médée une femme jalouse, violente, qui ne veut rien perdre. Elle tue sa rivale et ses enfants pour se venger de Jason et le priver de ce qui lui est le plus cher « ils ne vivent plus, ce sera ta blessure (...) pour faire ton malheur » (29). En 1948, E. Stern utilise ce mythe pour parler de « Medea Complex » qui désigne le meurtre de l'enfant par vengeance envers le conjoint.

Quelle que soit la version, l'infanticide est « un crime contre l'ordre sacré » (66) qui fait de son auteur un monstre.

L'approche de Sénèque apparaît comme une apologie de l'amour alors que celle d'Euripide est celle de la haine. Dans les deux, la démesure et la folie furieuse donnent à l'œuvre sa dimension tragique : la fin sanglante est irrémédiable « Pour eux la mort est inéluctable ».(29)

Pour conclure, nous constatons combien les mythes sont des récits étranges et empreints de violences et à ce propos, certains spécialistes contemporains de la mythologie demeurent perplexes devant ces « constructions en mal d'auteur et de sens ». C'est ce qui a poussé J.P. Kamieniak (39), psychanalyste, à étudier les liens qui unissent les notions de mythe et de fantasme. Même si le mythe appartient plus au domaine de la philosophie et de l'anthropologie, l'auteur se propose de réfléchir au sens que peuvent prendre les mythes en retraçant les étapes qui conduisent Freud à considérer de façon spécifique ces récits avec notamment sa figure « nodale » d'Œdipe. Ainsi, avec les concepts de « projection », de « roman familial » et de « souvenir écran », Freud conçoit progressivement les mythes comme des projections au-dehors de fantasmes à la fois intimes et universels. Ils racontent l'histoire pulsionnelle refoulée des être humains, les désirs insatisfaits qui animent la part obscure de leur psyché. Ils viennent en lieu et en place d'un savoir absent, comme le disait déjà Platon.

Mythe et fantasme racontent l'un et l'autre l'Inconscient.

Kamieniak évoque un « ordre fantasma-mythique » qui serait comme la marque d'un « universel et d'un propre de l'homme » : l'homme pourrait se définir comme un être qui a besoin de mythes pour s'approprier de façon médiate le matériau fantasmatique dont il est constitué sans s'y réduire tout à fait. Ainsi, la psychanalyse pourrait-elle se comprendre et s'éprouver comme une anthropologie.

II - RECITS BIBLIQUES

A - L'infanticide dans le judéo-christianisme : le sacrifice d'Isaac

Le sacrifice est défini comme « une offrande faite à une divinité en signe d'adoration, d'expiation » mais aussi comme « un renoncement volontaire ou forcé ». Il s'agit de se priver d'un bien précieux en vue d'un mieux-être ou d'un bénéfice à venir, primat du collectif sur l'individuel.

Dieu, après avoir donné à Abraham et sa femme un fils dans des circonstances exceptionnelles (ils avaient 100 et 90 ans) voulut mettre Abraham à l'épreuve en lui demandant : « Prends ton fils, ton unique, celui que tu aimes, Isaac, va-t-en au pays de Morija, et là, offre-le en holocauste sur l'une des montagnes que je te dirai ». Abraham ne comprit pas mais se soumit. Son acte montre simultanément la toute-puissance de Dieu et sa foi.

Arrivé sur le lieu, Abraham y éleva un autel, rangea le bois. Il ligota son fils, s'empara d'un couteau pour l'égorger quand le geste fut interrompu par un ange de l'Éternel : « N'avance pas ta main sur l'enfant et ne lui fais rien, car je sais maintenant que tu crains Dieu et que tu ne lui as pas refusé ton fils, l'unique. » et l'enfant fut remplacé par un bélier. La substitution de l'enfant par le bélier indique la dimension symbolique. Le sacrifice a lieu mais Isaac est sauf. « Le crime n'a pas besoin d'être réellement perpétré : seule compte la puissance symbolique liée à son origine supposée » explique E. Roudinesco (63).

M. Balmory (6) propose dans *le sacrifice interdit* une libre approche liée à son expérience psychanalytique. Dans cette scène à trois : le père, le fils et la parole divine, ce n'est pas l'enfant qui est sacrifié mais le lien, la « ligature » entre le père et le fils devenue possessive et fusionnelle. Le sacrifice n'est que la « destruction symbolique de l'enveloppe qui enserre un être comme autrefois la matrice-placenta verbal ». Isaac reste vivant, délivré de sa « ligature ». C. Vigée écrit : « L'histoire d'Israël commence avec le non-sacrifice d'Isaac » et montre l'importance de la dimension collective.

La dimension symbolique n'est atteinte que si le sacrifice n'a pas réellement lieu. Seuls comptent la transmission et le sens du message divin.

Que dire de Dieu qui sacrifia son fils unique Jésus-Christ pour le rachat des péchés du monde ? Cette crucifixion devient fondatrice de la religion chrétienne. C'est « un sacrifice exemplaire tempéré par ses implications symboliques » explique H. Scharbach. (64)

B – D'autres cas d'infanticide

Moïse est un exemple d'enfant exposé. Devant le nombre important d'Hébreux réfugiés en Egypte, le roi demande à tout son peuple de ne laisser vivre que les filles et de

jeter dans le fleuve les garçons. La mère de Moïse décide d'abord de le cacher mais doit se résoudre à le déposer dans une corbeille de jonc sur le bord du fleuve. Il est recueilli par la fille du Pharaon qui l'appelle Moïse « sauvé des eaux ». Avec l'aide de l'Éternel, Moïse fera sortir d'Égypte le peuple hébraïque asservi.

Citons le mythe de Lilith : selon la tradition hébraïque, Lilith est la toute première femme créée des mains de Yahvé. Elle s'enfuit pour échapper à Adam qui veut la soumettre. Adam demande une autre femme, et Yahvé crée Eve.

Lilith, détestant la descendance d'Eve, devient la persécutrice des enfants, nés de façon coupable, qu'elle tue.

Ainsi pouvons-nous faire des mises en parallèle entre les différents récits fondateurs de l'Humanité : mythes et Bible, qui seraient des représentations de l'Inconscient.

III - L'INFANTICIDE DANS LA LITTÉRATURE

Depuis l'origine de la littérature, le fantasme témoignant de l'agressivité des parents envers l'enfant se manifeste sous la forme du démon, du géant, de l'ogre ou de la sorcière.

Les contes ou les fables, littérature naïve issue de la tradition orale, reprennent ce thème de l'agressivité exprimée par les parents ou les figures de remplacement, dont la marâtre est l'exemple le plus représentatif ; on peut penser à *Blanche-Neige*, *Le Petit Poucet*, *Hänsel et Gretel*, *Barbe Bleue*, *Le Petit Chaperon Rouge*. Dans ces contes, les adultes se trahissent à travers les plus cruels desseins : enfant exposé aux bêtes sauvages de la forêt et aux pièges les plus perfides.

Selon Carloni et Nobili (51), un quart des 760 contes des plus célèbres recueils contiennent des thèmes filicides qui peuvent déboucher sur un dénouement heureux. Ils introduisent

l'idée de la mort, de la dévoration dans une visée didactique et permettent d'exorciser les peurs.

En revanche les auteurs antiques, comme Sénèque, abordent l'infanticide sous l'angle de la tragédie et de la démesure.

Mais la littérature réaliste est peut-être celle qui décrit avec le plus de détails et d'exactitude sociologique les situations et les actes d'infanticide.

Dans l'œuvre de Maupassant (48) l'avortement et l'infanticide sont des thèmes récurrents. Dans une nouvelle datée du 2 mars 1886 intitulée *Rosalie Prudent*, Maupassant relate l'histoire d'une jeune femme, la fille Prudent, bonne chez les époux Varambot, qui accouche clandestinement chez ses maîtres ; elle s'était préparée pour garder son enfant mais comme ce sont des jumeaux, elle les tue, pour des raisons sociales, des questions d'honneur. Maupassant écrit : « C'était là l'histoire courante de tous les infanticides accomplis par les servantes ». Cette situation des domestiques mal protégées, violées, amenées à cacher leur grossesse et à se débarrasser de leur enfant paraît confirmée par Guiral et Thuillier, auteurs d'une *Vie quotidienne des domestiques en France au XIXème siècle*. Ce thème est repris par Anne Martin-Fugier dans *La place des bonnes, La domesticité féminine à Paris en 1900*.

Dans *Pot-Bouille*, un roman de Zola (72) où il dénonce l'égoïsme des grands bourgeois, le lecteur trouve une description naturaliste d'un accouchement clandestin d'une domestique, Adèle. Elle se débarrassera de l'enfant en l'abandonnant ensuite dans un passage. L'infanticide est présent dans la discussion des notables qui suit : « (...) La mère dénaturée, une véritable sauvagesse, comme il disait, se trouvait être précisément la piqueuse de bottines, son ancienne locataire, cette grande fille pâle et désolée, dont le ventre énorme indignait M. Gourd. Et stupide avec ça ! Car, sans même s'aviser que ce ventre la dénoncerait, elle s'était mise à couper son enfant en deux, pour le garder ensuite au fond d'une caisse à chapeau. Naturellement, elle avait raconté aux jurés tout un roman ridicule, l'abandon d'un séducteur, la misère, la faim, une crise folle de désespoir devant le petit qu'elle ne pouvait nourrir : en un mot, ce qu'elles disaient toutes. (...) ».

On peut citer également Tolstoï, dans le drame *La puissance des ténèbres* : Nikita écrase son enfant adultérin sous une planche et l'enterre dans sa cave.

Ces auteurs s'inspirant de la médecine et de la criminologie, on comprend pourquoi leurs écrits approchent tant la réalité historique du XIX^{ème} siècle.

Les exemples d'infanticide réalisé ou symbolique se retrouvent dans la littérature du XX^{ème} siècle, témoignage d'un questionnement philosophique et éthique. Nous citerons Sartre, Del Castillo, Dostoïevski, Styron.

IV - APERÇU HISTORIQUE

L'histoire de l'infanticide doit être resituée dans un contexte historique plus global où la vie de l'enfant a longtemps peu compté. A Rome, l'exposition de l'enfant était une pratique admise. Dès le Moyen Age, l'église chrétienne tente de limiter le nombre d'infanticides en menaçant d'excommunication les femmes qui le pratiquaient. A partir de la Renaissance, les femmes reconnues coupables d'infanticide sont sévèrement punies et risquent la mort mais jusqu'à la fin du XVII^{ème} siècle une grande tolérance persiste. Confier, abandonner, exposer ou tuer son enfant était pratique courante jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle. E. Badinter (4) argumente que l'attachement spontané au nouveau-né dit « instinct maternel » n'existe pas et n'est qu'un effet de culture.

P. Ariès (1973) (2) souligne qu'au XIX^{ème} siècle l'infanticide faisait partie des choses moralement « neutres » ; il n'était pas avoué car condamné par l'Eglise et l'Etat mais n'était pas considéré avec honte. Ariès précise : « La vie de l'enfant était alors considérée avec la même ambiguïté que celle du fœtus aujourd'hui, avec la différence que l'infanticide était enfoui dans le silence et que l'avortement est revendiqué tout haut, mais c'est toute la différence entre une civilisation du secret et une civilisation de l'exhibition. ». C'est à cette époque que l'on va passer d'un infanticide secrètement admis à un respect de

plus en plus exigeant de la vie de l'enfant. Le courant humaniste et la surcharge des orphelinats conduisent le législateur à poser un interdit et à introduire la notion de crime.

Malgré tout, l'infanticide reste encore un acte meurtrier fréquent au XIX^{ème} siècle.

Les femmes infanticides sont surtout des domestiques ou des paysannes ; il faut rappeler qu'à cette époque ces deux catégories professionnelles rassemblaient la majorité de la population en France. Les historiens, dont Anne Martin-Fugier (46), dans leurs études sur la condition des domestiques montrent leur situation d'isolement et de dépendance.

On observe une augmentation continue du nombre d'infanticides les trente premières années du XIX^{ème} siècle, liée selon J.C. Chesnais (17) à l'industrialisation et à la première poussée d'exode rural : les hommes qui partent seuls et qui laissent à la campagne des mères et leur enfant isolés. Chesnais parle de « crime rural ». La suppression des « tours » est aussi incriminée dans l'augmentation des infanticides. En effet, depuis longtemps était aménagé dans les hospices d'enfants trouvés ce que l'on appelait un « tour ». Cylindre de bois tournant sur lui-même, il présentait une face convexe du côté de la rue et une face concave donnant dans une pièce de l'établissement. Une sonnette placée à l'extérieur avertissait du dépôt d'un enfant. A une époque où la crainte du déshonneur constitue un puissant ressort à l'infanticide, le tour pouvait être un moyen de prévention efficace car il permettait à une fille-mère de dissimuler sa « faute » dans un complet anonymat. Aussi, dans un article sur « la ségrégation de l'enfance au XIX^{ème} siècle », Michelle Perrot (54) a écrit sur « L'enfant supprimé » (et la femme en prison) ces lignes : « La suppression des tours a probablement contribué à accroître le nombre des infanticides. En tout cas, sous le Second Empire, on enregistre un record d'accusations pour ce fait : 1069 en 1856-1860 contre seulement 471 pour 1831-1835 (statistiques de Brouardel (13)). Il y eut sous l'Empire plusieurs exécutions capitales pour infanticide et, de façon générale, la plupart des femmes condamnées au XIX^{ème} siècle le furent pour ce crime. De 1833 à 1862, sur 5591 accusés d'infanticide traduits en cours d'assises, 1998 furent acquittés, 954 furent condamnés à deux ans de prison et plus de 2584 ont été condamnés aux travaux forcés à temps ou à vie, 55 ont été condamnés à mort, dont quinze exécutés (tous n'étant pas des femmes). (...) ».

Les chiffres fléchissent au moment de la guerre de 1870, sans doute à cause des difficultés dans la réalisation des enquêtes de police en temps de guerre. En effet, cette diminution ne semble qu'apparente.

Entre 1830 et 1930, plus de 50000 dossiers d'infanticide ont été ouverts soit 500 par an. 13000 ont donné lieu à des poursuites. La baisse du nombre d'infanticides à partir de 1870 peut s'expliquer cependant par l'apparition de l'avortement clandestin en milieu urbain.

Entre 1986 et 1989, on recense en France 71 infanticides par an (chiffre du ministère de l'Intérieur) avec 10 condamnations par an (chiffres du ministère de la Justice). Avec l'avènement des méthodes de contraception fiables, la libéralisation de l'avortement et les aides dont peuvent disposer les mères, on observe une diminution du chiffre des infanticides. Cependant, depuis les années 1970, on note un taux à peu près constant, entre 50 et 100 infanticides par année, représentant 5% des homicides volontaires. Ce chiffre constant, malgré les avancées sociales, met en lumière la dimension psychopathologique de cet acte.

V - QUELQUES DONNÉES ANTHROPOLOGIQUES SUR L'INFANTICIDE

Nous ne ferons qu'aborder cet aspect grâce à l'ouvrage d'Anne Dutruge (25) qui se propose d'étudier les liens entre avortement et infanticide en évoquant « l'universalité des pratiques abortives », reflet de « l'Universalité de la Culture Humaine ».

Manger ses enfants est une chose courante en Australie Centrale comme cela a été le cas dans l'Europe du Moyen Age. L'infanticide et l'anthropophagie parentale sont liés aux famines ou aux problèmes économiques. Ce type de pratiques s'inscrit alors dans une démarche de bon fonctionnement de la société, comme régulateur de conflits sociaux et conjoncturels. C'est le cas également de la société eskimo où il existe un infanticide

préférentiel des filles lié aux conditions économiques. On trouve aussi des infanticides liés au changement de partenaire : une femme tue l'enfant d'un père illégitime pour pouvoir en faire un avec son mari, comme chez les Chaggas.

Nous pouvons faire le parallèle avec certaines Interruptions Volontaires de Grossesse qui sont le fait de difficultés matérielles ou contextuelles. L'IVG apparaît bien comme une pratique sociale qui permet de régler un certain nombre de problèmes.

En Chine, d'après Michel Cartier (15), démographe, on noterait un infanticide féminin lié à la préférence marquée pour les garçons et à la politique de « l'enfant unique » de 1979. Cette pratique se retrouve en Inde où l'infanticide féminin apparaît comme un des moyens de régulation de la croissance démographique.

Cette courte partie permet de montrer combien l'acte infanticide s'inscrit dans un contexte culturel : entre un crime impensable, atroce et une pratique culturelle admise « échappant à toute justice »...

VI - APPROCHE JURIDIQUE ET PÉNALE

L'infanticide est un crime particulier aux yeux du droit comme de la médecine. L'année 1994 marque une rupture dans la manière d'appréhender le crime infanticide puisque cette qualification disparaît alors du Code Pénal.

A - Avant 1994

Jusqu'en 1994, le crime infanticide relevait de l'article 300 du code pénal qui le définit alors comme le « meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né » (52).

L'infanticide, dans le Code Napoléon de 1810, est considéré comme un meurtre et jamais comme un assassinat. Celui-ci correspond à un meurtre avec préméditation, c'est-à-dire avec un dessein forgé avant l'action.

L'article 302 rédigé en 1810 condamnait « tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide... » à la peine de mort. Au cours du XIX^{ème} siècle, les peines prononcées contre les infanticides s'amenuisent progressivement et la peine de mort cesse d'être prononcée.

La loi du 21 novembre 1901 inclut la notion d'assassinat dans la définition de l'infanticide et réserve un sort plus favorable à la mère qu'à ses éventuels complices : alinéa 2 de l'article 302 du Code Pénal : « Toutefois, la mère auteur principal ou complice du meurtre ou de l'assassinat de son enfant nouveau-né sera punie, dans le premier cas des travaux forcés à perpétuité, dans le deuxième cas, des travaux forcés à temps, sans que cette disposition puisse s'appliquer à ses co-auteurs ou complices ».

La fréquence des acquittements que rapportent, par exemple, Briand et Chayde, qui en dénombrent 391 pour 1259 affaires entre 1856 et 1860, conduit le législateur à correctionnaliser l'infraction le 2 septembre 1941 afin d'assurer une répression plus constante et moins versatile. En effet, les procès en Cour d'Assises suscitaient beaucoup d'émotions et les femmes infanticides inspiraient de la pitié auprès des jurys populaires et donc la clémence des magistrats. De plus cette loi avait décidé d'exclure les circonstances atténuantes et le sursis, ce qui n'est plus possible en 1951.

La loi du 13 avril 1954 recriminalise l'infanticide. La peine prévue, la réclusion criminelle à perpétuité, pouvait être ramenée à 2 ans en cas de circonstances atténuantes. Une réelle excuse légale existait pour la mère car, au contraire des autres crimes sur enfant où le fait d'être un ascendant venait aggraver la peine, cette dernière pouvait être ramenée à 1 an pour un infanticide avec circonstances atténuantes (art 302, alinéa 2).

Sont considérées comme circonstances atténuantes l'état de grossesse et la perturbation psychologique de l'accouchement, la faim, la misère et d'une façon plus générale les conditions pénibles de vie, l'ignorance et l'inconscience. Les circonstances aggravantes

sont le crime commis par cupidité avec des violences spéciales, les récidives et les crimes commis par quelqu'un d'autre que la mère.

Six alinéas viennent compléter l'article 300. Ils précisent que le statut de « nouveau-né » s'applique aux enfants de moins de 3 jours. « L'enfant cesse d'être un nouveau-né à partir du moment où il doit légalement se trouver inscrit sur le registre des naissances, quand bien même il ne l'a pas été en fait » (alinéa 3). Cela exclut les enfants mort-nés suite à des pratiques d'auto-avortement (alinéa 4). Le premier alinéa définit que ce crime « spécifique » ne s'attache pas au « degré de parenté [...] puisque toute autre personne que le père ou la mère peut être déclarée coupable d'infanticide ». La faiblesse de l'âge de la victime n'entre pas non plus en considération « puisque longtemps encore après sa naissance, l'enfant est dans l'impuissance de se défendre ».

La qualification d'infanticide était déterminée « uniquement par la situation particulière de l'enfant qui, au moment où il entre dans la vie, ne participe point encore aux garanties communes et par la facilité qu'a le coupable d'effacer sa naissance ». Elle ne peut guère s'appliquer aux enfants « dont la naissance est devenue notoire » (alinéa 2).

L'infanticide ayant alors une définition très étroite, l'incrimination pour meurtre sur un jeune enfant pourra souvent être autre : suppression d'enfant (article 345), meurtre ou homicide volontaire (art 295), homicide involontaire (art 319), abstention de porter secours (art 63 alinéa 2), meurtre accompagné d'actes de barbarie (art 303), délaissement (art 351 ou 353) ou coups et blessures ou privation de soins et d'aliments ayant entraîné la mort sans intention de la donner (art 312).

Par ailleurs, la non viabilité et une difformité monstrueuse de l'enfant ne peuvent pas faire disparaître la responsabilité pénale de ceux qui lui donneraient la mort.

L'existence de troubles mentaux chez la mère coupable d'infanticide peut lui faire bénéficier de l'article 64 du Code Pénal de 1810 « *Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister* ». La présence de tels troubles doit être établie par l'expertise psychiatrique, ainsi cet article 64 peut-il être considéré comme le premier

élément juridique qui donne une reconnaissance et une légitimité sociale à la psychiatrie. Nous évoquerons plus loin les débats entre juristes et médecins à ce propos.

B - A partir de 1994

Le nouveau Code Pénal, entré en vigueur en mars 1994, fait disparaître l'ancien article 300 qui spécifiait le crime infanticide ainsi que l'article 302. L'incrimination infanticide est supprimée des textes légaux. Elle est implicitement contenue dans les « dispositions relatives aux crimes commis contre les mineurs de moins de 15 ans ». En conséquence, « le meurtre d'un nouveau-né constitue désormais un meurtre aggravé par la minorité de 15 ans de la victime ». L'article 221-4 du Code Pénal stipule « que le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis sur un mineur de 15 ans ». La préméditation, les tortures et les actes de barbarie constituent des circonstances aggravantes supplémentaires.

La « situation de faiblesse » et « l'âge de la victime », 15 ans et moins, définissent cette « minorité de 15 ans ». C'est « la qualité de la victime qui est prise en considération et qui vise des personnes spécialement protégées ». Cette vulnérabilité explique la condamnation à perpétuité voire une peine de sûreté ou une peine incompressible lorsqu'un viol, des tortures ou actes de barbarie sont concomitants au meurtre.

Ce qui prévaut est la vulnérabilité de la victime et non pas le lien de filiation même si celui-ci reste au cœur des débats en Cour d'Assise.

Une place importante est donnée aux expertises médico-psychologiques, psychiatriques, et aux soins dans le cas d'agression sur mineurs.

Les articles 122-1 et 122-2 viennent remplacer l'article 64. L'article 122-1 énonce : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.*

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

L'article 122-2 rajoute : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pas pu résister* ».

La différence avec l'article 64 se fait dans la distinction d'une responsabilité pénale et d'une punissabilité d'un crime reconnu comme tel.

La législation française a subi de nombreux changements depuis 1810 quant à la répression de l'infanticide avec un mouvement de balancier entre la clémence vis-à-vis des mères qui inspiraient une certaine pitié et des textes très répressifs. Ce mouvement peut être expliqué sans doute en partie par la place donnée à l'enfant dans notre société. Jusqu'au XVIIIème siècle, l'enfant était regardé « comme la chose de ses parents, un objet entièrement soumis à leur volonté. Aussi fallait-il le condamner à mort, comme le fut Œdipe à sa naissance, quant il risquait de mettre sa famille en péril », écrit E. Roudinesco (63). Elle ajoute : « Investi d'une puissance généalogique nouvelle, l'enfant fut alors regardé, au sein de la famille bourgeoise, comme un placement dans la transmission du patrimoine, et comme un être désirable, et non plus fabriqué à la chaîne sans contrôle ». Une attitude nouvelle est donnée à l'enfant sous l'influence de la philosophie des Lumières comme le montrent les romans d'apprentissage qui placent l'enfant au cœur du récit : Télémaque de Fénelon, Emile de Rousseau.

Désormais, l'enfant occupe « la place centrale autrefois dévolue à Dieu le père » écrit E. Roudinesco (63), l'enfant devient la valeur suprême, des expressions telles que « l'enfant-roi » ou « l'enfant phénomène de société » en témoignent. L'enfant cristallise les intérêts mêlés de la littérature, du cinéma, de la psychologie et de la psychiatrie.

VII - L'INFANTICIDE DANS LA LITTÉRATURE PSYCHIATRIQUE ET MÉDICOLÉGALE

La psychiatrie, dès 1810, avec l'article 64, est amenée à donner son avis sur l'aliénation du criminel au moment de l'acte homicide et sur sa responsabilité pénale. La naissance à cette époque de la Monomanie d'Esquirol (27) va précipiter les confrontations entre juristes et médecins.

Nous allons donc essayer de retracer l'évolution de cette entité importante, grâce notamment à l'ouvrage de M. Sanchez et M. Zins-Ritter (71), puisqu'elle illustre la naissance du corpus psychiatrique et les conflits entre magistrats et médecins. Les travaux de M. Gauchet et G. Swain (67) ont montré que ces conflits et débats témoignaient d'une profonde modification des conditions d'intelligibilité historique du « sujet de la folie », en rapport avec l'émergence de l'individualisme démocratique.

Ensuite, sans prétendre à l'exhaustivité, nous déclinons l'infanticide selon différents auteurs, en mentionnant notamment quatre grandes études psychiatriques réalisées sur le filicide.

Puis, nous ne ferons qu'évoquer le filicide dans le cadre d'actes homicide-suicide puisque notre travail tentera plutôt de cerner le filicide quand celui-ci ne s'accompagne pas de tentative de suicide ou de suicide de la part de l'auteur. En effet, nous pensons qu'il s'agit d'actes sous-tendus par une psychopathologie différente.

A – La monomanie

1- Le concept d'Esquirol

Nous nous sommes intéressés particulièrement à la monomanie car la description qu'en fait Esquirol semble difficilement correspondre à un tableau clinique décrit dans les classifications psychiatriques actuelles. C'est précisément ce qui nous interpelle dans l'acte infanticide : une mère indemne de pathologie psychiatrique répertoriée qui passe à l'acte...

« Le monomaniacque immole des êtres qui lui sont indifférents, ou qui ont le malheur de se rencontrer sous ses pas au moment où il est saisi par l'idée du meurtre ; mais, plus souvent, il choisit ses victimes parmi les objets qui lui sont les plus chers. Une mère tue son enfant, et non l'enfant de l'étrangère ; un mari veut tuer sa femme, avec laquelle il a vécu la plus douce harmonie pendant vingt ans ; une fille veut tuer sa mère qu'elle adore. Cette horrible préférence ne s'observe-t-elle pas chez les aliénés ? N'est-elle pas une preuve évidente que ni la raison, ni le sentiment, ni la volonté n'ont dirigé le choix de la victime et que par conséquent il y a eu perturbation des facultés qui président à leurs déterminations ? ».

Replaçons-nous au XIX^{ème} siècle : c'est le moment où la folie devient maladie mentale « La folie, l'aliénation mentale est une affection cérébrale ordinairement chronique, sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté ». Elle relève alors d'une médecine qui connaît elle aussi de profondes mutations.

Esquirol propose une sémiologie analytique mais établit aussi une nosographie : il classe la folie en cinq genres :

- La lypémanie qui correspond à la mélancolie, avec un délire paucithématique et la prédominance d'une passion triste
- La monomanie où le délire se borne à un objet unique ou à un petit nombre d'objets et où prédomine une passion gaie et expansive.
- La manie, où le délire est général et s'étend à toute sorte d'objets en s'accompagnant d'excitation.
- La démence où la déraison vient de ce que les organes de la pensée ont perdu leur énergie.
- Enfin, l'imbécillité ou idiotie est caractérisée par le fait que ces mêmes organes de la pensée n'ont jamais eu cette énergie.

Dans cette classification, la folie est conçue comme une seule et unique maladie pouvant revêtir plusieurs formes avec des passages de l'une à l'autre.

Avec la folie partielle ou monomanie, le crime n'est plus toujours un délit mais il devient, parfois, maladie mentale. Entre 1810 et 1875, l'histoire de la monomanie fera débat entre les juristes et les psychiatres mais aussi entre les médecins eux-mêmes du fait des ses implications épistémologiques mais aussi médicolégales. En effet, la monomanie est autant une catégorie médicolégale que nosographique pure. Elle fait intervenir le savoir médical dans le monde législatif et nous voyons alors naître la psychiatrie médicolégale et les expertises psychiatriques.

La monomanie naît en 1818, Esquirol rédige alors dans le dictionnaire des sciences médicales dit « de Panckoucke » l'article correspondant à la monomanie ; en 1838, dans son traité « Des maladies mentales », deux mémoires sont consacrés aux monomanies, dont l'un concerne la monomanie homicide. La monomanie est définie comme un « délire sur un seul objet, délire partiel, mélancholia de Sauvages, aménomanie de Rush ». La monomanie recouvre alors deux notions : celle d'un délire sur un objet unique et celle d'un délire gai. Elle est décrite comme « espèce intermédiaire entre la lypémanie et la manie ». Avec la notion de folie partielle, on observe une perception nouvelle du fou : celui-ci, même de façon partielle, reste sujet et non plus un complet étranger à lui-même. Foucault (31) (1982) a souligné comment ce passage s'effectue de façon ambiguë : la nouvelle nosologie place le fou dans un corset nosologique aliénant, mais il a désormais une place.

En revanche la monomanie homicide : « délire partiel caractérisé par une impulsion plus ou moins violente au meurtre », à laquelle Esquirol consacre une attention soutenue tout au long de son œuvre, ne possède pas le caractère de gaieté. En effet, « Il en est (des monomanes) qui se livrent aux plus grands excès, qui commettent des actes de la plus atroce férocité poussés par une fureur réfléchie et même raisonnée. C'est à cette espèce que doivent être rapportées les observations de manie sans délire... Ils cèdent à une voix intérieure qui leur dit : « Tue, tue ». Après l'acte, le monomane, à l'opposé du vicieux, est soulagé, mais avant l'acte, on observe une phase de lutte contre l'idée du crime et l'horreur qu'il inspire ». Esquirol décrit des mères en proie à un désir infanticide contre lequel elles luttent par divers moyens. Sur le plan de la clinique, ces exemples de peur des aiguilles, des couteaux... sont parmi les premiers exemples des futures phobies d'impulsion et autres

obsessions-impulsions. Esquirol et son école de pensée font un lien entre l'acte homicide et sa latence à l'état de désir.

Il distingue plusieurs espèces de monomanie homicide : d'abord, l'individu qui tue, trompé par des illusions ou des hallucinations, puis celui qui tue de façon préméditée, après un raisonnement délirant qui s'est progressivement établi ; enfin, celui qui tue au cours d'un accès de monomanie : « sans conscience, sans délire, sans passion, sans motif ; ils tuent par un entraînement aveugle, instantané, indépendant de leur volonté ». Il détaille les traits cliniques des monomanes de façon à les distinguer des auteurs de « crimes crapuleux » puisqu'il s'agit du but même de la création du concept de monomanie homicide ; grâce à elle et à l'article 64 du code pénal de 1810, plus d'un accusé échappera à l'échafaud.

2 - Les controverses

L'existence de la monomanie a donné lieu à de nombreuses controverses que nous allons essayer de décrire, et c'est l'article de Linas, en 1876 qui signe sa fin. En 1905, l'édition du Littré médical mentionne à l'article « Monomanies » que, « depuis longtemps la théorie des monomanies précoces et exclusives est abandonnée... On a conservé dans la pratique l'habitude peu rationnelle de désigner certaines formes de la folie par le mot de monomanie ». La monomanie fait désormais partie de l'histoire de la psychiatrie.

Elias Régnault (1828) est avocat à la cour de Paris et s'oppose à la théorie des monomanies : « Les naturalistes ont classé les différents corps de la nature. Les médecins ont voulu classer les nuances de la folie... c'est-à-dire des choses aussi peu susceptibles d'être classées que des nuages ». Pour lui, la monomanie n'est qu'une appellation superflue pour une faiblesse d'esprit ou une pusillanimité. Quant à la monomanie homicide, il n'admet comme excusable que le meurtre accompli sous l'effet du délire. Il est contre l'intervention du médecin pour juger de la responsabilité ou non d'un accusé : soit la folie est évidente et il n'y a pas besoin de médecin pour l'affirmer, soit elle est douteuse et alors la science du médecin ne lui permet pas de trancher.

Du côté médical, Marc publie un ouvrage en 1840 destiné à éclairer le problème : « De la folie considérée dans ses rapports médico-judiciaires ». Il participe également avec Esquirol à la rédaction des *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*. Il expose en quels termes doivent se poser à l'expert les problèmes de responsabilité des aliénés en matière pénale. C'est lui qui en 1826 soutient lors du procès d'Henriette Cornier, cette femme qui décapite l'enfant de sa voisine, la thèse de la monomanie. Pour lui, le médecin spécialiste du psychisme est le seul à pouvoir juger de l'intégrité de l'esprit, reconnaître une pathologie de la volonté.

Baillarger (1846), le fondateur des *Annales médico-psychologiques*, explore la fréquence de la monomanie. Pour lui, la monomanie est très courante et sous-estimée par les médecins.

Lord Brougham (1851), magistrat anglais, s'intéressa à la monomanie. Il réfute la doctrine des folies partielles car l'esprit lui paraît solidaire dans ses différentes fonctions. Il fait le rapprochement entre la continuité de la folie dans le champ psychique et dans le temps : il n'y a pas de folie partielle, pas plus que de folie transitoire.

Brierre de Boismont (1853), juriste, réfute également la doctrine des monomanies : pour lui, l'esprit est un et indivisible, donc ses fonctions sont solidaires à l'état normal comme pathologique.

Molinier (1854), professeur à la faculté de droit de Toulouse, fut un des adversaires les plus acharnés de la monomanie qu'il situe comme l'enjeu d'une lutte entre médecins et juges : « De toutes les questions où les juges criminels invoquent les lumières des médecins, il n'en est pas qui ait produit une divergence d'opinion plus profonde entre les experts, les magistrats et les jurés que celle de la monomanie ». Le problème concerne les implications légales de la monomanie, et non son existence.

Falret (1854), élève d'Esquirol sera un des détracteurs de la monomanie, suivi par Morel.

Les discussions entre médecins sur la monomanie témoignent de l'avènement d'une nouvelle clinique de la psychopathologie, définie en dehors de la médecine somatique mais qui lui reste liée. La monomanie, en tant que folie partielle, illustre une nouvelle perception du fou. De plus, elle introduit la catégorie de la pathologie de l'affectif et du volitionnel. Elle est à ce titre trouble psychopathologique pur et elle se détache de l'organique.

Enfin, nous l'avons vu, les débats entre juristes et aliénistes posent la question de l'introduction du savoir médical dans le domaine juridique. Certains comme Régault ou Molinier y sont radicalement opposés.

En fait ce sont les idéologues comme Cabanis, Tracy, Pinel, qui ouvrirent la voie de l'étude médicale de la folie, et leurs travaux de précurseurs préparèrent le terrain à l'avènement de la science aliéniste. Science des idées, l'idéologie est inévitablement aussi psychologie et cette dernière y tient un rang essentiel. L'inspirateur des idéologues est certainement Condillac (1715-1780) qui introduit à l'étude d'une matière purement psychique.

Pour résumer les pensées des idéologues, nous pouvons retenir plusieurs points déterminants :

- Le médecin est celui qui est à même de parler le mieux de l'homme : « Quand la médecine n'aurait pas dans les maux qu'elle peut soulager un but d'utilité, elle mériterait encore une grande attention comme base de toute bonne philosophie rationnelle... elle nous montre à nu tout l'homme physique dont l'homme moral n'est lui-même qu'une partie ou si l'on veut une autre face », Cabanis, 1798.
- La méthode d'étude à privilégier est celle de la médecine clinique.
- Faire de la folie une maladie, c'est poser qu'on va pouvoir la traiter
- La maladie n'est plus un état quelconque mais la contre-expérience de la santé.

Ces notions vont donner au médecin un savoir théorique afin qu'il puisse se confronter au juriste dans le domaine médico-légal.

Ainsi va être introduite la notion de « responsabilité partielle », sorte de compromis entre la justice et la médecine.

Nous l'avons déjà évoqué, de nombreuses discussions vont avoir lieu pour finalement voir le pouvoir médical s'installer au sein du pouvoir juridique. L'évolution de la législation se fait en fonction de la médicalisation de la folie : en 1810 apparaît le nouveau Code Pénal avec l'article 64 ; en 1838 arrive la loi sur les internements. L'aliéniste a ses murs ; le recours à l'expertise médicale ne trouvera sa légitimité qu'au cours du XIXème siècle.

B - L'évolution des idées psychiatriques sur l'infanticide

Les psychiatres et spécialistes de médecine légale furent les premiers à étudier l'infanticide.

Esquirol (26), en 1838, dans le chapitre « De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices » de son traité sur l'aliénation mentale, rapporte un cas d'infanticide survenu au cours d'un accouchement clandestin. Il l'attribue à une obnubilation passagère due à la parturition : « Une jeune femme est enceinte ; elle ne cache point sa grossesse ; elle fait faire une layette ; la veille de l'accouchement, elle se montre à tout le monde. Elle accouche pendant la nuit. Le lendemain, on la trouve dans son lit et l'enfant dans les latrines, mutilé par 21 coups d'un instrument qu'on juge être les ciseaux (...). Quelques jours après, on l'interroge ; elle avoue son crime, ne s'en défend point, ne témoigne pas le moindre regret ; mais elle refuse de manger ». Esquirol propose l'hypothèse d'un accès de folie transitoire. Il distingue les cas pathologiques des motivations sociales : « La fausse honte, l'embarras, la crainte, la misère, le crime, ne dirigent pas toujours l'infanticide ». Dans le chapitre consacré aux monomanies homicides, il développe les impulsions infanticides des accouchées.

Marcé (44) en 1858, écrit un traité « De la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices ». Il défend la thèse selon laquelle après l'accouchement un épisode de folie transitoire peut conduire une mère à tuer son enfant. Concernant les mères mélancoliques, il écrit « Quand la stupeur est très prononcée, il faut savoir que, sans idée délirante bien arrêtée, certaines malades peuvent faire des tentatives de suicide ou devenir

dangereuses pour leur enfant, alors même que leur état apparent d'inactivité intellectuelle semblait ôter toute crainte à cet égard. Que le médecin, prévenu de cette circonstance, se tienne sur ses gardes et ne se relâche jamais de la plus rigoureuse surveillance ».

Tardieu, puis Brouardel, qui lui succède à la chaire de médecine légale, écrivent l'un et l'autre des ouvrages consacrés exclusivement à l'infanticide. Nous entrons alors dans le domaine de la médecine légale au sens restreint et non plus de l'aliénisme : l'accent se déplace de la personnalité de l'homicide vers le « corps du délit ».

Ainsi, Tardieu (68), en 1868, s'oppose-t-il à la question d'un éventuel mécanisme psychopathologique sous-tendant l'acte infanticide : « Il n'existe pas un seul cas probant et authentique qui démontre que sous l'influence des douleurs de l'enfement une femme ait été saisie d'une fureur homicide transitoire. Il décrit l'infanticide typique : « Dans l'immense majorité des cas, il suit de très près un accouchement clandestin et la femme, seule dans l'ombre, après avoir tué l'enfant qu'elle vient de mettre au monde, peut dissimuler à la fois sa naissance et sa mort ». Il affirme : « Ce n'est pas la folie, ce n'est même pas la perversion transitoire des facultés, c'est une surexcitation de la sensibilité qui laisse intacts la raison et les instincts ». Il reconnaît une minorité de cas où l'infanticide peut être l'œuvre de la folie, folie hystérique, mélancolie hallucinatoire, rarement la fureur maniaque, c'est-à-dire la psychose puerpérale. Il se rapproche des conclusions des modernes qui insistent pour que l'appréciation de l'état mental de la mère infanticide demeure objective.

L'ouvrage de Brouardel (13), paru en 1897, fournit des données sociologiques sur l'acte infanticide : statistiques, profil des femmes infanticides en fonction de l'âge, de la profession et du niveau intellectuel. Il fait également le parallèle entre le nombre d'infanticides et le nombre d'avortements : lorsque celui-ci augmente, le nombre d'infanticides diminue.

Brouardel étudie aussi de façon précise les causes de la mort de l'enfant, avec des descriptions très détaillées. On est frappé par le développement considérable dans cette seconde moitié du XIX^e siècle du nombre d'enfants jetés dans les fosses d'aisance.

Les descriptions comprennent aussi les témoignages des mères après l'acte et on retrouve des modes de défense habituels comme le déni.

Brouardel insiste sur le rôle du médecin expert dans ce genre de « crime qui met l'opinion publique dans un état spécial... ».

En 1897, Bouton (11), magistrat, avance l'idée que le geste infanticide est un équivalent suicidaire. Il résulte du manque d'individuation du nouveau-né avec la mère : « Plus la mère est près de la nature, plus elle a la conviction de l'impersonnalité de son enfant. (...) L'enfant sorti de son sein est un prolongement de son corps ». Si le suicide lui semble permis, ajoute l'auteur, pourquoi ne pourrait-elle alors « tuer une partie de son être » ? Il anticipe des descriptions ultérieures dont celle du « suicide du double ». On peut aussi faire référence à une étude récente de 1992, transnationale, réalisée par Lester qui met en évidence une relation étroite entre taux d'infanticide et taux de suicide. Cette corrélation est interprétée comme le résultat d'une racine commune entre le geste infanticide et le geste suicidaire.

Kraft-Ebbing, en 1910, est partisan de la « psychose transitoire de l'accouchement ». Pour lui, ces manifestations vont de pair avec un trouble profond de la conscience, proche de la confusion mentale. Il distingue les délires transitoires maniaques ou mélancoliques des émotions pathologiques. Il énumère leurs causes : enfants illégitimes, émotions causées par la situation d'abandonnées, par la honte d'avoir perdu l'honneur sexuel, la peur éprouvée lors des symptômes précurseurs de l'accouchement, le souci de l'avenir. Il décrit également ce que les auteurs appelleront le « suicide altruiste » dont nous reparlerons plus loin.

Stern, en 1948, introduit le « complexe de Médée » ou infanticide par vengeance contre le conjoint. Le complexe de Médée caractérise la situation dans laquelle la mère entretient des fantasmes homicides envers sa progéniture dans son désir de revanche envers leur père. Il insiste sur la résistance au fait d'admettre cette pensée à la conscience malgré sa fréquence. Ce thème est repris par A. Depaulis (22) dans son ouvrage *Le complexe de Médée* paru en 2002.

Kammerer en 1955 classe l'infanticide selon la responsabilité pénale de l'accusée. Il distingue les infanticides commis par des femmes schizophrènes en rémission, les grandes déficientes mentales et les femmes présentant une psychose puerpérale de forme mélancolique. Il leur oppose les infanticides commis par des femmes déficientes intellectuelles légères, les déséquilibrées psychopathiques et les névrosées. Entre ces deux catégories, il situe une zone où la conscience est intacte, marquée par l'intentionnalité mais où la lucidité demeure discutable.

Léauté, en 1968, refuse l'idée de la médiocrité intellectuelle des mères infanticides. Pour lui 70% des mères infanticides seraient d'intelligence normale. Il parle plutôt de passivité et de fatalisme pour les caractériser.

Nous aborderons l'apport de la psychanalyse lorsque nous essaierons de dégager des hypothèses de compréhension de l'acte infanticide.

L'évolution de la conception de l'infanticide pathologique est développée en 1957 par J. Delay et T. Lempérière (21). Ils classent le meurtre des nouveau-nés comme des « infanticides impulsifs » dans un cadre nosologique aigu et transitoire. Pour ces auteurs, dans les heures suivant l'accouchement, « l'infanticide pathologique » semble très rare. Les troubles psychiques sont discrets et leur guérison est rapide.

P.J. Resnick (59), en 1969 dans son article « Mort d'un nouveau-né », revue de la littérature sur l'infanticide, distingue, comme nous l'avons vu dans les définitions, le néonaticide du filicide. Il décrit un tableau assez stéréotypé des femmes coupables de néonaticide : mère jeune (89% ont moins de 25 ans), célibataire et immature qui dissimule sa grossesse et qui accouche clandestinement d'un enfant illégitime. Ces femmes dénie leur grossesse et ne préparent rien : ni la mise au monde de l'enfant, ni le meurtre. Lorsque la réalité de leur situation risque d'être connue aux premiers cris de l'enfant, « elles répondent en faisant taire définitivement l'intrus ». Quant aux femmes filicides, elles sont le plus souvent mariées (88%), ont entre 20 et 35 ans et ont le plus souvent plusieurs enfants (70 à 75% de multipares). Les troubles psychiatriques seraient de 50%.

Dans de nombreuses publications ultérieures, Resnick est constamment cité, comme dans l'étude de P.T. D'Orban (19) ou celle de D. Bourget et J.M.W. Bradford. (12)

En 1927, l'étude de Delay, Lempérière, Escourolle et Dereux reprend 452 cas entre 1816 et 1927.

Resnick, en 1970 publie une revue de la littérature internationale de 1751 à 1967, reprenant 131 cas de filicide (88 mères et 43 pères).

D'Orban étudie 89 cas d'homicide entre 1970 et 1975 dont ¼ des victimes sont des enfants de moins de 16 ans et 81% tués par leurs parents.

En 1990, Bourget et Bradford étudient 13 cas de filicide au Canada.

Nous allons détailler les études de Delay, Resnick, D'Orban et Bourget et Bradford qui essaient de classer les filicides en fonction des motivations meurtrières mais aussi de la nosographie psychiatrique.

C – Essais de classification du filicide

1 - L'étude de Delay, Lempérière retrouve quatre catégories d'infanticide (21)

1.1 L'infanticide mélancolique

Ce type d'infanticide est considéré comme le plus classique et le plus connu. Il reste rare en pratique hospitalière du fait de l'issue fatale des suicides. Le suicide collectif constitue en effet l'aspect le plus caractéristique et le plus fréquent de l'infanticide mélancolique. Pour Delay, la signification altruiste du suicide collectif de la mère avec son enfant explique la majorité des faits. L'homicide altruiste semble de loin la plus fréquente des réactions médico-légales des mélancoliques. Il concerne plus souvent la femme que l'homme.

Les observations d'infanticides au cours d'états excito-maniaques restent exceptionnelles.

1.2 L'infanticide de type impulsif

Il s'agit d'un cadre psychopathologique aigu et transitoire auquel les auteurs réfèrent la puerpéralité, l'épilepsie (troubles du caractère plus fréquents que les accès inconscients et amnésiques liés à une crise) et les accidents de l'alcoolisme.

1.2.1 La puerpéralité

- Au cours de la grossesse : le meurtre d'un enfant plus âgé de la fratrie est rare, il est presque toujours commis dans les derniers mois de la grossesse au cours d'un état dépressif ou confuso-dépressif.

- Dans les heures suivant l'accouchement, il s'agit d'un néonaticide.

- Dans les mois suivant l'accouchement : dans les premières semaines, on peut observer des infanticides dans le cadre d'une psychose puerpérale.

Les infanticides les plus fréquents sont commis pendant la période de lactation, au cours d'état mélancoliques, confuso-mélancoliques ou de raptus mélancoliques. Ils s'accompagnent souvent de tentative de suicide.

L'infanticide puerpéral s'observe chez des multipares ou des primipares dont la grossesse est tardive. L'illégitimité de l'enfant intervient surtout pour les infanticides commis peu de temps après l'accouchement.

L'infanticide pathologique est rare chez les femmes jeunes, mariées, primipares.

1.2.2 L'épilepsie

Les infanticides surviennent au cours d'accès de « fureur épileptique » ou « d'états crépusculaires ». Delay cite un cas où la comitialité a été découverte après l'infanticide.

Les infanticides inconscients, amnésiques sont beaucoup plus rares que les infanticides impulsifs, conscients et mnésiques.

1.2.3 Les accidents de l'alcoolisme

Les ivresses pathologiques sont fréquemment à l'origine de violences à l'égard des enfants pouvant entraîner secondairement la mort.

Des infanticides sont parfois commis pendant un état confuso-onirique ou délirant aigu.

1.3 L'infanticide au cours d'expériences délirantes aiguës ou chroniques

Il concerne tous les types de délire avec une prévalence de la note passionnelle. Les infanticides passionnels sont le plus souvent prémédités, accomplis en pleine conscience, dans un but de vengeance. Il s'agit en général de délires chroniques de jalousie.

D'autres délires chroniques comme les délires d'interprétation systématisés, les délires mystiques peuvent être retrouvés chez les parents infanticides.

Notons que l'infanticide semble être une complication médico-légale rare au cours de la schizophrénie.

1.4 Les infanticides accidentels

Ils font référence exclusivement aux cas survenant chez des malades mentaux ; ils ne sont pas en rapport direct avec la maladie.

Les auteurs souhaitent ne pas assimiler filicide et maladie mentale et font une liste de motivations sous-jacentes, de causes psychologiques concernant tous les sujets :

- Réaction de défense face à une situation vitale, sociale ou psychologique imposée au sujet qui a valeur d'un effort libérateur par rapport à un danger, réel ou imaginaire, et à la douleur morale éprouvée.
- Agressivité profonde contre l'enfant.
- Agressivité déviée de son but, déterminée par la vengeance ou la révolte.
- L'exaltation passionnelle, l'enfant gênant la passion amoureuse.

- Les facteurs de stress

2- L'étude de Resnick (59)

Elle fait intervenir une double classification, la première en fonction du diagnostic psychiatrique et la seconde basée sur le motif apparent du meurtre c'est-à-dire sur l'explication que le meurtrier en donne, donc de façon indépendante du diagnostic.

Il distingue ainsi cinq types de filicide :

2.1 Le filicide altruiste

Il représente environ 50% des cas : crime associé au suicide qui consiste à ne pas abandonner ses enfants et/ou à soulager une souffrance réelle ou imaginaire.

2.2 Le filicide lors d'un moment aigu psychotique

Il survient sous l'influence d'hallucinations, d'épilepsie ou confusion, ce qui n'inclut pas tous les meurtres psychotiques.

2.3 Le filicide car l'enfant est indésirable

Il concerne les enfants illégitimes pour les femmes mariées ou les mères célibataires isolées.

2.4 Le filicide accidentel

Il s'agit d'un syndrome des enfants battus dont l'issue est fatale. L'intention homicide manque et est le plus souvent absente. C'est plus fréquemment le père qui est responsable de ce type de filicide.

2.5 Le filicide par vengeance contre le conjoint ou syndrome de Médée

Resnick insiste sur l'importance des prodromes qui passent le plus souvent inaperçus : idées suicidaires des mères, idées de filicide clairement exprimées, crainte de porter l'enfant, préoccupation sur la santé de l'enfant. Il retrouve un épisode dépressif dans 70% des cas chez les mères et 33% des cas chez les pères. Une potentialité filicide existerait chez tous les parents dépressifs, particulièrement chez les mères exprimant des idées suicidaires. Le danger serait proportionnel à l'investissement parental : l'enfant le plus aimé étant le plus en danger.

3- L'étude de D'Orban porte sur 89 femmes (19)

Comme pour les études précédentes, on retrouve deux niveaux de classification : en fonction de la nosographie psychiatrique et en fonction du type de filicide.

3.1 Les femmes maltraitantes

Elles tuent de façon impulsive leur enfant. Elles sont jeunes, proviennent de famille nombreuse où le désaccord parental était présent ainsi que les mauvais traitements. On retrouve comme troubles psychologiques : dépression réactionnelle, troubles de la personnalité, faible niveau intellectuel.

3.2 Les femmes ayant une maladie mentale

Elles sont le plus souvent plus âgées, mariées. Les 2/3 ont fait une tentative de suicide ou ont envisagé de le faire. Les infanticides se répètent et les victimes ont souvent plus de 1 an.

3.3 Les néonaticides

L'auteur met en évidence que les mères néonaticides sont plus jeunes que les autres mères filicides (21 ans en moyenne) et qu'aucune n'est mariée. L'illégitimité de l'enfant est peu importante (1 cas sur 11 recensés).

D'un point de vue psychiatrique, on retrouve chez ces femmes une immaturité et l'absence de pathologie psychiatrique chronique.

3.4 Les femmes ayant exercé des représailles

Elles se vengent de leur conjoint sur leur enfant. Elles présentent des personnalités pathologiques caractérisées par l'agressivité, des conduites impulsives et des tentatives de suicide ayant souvent conduit à des hospitalisations en milieu psychiatrique.

3.5 Les femmes négligeant ou agressant activement un enfant non désiré

Dans le groupe par négligence, on retrouve des femmes jeunes, immatures, socialement désinsérées, séparées de leur conjoint. Dans le second groupe, il s'agit de femmes plus âgées, impulsives, ayant une histoire de délinquance. Dans la moitié des cas, une maladie de l'enfant contribue à son rejet et au passage à l'acte.

3.6 Le filicide par pitié, pour éviter à l'enfant des souffrances réelles (euthanasie)

Sur le plan du diagnostic psychiatrique, D'Orban retrouve 24 femmes atteintes d'un trouble mental dont 14 cas de maladie psychotique : 7 cas de psychose puerpérale, 4 cas de schizophrénie, 2 cas de psychose paranoïaque et 1 cas de dépression psychotique.

La catégorie la plus représentée est celle des troubles de la personnalité avec personnalité asthénique, antisociale, hystérique, border-line et paranoïde. Il retrouve aussi des femmes au QI inférieur à 70 au WAIS (« subnormale ») et des femmes présentant une dépression réactionnelle.

Sur les 36 enfants de moins de 6 mois, seulement ¼ avait une mère « malade mentale ».

4- L'étude de Bourget et Bradford (12)

Elle reprend 13 cas en fonction des critères diagnostiques du DSM III par rapport à 48 témoins sujets homicides, non filicides.

4.1 Le filicide pathologique, 13% des cas

4.2 Le filicide accidentel, 46% des cas

4.3 Les représailles

4.4 Les néonaticides

4.5 Le filicide paternel

On peut noter que le filicide paternel est introduit dans cette classification.

5- Il existe d'autres essais de classification du filicide

De Greef (35) en 1946 dans son « Introduction à la Criminologie » classe les filicides selon les motifs qui poussent les parents à tuer leur enfant : meurtre par brutalité, meurtre dû à des troubles psychiques de la mère, meurtre dû à la maladie mentale, meurtre de cause socio-économique, meurtre dû à des questions d'honneur.

Mac Dermaid et Winkler (43) en 1955 étudient 12 cas de filicide. Dans 6 cas, ils trouvent ce qu'ils nomment « une dépression obsessionnelle centrée sur l'enfant », caractérisée par des idées d'incapacité à propos de l'éducation de l'enfant et par un état dépressif avec idées suicidaires.

Ils proposent une classification en 4 groupes : filicide dû à la pression sociale, c'est le cas des « filles-mères » et des mères mariées avec enfant né d'un adultère, filicide dû à des troubles psychotiques chroniques, filicide des psychoses puerpérales et filicide commis au cours des psychoses mélancoliques.

Citons les études de Adelson (1) en 1961 pour qui le filicide maternel semble presque toujours dû à un épisode psychotique, Myers (50) en 1967 qui remarque que les mères tuent le plus souvent par asphyxie et Asch (3) en 1968 qui considère qu'un nombre important de filicides sont camouflés sous une forme particulière appelée « mort au berceau » ou S.U.D (mort soudaine et inattendue).

D - L'infanticide dans le cadre d'actes homicide-suicide

Nous l'avons vu précédemment, les auteurs réservent dans leur classification sur le filicide une catégorie « filicide altruiste ».

Pour Resnick (59), une grande proportion des mères qui tuent leur enfant tente de se suicider par la suite.

P.T. D'Orban (19) retrouve 18 personnes qui ont tenté de se suicider au moment du crime ou après. De telles tentatives sont réalisées par des mères atteintes de troubles mentaux, le motif conscient du passage à l'acte étant au départ une autodestruction, et le meurtre correspond à une extension de l'acte suicidaire. Moins souvent, le motif premier est un homicide altruiste dans le cadre d'idées délirantes et la tentative de suicide peut être comprise comme une extension du meurtre.

Bourget et Bradford (12) retrouvent une fréquence importante de troubles de l'humeur chez les auteurs d'actes homicide-suicide. Leur classification du filicide comprend une partie « infanticide pathologique » avec deux sous-parties : « avec des motivations altruistes » et « homicide-suicide étendu ».

Nous allons rapidement reprendre l'évolution historique du concept « homicide altruiste » ou « homicide élargi ».

C'est Pinel (55), en 1802, qui grâce à l'observation d'un homme ayant tué ses enfants, fera le lien entre mélancolie et homicide, sans introduire la notion « d'homicide altruiste ».

En 1821, Esquirol (28), dans son texte « Du suicide », consacre un chapitre au « suicide précédé d'homicide », en précisant « qu'il s'agit presque toujours de lypémaniaques dominés par une passion portée jusqu'au délire, jouissant d'ailleurs de leur raison. Ils choisissent pour victimes les objets les plus chers à leur cœur, ils commettent l'homicide avec calme, au moins en apparence. Après l'avoir consommé, ils ne sont point émus ni inquiets. Ils sont plus calmes après l'avoir commis qu'avant. Parfois, cet acte est réfléchi et volontaire ».

La lypémanie, est selon l'auteur, « une monomanie caractérisée par un délire partiel et une passion triste et oppressive », tableau qui correspond à la « mélancolie avec délire » de Pinel.

Ainsi, Esquirol rattache la mélancolie à l'homicide avec suicide.

Plusieurs auteurs, par la suite, décriront des cas de personnes mélancoliques tuant leurs proches ; on peut citer Régis qui parle « d'homicide familial », Ballet, Krafft-Ebbing.

Différents termes vont être usités : « suicide altruiste », « suicide précédé d'homicide », « suicide élargi ou collectif », « suicide précédé d'homicide altruiste » entraînant des discussions sur le plan psychopathologique.

Jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, l'étude du suicide précédé d'homicide reste étroitement liée à la notion de mélancolie.

Dans un article de 1949, Heuyer, Desclaux et Digo (37) vont aborder le problème des rapports entre « le suicide collectif » et la nosographie psychiatrique. Ils pensent que celle-ci ne suffit pas à rendre compte de tous les cas. Si l'accès mélancolique reste l'étiologie la plus importante du « suicide collectif », ils décrivent des cas survenus du fait de délirants chroniques, de déséquilibrés, d'encéphalites et d'alcooliques chroniques. Ils soulignent l'existence constante d'une polymotivation, et concluent : « Les formes nosographiques classiques sont insuffisantes à contenir tous les cas envisagés. Il apparaît nécessaire de les élargir et surtout de les multiplier. Certains cas paraissent même ne pouvoir être compris que par des notions de psychopathologie. Les mécanismes des motivations sont d'une telle complexité qu'il est impossible de les faire cadrer dans un type univoque ».

Pour conclure sur ces quelques repères socioculturels et médicaux, nous voulions évoquer l'impact des médias sur la pensée collective lorsque de tels crimes surviennent. Nous pensons à l'affaire « Villemin » ou encore à l'affaire « Lubin », plus récemment à l'affaire « Caddy » largement médiatisées, suscitant des réactions passionnées...

De tels drames prennent une ampleur considérable parce que ces actes sont déroutants et incroyables : comment une mère peut-elle tuer son enfant ?

Ces actes posent des questions complexes aux psychiatres et rendent difficiles les décisions judiciaires.

Nous pouvons constater combien le crime filicide est au croisement du champ social dans ses aspects culturels et légaux et de celui de l'intime dans ses aspects psychologiques et psychopathologiques.

APPROCHE CLINIQUE

A la lumière de la nosographie psychiatrique, nous allons étudier les différents troubles psychiques qui peuvent être présents chez les mères au moment du crime filicide. On pourrait parler de « filicide pathologique » même si la frontière n'est pas si nette entre le pathologique et le non pathologique. La psychiatrie éprouve des difficultés à rendre compte de cette clinique du meurtre d'enfant comme le montrent les différents niveaux d'analyse apparents retrouvés dans les essais de classification de Resnick ou Delay (en fonction de la nature et des caractéristiques du passage à l'acte ou en fonction du « motif » du passage à l'acte).

Cependant, deux types d'infanticide sont bien connus de la psychiatrie : l'infanticide dit « altruiste » réalisé par les mélancoliques et l'acte impulsif commis lors des psychoses puerpérales.

Nous avons choisi de distinguer les troubles survenant pendant la puerpéralité (mentionnés par Delay (21)) de ceux survenant en dehors de cette période puisque la survenue des troubles ne s'inscrit pas dans la même temporalité.

I - INFANTICIDE ET TROUBLES LIÉS À LA PUERPÉRALITÉ

La puerpéralité ou état puerpéral, dans le Garnier Delamare (34), correspond « aux conditions dans lesquelles se trouve l'organisme d'une nouvelle accouchée pendant le temps qui lui est nécessaire pour retourner à son état normal ». Ce terme est quelquefois pris dans le sens « d'état gravido-puerpéral » et désigne alors « l'ensemble des fonctions : grossesse, accouchement et suites de couches ». Nous constatons dans cette définition l'absence de durée déterminée de cette période.

L'accès à la position maternelle est loin d'être inné et met en jeu de nombreux processus complexes. Racamier (58) parle de maternalité (traduit de motherhood) pour désigner l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité. Pour reprendre Racamier, trois notions sont importantes à souligner pour comprendre ce que représente cet événement pour une femme.

Tout d'abord, l'amour maternel est ambivalent : il s'agit d'un sentiment complexe, ambivalent et ambigu où se mêlent l'amour et l'agressivité. Il est important que la mère accepte ses sentiments de haine pour justement ne pas se précipiter dans l'agir. L'ambiguïté se matérialise dans la perception naturelle qu'a la mère de son enfant : à la fois il est un être différent et une partie de soi. A la fois il est perçu comme une réalité propre mais aussi comme un fantasme matérialisé.

Cette ambivalence est une nécessité structurante dont le manque peut avoir des conséquences pathologiques. Ainsi les fantasmes de meurtre sont admis et considérés comme « normaux » et structurants de la relation parent-enfant. « Amour et haine constituent l'essence de leur rapport » nous dit D. Brun (14). L'ère occidentale autorise le fantasme infanticide mais en réprovoque l'agir, « la mère qui tue son enfant est un objet d'horreur, de réprobation unanime et est aussi un tabou » soulignent Carloni et Nobili (51).

Deuxième notion importante : la puerpéralité constitue en soi une phase du développement psychoaffectif d'une femme. La maternalité constitue une véritable « crise » d'identité que la femme aborde en fonction de données historiques et structurales liées à l'histoire et à l'organisation préalable de la personnalité, ainsi qu'à des données actuelles et contextuelles liées à l'environnement social, familial et conjugal. Il s'agit d'une crise potentiellement maturative, survenant par rupture d'un équilibre antérieur et susceptible de déboucher sur un équilibre nouveau. Elle débute pendant la grossesse et se poursuit après la naissance. Winnicott (70) parle de « préoccupation maternelle primaire », « maladie normale », pour décrire la crise obligée de la maternité juste réalisée.

Racamier constate que les étapes qui scandent l'évolution précoce du nourrisson se reflètent dans l'économie psychique de la mère. La naissance est un premier traumatisme pour l'enfant mais c'en est un aussi pour la mère. Françoise Dolto parle de « symbiose

utérine » pour décrire les relations entre la mère et son enfant pendant la grossesse et il va s'agir avec l'accouchement et la naissance de se séparer : pour la mère comme pour l'enfant, la symbiose post-natale amortit la séparation. Puis la mère va devoir renoncer à voir son enfant comme un objet partiel qui lui appartiendrait.

La maternité nécessite pour la mère un double mouvement d'identification : à sa propre mère et à son enfant, où vont s'articuler de manière variable et aléatoire des potentialités progressives et régressives. Racamier (57) écrit en 1979 : « L'inconscient, le passé, l'imaginaire entrent en force dans la relation actuelle de la mère avec son enfant, pour l'enrichir ou la compromettre ». Le destin de la maternalité dépendrait avant tout du problème central de l'identification à la mère. Nous aborderons plus en détail ces notions dans la partie suivante.

La maternalité est un donc un processus délicat pouvant être menacé par différents bouleversements psychiques à l'origine de manifestations cliniques telles la dépression ou la psychose puerpérale.

A - Dépression postnatale

L'infanticide n'est pas classique dans les cas de dépression du post-partum mais il peut exister.

1 - Historique et prévalence

La dépression postnatale a été individualisée en 1968 par B. Pitt (20) pour décrire des manifestations dépressives non délirantes, non mélancoliques et apparaissant vers la sixième semaine du post-partum.

La dépression postnatale apparaît dans les deux à six mois suivant la naissance et son début est souvent insidieux. On retrouve deux pics de fréquence : les six premières semaines et entre le neuvième et le quinzième mois du post-partum.

Elle toucherait 10 à 15% des femmes ayant accouché mais cette fréquence est largement sous-estimée pour plusieurs raisons selon O. Cazas (16) : les symptômes somatiques

(poids, fatigue et sommeil) sont d'interprétation difficile dans le post-partum, par ailleurs les professionnels de santé rencontrent des réticences à admettre l'existence d'une dépression postnatale et enfin, les jeunes mères éprouvent un sentiment de honte et craignent le jugement des autres et masquent donc leur mal-être.

2 - Aspects sémiologiques

La sémiologie diffère peu de celle rencontrée dans n'importe quelle dépression. La spécificité de la dépression postnatale est liée au moment particulier de sa survenue c'est-à-dire après la naissance d'un bébé.

La phase d'état correspond à une dysthymie asthénique et irritable affectant centralement la relation à l'enfant et aux soins. Cet état est parfois sévère allant jusqu'à la mélancolie, que nous aborderons ensuite, ou discret : on parle alors de « post-partum blues ». Certains pensent qu'il existerait d'ailleurs une corrélation entre l'intensité du blues du post-partum et l'apparition d'une dépression postnatale.

Certains éléments paraissent caractéristiques : l'asthénie, l'humeur labile, l'irritabilité et l'agressivité. L'importance du ralentissement psychomoteur est à noter surtout parce qu'il gêne les soins maternels.

La mère n'éprouve aucun plaisir à pratiquer les soins et se sent inadaptée aux besoins de son enfant. Le visage de ces mères est le plus souvent figé, A. Green parle de « visage de la mère morte ». Les mères dépressives sont psychiquement et émotionnellement absentes et ont du mal à ajuster leur engagement dans l'interaction avec leur bébé : tantôt en retrait, tantôt intrusives. Ces mères ont souvent des idées de dévalorisation centrées sur le sentiment d'incapacité anxieuse de s'occuper du bébé. Les mères ont des craintes hypocondriaques et beaucoup de plaintes somatiques. Les phobies d'impulsion sont fréquentes et poussent la jeune mère à se décharger des soins sur l'entourage. La maman dépressive éprouve des difficultés pour donner à son enfant le sentiment de continuité psychique et de sécurité interne nécessaire à son développement. L'état psychique de la mère joue sur les investissements du bébé et pèse sur le destin de l'avenir libidinal objectal et narcissique.

Les jeunes mères vivent très mal leurs ressentis, dans la culpabilité le plus souvent, car les représentations communément admises veulent qu'une jeune mère soit heureuse.

La mère se sent vide et inutile. Elle peut développer une « hypocondrie de son enfant » (Racamier) qui lui permet d'alimenter toujours une relation étroite avec son enfant.

Cette dépression peut être comprise comme un retournement sur la mère des sentiments hostiles envers le bébé qu'elle n'a pas pu se permettre de vivre et de métaboliser.

3 - Evolution

La moitié des dépressions postnatales guérira spontanément en quelques semaines à six mois. Mais pour un quart des femmes, la dépression postnatale est toujours présente un an plus tard.

Le risque de rechute lors d'une grossesse ultérieure est de 50% chez une femme sans antécédent de troubles de l'humeur et approche les 100% pour celle ayant ce type d'antécédent.

4 - Hypothèses étiologiques

Les recherches actuelles se dirigent vers une étiologie multifactorielle avec l'intrication de facteurs psycho-socio-culturels, biologiques et psychodynamiques, tous pouvant précipiter une dépression postnatale, l'influencer, l'aggraver ou l'entretenir.

Le facteur le plus incriminé dans la survenue d'une dépression postnatale est l'existence de troubles psychiatriques antérieurs personnels ou familiaux en rapport ou non avec la puerpéralité. Ensuite viennent les troubles psychiatriques du conjoint et la qualité du soutien qu'il apporte à sa compagne. Puis se retrouvent tous les facteurs socio-familiaux et culturels quand ils concourent à l'isolement et à l'adversité sociale. Quant aux facteurs hormonaux, seul l'impact des hormones thyroïdiennes a pu être établi : une hypothyroïdie transitoire s'observe chez plus de 5% des jeunes accouchées, parfois précédée d'un hyperthyroïdie.

Finalement, une dyade mère-bébé sans soutien conjugal, sans le soutien d'une communauté culturelle, linguistique ou religieuse est en danger et fortement à risque de dépression postnatale.

B - Les psychoses puerpérales

La mise au monde d'un enfant peut s'accompagner de manifestations psychotiques lorsque le Moi se désorganise. B. Bettelheim compare la naissance à une « expérience extrême où s'articulent la vie et la mort, où se désintriquent les pulsions, montent les forces agressives et destructrices, jusqu'à parfois menacer le sentiment continu d'exister, le sens de l'Identité ». Peut survenir alors un accès paranoïde dans les heures ou les jours qui suivent l'accouchement.

L'accès paranoïde est dominé par une angoisse extrême qui entretient l'insomnie et peut conduire au meurtre impulsif du nouveau-né mais le délire permet d'éviter cette extrémité le plus souvent. Ce délire nie le plus souvent la naissance, la filiation et parfois même il nie le mariage et l'activité sexuelle. Ainsi, la psychose puerpérale peut être comprise comme un achoppement des processus de filiation, plus ou moins brutal et le plus souvent transitoire, comme un trouble psychotique où le délire accompagne le seul mécanisme de défense subsistant : le déni de la réalité. C. Revault d'Allonnes (60) cite Freud qui parle de « sorte de défense bien plus énergétique et bien plus efficace qui consiste en ceci que le Moi rejette la représentation insupportable en même temps que son affect et se conduit comme si la représentation n'était jamais parvenue au Moi » pour définir le déni de la réalité.

1 - Aspects sémiologiques

Pour reprendre les aspects sémiologiques, la grande majorité des psychoses du post-partum sont des psychoses thymiques, troubles bipolaires essentiellement, schizo-affectifs parfois. Les troubles maniaques (15 à 25%), sont précoces, les troubles dépressifs (60%) sont

fréquents et plus tardifs. Les troubles « schizophréniques » sont plus rares, leur pourcentage variant de 2 à 26% en fonction des études.

Les psychoses puerpérales ont les manifestations les plus bruyantes mais elles sont moins fréquentes par rapport aux dépressions postnatales : elles touchent deux pour mille des jeunes mères. Elles surviennent le plus souvent la première semaine ou le premier mois du post-partum. Leur fréquence est fixe depuis plusieurs décennies comme insensible aux progrès de la médecine, de l'obstétrique, à l'élévation du niveau de vie et à l'amélioration du statut de la femme.

On note comme facteurs de risque les antécédents familiaux de schizophrénie, les antécédents personnels de bouffée délirante aiguë, les troubles de la personnalité type border-line, la primiparité, l'âge supérieur à trente ans, une situation socio-économique précaire et un accouchement avec complications obstétricales.

On distingue donc trois formes essentielles :

- les désordres thymiques francs, maniaques ou dépressifs.
- les psychoses aiguës délirantes plus ou moins confusionnelles
- les troubles schizophréniques, peu fréquents, marqués par la dissociation et la

discordance.

1.1 Les désordres thymiques francs

1.1.1 L'accès maniaque

Il survient le plus souvent dans les quinze premiers jours du post-partum.

La manie puerpérale, déjà signalée par Marcé en 1858, se caractérise par son début brutal et précoce, l'agitation intense, la désorganisation psychotique et la très grande fréquence des productions hallucinatoires et délirantes. La thématique délirante est variée, irrégulièrement centrée sur l'enfant : idées de toute-puissance, d'influence, de mission divine, thèmes érotomane ou de persécution. L'insomnie est quasi-totale, l'appétit réduit ou au contraire exagérément augmenté. Dans la moitié des cas, la manie puerpérale évolue vers une phase dépressive.

Les états mixtes sont fréquents, particuliers par l'alternance rapide d'éléments maniaques et mélancoliques.

1.1.2 L'accès dépressif d'allure mélancolique

Le tableau complet est souvent retardé. Les formes délirantes représenteraient au moins 50% des dépressions majeures hospitalisées.

Le tableau clinique de ces accès peut être d'allure stuporeuse, confusionnelle ou mixte. La mère est en larmes, elle présente un ralentissement psychomoteur, son sommeil et son appétit sont perturbés.

Dans la mélancolie puerpérale, la thématique anxio-dépressive converge vers le nourrisson. Les sentiments d'incapacité, de déshonneur, de culpabilité, de ruine ou de mort dominant : « elle ne sait pas soigner son enfant, il aura par sa faute un destin malheureux, il va mourir, elle a tué son enfant ». Le mythe du « mauvais lait » se retrouve fréquemment. Des pulsions mortifères assaillent la jeune mère et le raptus suicidaire et/ou l'infanticide sont particulièrement à redouter.

La surveillance et les mesures thérapeutiques appropriées ne peuvent être réalisées qu'en milieu hospitalier. L'évolution est généralement favorable, sous traitement, avec des risques de rechutes.

Nous abordons plus loin les mécanismes psychopathologiques à l'œuvre dans la mélancolie.

1.2 Les psychoses délirantes aiguës

Leur fréquence est difficile à apprécier, variant beaucoup d'une étude à l'autre.

Les symptômes prodromiques incluent des troubles du sommeil, une fatigue, des ruminations anxieuses, des bizarreries du comportement, des troubles mnésiques et une labilité de l'humeur avec tristesse.

Leur début est brutal avec un pic de fréquence au 10^{ème} jour. La symptomatologie est polymorphe et labile. La malade peut passer de l'agitation à la stupeur, présenter des fluctuations thymiques importantes allant de la dépression à l'exaltation. Cette variabilité est l'un des aspects caractéristiques de ces psychoses puerpérales aiguës ainsi que la note confusionnelle. Le délire est mal structuré, très fluctuant dans son intensité et son expression : illusions perceptives, hallucinations acoustico-verbales. Le vécu délirant est généralement persécutoire et terrifiant. La thématique délirante est souvent centrée sur la naissance et la relation à l'enfant : négation du mariage ou de la maternité, sentiment de non-existence de l'enfant qui coexiste avec la crainte ambivalente de sa mort. L'infanticide et le suicide sont possibles.

L'évolution est favorable sous couvert d'une thérapie appropriée incluant en général une hospitalisation, une chimiothérapie et parfois une électro-convulsivothérapie.

1.3 Les états schizophréniques

Ils peuvent débuter précocement, brutalement, avec une discordance, un négativisme et des troubles de l'humeur atypiques, ou parfois se constituer insidieusement avec un repli, une froideur affective, un désintérêt pour l'enfant et des idées étranges à propos de l'enfant ou de soi-même. Des antécédents psychiatriques de la patiente ou des signes avant-coureurs de psychose pourront être retrouvés mais parfois la puerpéralité peut précipiter l'entrée dans la maladie mentale.

2 - L'évolution de ces troubles aigus

Elle est le plus souvent favorable à court terme avec tout de même un risque de rechute précoce élevé vers un état mixte, un accès franchement mélancolique ou maniaque (signant alors le trouble bipolaire). Les risques vitaux sont, pour la mère, la conséquence d'un geste suicidaire : 5% de suicide à court ou à long terme et 4% des femmes commettraient un infanticide.

A plus long terme, le taux de récurrences puerpérales et non puerpérales est évalué à plus de 50%. Le risque de récurrence puerpérale par grossesse varie de 20 à 30%. 50 à 65% des patientes ayant présenté une psychose du post-partum rechuteront sur un mode thymique, en dehors d'un contexte puerpéral. Le risque de rechute est plus important chez les femmes aux antécédents de troubles non puerpéraux et mixtes que chez les femmes aux antécédents puerpéraux « purs ». Les facteurs de bon pronostic seraient l'absence d'antécédent psychiatrique, le début précoce et brutal et la présence de troubles thymiques francs. Cependant, le risque de récurrence demeure 100 fois supérieur à celui d'une femme dépourvue d'antécédent de psychose puerpérale. Quant au risque de rechute non puerpérale, il reste de 30%.

3 - La question de la spécificité des psychoses puerpérales

Elle donne toujours lieu à des débats. Le DSM-IV ne distingue pas les psychoses puerpérales comme une catégorie diagnostique autonome. Il en est fait mention dans le chapitre spécifiant les troubles de l'humeur débutant dans les quatre premières semaines du post-partum.

La CIM10 considère qu'il est possible de classer les troubles mentaux puerpéraux en associant deux diagnostics :

- un trouble mental spécifique classé dans le chapitre 5 « troubles mentaux et troubles comportementaux ».
- la catégorie 099.3 « troubles mentaux et maladie du Système Nerveux compliquant la puerpéralité » classée dans le chapitre 15.

Une classification propre à la puerpéralité existe tout de même avec les catégories F50 et F60 : « syndromes comportementaux associés à des modifications physiologiques et à des facteurs physiques » et F53 : « troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs ».

Les classifications françaises rassemblent les troubles inhérents à la puerpéralité et en définissent les limites. Ainsi, en 1978, le manuel de H. Ey leur dédie-t-il un chapitre où

sont inclus les « accidents psychiatriques de la grossesse, de la puerpéralité et de l'avortement, de leurs aspects les plus divers, de la réaction névrotique légère à la psychose puerpérale ». Ey et coll considèrent cependant la « vraie » psychose puerpérale comme celle du post-partum immédiat.

En 1984, dans l'EMC, Lempérière et coll évoquent les psychoses puerpérales dans l'acception d'états psychotiques de la gravido-puerpéralité.

L'avis actuel consensuel de la communauté médicale s'est rallié à l'opinion anglaise pour reconnaître que les psychoses puerpérales font partie majoritairement du spectre des troubles de l'humeur.

Finalement, que la sémiologie de ces psychoses puerpérales ne diffère pas de celle de troubles survenant en dehors du post-partum ne nous semble pas être une question essentielle. Ces troubles apparaissent à un moment tout à fait particulier de la vie d'une femme et c'est ce qui retient notre attention.

4 - Quelques données de psychopathologie

L'accès à l'état de mère peut se solder par un accès psychotique comme si l'émergence du délire venait protéger la mère d'une situation impossible et impensable. « De la difficulté d'avoir été, d'être un enfant à l'impossibilité d'avoir un enfant et d'être mère », voilà comment nous pouvons comprendre ces mères. Il est des familles où la filiation, la transmission, la parentalité et la sexualité sont des entreprises risquées, dangereuses voire impossibles et vouées à l'échec. Sur ce genre de terrain peut s'ouvrir la faille psychotique.

La psychose puerpérale selon Guyotat peut être vue comme le « modèle matriciel de la filiation narcissique », c'est-à-dire comme « le modèle qui évince et évite d'avoir à affronter, à propos de la conception, le rapport sexuel, la sexualité, ainsi que ses référents institués, notamment le père » et permettrait ainsi de « contourner la castration ». La forclusion selon Lacan est le mécanisme spécifique à l'origine du fait psychotique qui permet de ne pas symboliser la castration. La présence du bébé ravive le désir et la peur de

l'inceste qui souvent n'ont pas pu être élaborés en terme de fantasmes oedipiens mais il persiste chez les mères des images archaïques préoedipiennes très puissantes.

La naissance est également une rupture dans l'économie narcissique de la femme : elle doit en effet établir un nouvel équilibre relationnel et passer du narcissisme à l'objectalité. Les investissements de la femme doivent passer d'un objet intérieur qui facilitait le repli narcissique et la gratification narcissique à un objet extérieur nouveau. La femme, avec la naissance, se sent comme « dépossédée ». Dans les psychoses puerpérales, la mère ne parviendrait pas à abandonner « l'enfant merveilleux », l'enfant imaginaire (42) au profit de l'enfant réel et l'acte infanticide traduirait cette « fixation narcissique ».

Nous allons maintenant aborder l'infanticide commis en dehors de troubles liés à la puerpéralité. Au niveau psychopathologique, nous pensons que la difficulté essentielle de ces femmes est d'accéder à la position maternelle, sans doute quel que soit le moment du crime infanticide, qu'il s'intègre ou non dans un trouble lié à la puerpéralité...

II- INFANTICIDE EN DEHORS DE LA PÉRIODE DE LA PUERPÉRALITÉ

A- Infanticide et états psychotiques

1 - Les psychoses chroniques

Les infanticides commis par des mères psychotiques concernent rarement des nourrissons mais plutôt des enfants plus âgés, nous pensons au cas d'Isabelle dont la situation sera présentée plus loin. Une étude réalisée par Maudoux en 1991 montre une amélioration des états psychotiques durant la gestation. Toutefois cette donnée est controversée. Les avis

sont également partagés en ce qui concerne la notion d'une prévalence importante de réactivations des troubles psychotiques dans le post-partum. Les idées délirantes sont centrées sur l'enfant et peuvent prendre une allure persécutive ou être centrées sur l'identité de l'enfant.

Pendant la grossesse, certaines femmes psychotiques chroniques n'ont pas de rémission et continuent à présenter des troubles délirants. Il est alors important d'évaluer la place qu'occupe l'enfant réel et imaginaire dans le psychisme maternel. Quand le délire n'englobe pas l'expérience de la maternité, on peut voir certains discours paranoïdes s'arrêter momentanément pendant l'entretien et les patientes faire preuve d'une adaptation à la réalité lorsqu'on aborde des questions précises sur le déroulement de la grossesse, le choix du prénom... Dans d'autres cas, la maternité est englobée dans une problématique plus vaste et on peut percevoir d'emblée que l'enfant réel n'a pas de place ; le risque infanticide est alors plus grand.

Les infanticides commis par des mères psychotiques sont aussi décrits par Delay (21) comme des infanticides accidentels, « épiphénomène survenu au cours de troubles psychiatriques qui en eux-mêmes n'avaient aucune raison d'entraîner la mort de l'enfant ».

La prévention primaire est majeure pour les femmes psychotiques attendant un enfant. En effet, ces enfants sont des « enfants à haut risque » et il est important de mettre en place un dispositif de soins adaptés qui comporte dès le début de grossesse l'évaluation du risque existant et potentiel pour l'enfant à venir. Cette prévention vise à aider la mère à instaurer une relation suffisamment bonne avec son bébé. La maternité chez une femme psychotique peut aggraver son état psychique mais elle peut être bien vécue si la femme est aidée et soutenue permettant alors l'instauration d'un lien mère-bébé positif.

2 - Les psychoses aiguës

Cette catégorie est la plus aléatoire pour le psychiatre. Nous allons reprendre rapidement les données des classifications précédemment citées.

Resnick (59) regroupe les actes meurtriers commis sous l'influence d'hallucinations, d'épilepsie ou de délirium.

Les observations de l'équipe de Delay (21) tendent à réunir des formes diversifiées d'expériences délirantes où prédomine la note passionnelle. Il est difficile dans ce cas de distinguer la note passionnelle pure de celle s'inscrivant dans une construction délirante chez une personne ayant une structure psychotique...

Il est difficile pour certains auteurs de parler d'infanticide « par vengeance » en dehors de tout trouble psychotique alors que Resnick (59) le décrit dans sa classification.

Les psychoses aiguës s'illustrent principalement par la « bouffée délirante aiguë » dont le début est brutal, comme un « coup de tonnerre dans un ciel serein ». La symptomatologie est marquée par un délire non systématisé à thèmes polymorphes et à mécanismes variés. Le sujet a des idées de dépersonnalisation et de déréalisation. L'humeur est altérée et marquée par des fluctuations majeures. Il n'y a pas de réelle confusion mais des difficultés attentionnelles avec une légère obnubilation. Parfois des éléments de la lignée de la série dissociative sont présents.

L'évolution est marquée par une résolution à court terme.

Il est important d'éliminer une organicité, une confusion mentale, une manie ou mélancolie délirante ou une phase aiguë d'une psychose chronique.

Il existe un risque de suicide et le risque infanticide peut y être relié. Il peut aussi être dû au vécu délirant.

Le pronostic est dominé par le risque d'évolution vers une schizophrénie ou une maladie maniaco-dépressive. L'épisode délirant aigu peut aussi rester isolé sans aucune récurrence ou se répéter sur le même mode sans trouble dans les intervalles.

B - L'infanticide mélancolique

L'infanticide mélancolique est sans doute le plus étudié dans la littérature psychiatrique classique et c'est sûrement le plus spectaculaire lorsqu'il prend la forme d'un suicide collectif.

Si l'infanticide est rare dans les cas de dépression maternelle, il est plus fréquent dans l'accès mélancolique par le mécanisme du suicide à deux.

Pour le malade mélancolique, la vie n'est que souffrance. Le monde du mélancolique est un monde effrayant, opaque et vide, la seule issue possible est alors la mort. Les malades expriment cette douloureuse conviction : « Il n'y a plus d'espoir »... « L'avenir n'a plus de sens ». La tendance au suicide est donc répandue chez le mélancolique mais il ne peut se résigner à disparaître seul et ne veut pas laisser ses proches supporter le poids de l'existence. Aussi se résout-il à tuer ses enfants et à se supprimer ensuite. Resnick (59) propose deux sous-groupes : le premier « associé au suicide » et le second : « pour délivrer la souffrance réelle ou imaginaire ».

En raison du caractère projectif du délire, les malheurs attendus, les catastrophes imminentes, les punitions à la fois désirées et craintes sont étendues aux personnes les plus chères. A un niveau conscient, il s'agit pour la mère de sauvegarder son enfant d'un monde plein de menaces et d'horreurs, privé de toute lueur d'espoir : la mort représente donc l'unique refuge, le suicide collectif devient une réaction de défense concernant aussi les être chers et devient un « homicide altruiste ».

Chez le mélancolique se mêlent des pulsions auto-agressives mais aussi hétéro-agressives. Depuis Freud et Abraham, les études psychanalytiques ont montré que la dépression et l'angoisse se trouvent souvent mélangées à l'agressivité.

En 1911, Abraham souligne que les tendances agressives refoulées provoquent le sentiment de culpabilité du mélancolique puis plus tard, il montre que la libido régressant chez lui jusqu'au stade sadique-oral primitif, retrouve le conflit d'ambivalence propre à ce stade : dévorer un objet est à la fois se l'approprier et le détruire. C'est le sadisme propre à ce conflit qui, avec l'introjection de l'objet d'amour perdu, permet de comprendre le suicide des mélancoliques d'après Freud : le Moi ne peut se tuer que s'il réussit à diriger contre lui l'agressivité qu'il éprouve envers l'objet.

Ainsi l'homicide altruiste peut-il être compris comme la projection sur l'enfant de tendances altruistes mais aussi, (surtout ?) de tendances agressives. L'enfant est l'objet introjecté et subit toute l'ambivalence parentale.

Dans l'infanticide mélancolique, le sujet se tue en ne faisant aucune différence entre lui-même et celui qu'il aime : pour Racamier (58), il n'est pas de plus violente affirmation de

propriété narcissique d'un sujet sur un autre et pas de dénégation plus radicale de l'autonomie d'autrui.

Comme si la mère en mettant son enfant au monde avait de ce fait un « droit de vie ou de mort » sur son enfant : « Si je donne la vie, c'est que je peux la reprendre ».

C - Les troubles de la personnalité

La question des troubles de la personnalité est délicate et nous avons été étonnés de constater qu'elle n'apparaît que très peu dans les données sur l'infanticide pathologique. Autant les psychoses puerpérales, les psychoses chroniques, la dépression postnatale et la mélancolie sont bien décrites, autant il semble exister un « vide » quant aux troubles de la personnalité.

Le déficit d'informations pourrait éventuellement venir de la difficulté des psychiatres à évaluer la responsabilité pénale ou non de femmes infanticides ayant un trouble de la personnalité et de leurs difficultés dans la prise en charge de tels troubles.

L'étude de D'Orban (19) mentionne dans sa classification du filicide la catégorie : « Femmes ayant une maladie mentale » dans laquelle il distingue les troubles de la personnalité des autres pathologies. Dans cette distinction, il repère que les personnalités « limites » ou « borderline » sont les plus représentées, viennent ensuite les personnalités antisociales. Nous nous limiterons donc à ces deux types de personnalité et nous avons choisi de ne pas traiter des personnalités perverses.

Nous rappellerons que les troubles de la personnalité s'opposent à la personnalité « normale ». Le mot latin *persona* désigne « le masque de l'acteur » dans le théâtre antique, reflet fixe et permanent qui cherche à représenter un individu, parfois en le caricaturant. Le terme de personnalité désigne ainsi ce qu'il y a de relativement stable et permanent dans la dynamique de l'organisation du fonctionnement psychique d'une personne.

La personnalité peut être définie, selon J. Delay, comme l'organisation dynamique des aspects cognitifs, affectifs, pulsionnels, physiologiques et morphologiques de l'individu.

Elle est le résultat d'une interaction permanente entre l'individu et son environnement et dépend, en particulier, des étapes précoces du développement.

Bergeret essaie de donner une définition de la « normalité » : « Le véritable bien-portant n'est pas simplement quelqu'un qui se déclare comme tel, ni surtout un malade qui s'ignore, mais un sujet conservant en lui autant de fixations conflictuelles que bien des gens, et qui n'aurait pas rencontré sur sa route des difficultés internes ou externes supérieures à son équipement affectif héréditaire ou acquis, à ses facultés personnelles défensives ou adaptatives, et qui se permettrait un jeu assez souple de ses besoins pulsionnels, de ses processus primaire et secondaire sur des plans tout aussi personnels que sociaux en tenant juste compte de la réalité, et en se réservant le droit de se comporter de façon apparemment aberrante dans des circonstances exceptionnellement anormales. »

Dans le DSM-IV, le trouble de la personnalité est défini comme un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement.

1 - La personnalité antisociale ou dyssociale

L'infanticide n'est pas classiquement décrit chez des femmes psychopathes. Quand il existe, il est sans doute à mettre en lien avec les passages à l'acte fréquent dans ce type de personnalité.

En 1835, Pritchard individualise la « folie morale » ou « moral insanity », entité qui deviendra la personnalité psychopathique. Pour cet auteur, la folie morale est caractérisée par des comportements antisociaux qui sont liés à un déficit du « sens moral ».

Morel puis Magnan évoquent la notion de dégénérescence pour expliquer certains troubles. Ils décrivent plusieurs types de dégénérés déséquilibrés : déséquilibrés de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté.

On observe des différences dans la dénomination de ces troubles en fonction des traditions française, anglo-saxonne ou allemande. Les expressions de déséquilibre mental ou déséquilibre psychique se retrouvent davantage en France alors que la tradition anglo-saxonne donne la préférence aux dénominations de « personnalité psychopathique » puis de « sociopathie » et enfin de « personnalité antisociale ».

Dans la tradition allemande les termes d'« infériorité psychopathique » et de « personnalité psychopathique » regroupent l'ensemble des personnalités pathologiques.

La littérature psychanalytique, avec les travaux d'Alexander, va décrire les « névroses de caractère » pour caractériser des sujets hyperactifs, instables, attirés par une constante fuite en avant et dont les conduites sont marquées par l'impulsivité et l'agressivité.

Ces différentes approches mettent l'accent sur des aspects particuliers de ce type de personnalité : la théorie de la dégénérescence insiste sur la fragilité particulière, constitutionnelle qui prédisposerait à différentes affections mentales ; l'aspect développé par Pritchard met l'accent sur les tendances antisociales, reprises dans les classifications internationales et les travaux d'Alexander se centrent sur les anomalies de la personnalité marquées par l'agressivité et l'impulsivité avec une tendance au passage à l'acte et se situant entre les névroses et les psychoses

1.1 Définition

On regroupe généralement sous le terme de personnalité psychopathique un ensemble d'anomalies du caractère et des conduites caractérisées par l'impulsivité, une instabilité affective et professionnelle ainsi que des tendances antisociales.

Le DSM-IV décrit une catégorie appelée personnalité antisociale « caractérisée par un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte », ajoutant que « la tromperie et la manipulation sont au centre de la personnalité antisociale ». (23)

La classification internationale des maladies dans sa dixième révision (18) retient le terme de personnalité dyssociale, « trouble caractérisé par un décalage manifeste entre le comportement [du sujet] et les normes sociales prédominantes ».

1.2 Aspects cliniques

1.2.1 La biographie du psychopathe

Elle fait partie intégrante de la clinique de ce type de personnalité. Elle est marquée essentiellement par l'instabilité, l'inadaptabilité et l'impulsivité qui se retrouvent dès l'enfance du sujet avec une scolarité chaotique. L'adolescence se caractérise par une aggravation des troubles du comportement : apparaissent des conduites de délinquance caractérisée, des conduites toxicomaniaques, une sexualité précoce avec des conduites à risque. L'instabilité entrave toute possibilité de formation professionnelle et la vie adulte va être marquée de la même instabilité professionnelle et affective. Parfois, on observe une certaine amélioration du fait de la diminution progressive de l'instabilité et de l'impulsivité.

Classiquement, la mère du psychopathe est décrite comme ne pouvant assurer de sécurité émotionnelle à son enfant. Elle alterne entre des attitudes de surprotection et de rejet et d'hostilité. Elle a recours à la satisfaction immédiate des besoins de son enfant. Elle a souvent une complaisance vis-à-vis des comportements agressifs ou délictueux de son enfant.

Quant au père, il est le plus souvent absent. S'il est présent, il est faible ou autoritaire voire violent. Il ne représente pas l'autorité et n'a pas de fonction protectrice et organisatrice. Aussi les identifications oedipiennes positives de l'enfant sont impossibles.

Hochman écrit à ce propos : « L'identification virile, c'est ce que le psychopathe ne peut faire que sur un plan mythique, en adorant des héros ».

1.2.2 Les traits cliniques

- Les conduites dyssociales

Elles sont liées à l'impulsivité, l'agressivité et l'instabilité.

Les passages à l'acte sont définis par leur soudaineté et leur aspect répétitif. Ils sont réactionnels à la moindre frustration et au moindre conflit qui déclenchent des décharges impulsives et violentes. La violence peut se matérialiser dans des actes meurtriers, passages à l'acte permettant la décharge pulsionnelle car rien ne peut être métabolisé...

L'impulsivité se traduit par des conduites agressives à caractère antisocial : bagarres, vandalisme, violences sexuelles.

Parfois, l'agressivité peut se retourner sur le sujet : tentatives de suicide, automutilations, conduites dangereuses...

Ces passages à l'acte sont particuliers par l'absence d'angoisse ou de culpabilité chez leurs auteurs. La convoitise d'un objet ou la réalisation d'un projet revêtent un caractère impérieux avec un besoin de satisfaction immédiate. L'objet doit être possédé dans l'instant au mépris des règles sociales et du désir de l'autre. Cette exigence renvoie à l'incapacité à tolérer la frustration et à l'intemporalité, Chartier parle de « Passé indéfini, présent immédiat et futur inexistant ».

L'instabilité provoque un parcours chaotique émaillé de nombreuses ruptures. L'instabilité revêt plusieurs aspects :

- L'instabilité motrice expliquant les difficultés à exécuter des tâches.
- L'instabilité thymique se traduisant par l'alternance entre des moments d'euphorie, de jovialité factice et des moments d'effondrement de l'humeur sans raison apparente.
- L'instabilité sociale : elle se retrouve chez l'enfant dans l'absentéisme répété, l'exclusion de plusieurs établissements et donc la répétition d'échecs. L'acceptation de l'échec nécessaire aux apprentissages s'efface devant les exigences narcissiques du sujet et son désir d'accéder immédiatement aux tâches les plus gratifiantes.
- L'instabilité affective : la vie sentimentale est jalonnée de ruptures. Le conjoint est considéré comme un objet sexuel.

Les modalités relationnelles du sujet psychopathe sont caractérisées par la superficialité et la labilité de l'humeur. Le contact est en effet superficiel malgré l'aisance et le charme apparents du sujet. L'affectivité est dominée par les tendances égocentriques ou manipulatrices : l'interlocuteur n'est reconnu qu'à travers l'utilisation qui peut être faite de lui. Si le sujet psychopathe n'a plus rien à attendre de lui, on observe des revirements marqués par le cynisme, la froideur voire une agressivité directement exprimée.

Le sujet psychopathe est en quête d'approbation de la part de l'autre, jouant de sa séduction, révélant un égocentrisme exacerbé qui signe une insécurité narcissique.

L'avidité affective pour les proches est insatiable et provoque inéluctablement une frustration avec un risque d'effondrement narcissique d'où le risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

- Les symptômes témoignant de la souffrance psychique

La passivité

Le psychopathe n'arrive pas à prendre de décisions et se laisse guider par les autres. Il n'a pas de loisirs sauf ceux dont il peut tirer des bénéfices immédiats d'où l'attrait pour des activités passives et perceptives.

Quant à la sexualité, le sujet multiplie les expériences sans lendemain. Le manque d'initiatives et la difficulté à aborder les autres pourront être à l'origine de viols. Le passage à l'acte chez la fille psychopathe pourra prendre une expression sexuelle sous la forme de prostitution.

La dépendance

Le jeune psychopathe ne peut acquérir de véritable autonomie et a besoin d'étayage. Cette dépendance devient vite intolérable car contraire à ses exigences narcissiques et mégalomaniaques et explique la rupture clastique du lien.

Les conduites addictives

Là encore, elles sont caractérisées par leur aspect impulsif et massif. Le psychopathe a besoin de fuir une réalité trop sinistre et recherche des émotions fortes. Il s'agit d'un moyen de se conférer une existence propre.

La relation au corps est perturbée ce qui se traduit par des automutilations, des plaintes somatiques hypocondriaques.

Les décompensations psychiatriques aiguës

Elles peuvent prendre la forme d'épisodes dépressifs ou d'épisodes paranoïaques. Les premiers sont réactionnels à une situation traumatisante réactivant les profondes blessures narcissiques.

Les seconds correspondent à une défense projective du malaise ressenti face aux autres.

1.3 Evolution

Certains auteurs ont évoqué la possibilité d'évolutions favorables dues à la rencontre d'un milieu de survie dans lequel les manifestations pathologiques sont contenues ou mieux acceptées. D'autres ont évoqué un phénomène d'épuisement des manifestations antisociales qui pourraient être lié à l'âge, à l'accumulation d'événements de vie adverses et de sanctions judiciaires.

L'évolution est émaillée de tentatives de suicide, d'accidents liés aux conduites dangereuses, de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues.

Ces patients seront tantôt incarcérés et une prise en charge spécifique en milieu carcéral est nécessaire, tantôt ils seront hospitalisés en milieu psychiatrique. La prise en charge hospitalière est difficile du fait des contre-attitudes qu'ils suscitent.

1.4 Données de psychopathologie

Alexander évoque une absence de formation de Surmoi mais d'autres hypothèses sont formulées : conduites psychopathiques à valeur masochique, Surmoi archaïque.

Les travaux psychanalytiques éclairent surtout sur la psychogenèse du passage à l'acte. Il a été ainsi évoqué l'incapacité d'intégrer les pulsions dans un langage symbolique et un défaut de symbolisation chez le sujet psychopathe.

D'autres travaux ont porté sur la perturbation des relations du couple parental : la mère est décrite comme supportant difficilement les tentatives d'individuation de son enfant alors que le père ferait défaut à l'identification au moment de l'adolescence.

2 - La personnalité limite ou borderline

Ce concept s'est dégagé progressivement des études portant sur des cas qui n'entraient pas clairement dans les cadres des névroses et des psychoses. C'est Hugues en 1884 qui a utilisé le terme « borderline » pour la première fois.

Les apports de la psychiatrie et de la psychanalyse ont contribué à mieux identifier ce trouble.

Depuis la fin des années 1970, ce sont les travaux psychanalytiques, particulièrement ceux de Bergeret, qui ont le mieux analysé cette pathologie et qui ont consacré le terme « d'état limite ».

Nous avons choisi de détailler davantage ce concept car la psychopathologie de tels troubles et en particulier la notion de Bergeret « d'a-structuration » nous semblent pouvoir éclairer la compréhension de l'acte infanticide.

2.1 Définition

Le terme borderline, personnalité limite ou état-limite a de nombreuses définitions aussi reprendrons-nous celle du DSM-IV qui peut constituer une synthèse de ce qui est commun

à plusieurs définitions. Nous voulons préciser que tout le monde n'est pas d'accord pour accepter ni cette dénomination ni même la justification d'isoler un ou des syndromes en dehors des états névrotiques et psychotiques.

Cette définition est caractérisée par quatre grandes composantes :

- L'instabilité entre des positions extrêmes qui alternent. Cette caractéristique concerne l'ensemble de la vie affective : les représentations qu'a le sujet de lui-même et des autres et les affects qu'il éprouve. Il oscille entre le « tout bon » et le « tout mauvais », entre idéalisation et dévalorisation. Il a des relations interpersonnelles discontinues et contradictoires ; son image de soi est instable, parfois très favorable, le plus souvent excessivement péjorative. Son vécu affectif est marqué par la même instabilité avec dysphorie, anxiété et irritabilité.
- Une impulsivité se manifestant par des colères inappropriées et des conduites auto-agressives.
- Un déficit narcissique avec un sentiment chronique de vide et la peur d'être abandonné.
- Des épisodes transitoires d'allure psychotique.

Cette définition clinique se fonde sur des comportements et sur un vécu de représentations et d'affects que le sujet peut décrire.

2.2 Description clinique

Tous les symptômes psychiatriques peuvent se rencontrer chez ce type de patient mais on retrouve certains aspects spécifiques que nous allons décrire ainsi que les situations cliniques dans lesquels ils se manifestent.

2.2.1 Aspects spécifiques

La personnalité borderline est caractérisée par l'instabilité et l'hétérogénéité des affects et des représentations ce qui la différencie des personnalités névrotiques et de beaucoup de personnalités psychotiques.

- Angoisse

Elle figure dans toutes les descriptions cliniques et est très différente de l'angoisse névrotique par son apparition sans circonstance déclenchante et sans lien avec les conflits intrapsychiques.

Son intensité est variable allant de la tension anxieuse à un état dysphorique. L'angoisse peut aussi prendre la forme de manifestations régressives inquiétantes reliées à la perte de l'épreuve de réalité de ces sujets, expériences « quasi-psychotiques ».

Quelle que soit sa traduction, cette angoisse demeure incontrôlable.

- Pauvreté et crudité de la vie imaginaire

La vie fantasmatique est pauvre et marquée par la crudité des représentations.

La pensée est discontinue, chaotique, oscillant d'une représentation à son contraire, d'un affect à son opposé.

- Relations interpersonnelles

Les relations interpersonnelles sont elles aussi discontinues et varient entre attachement et rejet, admiration et mépris, confiance et crainte. Le patient limite a un besoin intense d'être estimé et étayé. Il redoute les abandons, conséquence de l'image qu'il a de lui-même.

- Image de soi

Cette image est instable, alternant entre l'inflation de l'estime de soi, « Soi grandiose » de Kohut, et la dévalorisation.

- Impulsivité

Elle infiltre les comportements et les affects du sujet perturbant ainsi ses relations avec les autres. Elle se manifeste surtout par des conduites auto-agressives.

- Symptômes psychotiques transitoires liés au stress

L'élément le plus caractéristique de ces symptômes est leur labilité. Il s'agit de troubles transitoires, liés au stress de contextes affectifs particuliers.

On retrouve surtout des idéations de type persécutoire, de pensée magique, d'idées de référence, de distorsions perceptives, de symptômes dissociatifs et de phénomènes hypnagogiques.

2.2.2 Les différentes situations cliniques

- Les troubles d'allure névrotique

- Les symptômes phobiques sont fréquents. Les plus évocateurs concernent le corps et la relation à l'autre. Ils sont souvent à la limite du trouble obsessionnel.

- Les idées obsédantes et les rituels sont particuliers par leur absence de lutte et ils sont fortement rationalisés.

- Les symptômes hystériques se présentent le plus souvent comme des conversions multiples et changeantes dénuées d'érotisation et de fantasmatisation.

- Les symptômes hypocondriaques sont rares.

- La dépression

Sa tonalité est particulière puisqu'elle ne présente ni ralentissement psychomoteur, ni culpabilité ni anxiété. Le patient souffre surtout d'un sentiment de morosité, d'ennui et de vide. Le vide représente un état basal caractéristique du sujet limite. Il a le sentiment d'être différent des autres, de ne rien éprouver et de ne pas être vraiment vivant. Une impression d'« artificiel » accompagne souvent ce vide, se rapprochant du « faux-self » de Winnicott. Les sentiments de dévalorisation contrastent avec les fantasmes d'autosuffisance et d'omnipotence.

Les passages à l'acte auto et hétéro-agressifs sont fréquents ainsi que les comportements violents. On retrouve donc des conduites antisociales, impulsives marquées par l'absence de critique au moment du passage à l'acte. La critique est possible en dehors de ces moments et le patient peut se juger avec sévérité. La coexistence de ces deux états affectifs témoigne du mécanisme de clivage et de l'absence d'intégration de l'instance surmoïque.

- Toxicomanies et dépendances

Elles sont fréquemment associées à une personnalité limite. L'alcool, la drogue, l'anorexie et la boulimie peuvent corriger le malaise intérieur. Kernberg parle de « prothèse externe ». La prise de toxiques amplifie les oscillations narcissiques et peut permettre au sujet de faire disparaître son sentiment de nullité ou d'incompétence. Elle peut aussi favoriser les conduites auto-agressives.

- Troubles d'allure perverse

Là encore, il s'agit de troubles atypiques par leurs aspects chaotique, impulsif et imprévisible les différenciant de conduites authentiquement perverses.

- Décompensations psychiatriques aiguës

On retrouve les crises aiguës d'angoisse ou de confusion, les états d'agitation, les tentatives de suicide et les épisodes psychotiques. Ces épisodes nécessitent une intervention médicale et souvent une hospitalisation.

2.3 Evolution

Elle n'est pas évidente à cerner parce qu'un grand nombre de ces personnalités ne rencontre jamais de psychiatres. D'autres parmi ces patients ne peuvent pas s'inscrire dans un soin à moyen ou long terme.

Pour les toxicomanes, les suicidants récidivistes, les anorexiques-boulimiques présentant probablement une organisation limite de la personnalité, l'évolution paraît essentiellement liée aux troubles manifestes de leurs conduites ou de leurs comportements.

Certaines constantes se dégagent néanmoins : la prise en charge spécialisée débute généralement à l'adolescence et les troubles s'aggravent avec un pic de mortalité autour de la trentaine (5% de suicide). Ce cap passé, la majorité des patients obtient une bonne insertion professionnelle. Ceux qui n'y parviennent pas sont ceux qui présentent un haut degré d'impulsivité, une comorbidité avec un autre trouble de la personnalité (surtout antisociale ou schizotypique) ou une autre affection psychiatrique (axe 1 du DSM).

Certains patients borderline ne deviennent symptomatiques que vers la cinquantaine suite à des événements de vie venant réactiver une pathologie du lien et ébranler des assises narcissiques fragiles (licenciement, divorce, adolescence de leurs propres enfants).

On note fréquemment dans les antécédents personnels et notamment infantiles de ces sujets des pertes précoces, des ruptures ou des sévices.

Bergeret pose que l'organisation limite est un aménagement. Il considère que ces aménagements peuvent parfois se maintenir pendant toute la vie des sujets mais au prix de renoncements, de compromis et de dépenses énergétiques considérables. Il note certains facteurs de décompensation :

- La sénescence, physique, intellectuelle, sociale ou affective, est considérée comme une perte des possibilités indispensables d'aménagement et plus ou moins comme un traumatisme réel. Elle entraîne un épisode d'angoisse aiguë pouvant évoluer en une mort subite, une démence sénile, des affections psychosomatiques ou en certaines névroses focalisées mais intenses.

- Un second traumatisme désorganisateur va réveiller par son vécu intime une ancienne frustration narcissique pré-dépressive correspondant au premier traumatisme désorganisateur et jusque-là évité grâce à l'aménagement provisoire et imparfait du Moi.

Le sujet limite va alors « utiliser » l'une des trois voies psychopathologiques lorsque ses capacités d'aménagement seront dépassées : la voie névrotique, la voie psychotique ou la voie psychosomatique.

2.4 Quelques éléments de psychopathologie

Nous nous appuyons essentiellement sur les données de Bergeret (9) sur les personnalités limites.

Pour Bergeret, l'état limite n'est ni une névrose ni une psychose mais il s'agirait d'une autre structure ou plutôt d'une « a-structuration » qui fonctionne selon une « économie limite ». Celle-ci se caractérise par une dépendance fondamentale vis-à-vis de l'objet dont dépend l'intégrité du sujet ; l'angoisse reste centrée sur la perte.

Un traumatisme psychique précoce barrant le développement du complexe d'Œdipe et son jeu ternaire serait à l'origine de l'organisation limite de la personnalité. Ce traumatisme affectif précoce stoppe l'évolution libidinale ultérieure du sujet dans une sorte de « pseudo-latence », plus précoce et plus durable que la phase de latence normale. Ce blocage évolutif de la maturité affective du Moi constitue pour Bergeret le tronc commun des états limites

mais il ne peut être considéré comme une structure car il ne bénéficie ni de la fixité, ni de la solidité ni de la spécificité définitives des organisations vraiment structurées. Dans l'organisation limite, Le Moi a dépassé la psychogenèse psychotique mais n'est pas parvenu à la psychogenèse névrotique. Bergeret parle de « maladie du narcissisme » où le Moi a dépassé le danger de morcellement mais n'a pu accéder à une relation d'objet génitale, c'est-à-dire au niveau des conflits névrotiques entre le Ça et le Surmoi. La relation d'objet reste centrée sur la dépendance anaclitique à l'autre. L'angoisse apparaît quand le sujet limite s'imagine que son objet anaclitique risque de lui faire défaut : il s'agit alors d'une angoisse de perte d'objet. Le danger immédiat contre lequel se bat le sujet limite est la dépression. La relation d'objet de l'état-limite demeure une relation à deux : il s'agit d'être aimé de l'autre tout en étant séparé de lui en objet distinct et à la fois en « s'appuyant contre lui » (étymologie du terme anaclitisme). Souvent, c'est même des deux parents dont il faut se trouver aimé à la fois et Grundberger parle alors de « triade narcissique », différente de la triangulation génitale oedipienne.

La personnalité est comme scindée en deux modes de fonctionnement : l'un adapté et l'autre anaclitique avec ses mécanismes de défenses archaïques. Cette coexistence ne correspond pas à un clivage véritable du Moi mais à une réaction défensive dans les activités du Moi destinée à éviter la menace d'éclatement et assurant au Moi une certaine sécurité et une mobilité mais jamais une véritable solidité. L'organisation limite constitue donc un état « aménagé » et non structuré.

L'Idéal du Moi se comporte en véritable pôle autour duquel s'organise la personnalité limite. Le Surmoi, héritier et successeur du complexe d'Œdipe, ne peut se former de façon complète chez le sujet limite puisque l'Œdipe est mal abordé voire éludé et ne peut apporter ses éléments maturatifs. Les régressions devant l'Œdipe entraînent les éléments précurseurs du Surmoi en formation vers les fixations antérieures à un Idéal du Moi puéril et gigantesque. La constatation de leurs échecs dans leurs tentatives idéales n'amènera ces sujets ni à la modestie (comme chez les « normaux »), ni à la culpabilité (comme chez les névrotiques) mais à la dépression.

Les mécanismes de défense à l'œuvre chez les sujets limites sont de type archaïque : clivage, évitement, forclusion, réactions projectives, idéalisation primitive. Ils s'avèrent

moins réussis mais aussi moins exigeants en formations réactionnelles que le refoulement, mécanisme de défense plus tardif et plus élaboré jouant un rôle moindre que dans les névroses.

Le clivage est le mécanisme de défense le plus utilisé par le patient limite : clivage du bon et du mauvais objet afin d'éviter que le premier ne soit contaminé ou détruit par le second. Il s'agit d'un mécanisme actif produit par le Moi dont le but est d'éviter la confrontation à l'ambivalence et à la souffrance dépressive. Il a pour conséquences : l'inadaptation avec des capacités de discernement estompées (masculin/féminin, amour/haine, bien/mal) et une dépense énergétique considérable pour maintenir ce clivage. Cette nécessité de maintenir ce clivage objectal explique également l'inefficacité relative de la plupart des conduites symptomatiques, l'émergence toujours possible de l'angoisse et finalement, la préférence pour le patient de cet état de vide si caractéristique. Le clivage de soi a pour objectif de préserver une image de soi régressive, sans rapport avec la réalité, souvent affectée de qualité « grandiose ».

L'idéalisation primitive de l'objet se caractérise par l'établissement d'une relation où l'autre est paré de toutes les qualités et ne présente aucun défaut. La menace permanente est le manque de perfection constaté qui réactive l'angoisse destructrice et mortifère venant des mauvais objets. Pour lutter contre cette angoisse, soit le sujet renforce cette idéalisation qui devient encore plus grande et moins réaliste, soit il rejette cet ancien objet idéalisé.

Quant à l'idéalisation de Soi, elle correspond à un secteur clivé du sujet limite dont est exclu toute mauvaise partie et qui entre en relation avec l'objet idéalisé. Il en résulte un renforcement réciproque de l'idéalisation de Soi et de l'objet qui peut conduire au sentiment d'omnipotence. Il existe aussi un risque de changement brutal et donc la menace d'effondrement, vécue alors comme une dévalorisation.

L'identification projective est dominante et « met dans l'autre une partie de soi » dans une visée qui est à la fois celle d'un contrôle omnipotent, d'une délégation et d'un étayage massif. Maintenir un objet idéalisé, libidinalement investi, garantit l'intégrité du Moi. Dans ce mécanisme projectif, le patient arrive à ne plus faire la distinction entre Soi et l'objet. Cette confusion entre ce qui est interne et ce qui est externe fait croître l'angoisse

projective et le patient s'en protège en accentuant l'idéalisation protectrice du Soi et de l'objet. Le cercle vicieux clivage-idéalisation-identification projective est à l'origine d'une perte d'identité propre du sujet, tantôt confondue à l'objet idéalisé, tantôt confondue à l'objet persécuteur.

Du fait des mécanismes de défense utilisés, le sujet limite entretient avec l'autre des relations artificielles marquées par un manque de compréhension et de brusques changements d'attitude. La capacité projective excessive et pathologique empêche le sujet de transformer certaines expériences en représentations symboliques car il n'y a aucun travail d'élaboration fantasmatique possible, ni dans le Soi, ni dans l'objet. La mise en acte est donc toujours possible. Le vide fonctionne comme une protection et une mise à distance préférable à la désintrication des pulsions et des affects.

Le peu de références bibliographiques établissant un lien éventuel entre les états limites et le filicide nous a conduits à développer cette question. Est-ce que la psychopathologie des états limites pourrait permettre une compréhension de l'acte filicide? Nous avons retenu la notion d'a-structuration comme la plus pertinente. Nous allons développer la psychopathologie de l'acte infanticide et essayer de répondre au lien éventuel entre personnalité limite et infanticide.

PRESENTATION CLINIQUE

ISABELLE

Nous avons eu accès au dossier complet de cette patiente et avons pu nous entretenir à son sujet avec son psychiatre référent.

Isabelle est hospitalisée dans un service de psychiatrie depuis deux ans en Hospitalisation d'Office pour incendie volontaire et homicide sur son fils de deux ans et demi. Elle présente à l'entrée un tableau évoquant une décompensation psychotique aiguë.

Elle est suivie par un psychiatre quotidiennement lorsqu'elle est en chambre de soins intensifs puis une à deux fois par semaine voire plus. Elle rencontre également la psychologue de l'unité, l'assistante sociale et l'ergothérapeute.

Isabelle a vingt-sept ans au moment des faits.

A- Biographie

Isabelle est fille unique. Elle pense que sa mère aurait fait une fausse-couche avant sa naissance.

Ses parents se séparent en 1980 du fait des infidélités du père et de ses comportements délinquants : vols avec plusieurs incarcérations. Elle ne voit plus son père entre 4 à 15 ans. Elle a des contacts avec ses grands-parents paternels, un oncle paternel, ses tantes paternelles et ses cousins alors qu'elle ne voit plus son père. Son grand-père paternel qu'elle aime beaucoup décède quand elle a 14 ans.

Sa mère vit avec un homme pendant deux ans entre 1984 et 1986. Elle n'a pas de souvenir de « beau-père ».

Sa grand-mère maternelle, personne importante pour Isabelle, décède en 2000. Elle se rapproche à ce moment-là de son grand-père maternel.

On constate selon les dires d'Isabelle que son père est très proche de sa propre mère chez laquelle il vit avec sa nouvelle compagne et que sa mère est très attachée à son propre père. La séparation et l'individuation semblent difficiles dans cette famille.

Elle est placée en foyer de février à août 1993 pour troubles du comportement de type hétéro-agressif et troubles du comportement alimentaire alternant entre boulimie et anorexie. Elle aurait été suivie à l'époque par un psychiatre.

A partir de l'âge de 17 ans elle vit à Paris où elle restera jusqu'en 2001. Elle vit dans différents foyers : jeunes travailleurs, pour femmes... Elle évoque un incendie ayant eu lieu dans un des foyers. Elle quittera Paris pour se rapprocher de sa mère.

Au niveau de sa scolarité, Isabelle aurait triplé sa seconde. Elle fait une formation d'esthéticienne et de conseillère de vente en produits cosmétiques en 1994-1995 dont elle est renvoyée au décours d'une crise d'agitation : *« J'étais malade... ils m'ont enfermée dans une pièce... j'ai fait du bazar... j'ai fait 8 mois sur 1 an... »*.

En 1995-1996, elle suit des cours de BTS Vente Actions Marchandes : *« Je voulais être démonstratrice en produits cosmétiques... en 4 mois... »* puis elle fait une formation de secrétariat-accueil en 6 mois. Elle est actuellement sans emploi.

Elle évoque un viol dont elle a été victime à 14 ans et demi par un « copain » et parle d'attouchements de la part d'un grand-oncle maternel à l'âge de 7 ans et de la part de son père avant l'âge de 4 ans. Isabelle est victime d'un viol par son père lorsqu'elle a 15 ans, elle écrit : *« Ce n'était pas un viol car j'étais contente qu'il s'intéresse à moi... j'étais contente mais je n'ai rien ressenti... »*.

Elle rencontre son compagnon, Jérôme, dès l'âge de 15-16 ans, période où elle est au foyer. Leur relation est chaotique, faite de ruptures et de retrouvailles. Ils vivent ensemble d'avril 1999 à août 2001 à Paris. Isabelle se plaindra pendant l'hospitalisation de la violence de son ancien ami liée à des alcoolisations notamment lors de sa grossesse, ce qu'elle n'accepte pas.

Elle apprend qu'elle est enceinte en février 2001 et ne voit plus Jérôme à partir de mars 2001. Mathis naît le premier novembre 2001. Son père ne le reconnaîtra qu'au bout de cinq jours et poussé par Isabelle.

Isabelle a un nouveau compagnon, Denis, quelques temps avant les faits.

Sur le plan des antécédents psychiatriques, on retrouve une énurésie jusqu'à l'âge de 12 ans et des troubles du comportement alimentaire. Elle rapporte des phénomènes hallucinatoires auditifs en 2002 dans un contexte de prise de cannabis : « *Un petit sachet d'herbe... j'ai fumé toute la semaine... les voix sont survenues 2 à 3 semaines après... ça m'a fait un peu peur quand j'ai vu le visage du Christ... j'avais des messages qui venaient par la télé ou la radio... j'entendais aussi des anges qui chantaient... une voix d'homme aussi...* ». Un rendez-vous chez un psychiatre avait été pris par son médecin traitant, rendez-vous auquel elle n'est pas allée.

Comme antécédent médical, on note seulement un pincement L5-S1 lors d'un accident de la voie publique en 2000.

B- Autour de l'acte

Isabelle évoque la réapparition d'un syndrome délirant trois jours avant le passage à l'acte : « *Ce n'était pas la même chose... comme si j'allais mourir... j'avais des messages visuels de ma grand-mère dans la télé... des messages écrits dans les pubs... « il faut t'occuper de ton fils »... des messages de la famille de Jérôme... son père, ses sœurs... comme s'ils étaient en moi... j'étais allée voir le père de Jérôme, avec Mathis, parce que je voulais lui dire au revoir... parce que je croyais qu'il allait mourir... c'était en moi... j'étais persuadée qu'il allait mourir...* ».

Dans ses écrits, Isabelle relate la journée précédant son passage à l'acte. Elle mentionne sa rupture avec Denis ce jour-là. On retrouve aussi la notion d'un appel au centre 15 pour l'enfant pour de la fièvre et du pus s'écoulant de son oreille. Un médecin serait venu et aurait fait une ordonnance.

Isabelle peut parler des faits dès le cinquième jour de son hospitalisation mais elle est dans le déni de sa responsabilité et des éventuelles suites judiciaires : « *Je l'ai trouvé mort sur mon lit à 1h30... je ne savais pas quoi faire... j'ai pété les plombs... je l'ai mis sur le*

palier et j'ai cassé des œufs dans la maison... après, j'ai rentré le corps et je l'ai mis dans mon peignoir... Je voulais le faire disparaître en mettant le feu... pour que la police me mette en prison à vie... j'ai appelé les pompiers parce que j'ai une amie dans l'immeuble qui a son fils du même âge que le mien... je suis coupable de ne pas avoir fait appel à SOS Médecins ou les Pompiers... pas responsable... pas mature. ».

Elle dit avoir trouvé son enfant mort la nuit : « ... J'ai trouvé mon enfant chéri mort en pleine nuit et c'est ce qui m'a fait perdre le total contrôle de moi-même... je croyais qu'il était mort, je réalise seulement aujourd'hui [06/08/04] qu'il était dans le coma et cela me fait mal car il aurait pu être en vie aujourd'hui, j'ai pensé qu'il m'avait abandonnée et j'ai paniqué... je recevais encore des messages des anges depuis que je suis sortie de l'appartement et encore quand j'étais en chambre d'isolement. Depuis plus de message d'anges. ». « Je me rappelle qu'avec la faucheuse c'était lui ou moi qui mourrait (2 jours avant sa mort) ». Dans une lettre qu'elle adresse à son fils, elle écrit : « J'ai réussi à comprendre (...) que tu n'étais en fait que dans le coma et que j'aurais pu te sauver au lieu d'allumer un feu pour incinérer ton corps ».

Isabelle est admise aux urgences à la demande des services de police alors qu'elle a été interpellée le matin-même sur la voie publique et mise en garde à vue : son domicile a été incendié et son fils de deux ans et demie a été retrouvé mort, calciné et entouré d'un linge. La patiente est la principale suspecte d'incendie volontaire et d'homicide. L'entretien avec le psychiatre des urgences psychiatriques retrouve un discours peu cohérent, des attitudes d'écoute et des éléments dissociatifs idéo-affectifs. Elle n'intègre pas la notion de la disparition de son fils et de son éventuelle responsabilité et souhaite rentrer chez elle. Une HO est donc réalisée, son état de santé n'étant pas compatible avec une garde à vue.

C- Hospitalisation

Isabelle reste en chambre de soins intensifs une dizaine de jours. Les premiers jours, elle présente des troubles du cours de la pensée avec barrages, des périodes de replis autistiques et des comportements inadaptés : coprophagie, urine pendant l'entretien... Elle présente un déni de la mort de son fils : « Mon fils est avec son père... chez ma mère en sécurité... » ainsi qu'un déni de ses troubles avec ambivalence vis-à-vis des soins. Elle refuse de

prendre le traitement médicamenteux. On retrouve également une discordance idéo-affective marquée par une froideur et des propos hermétiques : « *Quand mon fils s'allumait, je m'éteignais... comme mourir... il n'est pas mort... je vais refaire des enfants...* ».

Devant l'apparition d'une galactorrhée bilatérale renforçant ses idées délirantes de grossesse, une IRM est réalisée qui montre 8 hypersignaux en T2 de la substance blanche. Une sclérose en plaque est alors évoquée. Le reste du bilan infirme cette hypothèse (PEV, absence de synthèse intrathécale d'immunoglobulines). Un bilan plus large est réalisé afin d'éliminer une maladie auto-immune : biopsie des glandes salivaires, radio pulmonaire, anticorps antinucléaires, examens ophtalmologique et dermatologique. Tous les examens reviennent normaux, l'IRM de contrôle réalisée un an après la première ne montre aucun signe d'évolutivité.

La patiente a de multiples plaintes corporelles : constipation, hémorroïdes, énurésie nocturne, métrorragies, doute sur des retards de règles, « boutons » dans le dos et autres... Sur le plan de l'enquête judiciaire, l'autopsie de Mathis révèle que son fils est décédé des conséquences de l'incendie. Une autre expertise démontre le contraire, c'est-à-dire que l'enfant était mort avant l'incendie. Rien ne permettra de trancher cette question ce qui n'aide pas Isabelle à être dans la réalité.

Isabelle aura deux expertises psychiatriques montrant qu'elle souffre « d'une psychose schizophrénique évoluant manifestement à bas bruit depuis de nombreuses années » et « de ce fait qu'il existait, au moment des faits, une abolition du discernement et du contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du Code Pénal ». La poursuite des soins s'avère indispensable, l'HO est donc maintenue devant le déni de l'acte et la méconnaissance des troubles.

Pendant son hospitalisation, Isabelle va entretenir une correspondance soutenue avec son psychiatre référent dont quelques extraits ont déjà été cités. Elle a la visite très régulière de sa mère qui la soutient ; son grand-père maternel est aussi une personne importante pour la patiente.

Elle entretient plutôt de bonnes relations avec les autres patients mais des rappels à la loi sont fréquemment nécessaires devant les comportements inadaptés que la patiente a régulièrement avec les patients hommes du service, notamment des conduites sexuelles à risque.

Elle s'investit bien dans les activités thérapeutiques notamment en ergothérapie.

En février 2002, une ordonnance de non-lieu est rendue devant les expertises psychiatriques d'Isabelle et l'insuffisance de preuves sur la mort de son fils renforçant alors le déni de la patiente : *« J'ai reçu un non-lieu... je suis en service libre... je peux signer ma pancarte... je suis soulagée parce qu'un non-lieu, ça veut dire que je ne l'ai pas tué... »*.

En novembre-décembre 2004, sur le plan psychiatrique apparaissent des troubles anxieux et dépressifs avec émergence d'idées suicidaires avec passages à l'acte. Ces troubles s'amendent progressivement puis réapparaissent en juin 2006.

Les symptômes psychotiques : discordance idéo-affective et dissociation persistent tout au long de son hospitalisation. Des éléments déficitaires vont apparaître puis régresser. Le déni bien que toujours présent semble moins important, la patiente s'interroge de plus en plus sur la mort de son fils.

Sur le plan comportemental on retrouve des troubles alimentaires avec d'abord une période de boulimie avec prise de cinq kilos entre août et septembre 2005 suivie d'une période d'anorexie avec vomissements provoqués conduisant à une perte de poids depuis décembre 2005.

Les derniers entretiens avec son psychiatre révèlent toujours une symptomatologie psychotique marquée par la discordance. Des éléments dépressifs sont présents et en lien semble-t-il avec une certaine prise de conscience de la réalité et de sa responsabilité dans la mort de son fils. Les troubles du comportement alimentaires sont nettement moins importants.

Un projet d'hospitalisation en centre de réadaptation est en cours, projet auquel adhère Isabelle. L'hospitalisation d'office sera levée avant son transfert.

Le cas d'Isabelle nous paraît illustrer l'infanticide pathologique dans le cadre d'une pathologie psychotique où le délire conduit au passage à l'acte meurtrier.

CLAUDINE

La narration de ce cas est possible grâce à ce que nous a transmis la psychologue de Claudine (69). Le matériel provient d'entretiens psychothérapeutiques où la parole est déposée et écoutée dans le cadre spécifique du transfert/contre-transfert. Cette dimension nous semble importante à préciser. Nous évoquons une « réalité psychique » -« vérité historique » dont parle André Green- et non judiciaire.

Claudine est suivie une fois par semaine par une psychologue depuis le début de son incarcération jusqu'à son transfèrement en centre de détention soit pendant deux ans et demi.

Claudine a une trentaine d'années, elle a eu trois enfants et est inculpée pour le meurtre de son second enfant, Nolwenn, décédée à l'âge de trois mois environ, qu'elle a étouffée au cours d'une nuit et dont elle a ensuite congelé le corps. Les faits ont lieu trois ans auparavant mais n'ont été révélés que récemment. Son fils aîné Erwan a sept ans et sa fille Gaëlle a un an.

A- Biographie

Claudine est née prématurément, elle passe les premières semaines de sa vie dans un service hospitalier sans que sa mère ne vienne la chercher. Elle est reconnue par un homme et une femme dont elle porte le nom. Elle est ensuite placée très jeune avec sa sœur aînée. Lorsque Claudine parle de sa mère, son père, ses frères et belles-sœurs, il s'agit de la famille d'accueil, les A.

Claudine tient des propos contradictoires sur sa famille biologique. Elle affirme qu'elle ne sait rien puis au fil du temps, révèle un grand-père « *qui venait nous voir* », une grand-mère « *souillon, qui vivait dans une maison sale et délabrée... on passait devant en allant à la plage* », une marraine « *assassinée dans sa baignoire par son amant* » et un parrain « *retrouvé mort mystérieusement chez lui à Paris* ». Elle précise qu'enfant, lorsque le nom de cette famille était prononcé « *c'était jamais pour quelque chose de bien* ».

Claudine découvre à l'âge de huit ans qu'elle ne porte pas le même nom que « *ses parents* » et qu'elle n'est pas leur fille comme elle l'avait toujours cru. Elle décide alors de faire « *comme si* » ils l'étaient mais vit dans l'angoisse permanente que sa « *vraie mère* » l'enlève.

Elle ne dit pas grand-chose sur son père : le géniteur qui apparaît sur l'acte de naissance « *n'est sûrement pas le vrai* » et Monsieur A. « *n'était jamais là, il travaillait* » ou « *il était occupé dans son jardin* ». Elle ne refuse pas d'en parler mais il ne semble pas faire partie de son univers. Claudine entretient une relation exclusive avec celle qu'elle considère comme sa mère, Madame A.

Sur sa scolarité, Claudine semble avoir obtenu un CAP et occupé plusieurs emplois : femme de chambre, ouvrière dans le nettoyage industriel, chauffeur de car scolaire... Elle ne dit pas grand-chose de son adolescence.

Elle rencontre son mari par l'intermédiaire de sa sœur « *Un jour, il a dit à mes parents qu'on s'installait ensemble, je ne le savais pas, j'ai obéi, deux jours après, j'avais déménagé* ». Il souhaite un enfant rapidement mais Claudine ne trouve pas ça « *bien* » et prend sa pilule contraceptive en cachette et fait mine d'être déçue à l'arrivée de ses règles. Puis le couple se marie et peu après, Claudine est enceinte et met au monde Erwan. Les relations du couple se détériorent immédiatement puisque son mari découche le soir du retour de la maternité.

Claudine a des propos véhéments et raconte avec beaucoup de détails toutes les inconduites de son mari : dettes, mensonges, adultères...

Le déroulement des années suivantes est très flou. Son mari « *disparaît* » pendant 18 mois sans se soucier ni d'elle ni de leur fils. Il la frappe au cours d'une dispute et sa sœur l'accompagne au commissariat pour porter plainte mais elle y renonce et dépose seulement

une main courante. Elle vit alors dans la crainte de cet homme, de ses colères et de sa violence.

Elle vit ensuite seule et entretient pendant deux mois une liaison avec un ami de son mari. Claudine se retrouve enceinte mais n'en parle pas. Elle craint le jugement de sa famille et surtout « *J'étais toujours mariée, j'avais peur de mon mari, je voulais pas qu'il prenne mon fils* ». Elle cache cette grossesse que son entourage ne peut soupçonner puisqu'elle n'est pas visible physiquement.

Elle s'inscrit dans une agence matrimoniale où elle fait la connaissance de Yann, agriculteur. Celui-ci cherche une compagne mais ne souhaite pas avoir d'enfants. Elle interrompt donc cette relation.

Elle écrit au Procureur de la République pour exposer sa « *situation désespérée* » et solliciter de l'aide mais elle ne reçoit aucune réponse et se sent isolée et abandonnée.

Elle accouche seule, alors que son fils de trois ans joue dans la pièce voisine. Elle ne déclare pas la naissance de sa fille Nolwenn et raconte à sa famille qu'il s'agit de l'enfant d'une amie.

Une voisine se charge de déclarer cet « *accouchement clandestin* » à la police. Convoquée au commissariat, Claudine nie et l'affaire est classée.

Claudine dit qu'elle se sent mal à cette époque et qu'elle prend des « *médicaments* ». Son mensonge à ses parents lui pèse et elle ne sait plus comment en sortir. Elle vit dans la « *terreur* » liée aussi aux « *chantages* » de son mari.

Claudine perd la garde de son fils et ne le voit plus que les mercredis et week-ends. Elle vit seule pendant un an mais précise « *Je n'étais pas seule, j'avais ma fille* ». Yann la relance et elle noue avec lui une relation mais elle refuse de vivre avec lui. Elle tombe enceinte, n'en dit rien mais il a des doutes et l'emmène chez le médecin. Elle est enceinte de 5 mois à l'échographie. Yann refuse cet enfant et fait pression pour que Claudine se fasse avorter à l'étranger ce qu'elle refuse catégoriquement en argumentant qu'un « *avortement est un meurtre* » et elle accuse Yann d'« *infanticide* ». Il se résout à cette paternité et demande à Claudine de s'installer chez lui. Elle refuse jusqu'à la naissance de Gaëlle que Yann reconnaît.

Jusqu'à son arrestation, une dizaine de mois plus tard, Claudine vit à la ferme où elle s'occupe de la maison et des enfants. La relation de couple est peu satisfaisante « *Il me prenait pour sa boniche* ».

B- Autour de l'acte

Claudine explique le dévoilement de l'affaire par le fait que son mari et sa belle-sœur aient « *parlé* ». Face aux questions pressantes, elle a « *craqué* » et passé quelques jours en psychiatrie.

Elle n'a « *aucun souvenir de la mort de sa fille* ». Au cours du premier entretien, tout est confus. Elle dit « *Etouffée... je ne me souviens pas... quelqu'un d'autre mais je ne sais pas qui* » et ajoute « *chez nous, on bat pas les enfants même pas une tape sur les fesses* ».

Il lui est compliqué d'aborder « *l'affaire* » alors elle reproche aux autres de n'avoir rien vu, rien fait. Elle ne peut en parler qu'en relatant un cauchemar « *Toujours le même, au-dessus du berceau... une ombre qui n'est pas moi... un autre moi peut-être ?* ». Claudine se heurte à « *un trou noir* » qu'elle associe à celui d'un accident de voiture survenu quelques années auparavant. Elle cherche une explication rationnelle du côté d'un traumatisme crânien mais abandonne cette hypothèse. Ce « *trou noir* » l'obsède d'autant plus que la Juge d'instruction l'accuse de ne pas « *être coopératrice* ».

Claudine reste sur la défensive pour parler de Nolwenn et jette avec hargne : « *Je l'aimais... peut-être plus que les autres* », « *personne ne veut comprendre qu'elle me manque* ».

Lorsque Claudine a « *découvert* » la mort de sa fille, elle s'est sentie démunie : « *Je ne pouvais pas appeler le SAMU, je ne l'avais pas déclarée... on m'aurait posé des questions* ». Elle ne veut pas « *l'abandonner* » ni « *la laisser seule* » : « *je n'ai pas voulu l'enterrer, je voulais l'avoir près de moi, je voulais pas qu'elle se décompose alors je l'ai mise dans le congélateur* ». Le corps congelé l'a suivie, dans une glacière, dans ses déménagements jusqu'à la révélation des faits trois ans plus tard.

C- Détention

Sa détention se déroule sans heurts, elle a de bonnes relations avec les co-détenues et le personnel. Elle s'active beaucoup dans les tâches ménagères et suit des cours pour obtenir un diplôme de comptabilité.

Depuis le début, Claudine est soutenue par sa famille, Yann vient aussi avec Gaëlle et rencontre la psychologue pour « *savoir* » comment aider Claudine, comment maintenir le lien mère-fille malgré la séparation du couple.

Quelques semaines après son incarcération, Claudine reçoit une lettre de sa « *vraie mère* ». Un entretien avec la psychologue à propos de « *la mère* » s'ensuit. Elle cherche à défendre qui est la « *vraie* ». Elle est ensuite très en colère « *Pourquoi maintenant que je suis en prison après 30 ans de silence... elle n'était pas là quand j'avais besoin d'elle* ». Elle décide de ne pas répondre mais envoie une lettre pleine d'interrogations sur sa naissance. Elle reçoit en réponse un courrier qui ne répond pas à ses interrogations.

Claudine découvre que sa mère biologique fait des courriers à la juge pour dénoncer les mauvais traitements commis par les A. Elle ne supporte pas que ses parents soient agressés.

Claudine attend beaucoup de son procès et espère que « *tout sera dit* » c'est-à-dire la violence de son mari puisque « *c'est à cause de ça* » qu'elle en est arrivée « *là* ». Elle attend aussi des explications de l'autopsie concernant « *la mort de Nolwenn* ». Au retour, elle semble apaisée. Elle est condamnée à 10 ans de prison mais son avocate l'incite à « *faire rappel* » (sic).

Après le procès, une autre lettre de sa mère biologique lui parvient qui lui explique son refus de parler des années 1965-1970 trop chargées de « *mauvais souvenirs* » (Claudine est née en 1966). Elle réfute l'abandon et ajoute que quand elle avait voulu récupérer ses deux filles, le juge des enfants avait refusé. Claudine en conclut qu' « *elle ne s'est pas battue* » d'autant qu'elle a eu cinq autres enfants qui ont « *tous réussi dans la vie* », qu'elle est « *heureuse avec eux* » et enfin que pendant plusieurs années elle a accueilli deux enfants placés chez elle en tant que famille d'accueil. Claudine se dit « *écoeurée... je me demande où est ma place dans tout ça* ». Elle décide de ne pas donner suite.

Avec la décision de « *faire rappel* » reviennent les revendications et son besoin de régler ses comptes notamment par rapport « *aux pères* ». Les entretiens des derniers mois tournent autour d'eux, « *les pères* ».

Le rapport à ses trois enfants est symbiotique, elle est eux et ils sont elle. Claudine dit de son fils qu'il est son « *dédoublé* ». Elle veut les « *avoir* » plus que les « *voir* ». Les pères et la prison interdisent toute fusion d'où les revendications permanentes : davantage de parloirs, écrire aux institutrices, exiger des suivis psychologiques pour ses enfants car ils ne peuvent être que mal en son absence...

Claudine se définit avant tout comme « *une bonne mère* ». Elle a des idées précises sur les « *bonnes heures* » de repas, l'hygiène et le réfrigérateur qui « *ne doit jamais être vide* ». Elle a en tête un modèle de bonne mère et de bonne maîtresse de maison et ne s'en éloigne jamais. Elle tient ses théories de son « *éducation* », de sa mère, ce qui les rend inébranlables : « *elle est comme moi* ».

L'annonce de son transfèrement inquiète l'équipe soignante du SMPR mais le seul souci de Claudine est de prévenir sa mère à temps.

OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES CLINIQUES SUR LA BIOGRAPHIE

Nous allons essayer de dégager des éléments communs émanant des biographies d'Isabelle et de Claudine, ces deux personnes ayant commis un crime filicide.

A- Au niveau familial

1- Le père

Dans les deux cas le père est absent de son rôle de représentant de la loi et de sa fonction triangulante.

Chez Isabelle, le père est avant tout absent et lorsqu'il est présent, il est incestueux. Il n'est pas garant de la Loi, il en est le premier transgresseur.

Pour Claudine, le père n'a qu'une fonction procréatrice, elle doute même qu'il soit « vraiment » son géniteur malgré une reconnaissance sur l'acte officiel. Il est identifié mais inconnu. La place du père demeure vide. Monsieur A. est absent, en dehors du foyer, extérieur. Il ne suscite pas d'affect, pas de manque.

2- La mère

La mère est omniprésente dans le discours de ces deux patientes.

Isabelle a quitté Paris pour rejoindre sa mère, celle-ci est très présente pendant l'hospitalisation. Isabelle la décrit comme aimante, présente et bienveillante et en même temps elle souhaite pouvoir « *moins dépendre* » de sa mère et « *aimerait se responsabiliser* ». Elle écrit « *Elle s'investit trop dans ma vie et de ce fait m'infantilise.* ». Sa mère est aussi défaillante et n'assure pas sa fonction protectrice : agressions sexuelles d'un grand-oncle maternel et du père. La mère d'Isabelle présente aussi des troubles du comportement alimentaire et des douleurs chroniques nécessitant des soins.

On retrouve une relation quasi symbiotique entre Isabelle et sa mère, elle écrit d'ailleurs une phrase qui nous semble éclairer ce qui peut être en jeu à l'occasion de la maternité : « *J'ai coupé le cordon avec elle [sa mère] vers l'âge de 14 ans et il s'est recollé lors de ma grossesse* ».

Pour Claudine, la figure maternelle est double : d'un côté Madame A., aimante et présente et de l'autre, la mère biologique abandonnante dont Mme A. ne peut protéger Claudine. La mère biologique abandonne son enfant pour préserver sa féminité, son rôle de femme.

En nous référant aux travaux de M. Klein (40) et D.W. Winnicott (70) sur la relation mère-enfant comme base de la construction et de la structuration psychique, nous constatons que quelque chose n'a pas été opérant dans la relation de nos patientes avec leur mère. Nous évoquerons plus en détail ce qui nous semble être à l'œuvre lorsque nous aborderons la psychopathologie.

B- Au niveau de la vie sociale

1- Scolarité et vie professionnelle

Isabelle a une scolarité chaotique révélant déjà ses difficultés psychologiques. Elle n'en parle que très peu.

Lorsque Claudine évoque les quelques métiers qu'elle a faits, c'est pour situer dans le temps une anecdote et lorsqu'elle parle de celui de chauffeur scolaire, c'est pour

argumenter sur ses qualités maternelles avec tous les enfants. A la Maison d'Arrêt Femmes, elle accomplit avec grand soin son travail d'auxiliaire (ménage), seule. Elle œuvre avec zèle, comme elle le faisait chez elle, pour être irréprochable.

2 - Conjugalité

Isabelle et Claudine évoquent beaucoup leur ancien conjoint, source de tous leurs maux. La relation conjugale est marquée par la violence, les mensonges, la trahison et l'abandon.

3 - Corps et sexualité

Chez Isabelle, le rapport au corps est violent, depuis « toujours » : anorexie, crises de boulimie, relations sexuelles non protégées et répétées avec des hommes. Isabelle perçoit-elle son corps comme un objet persécuteur ? Est-ce là une répétition des maltraitances antérieures - les violences sexuelles - qui agissent comme modèle unique du rapport à soi-même ? Peut-être est-ce une façon de le sentir, d'exister ?

Quant à sa sexualité avec Jérôme, elle n'en parle pas.

Claudine, elle, n'évoque la sexualité avec son époux qu'à propos de contraception.

C - Au niveau de la parentalité

L'entrée dans la parentalité se situe plus dans la fabrication d'un objet que dans la création d'une vie. L'enfant trouve son existence dans sa fonction étayante et comblante. La dimension réparatrice apparaît importante dans la narration de leur histoire.

Isabelle parle de « *tout ce qu'elle a fait pour Mathis* » : loisirs, inscription à l'école... nous sommes dans le domaine du factuel et le mode opératoire emplit le discours. On retrouve dans ses écrits la fonction protectrice et comblante de son fils lorsqu'elle note « *J'ai cru que tu m'avais abandonnée...* ».

Claudine investit tant son premier enfant qu'elle en oublie son mari : elle semble ne pouvoir s'occuper que d'un objet à la fois. Dans la chronologie de son histoire, nous constatons que le mari disparaît à l'arrivée d'Erwan puis qu'Erwan « n'est pas là » à la naissance de Nolwenn. Lorsqu' Erwan part vivre chez son père et que Nolwenn est décédée, Claudine peut s'engager dans une histoire avec Yann et à l'annonce de la grossesse, Yann devient immédiatement mauvais et « *infanticide* ».

Claudine ne peut accumuler les objets et la coexistence de deux objets renvoie au clivage bon/mauvais.

Claudine, comme Isabelle, ne dit rien d'autre de ses enfants que ce qui la renvoie à elle-même. Son fils est son « *dédoublement* » et ce qui est bon pour elle est bon pour lui. Leur fonction d'enfant est de la remplir aussi a-t-elle besoin de les avoir.

L'étude de la biographie de ces deux patientes montre des données communes qui nous semblent pertinentes pour une tentative de compréhension psychopathologique du crime filicide.

**ELEMENTS DE
COMPREHENSION
PSYCHOPATHOLOGIQUE DU
CRIME FILICIDE**

Nous allons maintenant tenter de dégager des pistes de compréhension de l'acte infanticide en essayant de trouver un sens voire une fonction à ce crime dans la vie de ces femmes et mères filicides. Cette tentative dépasse le cadre nosographique classique abordé précédemment et s'appuie surtout sur des données psychanalytiques.

Grâce aux travaux de M. Klein (40) et D.W. Winnicott (70), nous étudierons le développement du bébé et les interactions précoces mère-enfant nécessaires à la construction d'un Moi solide. Comme nous l'avons dit à propos des cas d'Isabelle ou de Claudine, il semble que quelque chose dans la relation précoce entre une mère filicide et sa propre mère n'a pas été opérant.

Après avoir abordé le passage à l'acte violent de façon générale, nous terminerons par l'hypothèse qui considère le crime filicide comme une tentative de « sauvegarde psychique » pour la mère filicide. Nous nous appuierons alors sur les travaux de J. Bergeret (8) et C. Balier (5) sur « la violence fondamentale » à l'origine de comportements meurtriers.

I - INTERACTIONS PRÉCOCES ENTRE LA MÈRE ET SON ENFANT

Précédemment, nous avons vu que le processus de maternalité est complexe et qu'il peut être marqué par l'apparition de troubles psychiques.

La naissance est un véritable traumatisme et pour le bébé et pour sa mère. Selon Freud, « L'acte de naissance est la première expérience individuelle d'angoisse » (32) et « C'est l'acte de naissance qui constitue la source et le prototype de l'état affectif caractérisé par

l'angoisse » (33). Il précise que « L'expérience d'angoisse de la naissance est le prototype de toutes les situations de dangers ultérieurs » (33). Ces expériences constituent les « sédiments d'événements traumatiques très anciens » (32) qui réapparaissent lorsqu'une situation similaire se présente. La première expérience de séparation se fait avec la mère, c'est pourquoi nous voulons insister sur les interactions fantasmatiques précoces entre une mère et son bébé.

Les premières relations entre une mère et son bébé sont primordiales pour la constitution du psychisme de l'enfant et pour son développement ultérieur.

Marcelli (45) insiste sur l'importance du regard dans les premières relations entre un enfant et ses parents : ce sont eux qui vont stabiliser le regard de leur enfant en le captant durablement. Il ajoute que les humains sont les seuls êtres à se regarder durablement dans les yeux alors que les animaux détournent le regard. Il conclut que « Le regard fonde le lien humain et sert ensuite d'armature au langage des mots ». Un bébé dont la mère est en difficulté pour le regarder aura probablement des troubles psychologiques.

Si la mère est défaillante dans ses fonctions, les conséquences pour l'enfant - futur adulte, futur parent - peuvent être dramatiques.

D.W. Winnicott (70) explique que « La technique des soins, des visages vus, des sons entendus et des odeurs senties seront juxtaposés pour composer un seul être qu'on appellera la mère ». Elle n'est pas seulement génitrice ou nourrice puisque « C'est à la mère (réelle ou adoptive) qu'il appartient de protéger l'enfant de complications qui ne peuvent être comprises par l'enfant et de lui fournir sans cesse la parcelle simplifiée du monde ». Elle doit « mettre le monde à la portée de l'enfant sous une forme limitée ».

Selon Winnicott, « La santé psychique de l'individu dépend de la mère qui assure [...] un environnement facilitant, c'est-à-dire un environnement dans lequel les processus de croissance naturels du nourrisson et les interactions avec l'environnement évoluent selon le modèle dont il a hérité. La mère établit sans le savoir les bases de la santé psychique. ». Il ajoute « qu'elle établit aussi les bases de la force de caractère et de la richesse de la personnalité ».

La mère joue un rôle primordial dans le développement de son enfant ; *normalement*, elle le fait sans y penser parce qu'elle-même a été un bébé ce qui lui permet de s'identifier à son enfant et de connaître ses besoins. L'environnement social et affectif de la mère et en particulier les relations avec son conjoint sont des conditions importantes pour permettre à la mère d'assurer ce rôle.

Le tout jeune bébé est dans une situation de dépendance absolue ou presque absolue où le non-Moi n'est pas distingué du Moi.

Au stade de non distinction Soi / non-Soi, l'objet n'est pas encore séparé du nourrisson. L'accès au stade suivant peut se faire grâce aux expériences vécues par le nourrisson du fait du comportement d'adaptation de la mère. Grâce à ce comportement d'adaptation, le nourrisson peut découvrir à l'extérieur du Self ce qui est nécessaire et attendu.

Pour M. Klein, le monde interne de l'enfant est formé par l'introjection du sein si toutefois il a pu se montrer capable de contenir les émotions ressenties par le nourrisson. Celles-ci sont placées dans le sein par identification projective. C'est donc la capacité de la mère à faire face aux angoisses de son enfant, à contenir sa pensée chaotique qui permet l'établissement du psychisme de l'enfant. Le sein vécu comme un bon objet forme le premier noyau du Moi et le premier éveil à la réalité. Le « bon sein intérieur » fonde le narcissisme, le sentiment de confiance en soi et en l'existence. La répétition de l'expérience de tension suivie de la satisfaction amène à l'établissement du principe de réalité où le nourrisson accepte graduellement le plaisir procuré par la satisfaction même si elle n'est pas aussi totale et immédiate qu'il le désire.

M. Klein décrit deux positions : la position schizo-paranoïde et la position dépressive. La première consiste à cliver bons et mauvais objets, « bon et mauvais sein » de façon que le mauvais ne menace pas le bon. La position dépressive est atteinte quand l'enfant intègre bons et mauvais objets partiels en un seul objet total : sa mère peut être à la fois gratifiante et disponible ou frustrante et absente. Le bébé prend également conscience de sa propre ambivalence, c'est-à-dire de ses sentiments d'amour et de haine envers l'objet maternel. Pour M. Klein, la position dépressive est une position centrale dont la résolution progressive va permettre à l'enfant de développer le sens de la réalité, la communication avec autrui et ainsi d'intégrer sa personnalité. Ce processus nécessite une continuité

suffisante de la présence maternelle, qualitativement et quantitativement. M. Klein insiste sur le rôle de la fonction paternelle dans les processus mentaux permettant à l'enfant l'élaboration de cette position dépressive.

Winnicott utilise les termes de *holding* (maintien) et de *handling* (maniement) pour décrire « tout ce qu'une mère fait en prenant physiquement soin de son bébé, y compris même en posant le bébé lorsque le moment est venu pour le bébé de faire l'expérience d'un holding avec des matériaux convenables, autres que des êtres humains ». Pour cela l'auteur fait l'hypothèse que la mère est dans un état où elle s'identifie à son bébé sans avoir à y penser et elle sait ce qui est nécessaire à son bébé. C'est ce qu'il nomme la « préoccupation maternelle primaire » : c'est un moment de réaménagements psychiques pour la mère qui va lui permettre de prêter le soutien de son Moi à son enfant, « Moi auxiliaire maternel » (70). Quand elle est en bonne santé et qu'elle a le soutien de son entourage et particulièrement du père, elle le fait sans perdre sa propre identité.

L'auteur distingue ainsi deux types de nourrisson en fonction de l'examen du holding :

- Ceux qu'on n'a pas « laissé tomber » dans l'enfance et dont la foi en la fiabilité de leur environnement leur assure une fiabilité personnelle, facteur important de « l'état conduisant à l'indépendance » et permettant la constitution d'un Moi autonome.
- Les nourrissons qu'on a « laissé tomber » de façon significative. Ces enfants ont en eux l'expérience d'une angoisse impensable ou archaïque. Winnicott parle d'« agonie primitive » qui reste présente tout au long de la vie du sujet.

Un environnement facilitant est nécessaire à la réalisation des processus de maturation dont l'« intégration » est un phénomène capital. Elle permet au nourrisson d'*être*. Winnicott décrit trois grandes étapes du développement affectif primaire : l'intégration du *Self*, la résidence de la psyché dans le corps et l'établissement de la relation d'objet. Ces trois étapes correspondent plus ou moins aux trois fonctions de la mère : le maintien (*holding*), le maniement (*handling*) et la présentation d'objet (*object-presenting*).

Si l'environnement facilitant est défaillant, il en résulte un défaut d'intégration ou la désintégration à partir d'un état d'intégration. La croissance du Moi est alors impossible. La désintégration est une des angoisses les plus impensables de la petite enfance et elle est

insupportable. La « continuité d'être » est interrompue et apparaît alors un clivage dans la personnalité. Freud définit le clivage comme « une déchirure dans le Moi, déchirure qui ne guérira jamais plus mais grandira avec le temps » et il ajoute qu'« il se produit sous l'influence d'un traumatisme psychique ». Ainsi le clivage permet de régler un conflit entre les exigences pulsionnelles du Moi et la réalité externe.

Normalement (au sens winnicottien), la mère sait les besoins fondamentaux de son enfant, sans y penser. Grâce au contact non actif entre la mère et son bébé via le holding, tous deux ont le sentiment de ne faire qu'un alors qu'en fait ils sont deux. Cette expérience permet au bébé d'être, de se sentir réel et de progressivement faire l'expérience de soi.

Bion parle de capacité de « rêverie maternelle » grâce à laquelle la mère s'adapte à son enfant et décode ses besoins.

Bion postule qu'il existe des éléments alpha qui sont appréhendables par le sujet et des éléments bêta non assimilables. Le passage d'un élément bêta à un élément alpha se réalise par la fonction alpha. Elle permet la mentalisation du monde : c'est le processus qui permet de « faire de la pensée », de passer de l'expérience sensorielle à la forme mentale de cette expérience.

Ce qui ne peut être « psychisé » par la fonction alpha conserve un statut d'indicible, d'irreprésentable. Les éléments bêta sont toxiques pour la psyché ; un processus permet leur évacuation, l'identification projective. Elle permet d'évacuer au dehors de soi, dans l'autre, les éléments bêta qui ne peuvent être contenus dans sa psyché. C'est alors à l'autre de les contenir.

L'identification projective est normale dans toute relation mère-bébé et est constitutive du développement de l'enfant.

Lorsqu'il vient au monde, le bébé est assailli par des sensations, des choses terribles telles que la faim. En raison de l'immaturation de son appareil psychique, le bébé ne peut contenir ces expériences bêta et il ne peut les transformer en éléments alpha. La mère reçoit l'identification projective et par sa capacité de « rêverie », elle pense les sensations pour son enfant pour qu'il puisse les élaborer secondairement. La mère donne du sens aux éprouvés corporels de son enfant, « elle lui permet de psychiser ».

Nous avons évoqué la « contenance » de l'appareil psychique : le Moi a besoin d'une frontière, d'une « peau ». L'expérience du holding permet la constitution de cette frontière Moi / non-Moi. Le corps de la mère qui entoure le bébé fournit une protection qui permet la constitution de cette peau-interne, « Moi-Peau » de D. Anzieu.

La naissance du Moi-Peau est une condition essentielle à l'émergence du Moi

La constitution d'un Moi solide et autonome de l'enfant se fait grâce à l'adéquation des réponses de la mère aux besoins de son enfant. La mère suffisamment bonne n'est pas une mère « parfaite », au contraire une mère suffisamment bonne doit être aussi « suffisamment mauvaise » et accepter cette ambivalence.

On parle de « position maternelle » dans laquelle est placée et se place la mère pour définir son rapport à l'autre.

Si la mère satisfait aux besoins élémentaires vitaux, elle est aussi source de détresse lorsqu'elle tarde à répondre ou qu'elle s'absente. La mère constitue l'expérience première de la relation objectale qui servira de modèle aux futurs investissements. Elle est la « personne qui s'adapte sur un mode actif aux besoins de l'enfant et progressivement s'adapte de moins en moins étroitement » et qui doit « donner des possibilités suffisantes d'illusion pour ensuite désillusionner l'enfant progressivement ». (70) Le nouveau-né fait ainsi l'expérience du manque et c'est par l'alternance d'absence et de présence de l'objet maternel que l'enfant va se construire et va pouvoir émerger en tant que sujet parlant et désirant.

Lorsque la mère est présente, elle est le bon objet et lorsqu'elle s'absente, elle est l'objet haï. Quand l'enfant est certain du retour de sa mère alors les sentiments de haine et d'amour peuvent cohabiter au sein d'un conflit interne. Cette ambivalence est structurante dans le développement de l'enfant. Pour M. Klein, cette capacité d'aimer et de haïr, la possibilité de discerner l'un de l'autre sentiment et de tempérer la haine par l'amour est un des critères de santé mentale.

Les expériences répétées du manque de la mère favorisent l'organisation d'un Moi comme entité autonome et délimitée si le bébé est certain du retour de sa mère. La permanence de

l'objet permet la constitution d'un narcissisme solide, en revanche, les discontinuités fragilisent le narcissisme et rendent le Moi dépendant à l'objet maternel.

Ainsi, « Les carences maternelles provoquent des phases de réactions aux empiètements et ces réactions interrompent « la continuité d'être » de l'enfant ». L'enfant se trouve alors soumis à la « menace d'annihilation [qui est] une angoisse primitive très réelle qui inclut le mot mort dans sa description ». (70) Ce traumatisme provoque chez le nourrisson un état confusionnel suivi d'une réorganisation des défenses où vont prédominer des défenses plus archaïques.

La non-réponse de la mère, l'insatisfaction et l'impuissance créent un traumatisme. L'annonce de sa répétition suscite normalement une angoisse qui agit comme un signal d'alarme et déclenche la mise en place d'une réaction d'évitement. De nombreux auteurs ont souligné dans le « jeu de la bobine » le rôle de l'angoisse signal d'alarme permettant à l'enfant de maîtriser le traumatisme de l'absence de sa mère (5).

L'absence d'angoisse-signal génère une répétition du traumatisme originaire, fondé sur la séparation d'avec la mère protectrice. Il constitue une menace pour l'unité du Moi.

Isabelle et Claudine n'ont peut-être pas eu une relation précoce avec leur mère leur permettant la constitution d'un Moi solide et autonome. Leur narcissisme est fragile et elles ont recours à des mécanismes de défense archaïque tels le clivage. Chaque séparation vient réactiver le traumatisme originaire et ainsi la haine destructrice envers l'objet source de frustration.

C'est à partir d'une position maternelle omnipotente qu'elles doivent elles-mêmes se construire comme mère. Nous pensons que les femmes filicides ne peuvent accéder à la position maternelle parce qu'elle restent avant tout enfant de leur mère toute-puissante, dépendante de l'objet maternel. C'est « comme si la seule mère possible était la leur ».

Nous avons essayé de décrire les mécanismes nécessaires à la constitution d'un Moi délimité et autonome. Ils résident selon nous dans les interactions précoces entre une mère et son bébé.

Si elles sont défaillantes, le sujet se construit avec un Moi fragile, des carences narcissiques majeures et le maintien des investissements des imagos archaïques, particulièrement l'imago maternelle toute-puissante.

Des femmes comme Claudine ou Isabelle dont la relation précoce avec leur mère ne leur a sans doute pas permis la construction d'un Moi solide vont à leur tour devenir mère. La survenue d'un enfant est toujours marquante : « Rien de sera plus jamais comme avant »... La maternité est un processus complexe comme nous l'avons vu et ces femmes vont aborder la grossesse et la naissance avec leurs fragilités.

Le désir de « faire » un enfant pour ces femmes peut être compris comme une tentative de « colmater » les brèches d'un narcissisme fragile, de les « combler ». L'enfant constitue « un désir de puissance et de réparation narcissique, tout à fait opposé au désir de féminité qui est refoulé » (30). S. Faure-Pragier constate qu'avoir un enfant peut reposer sur un « souci de normalité aux attentes sociales, un désir d'être considéré comme adulte à part entière [fondé sur l'espoir de] retrouver avec son enfant le bonheur rêvé [...] pas obtenu de sa mère » (30). Ainsi « le souhait d'enfant exprime l'espoir de retour au sein maternel, une illusion autarcique sur un mode narcissique » (30). S. Faure-Pragier démontre que la maternité vise à « quitter le statut psychique d'enfant soumise » lié à l'attachement primaire à la mère. Elle précise qu'« à travers la maternité et l'enfant « objet partiel », c'est la mère qui est visée. Une désintrication pulsionnelle en l'absence de symbolisation peut mettre la haine au premier niveau ».

Alors que le « destin de la maternité dépend avant tout du problème central de l'identification à la mère » (60) , comment ces femmes « attachées à leur mère toute-puissante » pourraient-elles accéder à une position maternelle ?

Il nous paraît important de faire ici référence à la théorie de l'attachement de Bowlby qui propose une nouvelle compréhension de la genèse du lien fondamental qui fait qu'un bébé s'attache à ceux qui l'élèvent. Le moteur de cette construction est la satisfaction du besoin inné du bébé de proximité et le sentiment de sécurité procuré par cette proximité. Le système d'attachement se construit en interaction entre les besoins innés du petit et les réactions réelles de l'environnement. Il conduit à un système de représentations actives tout au long de la vie qui organise les perceptions du monde dès que le sujet est en situation de vulnérabilité ou de détresse. Jusqu'en 1990, en France, la théorie de l'attachement est un tabou dans le monde psychanalytique, c'est lors du « colloque imaginaire sur l'attachement » de Zazzo que va débiter le débat sur la théorie

de l'attachement. Avec D. Wildlöcher, partisan des thèses de Bowlby, S. Lebovici, reconnaît le caractère novateur de la théorie de Bowlby et l'intérêt des modèles éthologiques et D. Anzieu propose sa théorie du « moi-peau » et l'idée d'une pulsion d'attachement. Les travaux de Bowlby font suite à ceux de R. Spitz sur l'hospitalisme et ceux de Harlow sur l'importance du contact maternel chez les animaux.

Plusieurs approches en psychologie cherchent depuis longtemps à comprendre l'importance des premières relations affectives sur le développement socioaffectif. A cet effet, Bowlby caractérise ce lien précoce par l'attachement et affirme qu'il repose sur des fondements biologiques. Dans la trilogie *Attachement et Perte*, dont le premier volume est publié en 1969, Bowlby va exposer les bases conceptuelles de sa théorie. Il faut différencier l'attachement au sens de la « fonction d'attachement », des « comportements d'attachement ». La fonction d'attachement est une fonction adaptative, au sens de l'évolution des espèces, (dans une perspective darwinienne). Il s'agit d'une fonction de protection, en effet la proximité qu'elle permet de garder auprès des figures adultes protectrices sert dans la lutte contre les dangers de l'environnement. Ainsi le but des comportements d'attachement peut être la recherche ou le maintien de la proximité avec la figure d'attachement que l'on peut définir comme toute personne qui s'engage dans une interaction sociale animée avec le bébé et durable, et qui répondra facilement à ses signaux et à ses approches. L'enfant a une tendance innée à s'attacher spécialement à une figure, ce qui signifie que dans un groupe stable d'adultes, une figure deviendra une figure d'attachement privilégiée, (Holmes, 1995).

L'attachement constituerait un besoin social primaire qui ne serait pas réductible à la satisfaction de besoins physiologiques comme l'alimentation.

La notion d'attachement se réfère à une notion spatiale qui est la distance modulable entre le bébé et la figure d'attachement, et à des comportements qui permettent de moduler et d'adapter cette distance aux besoins de l'enfant. Le système d'attachement se définit comme ce qui maintient la proximité et son corollaire interne, le sentiment de sécurité. Tout ce qui favorise la proximité, en donnant un sentiment de sécurité, appartient au comportement d'attachement. Celui-ci permet à l'enfant d'explorer son environnement progressivement, à partir de son point de référence qu'est sa figure d'attachement, vers laquelle il peut revenir en cas de danger.

Bowlby postule l'existence d'une construction du psychisme à partir des expériences, lesquelles viennent à chaque moment du développement s'intégrer dans des acquis précédents et modifier ceux-ci. Il s'agit d'un processus d'intégration et d'auto-organisation dont dépendront ensuite les comportements sociaux de la personne. Il va parler de « modèles internes opérants » qui apparaissent dès le milieu de la première année. Au travers de ces modèles l'enfant développerait progressivement une certaine compréhension non seulement des comportements mais également des motivations de ses proches (sur lesquelles il pourra agir au début de la phase du « partenariat ajusté »). Ces modèles porteraient donc sur les figures d'attachement et se réfèreraient à la disponibilité de ces personnes à percevoir les signaux, à répondre aux demandes de réconfort et en même temps à soutenir une certaine ouverture vers l'extérieur. Ces modèles perdureraient durant l'enfance et l'âge adulte, ils permettraient d'interpréter et d'anticiper les comportements des partenaires sociaux, de guider les attitudes de l'individu dans les relations et de contribuer à la sélection des événements encodés dans la mémoire.

C'est grâce à « la situation étrange » de Mary Ainsworth (1968) que les quatre types d'attachement ont été mis en évidence ; il s'agit de la méthode standardisée la plus utilisée pour évaluer la qualité de l'attachement de l'enfant aux personnes qui s'occupent de lui. Elle décrit la capacité de l'enfant à utiliser sa figure d'attachement comme base de sécurité à partir de laquelle il peut explorer son environnement. Les quatre types d'attachement sont :

- l'attachement sécure, groupe B, 65% des enfants
- l'attachement insécure évitant, groupe A, 21% des enfants
- l'attachement insécure ambivalent ou résistant, groupe C, 14% des enfants
- l'attachement insécure désorganisé-désorienté, groupe D, 5 à 10% des enfants

Nous remarquons que cette théorie insiste également sur l'importance des relations précoces pour la construction du psychisme de l'enfant et ses relations ultérieures « au monde ». Main a développé l'AAI (Adult Attachment Interview) qui permet de décrire quatre types d'attachement chez l'adulte : sécure, détaché, préoccupé et non-résolu, désorganisé. On peut alors se poser la question d'un lien éventuel entre le type d'attachement du parent et celui que se construit son enfant à son contact.

Quelles que soient finalement les références théoriques, tous les auteurs s'accordent sur l'impact majeur des défaillances des premières relations entre un bébé et son environnement pour le devenir de celui-ci. Il semblerait que les relations parent-enfant soient perturbées dans la famille d'origine du parent meurtrier.

Nous faisons donc l'hypothèse que le crime filicide est avant tout lié à une pathologie de la filiation, une pathologie du lien. D'ailleurs, M. Benhaïm (7) constate que tous les infanticides ont été commis sur des enfants biologiques et qu'on ne retrouve aucune femme meurtrière d'un enfant adoptif.

II – LE PASSAGE À L'ACTE MEURTRIER

A - Généralités sur le passage à l'acte

Le psychiatre utilise le terme de « passage à l'acte » pour décrire une action à caractère brusque, automatique, impulsive, impliquant soi-même et les autres, son corps, ses objets, dont les expressions extrêmes sont le suicide et l'action criminelle et dont l'homicide constitue la figure paradigmatique. Cet agir peut inaugurer de façon prodromique une affection en la révélant bruyamment, émailler son cours dans un moment fécond ou au contraire survenir de façon inopinée sans lien avec une affection particulière.

Le passage à l'acte se retrouve dans les descriptions des différentes affections mentales de façon trans-nosographique et trans-structurale. Ainsi se rencontre-t-il dans les pathologies mentales (schizophrénie, paranoïa, mélancolie, manie) et dans l'ensemble des troubles de la personnalité. Il concerne aussi, au-delà de ces entités pathologiques franches, le mal-être existentiel, l'angoisse, la dépression, la crise d'identité et la déplétion narcissique ; il peut se manifester sous la forme d'un raptus suicidaire, de conduites d'automutilation ou de troubles addictifs.

G. Jovelet (38) souligne ainsi que « la clinique de l'acte trouve sa limite dans l'absence de principe unificateur » et que « la seule identité et homogénéité est la clinique de la

psychiatrie médico-légale, soit la clinique de l'acte » marquée par des limites floues entre le normal et le pathologique. Selon l'auteur, ces limites évoluent en fonction des idéaux et des normes de la société ; c'est la relativité culturelle mais aussi des normes du vivant comme G. Canguilhem les a énoncées. Tout acte, même monstrueux, comporte sa part d'humain sinon d'humanité.

Au moment du passage à l'acte, la pensée et la parole sont suspendues. L'acte vient faire rupture du point de vue du sens et aussi du point de vue temporel. Le passage à l'acte détermine un avant et un après ; l'acte comme marque historique anticipe l'avenir qu'il laisse ouvert à une conséquence ou sentence ultérieure. Cette rupture, cette effraction dans le champ du réel, imaginaire et dans le champ du langage, procède selon J.A. Miller d'une « tentative de nomination ».

Une dichotomie s'observe entre la sphère de l'acte, des comportements et celle de la parole alors qu'il existe en permanence des interactions et des influences réciproques de l'une sur l'autre. Le passage à l'acte est le témoin d'une rupture de la chaîne logique entre parole et action. D'ailleurs les patients souvent ne se reconnaissent pas dans leur passage à l'acte, comme si ce n'étaient pas eux... L'irruption d'un agir témoigne d'une faille dans le système parole-action mais l'agir ne doit pas être considéré a priori comme négatif. En effet, il peut permettre une remise en équilibre rapide de l'individu alors que le psychisme a été pris en défaut. La fréquence d'utilisation de ce mécanisme, les conséquences de l'agir dans le réel, la capacité du sujet d'identifier ce fonctionnement, de se l'approprier et de tenter d'y trouver des réponses intrapsychiques feront la différence en terme de pronostic.

La pensée et la mentalisation sont évacuées dans le passage à l'acte. La primauté de l'action motrice semble canaliser toutes les énergies et paraît empêcher la mentalisation quelles que soient les structures psychopathologiques sous-jacentes. De plus, le « défaut structurel » de la capacité de mentalisation peut aussi favoriser la prédominance des passages à l'acte en tant que fonctionnement privilégié.

1 - Mentalisation, appareil à penser et agir

La mentalisation ou la capacité d'élaboration psychique suppose l'existence d'un bon « appareil à penser » comme le nomme Bion. Nous l'avons vu, les éléments bêta projetés dans le « pensoir » de la mère, c'est-à-dire l'appareil à penser de la mère, sont soumis à des activités de liaison qui leur donnent un sens. Ils sont alors restitués sous la forme d'éléments alpha et vont participer à la formation du « pensoir » propre du sujet. Pour Bion la naissance de l'activité de penser les pensées est liée à la capacité de tolérer les frustrations. En revanche, l'incapacité de tolérer la frustration aboutit au fait qu'au lieu d'avoir une pensée, il y aura un mauvais objet. F. Millaud (49) cite à ce propos Chasseguet-Smirgel : « Il en résultera une perturbation du développement de l'appareil à penser [...]. La machinerie appropriée est ressentie non comme étant un appareil à penser les pensées, mais un appareil à même de débarrasser la psyché de l'accumulation de mauvais objets internes ». Bion et Chasseguet-Smirgel font le lien avec ce que Freud a dit au sujet de la pensée dans les deux principes du fonctionnement mental. Freud introduit l'activité de penser comme une étape importante de l'acquisition du principe de réalité même si une partie de l'activité de penser peut se détacher de l'épreuve de réalité et rester soumise au principe de plaisir (fantasmatisation, rêverie). Ceci évoque les situations cliniques où les patients impulsifs et immatures sont incapables de tolérer une attente, une frustration minime et identifient immédiatement le responsable de la frustration qui devient alors l'ennemi, le persécuteur qui de ce fait peut être victime d'agression.

La constitution d'un bon « appareil à penser » est donc indispensable et dépend des premières relations mère-enfant. Meilleur est cet « outil » et meilleur sera le fonctionnement du sujet au niveau psychique et au niveau de l'adaptation sociale. Millaud insiste sur un deuxième élément qui est l'entretien de l'appareil à penser. Celui-ci est soumis à différents facteurs externes qui peuvent modifier son fonctionnement : agression sur les structures cérébrales et traumatismes psychologiques. Un premier traumatisme peut entraîner une « enclave intrapsychique » ; celle-ci peut être réactivée à l'occasion d'un second traumatisme et provoquer un éclatement de l'appareil à penser et se traduire par un passage à l'acte. Pour Williams, c'est la possibilité de tolérer une angoisse dépressive dans le traitement qui permet des tentatives de réparation et ainsi la diminution des passages à l'acte à venir.

2 - Distinction passage à l'acte et acting-out

Il nous paraît important de distinguer le passage à l'acte de l'acting-out ce qui n'est pas évident, ces deux termes en France équivalant au seul terme anglais « acting out ». La confusion est liée également à la référence ou non au cadre analytique. Laplanche et Pontalis (56) mentionnent que le terme « passage à l'acte » est utilisé à la fois dans la littérature analytique et dans la clinique psychiatrique où l'on tente de réserver ce concept de façon exclusive à des actes impulsifs, violents, agressifs. Il ne comporte alors pas de référence à une situation transférentielle ce qui est le cas dans la situation analytique.

La distinction entre acting out et passage à l'acte a été apportée par Lacan. Nous allons tenter de résumer sa pensée grâce à Millaud (49). Lacan écrit que « ce qui n'est pas venu au jour du symbolique apparaît dans le réel, réel subi avec l'hallucination, réel agi avec l'acting out ». Pour lui, l'avènement au symbolique, à la capacité de symboliser repose sur l'oedipe. Il postule que l'existence d'un père symbolique repose sur l'existence d'un « quelque chose » qui répond à cette fonction définie par le « nom du père ». Le père n'est présent que par sa Loi qui est parole et ce n'est que dans la mesure où sa parole est reconnue par la mère qu'elle prend valeur de Loi. Si la position du père est mise en question, l'enfant demeure assujéti à la mère. Si donc le père est reconnu par la mère comme homme et représentant de la Loi, le sujet aura accès « au nom du père » ou « métaphore paternelle » qui donne un fondement symbolique de la famille. Un défaut de reconnaissance symbolique par la parole dans le cadre d'un traitement analytique, qui peut être dû par exemple à une erreur d'interprétation, peut amener un acting out. Dans ce sens, pour Lacan, lors de l'acting out, le sujet s'adresse à l'autre. Il ajoute que l'acting out, c'est quelque chose dans la conduite du sujet essentiellement qui se montre. L'accent démonstratif, l'orientation vers l'autre de tout acting out doit être relevé. L'acting out se situe du côté du symptôme alors que le passage à l'acte se trouverait situé du côté de l'angoisse. Lacan évoque ainsi « l'aspect résolutoire de l'angoisse » comme fonction principale du passage à l'acte.

Millaud insiste sur la dimension de « recherche relationnelle » de l'acting out. Si elle n'existe pas, nous nous situons dans le registre du désespoir, de la solitude, de l'évacuation de l'autre et aussi dans une tentative désespérée de contrôler l'autre à tout prix, c'est-à-dire du côté du passage à l'acte à proprement parler. Il ajoute qu'il est donc nécessaire d'être à

l'écoute de ce que disent les patients par leurs agirs et d'essayer de décoder le mieux possible, avec eux, le sens de ce qu'ils mettent en acte.

Il nous semble important de pouvoir évaluer les structures psychopathologiques des patients car « l'agir » s'y manifeste différemment.

3 - Modèle structurel

Millaud propose un modèle d'articulation mentalisation-agir-structure.

3.1 Structure psychotique

A l'intérieur d'une structure psychotique, la mentalisation est toujours perturbée et peut prendre principalement deux aspects.

- Le processus de mentalisation peut être inexistant du fait d'une incapacité du sujet à organiser sa pensée. Les éléments surviennent de façon disparate en rapport avec des anomalies perceptuelles profondes. Les agirs sont alors les témoins de cette emprise directe des perceptions et des pulsions sur le psychisme du sujet qui n'est pas capable de les contenir, les métaboliser et les restituer sous une forme digérée.

- La mentalisation peut être élaborée, importante et même éventuellement occuper de façon prédominante le champ de conscience. Elle se construit alors de façon logique avec certains contenus délirants. L'agir dans ce cas n'est pas lié à une rupture entre le processus de mentalisation et l'action mais à une rupture à un niveau antérieur, celui de l'émergence du contenu mental. La rupture se situe au niveau du décodage perceptuel des informations extérieures ou corporelles. C'est le cas de certains délires paranoïdes ou des délires paranoïaques. La rupture ne pouvant être « reconnue » par le sujet, celle-ci conduit inévitablement à l'apparition de passages à l'acte.

3.2 Aménagement limite

Dans les organisations limites, on peut considérer que la perturbation du processus de mentalisation se traduit essentiellement sur le mode de la tentative d'évacuation de la pensée. Le passage à l'acte est alors le moyen privilégié pour éviter tout contact avec l'angoisse ou pour l'évacuer. Ces patients utilisent à la fois le passage à l'acte et l'acting out lorsqu'ils entrent en relation, que cette relation s'inscrive ou non dans un cadre de soins. La fuite dans l'action permet au sujet d'évacuer sa pensée et de trouver un équilibre artificiel auquel il tente de se raccrocher à tout prix mais il le fait au détriment de ceux qui sont en relation avec lui en s'attaquant à leur propre processus de mentalisation. Ces attaques répétées contre le psychisme tendent à tout ramener au processus de l'action.

3.3 Structure névrotique

Le névrotique se situe beaucoup moins dans « l'agir ». Habituellement, sa capacité de mentalisation lui permet une bonne adaptation sociale. Les processus pathologiques peuvent l'entraîner vers l'expression d'acting out où dominant la passivité, l'inhibition motrice et parallèlement une sorte d'emballlement du processus de mentalisation qui tourne alors « à vide » (ruminations anxieuses par exemple).

B - L'agir criminel et la « Violence fondamentale »

Après avoir dégagé quelques idées sur le passage à l'acte en général, nous allons essayer de préciser ce qui pourrait être en jeu dans l'agir criminel en nous appuyant sur les travaux de Bergeret (8) et de Balier (5).

M. Klein (40) explique les tendances criminelles naturelles des enfants par la projection sur l'objet, non seulement de la haine primitive, mais du Surmoi intériorisé, responsable de l'angoisse, en réponse aux pulsions sadiques et de la partie du Ça dont l'enfant veut se débarrasser. Elle attribue donc les manifestations d'agression du criminel à une réaction

par rapport à un Surmoi écrasant. La pulsion sadique, renforcée par la projection d'un Surmoi cruel sur un entourage dont le rôle est surestimé, expliquerait la tendance criminelle. Une des défenses utilisées serait l'introjection de l'objet idéalisé permettant au sujet de ressentir un sentiment de toute-puissance.

Elle conclut : « Si le comportement criminel dérive ainsi d'une angoisse primitive, notre unique espoir de comprendre le criminel, [...], serait, semble-t-il, dans l'analyse des couches les plus profondes de sa vie psychique. ».

Freud a décrit « les criminels par sentiment de culpabilité ». Il s'agirait d'un sentiment de culpabilité inconscient et le délit serait une façon de satisfaire la recherche d'auto-punition.

Devant les tentatives de compréhension et d'explications de l'acte criminel, Balier (5) se pose la question de savoir si le comportement criminel est pathologique ou pas. La normalité est relative, dépendant de l'époque et du contexte culturel tant dans le registre de la loi sociale que de la santé. Pour cet auteur, le recours à l'analyse métapsychologique permet d'échapper à ce genre d'impasse. C'est l'histoire de l'individu qui nous semble intéressante pour permettre de comprendre pourquoi il a posé un tel acte.

Nous l'avons évoqué, le recours à l'agir trahit une incapacité de maîtrise des pulsions ; le passage à l'acte court-circuite la mentalisation.

L'agressivité est au centre du passage à l'acte puisqu'il résulte d'une incapacité à supporter la tension inhérente au respect du principe de réalité, ce qui inclut l'égard pour l'objet. Balier, en référence à la métapsychologie freudienne, parle « d'agressivité libre » pour décrire une agressivité primaire, mal structurée. L'agressivité libre ou rendue libre serait le résultat de la désintrinsication ou défusion des pulsions. Elle correspond à la destruction de la vie psychique et des objets internes. L'agressivité libre appelle la mise en place de défenses pour échapper à la destruction ou à la désorganisation telles que l'identification à un personnage parental doté de toute-puissance narcissique qui constituera un Idéal du Moi substitutif non internalisé.

Ceci nous ramène aux problèmes posés par les premiers mouvements accompagnant la constitution du sujet et de l'objet et donc nous ramène aux relations précoces mère-enfant. Si la mère est défaillante au moment de la constitution des bases du narcissisme de l'enfant

lui permettant de faire face au vide de la séparation, des solutions vont devoir être trouvées. E. et J. Kestemberg font appel à la notion « d'identification à l'agresseur » : pour se protéger des ruptures, le sujet organiserait une unité fantasmatique entre un Idéal du Moi mégalomane et l'imgo de la mère archaïque. Cette unité constituerait un des noyaux précoces du Surmoi, ce qui expliquerait certains aspects de l'automatisme de répétition. Ce mécanisme d'identification à l'agresseur a été mis en évidence par Freud à travers son observation du jeu de la bobine : « [l'enfant] était passif, à la merci de l'événement mais voici qu'en le répétant [...] il assume un rôle actif ». Anna Freud le perçoit comme un « mécanisme de défense isolé » face à un danger extérieur. L'agressé prend l'agression à son compte en imitant ou adoptant les attributs tout-puissants de l'agresseur.

On peut noter le rôle majeur des imagos archaïques fortement investies, des fantasmes les concernant et des carences narcissiques dans la constitution de l'agressivité libre au centre des passages à l'acte.

Bergeret fait référence également aux imagos archaïques et à l'importance vitale du narcissisme dans son ouvrage *La Violence fondamentale* (8). Bergeret postule l'existence de « la violence fondamentale » qui serait un instinct de survie reposant sur un fantasme primaire et qui se résumerait par la formule « moi ou l'autre » ou « moi ou elle » puisqu'il s'agit des premières relations de l'enfant avec sa mère. Ce n'est que secondairement que la violence fondamentale représentant une énergie considérable se lierait à la libido et pourrait alors évoluer et s'élaborer à travers les différents stades de la formation de la personnalité. Mais il resterait toujours possible qu'un noyau de violence primitive demeure à l'écart du processus de libidinisation et se manifeste un jour sous l'effet de certaines circonstances. C'est ce que Bergeret désigne par le terme « d'imaginaire non représentable » qui peut être l'objet d'une reprise dans un après-coup. L'environnement joue un rôle important dans la mise en représentation de la violence fondamentale. Aussi, la carence imaginaire environnementale est-elle responsable de la structuration défailante du fonctionnement mental de certains sujets. Bergeret cite S. Isaacs pour laquelle il y a une totale réversibilité des rôles attribués au sujet et à l'objet dans la fantasmatique primitive : dévorer ou être dévoré. Tuer ou être tué. C'est grâce à l'imaginaire de la mère

que peut se construire ensuite une élaboration impliquant l'intrication des pulsions, dans une fantasmatique tour à tour orale, anale, phallique et génitale.

Bergeret pense qu'il faudrait « reconnaître l'importance des sentiments réciproques de lutte pour la vie qui opposent primitivement parents et enfants ». Il souligne l'importance des fantasmes violents, non intégrables, avant la libidinisation et l'amorçage oedipien. Il distingue bien agressivité et violence, la première connotant l'intégration libidinale et la notion de culpabilité alors que la seconde se situerait en amont de la problématique oedipienne. Précédemment, nous avons employé le terme « d'agressivité libre » qui lui se rapproche de la « violence » de Bergeret.

La genèse du comportement meurtrier pourrait donc s'expliquer par des défauts dans les interactions précoces entre une mère et son bébé pouvant générer des troubles narcissiques graves et la mise en place de mécanismes de défense tels le clivage, l'identification à l'agresseur. De plus, la relation objectale ne peut se mettre en place et l'imgo archaïque de la mère toute-puissante perdue empêchant d'autres investissements objectaux. Le concept de « noyau de violence fondamentale » reposant sur le fantasme primaire « moi ou lui », animé ni par la haine ni par l'amour, permettrait de comprendre l'agir criminel.

Centrons-nous maintenant sur les particularités du crime filicide. Pourquoi tuer son propre enfant sensé représenter l'être le plus aimé ? Comment pouvons-nous appréhender cet acte terrible en nous aidant des axes dégagés précédemment ?

III - LE CRIME FILICIDE, UNE TENTATIVE DE SURVIE PSYCHIQUE?

L'agir criminel pourrait donc s'expliquer par un Moi défaillant, immature et non autonome, lié à des interactions précoces perturbées entre une mère et son enfant. La présence discontinue de l'objet et l'angoisse liée à l'incertitude de son retour n'ont pas

permis une structuration psychique solide. Le fonctionnement se fait grâce à des défenses archaïques et défensives protégeant le Moi : clivage, fonctionnement en « faux self ».

Le Moi devient donc totalement dépendant des objets et leur perte le menace de désintégration et d'anéantissement.

Ainsi, les menaces d'abandon, les ruptures retrouvées dans les biographies de Claudine et Isabelle, viennent réactiver cette angoisse de perte intolérable. Ces patientes fonctionnent grâce au clivage et l'annonce de la séparation les confronte de nouveau à « la non-intégration de la violence primitive [qui] ramène toujours aux conflits précoces n'ayant pas permis l'avènement du primat du schéma triangulaire oedipien » (8).

L'agir criminel serait « une violence nécessaire à la survie » selon Bergeret (8). Selon lui, il existe un « instinct violent fondamental infanticide à l'état pur » chez la jeune mère ; le devenir de la maternalité dépendrait de l'intégration ou non de la violence en fonction de la solidité du narcissisme de la mère. Nous avons largement évoqué la nécessité de l'ambivalence amour/haine ; dans la violence fondamentale, il n'y a pas d'ambivalence amour/haine car il n'y a pas de relation d'objet. La violence meurtrière est l'expression crue de la haine. Bergeret fait la différence entre une mère suffisamment bonne qui accepte son ambivalence et une mère qui se veut simplement bonne et qui conserve un fond violent qui ne peut s'intégrer dans l'imaginaire libidinal oedipien. Isabelle et Claudine veulent être de bonnes mères, elles font tout pour leur enfant mais dans un mode opératoire et ne peuvent accéder à une position maternelle.

Bergeret insiste sur la dualité « lui ou moi » qui fait écho au dilemme posé par l'obstétrique ancienne « Faut-il sauver la mère ou l'enfant ? » qui implique « Qui faut-il tuer ? ». L'instinct violent fondamental serait alors une « légitime défense » fondée sur « un instinct de survie ».

L'agir criminel vient palier « l'insuffisance du Moi à faire face au principe de réalité » affirme Balier (5). « Le passage à l'acte est un recours pour sauver le Moi de la catastrophe » (5), il marque « l'échec de l'accession à la position dépressive et l'échec du processus de liaison des pulsions » (5). La séparation d'avec la mère n'a pu être réalisée et n'a donc pas permis la constitution d'un Moi autonome. Le travail de deuil du lien symbiotique à la mère n'a pas été réalisé. Le meurtre symbolique de la mère n'est pas

effectué et l'accès à la position maternelle est donc impossible. Une seule mère existe, la leur.

Nous l'avons dit, le crime filicide nous semble avant tout lié à une pathologie du lien, à un défaut dans la filiation. C'est « comme si » le filicide annulait la filiation entre la mère filicide et son enfant et restaurait ainsi le lien primordial entre celle-ci et sa propre mère. Ainsi la mère filicide, qui ne peut accéder à une position maternelle, reste l'enfant de sa mère, omnipotente. Le crime filicide permet à celle qui le commet de retrouver la « mère archaïque, toute-puissante ».

Il nous semble que ce crime s'adresse donc à la mère et en ce sens, il s'agirait d'un acting out. Cet acting out vient mettre sur la scène de la réalité ce qui n'a pas pu se dire ou s'exprimer autrement que par la mise à mort de l'enfant.

Lacan fait référence au « nom du père » comme condition impérative de l'avènement au symbolique ; les histoires de Claudine et Isabelle montrent que justement le nom du père manque et qu'elles ne peuvent accéder au symbolique. Elles restent assujetties à leur mère et sont dans l'incapacité d'être des mères suffisamment bonnes. La criminelle en tuant sa descendance annule sa position maternelle tout en restant mère.

R. Fugère et R. Roy constatent que « Ces nouvelles mères ambivalentes face à leur rôle maternel, malgré un désir conscient de se différencier de leur propre mère, répéteront avec leur enfant par déplacement leur propre histoire en le rejetant. Elles mettront ainsi en échec leur propre réparation. » (49).

L'abandon ressenti par les patientes réactive la « séparation primitive mère-enfant » (41) La réparation narcissique attendue grâce à l'enfant ne se fait pas et révèle « l'incapacité parentale » (41). Le conflit centré sur la mère se tourne vers l'enfant et « tuer un enfant constitue une tentative de résoudre un conflit primaire et d'échapper à l'anxiété » (41). L'enfant « ressenti comme faisant corps avec son parent meurtrier deviendra victime de l'autodestruction, devenant ainsi l'objet d'un déplacement final de l'hostilité liée à la figure parentale haïe » (49).

Le crime filicide sauve l'enfant-parent de la « mauvaise mère » pour laisser place à la « bonne mère ». Balier parle « d'identification à l'agresseur » qui constitue « un moyen de retrouver la mère archaïque et de se protéger contre elle. » (5). L'identification à l'agresseur est l'identification à la mère omnipotente et mortifère. Le crime filicide marque

le refus actif de la séparation frustrante. Il vise à sauvegarder la position maternelle de la haine destructrice. Le meurtrier y est à la fois l'enfant abandonné et le parent abandonnant, l'agressé et l'agresseur.

Pour Bergeret, le criminel filicide choisit la mère qui reste l'objet premier. Le sacrifice de l'enfant permet de sauver la mère. Selon lui, le filicide n'est pas une mise en acte du fantasme infanticide mais il relève d'un « instinct de survie ». Son but est de « vivre en cherchant à obtenir la plus grande sécurité possible » (8). Le meurtre de l'enfant supprime les « tendances meurtrières à l'égard de la mère » (40). Il permet de se conserver comme « bonne mère » et de « revenir à la position infantile symbiotique originelle » (69).

La mise en acte du fantasme infanticide c'est-à-dire la collusion entre le fantasme et la réalité pourrait permettre la compréhension du néonaticide (nous avons choisi de ne pas détailler le néonaticide dans notre travail). Dans ce cas particulier, la mère a éprouvé des fantasmes meurtriers infanticides violents dont elle n'a pu parler. Le déni de la grossesse a été massif et l'acte meurtrier a lieu lors de la dissolution brutale de ce déni, lors de la confrontation avec l'enfant réel au moment de la naissance. Pour M. Benhaïm (7), « la mère meurtrière cède au fantasme, franchit le fossé qui va du meurtre imaginaire au crime accompli et révélé ».

On peut légitimement se poser la question de la structure de ces patientes filicides.

Si l'on se réfère à l'hypothèse de la violence fondamentale, Bergeret constate que celle-ci n'est pas significative d'une structure car seule sa fonction diverge d'une structure à l'autre. Dans la psychose, elle marque « l'échec de l'oedipification et une reprise en main du primat de l'économie affective par la violence archaïque après récupération à son profit des éléments libidinaux épars n'ayant pas réussi leur mission naturelle d'élaboration, de liaison et d'unification » (8). Dans la névrose, elle met en évidence une « immaturité affective liées à des carences dans l'épigenèse interactionnelle au registre oedipien, la violence fondamentale demeure à l'état flottant [et est] réactivée à la moindre frustration sans grande capacité de secondarisation » (8).

Balier pense que l'agir criminel est lié à une « hésitation identificatoire ». Il y repère une « faille fondamentale dans le narcissisme primaire [et] une défaillance fantasmatique. Le passage à l'acte meurtrier est la « solution extrême [qui] a pu préserver le sujet d'une catastrophe psychotique » (5).

A l'exclusion des cas de psychose évidents, on peut se poser la question de la catégorie « border line » mais il nous semble impossible et réducteur de conclure que toutes les mères filicides ont une personnalité limite.

Comme O. Verschoot (69), nous préférons penser que le crime filicide ne vient pas signer une structure psychique déterminée mais qu'il « est significatif d'un fonctionnement qui trouve ses limites dans la perte d'objet et qu'il vient dévoiler une faillite de structure » (69).

Pour conclure, nous voulons citer Jovelet (38) : « Il y a toujours une logique de l'acte, même si celui-ci paraît insensé, immotivé, irrationnel, fou ou passionnel ». Il ajoute que « l'acte par ses effets modifie durablement l'essence de l'être » et peut être compris comme une « tentative de guérison ». J. André constate que « bien des gestes assassins, en même temps qu'ils détruisent, lient et élaborent. Le criminel peut continuer à vivre ».

Donner du sens et une fonction à l'acte filicide nous permettra sans doute d'appréhender ces femmes avec moins de difficultés et de dépasser les premières réactions d'horreur que suscite un tel acte. L'objectif est de donner des soins à ces femmes de la façon la plus adaptée.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Nous envisagerons la prise en charge des mères filicides sous trois axes : celui de la prévention avec notamment le dépistage et le traitement des pathologies puerpérales ; lorsque l'acte est posé, le jugement semble être une dimension importante et nous aborderons donc la nécessaire obligation de juger ces femmes, enfin nous évoquerons les soins en milieu hospitalier ou carcéral.

I - PRÉVENTION

A - Soins en périnatalité

L'importance des premières interactions entre un bébé et son environnement a été montrée lors de ce travail. Nous pensons que les mères filicides n'ont pas forcément bénéficié de mères « suffisamment bonnes », aussi voulons-nous insister sur la nécessité de soins psychiques et de « prévention psychique » de la dyade mère-enfant en période périnatale.

La périnatalité concerne la période allant de la conception aux premiers mois de la vie du bébé (la durée précise n'étant pas clairement définie). La psychiatrie périnatale s'intéresse donc aux interactions entre le bébé et ses parents et nécessite le travail conjoint de différents acteurs de santé et de plusieurs institutions : psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, gynécologie-obstétrique, néonatalogie, médecine générale et aussi protection maternelle et infantile, lieux d'accueil et de garde du bébé...

M. Dugnat et T. Martin (47) définissent le « champ de la périnatalité » comme « l'ensemble des pratiques de soins, des acteurs et des institutions impliqués dans le soin

tant somatique que psychique de la mère, du bébé et du père ». Ils distinguent la « périnatalité psychique » étudiée par la psychologie périnatale qui concerne les modalités de parentalisation et du « devenir sujet » du bébé, de la « psychopathologie périnatale » qui étudierait les troubles de l'interaction parents-bébé.

Les premiers à s'être consacrés aux troubles psychiques de la mère sont Esquirol (26) et Marcé (44). En France, les travaux de Racamier n'apparaissent qu'un siècle plus tard. En Angleterre, dès l'immédiat après-guerre, des travaux remettent la question des troubles psychiatriques et de la souffrance psychique de la femme devenant mère au premier plan des questions de l'institution psychiatrique. Dès 1948, T.F. Main accepte d'hospitaliser une mère avec son enfant en psychiatrie à la demande de celle-ci alors qu'en France, ce n'est qu'à la fin des années 1970 que se mettent en place les premiers dispositifs d'hospitalisation conjointe mère-bébé sous l'impulsion de Racamier.

De telles unités peuvent être regroupées en trois types : les unités spécifiques d'hospitalisation à temps plein, les unités d'hospitalisation de jour dotées d'une équipe spécifique et les services de psychiatrie générale dotés d'une capacité d'hospitalisation conjointe à l'intérieur d'un service non spécialisé. En 2002, 21 unités très inégalement réparties sur le territoire représentaient une capacité d'accueil de 53 dyades à temps plein et 40 places en hôpital de jour. L'objectif de la prise en charge est la dyade principale mère-bébé mais aussi le père, la fratrie et les générations antérieures, au moins sur le plan fantasmatique et imaginaire. Les durées de prise en charge s'étendent de quelques jours à plus d'un an et certaines unités bénéficient d'hospitalisation à domicile.

Ces dispositifs innovants de l'hospitalisation mère-bébé sont en pleine évolution. La psychopathologie de la périnatalité est une des grandes préoccupations de santé publique. Il est nécessaire pour Dugnat (24) d'assumer de passer des politiques de santé publique à la clinique de l'intime dès lors qu'on s'interroge sur la prévention dans le domaine sanitaire.

Parallèlement aux unités conjointes existe tout le travail de liaison pluri-institutionnel qui représente un très bon outil de prévention : le soin apporté à la mère a valeur de prévention pour le développement de l'enfant comme pour la suite de la vie psychique de celle-ci.

Le champ de la psychiatrie et de la santé mentale périnatale se constitue également, en ce qui concerne les aspects théoriques, à travers l'évolution ou la naissance de divers groupes

pluriprofessionnels. Nous citerons les groupes de formation à l'observation Esther Bick, la WAIMH francophone (Word Association for Infant Mental Health) fondée par S. Lebovici et animée désormais par B. Golse, l'AFREE (Association pour la Formation et la Recherche sur l'Enfant et son Environnement) animée par F. Molénat.

B- Dépistage et traitement des troubles psychiques liés à la puerpéralité

1 - Dépistage et prévention

Le dépistage des troubles puerpéraux nécessite que l'on prête attention aux futures mères et à leur conjoint ; ce travail ne peut se faire qu'en lien avec d'autres disciplines médicales et non médicales.

Les consultations pendant la grossesse aux 2ème, 4ème et 9ème mois pourraient s'avérer très utiles pour dépister des troubles psychiques ultérieurs et permettre ainsi une action en amont.

L'entretien dit « du quatrième mois » fait partie des recommandations du plan périnatalité 2005-2007 et doit être réalisé par une sage-femme ou un médecin. Il doit favoriser la prévention globale des risques liés à la grossesse. L'entretien du premier trimestre doit permettre à la femme et au couple de rencontrer un professionnel attentif à la dimension globale de la grossesse. Cette rencontre permet un repérage précoce des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale et psychologique et permet ainsi une orientation appropriée. Cet entretien devrait permettre de favoriser la sécurité émotionnelle des femmes enceintes, de contribuer à l'instauration du lien parent-enfant et de permettre la mise en place d'un accompagnement contenant et bienveillant très précoce.

Nous souhaitons à nouveau insister sur le « chamboulement » de la période du post-partum immédiat marquée par un « trop » de la naissance. M. Bydlowski (61) parle de transparence psychique concernant la mère et le père qui leur laisse un accès inédit aux motions inconscientes et aux parts les plus enfouies de leur psychisme.

C. Athanassiou (61) développe le constat d'une « crise d'identité précoce » que traversent la mère et sans doute le père dans le post-partum immédiat. Il est admis que cette période pour le bébé, la maman et le père, contient à la fois un fort potentiel organisateur mais aussi des facteurs de risque importants pour chaque individu comme pour le groupe familial. Des difficultés peuvent gêner le processus de parentalité et entraver les premiers liens. Aussi une intervention dans le « périnatum » est-elle primordiale. Elle s'intègre dans un dispositif de soins inter-institutionnel qui consiste à « venir près » du bébé, de sa mère, non seulement au niveau géographique mais aussi au niveau psychique, là où le lien est en souffrance.

La fréquence de la dépression du post-partum est largement sous estimée du fait de la culpabilité des jeunes mamans qui cachent leur souffrance.

Dans la période suivant la naissance, le dépistage de la dépression du post-partum peut se faire par des autoquestionnaires tels l'EPDS, Edinbourg Postnatal Depression Scale (Cox et coll 1987), qui comprend dix items remplis par la maman et qui se réalise à partir de la huitième semaine de vie du bébé. Beck en 1995 a proposé un questionnaire : le Post-partum Depression Checklist qui à partir d'une liste de onze symptômes doit permettre aux professionnels de santé de s'engager dans un dialogue avec les femmes au sujet de leur expérience. Le PDC ne donne pas de score mais une indication sur les femmes qui pourront présenter un possible désordre psychologique du post-partum.

Ces questionnaires peuvent être mal vécus par les patientes car trop intrusifs et il est important que ceux qui les emploient se familiarisent avec leur utilisation.

Il semble également intéressant de prendre en compte l'intensité et la durée du post-partum blues qui seraient des facteurs de prédiction de l'apparition d'une dépression postnatale.

La prévention primaire des psychoses puerpérales est basée sur l'étude des facteurs de risque : primiparité, traumatismes dans l'enfance, isolement social et affectif des mères et les antécédents psychiatriques personnels et familiaux et en particulier les antécédents de troubles de l'humeur. De tels troubles incitent à la prudence et au repérage de difficultés psychiques lors de la grossesse et dans le post-partum.

La prévention secondaire repose sur la détection des premiers signes de troubles gravidopuerpéraux : ils permettent de reconnaître certaines femmes qui présentent un risque de faire une décompensation grave dans le post-partum.

Les visites à domicile pendant la grossesse et dans le post-partum précoce constituent un autre aspect de la prévention.

Les grossesses chez les femmes présentant une pathologie psychiatrique doivent être tout particulièrement surveillées comme nous l'avons mentionné précédemment. S'intéresser au vécu de la grossesse d'une femme schizophrène est primordial dans la prévention de troubles psychiques de la dyade.

2 - Traitement curatif

2.1 Traitement de la dépression postnatale

Certaines variables jouent un rôle essentiel dans la mise en place d'un traitement : le risque suicidaire et infanticide, la gêne entraînée dans la sphère familiale ou professionnelle, l'intensité de la souffrance dépressive, la sévérité des manifestations fonctionnelles, la qualité des soins maternels, le retentissement sur l'enfant et la reconnaissance de la nature dépressive de la souffrance par le sujet, son entourage et les soignants.

Les dépressions majeures nécessitent souvent une hospitalisation en milieu psychiatrique. Leur traitement associe la prescription d'antidépresseurs (le plus souvent des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) à une psychothérapie, cette association étant le traitement de référence car elle a montré une efficacité supérieure à chacun des traitements utilisés seuls. La question des traitements psychotropes lors de la grossesse et dans le post-partum est une question toujours délicate où il s'agit d'évaluer le rapport bénéfices/risques pour la mère et le nourrisson.

En cas de dépression mineure, un traitement psychothérapeutique peut être suffisant.

L'évaluation de l'efficacité des méthodes psychothérapeutiques repose sur des études menées pour l'essentiel hors de France. Les thérapies comportementalo-cognitives et les thérapies interpersonnelles ont régulièrement démontré leur efficacité (20). Quant aux thérapies d'inspiration analytique, leur efficacité serait comparable à celle des TCC (20).

Des psychothérapies mère-enfant peuvent être réalisées. L'observation des interactions entre une maman déprimée et son bébé est une dimension importante du soin de la dyade. Selon Dayan (20), l'intérêt de la présence de l'enfant dans la thérapie en cas de dépression postnatale n'a pas été montré. Il importe toutefois de vérifier si la mère reçoit une aide suffisante dans la prise en charge de l'enfant et de proposer un soutien adapté selon les difficultés constatées dans la relation. Aussi un soutien social est-il justifié dans certaines situations via des visites à domicile dont les modalités doivent être adaptées.

2.2 Traitement des psychoses puerpérales

Le traitement des psychoses puerpérales est une urgence et nécessite une hospitalisation de la mère si possible avec son enfant. La participation du conjoint aux soins est à préconiser dès le début.

Le traitement médicamenteux se fait à l'aide de neuroleptiques ou d'antipsychotiques. En cas de résistance à la chimiothérapie, la psychothérapie sera envisagée. Elle peut être prescrite d'emblée lorsque le risque auto ou hétéro-agressif est important.

Dans le cas de psychose puerpérale, le réflexe médical a longtemps été quasi immédiat : on séparait l'enfant de sa mère. Il était confié à sa grand-mère le plus souvent.

Racamier (58) voit là « l'un des vœux inconscients d'une femme écartelée entre le désir d'être la mère de son enfant et celui de rester l'enfant de sa mère ». Cette séparation renforce le sentiment d'être une mère mauvaise, mortifère et interrompt le processus de la maternalité déjà mis à mal par l'apparition de troubles psychiques.

Aussi Racamier a-t-il été le premier en France à favoriser le maintien du lien entre le bébé et sa mère. Quand ceci n'a pas été possible en période aiguë, l'introduction rapide de l'enfant dans le champ d'action thérapeutique, par sa présentation à sa mère, permet une évolution le plus souvent favorable de l'état psychique de la mère.

Racamier, qui a été le premier à proposer et à théoriser cette introduction, montre bien ses aspects curatifs (sédation parfois spectaculaire du délire) et préventifs (évitement d'une chronicisation pour la mère et d'une séparation précoce et définitive pour l'enfant).

L'introduction de l'enfant nécessite un environnement contenant (Bion) apte à contenir les projections délirantes et à élaborer l'angoisse. Cet environnement thérapeutique prend la valeur d'un apport narcissique majeur au Moi défaillant de la jeune mère. L'entourage soignant qui propose cette introduction va fournir des supports identificatoires nouveaux et non angoissants qui permettront à la femme, d'abord aidée puis seule, de rééprouver et de réparer ses capacités maternelles. Pour Racamier, l'introduction de l'enfant a essentiellement une valeur réparatrice de la brèche narcissique ouverte par l'angoisse liée à la régression et aux identifications archaïques. L'aide réelle et identificatoire qu'apporte l'entourage soignant pourrait être comparée au Holding de Winnicott. Ce soutien permet de « donner à la mère fragile le meilleur de son bébé et donner au bébé vulnérable le meilleur de sa mère ».

Guyotat pense également que la présentation de l'enfant a des vertus thérapeutiques mais dans une autre perspective : celle d'une action de type magique. Pour cet auteur, les patientes développant une psychose puerpérale ont un monde fantasmatique imaginaire organisé par le « fantasme de filiation narcissique » et régi par la pensée magique. L'enfant n'est qu'un dédoublement de la mère. Dans cette conception l'accent est mis sur la croyance de la mère en la toute puissance de ses fantasmes mortifères : elle a réellement tué l'enfant et l'absence de celui-ci confirme sa mort. La présentation de l'enfant dans sa réalité vivante vient alors contrer l'imaginaire maternel. Pour Guyotat, elle a une action magique car elle utilise une substitution de croyance : la mère abandonne sa conviction de mort pour croire, comme le thérapeute qui lui présente son enfant, à la vie de celui-ci.

Bien sûr le maintien du lien mère-enfant n'est pas toujours possible en situation aiguë mais avoir à l'esprit la présentation de l'enfant à sa mère et la présence de son entourage proche est nécessaire.

« Eviter la coupure du fil de la relation mère-enfant [permet] à la femme d'accomplir [...] le travail de la maternalité et [d'éviter] la blessure grave que représente une maternité ratée. » (58)

C – Deux situations cliniques particulières : la grossesse cachée et le déni de grossesse

S'intéresser aux dénis de grossesse et aux grossesses cachées, situations à risque infanticide et essayer de les repérer pourraient sans doute éviter des situations dramatiques de néonaticides ou de filicides précoces.

Dans le déni de grossesse, la femme ne sait pas consciemment qu'elle est enceinte alors que dans les cas de grossesse cachée, la femme cache délibérément sa grossesse.

Ces femmes ont des assises narcissiques fragiles du fait de leur histoire personnelle, familiale et transgénérationnelle qui ne leur permettent pas de supporter le processus de maternalité. Aussi déni de grossesse et grossesse cachée peuvent-ils être compris comme une tentative de protection du psychisme maternel.

1 - Grossesse cachée

Il s'agit le plus souvent de femmes multipares, plus âgées que celles présentant un déni, aux antécédents psychiatriques, en grande majorité de type psychotique.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'enfant est hyperinvesti mais en tant qu'enfant imaginaire et avant tout narcissique et surtout pas en tant qu'enfant réel. La dyade mère-bébé repose sur un fantasme de toute-puissance, de filiation narcissique pour reprendre Guyotat (36), il s'agit d'une « reproduction du même ».

Les familles de ces patientes présentent souvent des dysfonctionnements : climat souvent incestuel (Racamier), le père y est absent sur le plan imaginaire et symbolique favorisant ainsi la relation fusionnelle entre la patiente et sa propre mère

D'où l'hyperprésence dans le discours de ces patientes du père mais là encore, surtout pas en tant que père réel. Pendant la grossesse le père est souvent vécu comme un danger potentiel pour l'enfant

2 - *Déni de grossesse*

Il s'agit de femmes jeunes, primipares, célibataires sans antécédent psychiatrique pour la plupart.

Les manifestations qui visent à nier la perception de la grossesse et l'existence du fœtus sont appelées « déni de grossesse » : c'est un symptôme psychique. Le déni est généralement un mécanisme de défense qui, pour reprendre la définition du *Vocabulaire de la psychanalyse* (56), consiste en « un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante ».

La prise de conscience d'une grossesse au-delà du premier trimestre doit faire suspecter un déni de grossesse. Il se manifeste par la négation de l'interaction entre la femme et le fœtus : les informations tactiles, visuelles et kinesthésiques ne sont pas reconnues comme les signes d'une grossesse. Cette méconnaissance de la grossesse porte sur les transformations corporelles (prise de poids, gonflement du ventre, modifications des seins...), sur les modifications hormonales (arrêt des règles, changements du comportement alimentaire...) et sur le fœtus (pas de perceptions des mouvements du fœtus). Si certaines femmes remarquent les transformations corporelles, elles les rationalisent aussitôt.

Lorsque la grossesse est découverte, beaucoup de ces femmes se précipitent à demander une IVG en urgence alors que le terme est souvent dépassé. C. Bonnet (10) insiste sur la nécessité de décrypter ces demandes d'IVG tardives afin de déceler des dénis de grossesse et des fantasmes infanticides. Pour elle, le déni de grossesse recouvre la formation d'impulsions infanticides ; ces fantasmes infanticides sont terriblement angoissants pour ces femmes et les enferment dans la solitude.

Comment comprendre la formation de ces impulsions infanticides ? Pour C. Bonnet, ces femmes ont un passé traumatique et sont habitées par des « fantômes » qui bloquent l'investissement du bébé réel, « bébé impensable ». Le bébé est impensable car lié à une sexualité impensable et à un père impensable. C'est pourquoi le père est totalement absent du discours de ces patientes. Dans ces familles, toute parole renvoyant à la sexualité, à la maternité est en général abolie. Ce manque de communication s'accompagne de traumatismes sexuels, fantasmatiques au sens d'un climat incestuel ou réels comme l'inceste.

L'émergence de ces émotions venues de l'enfance prendrait la forme d'impulsions infanticides, sorte de « passages à l'acte psychiques » qui visent à évacuer un vécu impensable issu de l'enfance.

L'essentiel de la conduite thérapeutique consiste à essayer de mettre des mots sur ces formations infanticides et de comprendre la signification de ce « vécu impensable ». Si la femme ne réussit pas à mettre des mots sur ce passé, elle ne pourra pas dégager l'enfant réel de ses fantasmes meurtriers, s'identifier à lui et s'engager dans une relation satisfaisante avec lui.

Etre à l'écoute de ces femmes très culpabilisées et enfermées dans leurs idées mortifères est un élément capital dans la prévention de l'infanticide. En tant que soignants, nous nous devons d'entendre la détresse de ces femmes et ainsi leur permettre d'exprimer leurs fantasmes infanticides.

Lors de la naissance, on assiste à une dissolution brutale du déni et un risque majeur de passage à l'acte meurtrier. Il est capital que ces femmes ne soient pas seules et C. Bonnet (10) constate que toutes les femmes ayant commis un néonaticide ont longuement exprimé avec désespoir que le meurtre ne serait pas survenu si un tiers avait été présent au moment de l'accouchement.

Certaines femmes dont la grossesse est marquée par le déni et par la formation d'impulsions infanticides préfèrent renoncer à être mère et souhaitent « abandonner » leur enfant. Les fantasmes infanticides sont si effrayants que ces femmes ne se voient pas nouer un lien affectif avec l'enfant tant elles craignent de ne pas contenir ultérieurement leurs impulsions destructrices. Elles sont confrontées à un « impossible maternel » et renoncent à une filiation porteuse de maltraitance et du risque infanticide. C. Bonnet parle alors « d'acte maternel » pour désigner cette décision responsable de déléguer à d'autres leur autorité parentale. Elle insiste sur la nécessité de ne plus mépriser cet acte d'abandon, « geste d'amour » puisqu'il peut viser à sauvegarder la vie et l'avenir d'enfants.

Dans ces deux situations, il est indispensable de travailler avec la famille et en particulier avec le père réel. Les soins sont indispensables tant pour le psychisme des mères que pour prévenir l'infanticide mais aussi dans un but de prévention des troubles psychiques chez l'enfant issu de grossesses vécues dans de telles conditions.

II - JUGEMENT ET EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

A - Intérêt de la nécessité de juger

Le procès des femmes filicides est un moment capital qui ouvre la perspective d'une possible élaboration de leur acte.

Benezech insiste sur l'importance de l'explication publique devant le tribunal qui permettrait au malade « une prise de conscience de l'aspect pathologique des processus mentaux criminogènes » (53). Il s'agit de l'épreuve de confrontation à la réalité souvent utilisée dans d'autres contextes comme technique thérapeutique. Le point de vue de Lacan dans sa thèse (1932) peut être cité car il témoigne de la préoccupation de ne pas voir les patients échapper totalement à la fonction symbolisante de l'action judiciaire : « Dans certains cas, la répression pénitentiaire appliquée avec le bénéfice de l'atténuation maximum nous semble avoir une valeur thérapeutique égale à la prophylaxie asilaire, tout en assurant de façon meilleure les droits de l'individu et les responsabilités de la société. ». La nécessité de reconnaître la transgression commise et sa réalité semble être un des éléments pour lutter contre le déni, cette reconnaissance n'impliquant pas forcément une peine effective. Pour Isabelle, l'enquête a conclu à un « non-lieu » et on constate quel impact a eu cette décision : renforcer au moins pour un temps son déni et ne pas s'approprier l'acte commis.

Le procès peut générer beaucoup d'angoisse liée à la crainte de son issue mais également liée à la révision intensive du crime et de son contexte. Millaud (49) constate que, suite à la sentence une phase de soulagement s'installe, accompagnée d'une reprise du déni qui se traduit par la banalisation des symptômes dépressifs persistants, par une fuite en avant et par une faible disponibilité pour l'introspection.

Pendant les mois qui suivent le verdict, le niveau de reconnaissance du parent filicide face à son crime évolue lentement. Différents critères viennent moduler son parcours : l'accès à un processus de psychothérapie, la présence d'une démarche de réflexion en rapport avec le crime, le contexte de vie, le soutien des membres de l'entourage, le diagnostic psychiatrique et le pronostic.

B - Expertise psychiatrique et notion de responsabilité

Le rôle de l'expert psychiatre est de répondre à la demande des magistrats instructeurs et des présidents de cours d'Assises sur la notion de responsabilité de l'inculpé au regard de troubles mentaux ayant une incidence sur le libre-arbitre du sujet. L'expertise n'est-elle qu'un avis technique ou les rapports d'expertise ont-ils valeur de preuve ?

En théorie, l'expert ne donne que des avis, le juge d'Instruction et la juridiction de jugement sont entièrement libres de ne pas suivre l'avis du psychiatre. Des affaires récentes montrent que la tâche des experts psychiatres est délicate. Ils sont désignés responsables d'erreurs judiciaires, de récidives criminelles, de défaut dans la prise en charge de délinquants et criminels présentant des troubles mentaux... Citons G. Rossinelli (62) : « Le psychiatre trouve là son image d'interneur abusif ou d'externeur irresponsable ».

Le recoupement des deux domaines, judiciaire et psychiatrique, pose toujours problème comme au XIX^{ème} siècle...

L'expertise psychiatrique est obligatoire en matière criminelle. Des contre-expertises sont fréquemment demandées.

Les questions les plus fréquemment posées à l'expert psychiatre sont les suivantes :

- Dire si l'examen du sujet révèle des troubles psychiques. Si tel est le cas, l'expert doit les décrire et formuler un diagnostic.
- Dire si l'infraction qui lui est reprochée a une relation avec ces éventuels troubles, en particulier si la personne était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, ou atteinte d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré ou entravé le contrôle de ses actes en application de l'article 122-1 du Code pénal.
- Dire si le sujet présente un état dangereux.
- Dire si le sujet est accessible à une sanction pénale.
- Dire si le sujet est curable ou réadaptable.

L'abandon de la référence à la notion de démence au moment des faits au profit de celle de discernement trouve son origine dans la préoccupation des cliniciens d'arriver à une

responsabilisation accrue des personnes atteintes de troubles psychiques. Le débat sur l'irresponsabilité pénale du malade mental est toujours d'actualité.

Mais l'introduction dans le Code pénal de la référence au discernement constitue une source d'imprécisions et d'indécisions en relation avec les différences d'interprétation du terme discernement. Elle suppose une modification de la démarche spécifique de l'expert avec l'introduction notamment de « l'expertise de personnalité » et de l'examen médico-psychologique.

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

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

L'expertise psychiatrique doit permettre d'apprécier la notion de « discernement », vaste tâche puisqu'elle ne s'intègre pas dans le cadre nosographique classique ; ce terme n'est pas issu du champ sanitaire et/ou médical, il renvoie à une capacité ou à une compétence qui s'analyse au plan psychologique. Pour qualifier le discernement, il faut effectuer une « analyse psychologique en examinant l'articulation entre fonctionnement psychologique habituel et psychopathologie individuelle éventuelle » (65).

L'étude des conditions dans lesquelles l'abolition du discernement pourrait être retenue est assez claire et repérable sur le plan clinique, en revanche l'évaluation des facteurs qui débouchent vers une affirmation d'altération du discernement est très délicate.

S'il y a abolition du discernement alors l'irresponsabilité pénale est retenue. Les cas « d'altération » ou « d'entrave » du discernement sont plus délicats et une sanction pénale est alors la règle avec le risque de carence de soins.

Au temps de l'application de l'article 64, dans les années 1980, 17% des personnes expertisées bénéficiaient de cet article. En 1997, seules 0,17% d'une même population relevaient de l'article 122-1 du Code pénal.

Deux constatations s'imposent selon M.G. Schweitzer et N. Puig-Vergès (65) : d'une part le nombre décroissant de cas où l'article 122 est mis en application et d'autre part, le nombre croissant de personnes incarcérées qui présentent des troubles psychiques reconnus après évaluation réalisée dans le cadre d'expertises judiciaires (le nombre de non-lieux « psychiatriques » est passé de 850-900 par an au début des années 1980 à environ 500 en 1990).

Dans le cas de pathologies de l'agir, l'expert doit se poser la question d'une absence de pathologie mentale sous-jacente. Il s'agit d'établir des distinctions entre une structure de personnalité et sa dimension morbide.

Le passage à l'acte n'est pas synonyme d'une structure unique et finalement, les experts psychiatres raisonnent encore en termes de structure névrotique, psychotique ou perverse sans oublier les états limites et la psychopathie, pathologies polymorphes mais repérables. En ce qui concerne les états limites fréquemment rencontrés en expertise, le repérage diagnostique et la question d'une thérapeutique éventuelle restent des questions en suspens. L'expertise doit également considérer la nature du passage à l'acte avec en arrière-plan la préoccupation du risque de la récurrence ou de la dangerosité au sens criminologique, source de polémiques et de malentendus.

La question d'un accès aux soins fait partie du travail de l'expert : il devient prescripteur d'un soin mais lequel ? La réponse semble facile dans les cas de passages à l'acte chez une personne présentant une décompensation psychotique aiguë. Elle est complexe dès lors que le patient ne présente pas de troubles mentaux de dimension psychiatrique.

L'évolution de la société influence les expertises psychiatriques comme le montre la diminution des sujets bénéficiant de l'article 122-1. La dimension hétéro-agressive doit être sanctionnée même si le sujet présente des difficultés psychopathologiques. L'expert doit apporter sa contribution aux concepts de dangerosité sociale et de défense sociale mais tout en préservant sa dimension éthique en relation avec la clinique et la société du moment.

Entre la responsabilisation des sujets « malades mentaux », dimension nécessaire, et la non prise en compte de réelles difficultés psychologiques, un juste équilibre devrait être trouvé...

G. Rossinelli (62) propose une « clinique expertale évolutive, s'appuyant notamment sur les avancées redevables à la psychanalyse, la quête du sens, la responsabilisation psychique ». L'auteur fait l'hypothèse d'une « individualisation médico-judiciaire » qui permettrait d'éviter les différences majeures entre l'application du premier alinéa de l'article 122-1 et le sort néfaste réservé aux bénéficiaires du deuxième alinéa de ce même article.

Les déterminations psychiques de l'acte filicide ne sont pas faciles à mettre en évidence et ne sont pas forcément comprises par un jury tant cet acte suscite l'horreur. L'individu doit rendre compte de ses actes à la société sur des données légales mais doit pouvoir, sans interaction avec la sanction pénale, bénéficier de soins que justifie sa souffrance psychique.

Les femmes filicides, en fonction de l'expertise psychiatrique et du jugement, vont être incarcérées ou hospitalisées en milieu psychiatrique, éventuellement sous contrainte.

Le soin semble nécessaire, qu'elles soient en prison ou à l'hôpital.

III - LES SOINS

Même si les contre-attitudes sont importantes dans le cas de patientes filicides, contre-attitudes des soignants, des milieux social et judiciaire, nous voulions insister sur la possibilité d'apporter un soin à ces femmes.

En prison ou à l'hôpital le travail de deuil pour ces femmes se fait de façon lente et compliquée. Alors que les premiers mois qui suivent le verdict et la sentence sont plus paisibles grâce à la protection opérée par le déni, la réalité vient ensuite effriter cette défense qui protège le parent de la dépression et du désespoir. Seul un travail de réparation intrapsychique est possible, l'objet extérieur ayant été détruit par le parent filicide. Ces patientes peuvent accéder à un travail psychothérapeutique.

Certaines patientes sont en demande de soins. Elles veulent comprendre pourquoi elles ont commis cet acte impensable. Elles peuvent alors s'engager dans un travail de psychothérapie comme le montre la thèse d'O. Verschoot (69). C'est lors de ces entretiens psychothérapeutiques que du sens va pouvoir émerger.

Le soin aux patientes filicides ne peut se faire que grâce à un « travail d'équipe ». Balier (5) insiste sur cette nécessité du fait même de la psychopathologie de ces patientes : leurs capacités de clivage et l'ombre permanente des imagos archaïques qui se profilent dans toute relation établie avec elles rendent difficile l'intervention d'un seul thérapeute. Il est souhaitable que les investissements se répartissent entre plusieurs intervenants.

Pour Balier, le cadre institutionnel doit être solide pour éviter aux soignants d'être détruits par la violence à laquelle ils sont confrontés. Ce cadre a une fonction de pare-excitations et de restauration de la continuité narcissique. Nous avons insisté sur les failles narcissiques des patientes filicides empêchant l'instauration d'un Moi autonome capable d'accéder à des moyens défensifs évolués et à des identifications secondaires stables. Il importe donc que le traitement de ces patientes se préoccupe de leurs assises narcissiques. Les soignants doivent rester des objets externes tout en étant le lieu de projections internes, tâche

difficilement réalisable et source de conflits au sein d'une équipe mais permettant le maintien d'une relation objectale et donc la continuité narcissique.

Le terme « d'accompagnement du patient par le soignant » prend alors tout son sens selon Balier (5). Il explique qu'il faut savoir tolérer des entretiens pauvres en matériel tout en exerçant une pression discrète pour que le malade ne cesse de faire un effort. Le travail psychique des patientes se réalise au prix d'angoisses, de mouvements projectifs et dépressifs, de recours au clivage. C'est alors que l'accompagnement prend toute sa valeur thérapeutique : il ne doit pas rechercher la sédation des symptômes mais juste ce qu'il faut pour que le travail continue et pour que le soignant ne soit pas débordé.

Selon Balier, l'accès à la vie fantasmatique de telles patientes passe par une « aire transitionnelle », référence à Winnicott, qui établit le lien entre réalité interne et réalité externe.

Dans le champ pénitentiaire, la création progressive de 26 SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) a largement contribué à offrir des possibilités de soins aux détenus présentant des troubles psychiques. C'est en 1979 que le premier Centre médico-psychologique régional a été créé répondant au texte d'un décret paru sous le ministère de Madame Veil : son originalité est d'avoir placé ce service sous l'autorité du ministère de la Santé et non de l'administration pénitentiaire, par l'intermédiaire d'un personnel appartenant à l'hôpital psychiatrique de la circonscription. Ainsi l'indépendance du médecin à l'égard des autorités de justice est-elle respectée. Depuis 1986, les CMPR ont été érigés en services spécialisés SMPR. Le SMPR n'est pas un service psychiatrique de type hospitalier et ne dispose pas de l'équipement en conséquence. Les patientes filicides présentant des perturbations psychologiques suffisamment importantes pour nécessiter des soins en milieu carcéral sont hospitalisées au SMPR ; elles ont été reconnues responsables de leur acte. Le médecin du SMPR peut demander un placement par l'autorité administrative à l'hôpital psychiatrique lors d'un épisode psychiatrique aigu.

Dans le cas d'Isabelle, la décision de l'Hospitalisation d'Office a été réalisée dès son admission aux urgences et confirmée par les différentes expertises psychiatriques.

Les patientes peuvent être suivies pendant leur incarcération sans être hospitalisées comme Claudine.

Une autre dimension du soin est la réinsertion sociale de ces patientes. Cette réinsertion n'est pas évidente, marquée parfois par des décompensations psychiatriques aiguës permettant la reprise d'un processus d'introspection. L'entourage peut également se montrer moins soutenant lorsque la mère filicide revient au domicile avec une réactivation du processus de deuil pour le groupe familial.

Certaines questions se posent pour l'avenir de ces patientes.

La question du lien avec les autres enfants comme pour Claudine est primordiale. Comment le préserver ? L'entourage joue un rôle important ; si la mère filicide n'est pas rejetée alors elle aura la possibilité de voir ses autres enfants. L'expérience de Claudine et d'Isabelle montre que la famille est souvent présente et soutenante.

Le devenir des enfants survivants ou épargnés et l'aspect que peuvent alors revêtir les relations mère-enfant sont rarement évoqués dans la littérature psychiatrique.

Il n'est pas rare qu'une mère filicide désire avoir un nouvel enfant. Le thérapeute doit alors saisir les enjeux sous-jacents, selon la souplesse des défenses de la patiente. La possibilité d'une récurrence filicide est une source d'inquiétude chez le thérapeute qui ne trouve son apaisement que dans un suivi au long cours où la parole et l'élaboration sont favorisées par rapport à l'agir. Il semble que la dynamique filicide soit liée à un enfant en particulier mais évaluer le risque de récurrence reste une tâche complexe.

Un soin pour les femmes filicides nous paraît possible et nous pensons qu'en tant que médecin, malgré les premières réactions d'effroi que provoque la mort d'un enfant tué par sa mère, nous avons une place de soignant à tenir.

CONCLUSION

En tant que soignants, nous avons essayé de nous dégager de l'horreur suscitée par le crime infanticide pour nous centrer sur les femmes meurtrières.

Les mères filicides ne souffrent pas toutes de pathologies psychiatriques avérées et cette dimension nous a interpellés. L'objectif de ce travail était de mettre en exergue des éléments qui nous permettraient de dégager un sens voire une fonction au crime filicide.

En tuant son enfant, la mère annule sa descendance et nous pensons que le filicide est avant tout une pathologie du lien. Nous avons retenu que la relation précoce à la mère permet la construction d'un Moi autonome et d'assises narcissiques solides. Nous pensons que les mères filicides n'ont pas eu de mère « suffisamment bonne » si bien que leur organisation psychique est infiltrée de mécanismes de défense archaïques.

L'agir criminel serait pour elles une tentative de survie psychique face à la menace de perte et d'anéantissement du Moi.

Ces éléments de compréhension peuvent nous aider pour le soin mais surtout pour la prévention de tels actes.

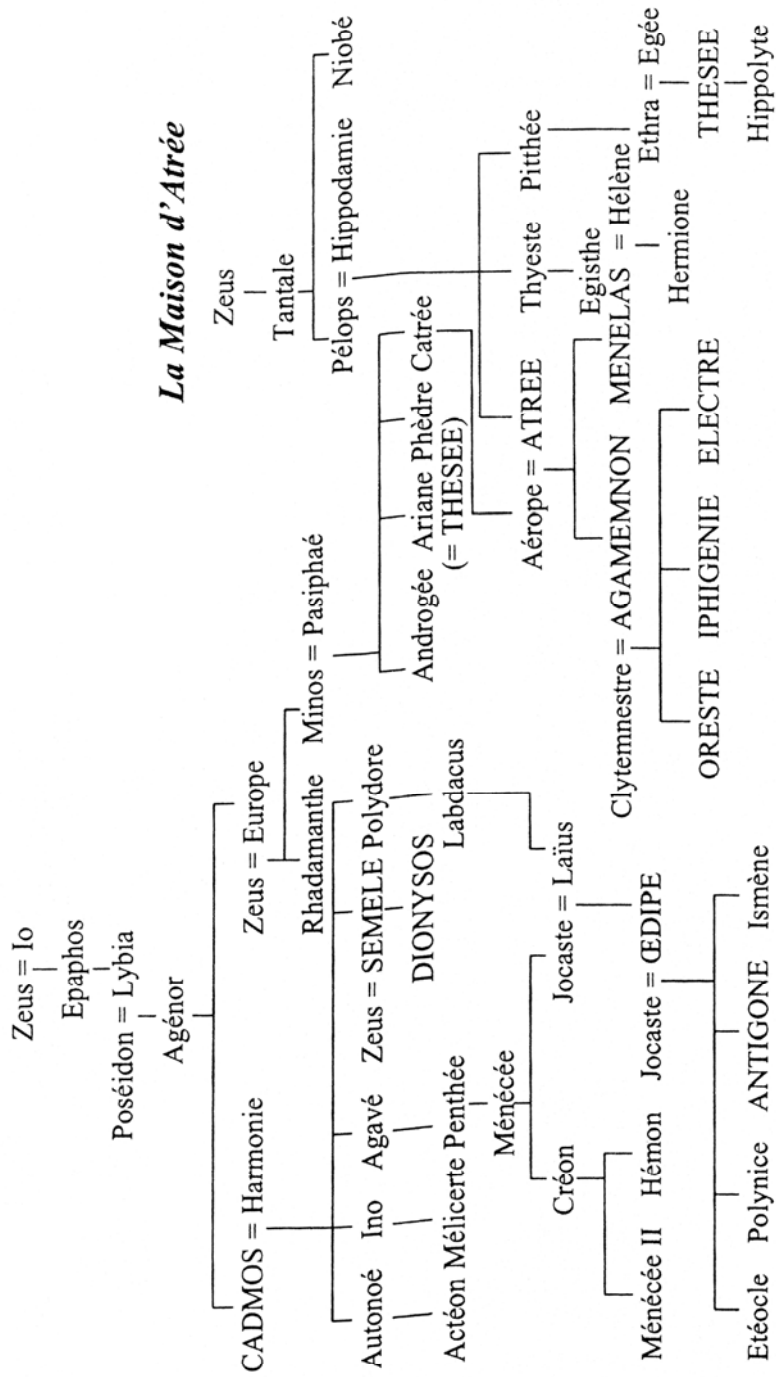
Un soin semble possible pour ces mères filicides. Il passe par le jugement, première tentative de lutte contre le déni tant pour l'accusée que pour le soignant.

Un soin psychothérapeutique peut être proposée aux mères filicides. Elles s'y engagent car elles sont souvent en demande de « comprendre pourquoi elles ont fait ça ». Bien sûr, les thérapeutes et les équipes peuvent être soumis à des contre-attitudes intenses, de l'empathie passionnelle au rejet rationalisé. S'identifier à une mère qui a commis un tel acte sur le bébé nous renvoie à l'insupportable représentation d'une mère meurtrière. Nous pensons que notre rôle de médecin est de prêter attention à la parole de ces femmes. Le crime filicide vient témoigner d'une souffrance que nous devons entendre.

Nous voulons insister sur la nécessité de « prévention psychique » de la dyade mère-bébé en période périnatale. En effet, l'observation attentive des liens précoces mère-bébé pourrait contribuer à réduire le risque infanticide pour cet enfant-là, mais aussi prévenir le risque infanticide pour la génération ultérieure issue de cet enfant-là devenu adulte.

ANNEXES

La Maison royale de Thèbes et les Atrides



Textes législatifs en vigueur

CODE PENAL

(Partie Législative)

Article 221-1

Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle.

Article 221-3

(Loi n° 94-89 du 1 février 1994 art. 6 Journal Officiel du 2 février 1994 en vigueur le 1er mars 1994)

Le meurtre commis avec préméditation constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Article 221-4

(Loi n° 94-89 du 1 février 1994 art. 6 Journal Officiel du 2 février 1994 en vigueur le 1er mars 1994)

(Loi n° 96-647 du 22 juillet 1996 art. 13 Journal Officiel du 23 juillet 1996)

(Loi n° 99-505 du 18 juin 1999 art. 14 Journal Officiel du 19 juin 1999)

(Loi n° 2003-88 du 3 février 2003 art. 2 Journal Officiel du 4 février 2003)

(Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 47 II, art. 60 I, II Journal Officiel du 19 mars 2003 Rectificatif JORF du 5 juin 2003)

(Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 6 I Journal Officiel du 10 mars 2004)

Le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis :

- 1° Sur un mineur de quinze ans ;
- 2° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;
- 3° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;
- 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ;
- 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;
- 6° A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;
- 7° A raison de l'orientation sexuelle de la victime ;
- 8° Par plusieurs personnes agissant en bande organisée.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article. Toutefois, lorsque la victime est un mineur de quinze ans et que le meurtre est précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, la cour d'assises peut, par décision spéciale, soit porter la période de sûreté jusqu'à

trente ans, soit, si elle prononce la réclusion criminelle à perpétuité, décider qu'aucune des mesures énumérées à l'article 132-23 ne pourra être accordée au condamné ; en cas de commutation de la peine, et sauf si le décret de grâce en dispose autrement, la période de sûreté est alors égale à la durée de la peine résultant de la mesure de grâce.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatifs à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article. Toutefois, lorsque la victime est un mineur de quinze ans et que l'assassinat est précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, la cour d'assises peut, par décision spéciale, soit porter la période de sûreté jusqu'à trente ans, soit, si elle prononce la réclusion criminelle à perpétuité, décider qu'aucune des mesures énumérées à l'article 132-23 ne pourra être accordée au condamné ; en cas de commutation de la peine, et sauf si le décret de grâce en dispose autrement, la période de sûreté est alors égale à la durée de la peine résultant de la mesure de grâce.

Article 122-1

N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

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

Article 122-2

N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADELSON. Slaughter of the innocents : a study of 46 homicides in which the victims were childrens. *New England* 264: 1345-1349, 1961.
2. ARIES P. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, 1973. Seuil, Paris.
3. ASCH. Crib death : their possible relationship to post-partum depression and infanticide. *J. Mount.Sinaï Hosp. New York* 35: 214-220, 1968.
4. BADINTER E. *L'amour en plus*, 1980. Flammarion (le livre de Poche), Paris.
5. BALIER C. *Psychanalyse des comportements violents*, 1988. PUF, Le fil rouge, Paris.
6. BALMARY M. *Le sacrifice interdit*, 1986. Grasset, Paris.
7. BENHAÏM M. *La Folie des mères, "j'ai tué mon enfant"*, 1998. Imago, Paris.
8. BERGERET J. *La Violence fondamentale*, 2000. Dunod, Paris.
9. BERGERET J. *Psychologie pathologique, théorique et clinique*, 2004. Masson, Paris.
10. BONNET C. *Geste d'amour, l'accouchement sous X*, 2001. Odile Jacob, Paris.
11. BOUTON R. *L'infanticide : étude morale et juridique*, 1897. Baillière, Paris.
12. BRADFORD J., BOURGET B.D. "Homicidal parents". *Canadian Journal of Psychiatrie* 35/3: 233-238, 1990.
13. BROUARDEL. *L'infanticide*, 1897. Baillière, Paris.
14. BRUN D. *La maternité et le féminin*, 1990. Denoël, Paris.
15. CARTIER M. "L'infanticide en Chine. Le point de vue du démographe". *Nervure*: 42-43, 1988.
16. CAZAS O. *Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité. L'Information psychiatrique* 80: 627-633, 2004.
17. CHESNAIS J.C. *Histoire de la violence*, 1981. Les hommes et l'histoire, Laffont.
18. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement C*. 1993.

19. D'ORBAN PT. "Women who kill their children". *British Journal of Psychiatry*: 560-571, 1979.
20. DAYAN J. Les dépressions du postpartum : un concept pertinent? *L'Information psychiatrique* 80: 635-641, 2004.
21. DELAY J. TL, R. ESCOUROLLE et J.R. DEREUX. "Contribution à l'étude de l'infanticide pathologique". *Semaine des Hôpitaux*: 4069-4080, 1957.
22. DEPAULIS A. Le complexe de Médée, quand une mère prive le père de ses enfants, 2002. De Boeck, Bruxelles.
23. DSM-IV. Mini-DSM-IV critères diagnostiques, 1996. Masson, Paris.
24. DUGNAT M. Résistance à la prévention, reconnaissance de la périnatalité psychique. *L'Information psychiatrique* 80: 611-618, 2004.
25. DUTRUGE A. Rites initiatiques et Pratique médicale dans la société française contemporaine, 1994. L'Harmattan, Paris.
26. ESQUIROL J.E.D. De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices in *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 1838. Baillière, Paris.
27. ESQUIROL J.E.D. *Des maladies mentales*, 1838. Baillière, Paris.
28. ESQUIROL J.E.D. Du suicide précédé d'homicide, in *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, p. p562-577, 1838. Baillière, Paris.
29. EURIPIDE. Médée, 1997. Classiques Hachette, Paris.
30. FAURE-PRAGIER S. Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines Aujourd'hui" 1977. PUF, Paris.
31. FOUCAULT M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, 1982. Gallimard, Paris.

32. FREUD. Inhibition, symptôme et angoisse, 1986. PUF, Paris.
33. FREUD. Introduction à la psychanalyse, 1988. Payot, Paris.
34. GARNIER-DELAMARE. Dictionnaire des termes de médecine, 24^e édition, 1995. Maloine, Paris.
35. GREEF E. Introduction à la criminologie, 1946. Van der Plas, Bruxelles.
36. GUYOTAT J. Mort/naissance et filiation ; études de psychopathologie sur le lien de filiation, 1980. Masson, Paris.
37. HEUYER C., DESCLAUX P., DIGO R. Le suicide collectif. Semaine des Hôpitaux de Paris: 3625-3631, 1949.
38. JOVELET G. L'acte en psychiatrie aujourd'hui. L'Information psychiatrique 82: 105-119, 2006.
39. KAMIENIAK J.P. Mythe et Fantasme, 2003. Psychanalyse en mouvement, Paris.
40. KLEIN M. Essais de psychanalyse 1921-1945, 1968. Payot, Paris.
41. LAVERGNE M.P., LAVERGNE T. Un père meurtrier de ses deux filles. L'Information psychiatrique 66: 670, 1990.
42. LECLAIRE S. On tue un enfant, 1975. Seuil, Paris.
43. MAC DERMAID G. WINCKLER E.G. Psychopathology of infanticide. Journal of clin. and exp. psychopathology 16: 22-41, 1955.
44. MARCE L.V. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médicolégales qui se rapportent à ce sujet, 1858. Baillière, Paris.
45. MARCELLI D. Les yeux dans les yeux, 2006. Albin Michel, Paris.
46. MARTIN-FUGIER A. La place des bonnes. La domesticité féminine en 1900, 1985. Le livre de Poche, Paris.

47. MARTIN T., DUGNAT M. Psychiatrie périnatale et politique de secteur : quelles questions? *L'Information psychiatrique* 78: 236-246, 2002.
48. MAUPASSANT G. "Rosalie Prudent", in *Contes et Nouvelles*, tome II, 1886. Albin Michel, Paris.
49. MILLAUD F. *Le passage à l'acte, aspects cliniques et psychodynamiques*, 1998. Masson, Paris.
50. MYERS. The child slayer, a 25 years survey of homicides involving pre-adolescent victims. *Arch.Gen.Psychiatry* 17: 211-213, 1967.
51. NOBILI D., CARLONI G. *La mauvaise mère*, 1981. Payot, Paris.
52. PENAL C. *Nouveau Code Pénal*, 1993.
53. PERRIAT L. *L'infanticide pathologique*.
54. PERROT M. "Sur la ségrégation de l'enfance au XIX^e siècle". *Psychiatrie de l'enfant* XXV: 179-206, 1982.
55. PINEL. Exemple d'une mélancolie avec bigoterie in *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, p. p72-75, 1802.
56. PONTALIS J.B., LAPLANCHE J. *Vocabulaire de la psychanalyse*, 2004. Quadrige, PUF, Paris.
57. RACAMIER P.C. "La maternalité psychotique" in *De psychanalyse en psychiatrie*, 1979.
58. RACAMIER P.C. "A propos des psychoses sur la maternalité" in *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, 1978. ESF, Paris.
59. RESNICK P. "Child murder by parents : a psychiatric review of filicide". *American Journal of Psychiatry* 126/3: 325-333, 1969.
60. REVAULT d'ALLONNES C. *Etre, Faire, Avoir un enfant*, 1991. PBP, Paris.

61. ROCHETTE J., MELLIER D. Prévention et soin dans le postpartum immédiat : un dispositif de collaboration inter-institutionnelle entre psychiatrie périnatale et protection maternelle et infantile. *L'Information psychiatrique* 80: 651-658, 2004.
62. ROSSINELLI G. L'expert face à la responsabilité et à la punissabilité. *L'Information psychiatrique* 77: 466-470, 2001.
63. ROUDINESCO E. *La famille en désordre*, 2002. Fayard, Paris.
64. SCHARBACH H. "On tue un fils". *Evolution Psychiatrique*: 609-624, 1978.
65. SCHWEITZER M.G., PUIG-VERGES N. Troubles psychiques, discernement et passage à l'acte. Une difficulté méthodologique. *L'Information psychiatrique* 77: 487-491, 2001.
66. SENEQUE. *Médée*, 1997. le livre de Poche, Paris.
67. SWAIN G. *Le sujet de la folie*, 1977. Privat, Toulouse.
68. TARDIEU A. *Etude médico-légale sur l'infanticide*, 1868. Baillière, Paris.
69. VERSCHOOT O. "Tu hais la mère, tuer l'enfant", 2003.
70. WINNICOTT D.W. *Le bébé et sa mère*, 1992. Sciences de l'homme, Payot, Paris.
71. ZINS-RITTER M., SANCHEZ-CARDENAS M.. *Une mère tue son enfant*, 1997. Les empêcheurs de penser en rond, Paris.
72. ZOLA E. *Pot-Bouille*, 1990. Flammarion, Paris.

Autres références

ALBERNE T. Psychiatrie et Criminologie. Ellipses, Paris.

BENHAIM M. L'Ambivalence de la mère. Etude psychanalytique sur la position maternelle. Imago, Paris.

DAYAN J. Psychopathologie de la périnatalité. Masson, Paris.

GUEDENEY A., ALLILAIRE J.F. Interventions psychologiques en périnatalité. Masson, Paris.

GUILLEMOT M. « Moi qui n'ai pas tué mon fils. L'affaire Lubin ». Grasset, Paris.

HAMILTON E. La mythologie, ses dieux, ses héros, ses légendes. Marabout, Allier.

SCILICET. Revue paraissant au Champ freudien collection dirigée par Lacan. Le meurtre de l'enfant et l'impasse des civilisations. Le Seuil, Paris.

WELNIARZ B., BARRAL A. D'un possible ou impossible lien mère-enfant après une tentative d'infanticide. Revue Devenir, volume 9, 1997, P 33-48.

Thèse : « Les mères meurtrières » de V. PORTEJOIE-THAULT 1998.

Film : Médée de Pier Paolo PASOLINI., 1969.

L'infanticide : mythe, fantasme et réalité

RESUME

Cette thèse est née d'un intérêt porté à la question troublante des mères infanticides.

Après un abord socioculturel et clinique, ce travail s'attache à ouvrir des pistes de compréhension psychopathologique des infanticides.

Au-delà des pathologies psychiatriques évidentes, psychoses et troubles thymiques, les infanticides soulèvent des questions aussi fondamentales que le développement psychoaffectif précoce, l'accès à la parentalité, les conduites criminelles, les relations médecine et justice.

Le rôle du psychiatre est de tenter de donner du sens à l'impensable pour élaborer des stratégies de soin : approche préventive, traitement des troubles psychiques et soin psychothérapeutique.

MOTS-CLES

Infanticide – Filicide – Filiation - Passage à l'acte - Violence fondamentale - Failles narcissiques - Puerpéralité – Maternalité – Responsabilité – Périnatalité – Prévention – Soins.