LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

Act.	Actualité
ADN	Acide désoxyribonucléique
Al.	Alinéa
AN	Assemblée Nationale
Anc.	Ancien
Art.	Article
Bull.civ.	Bulletin des arrêts des chambres civiles de la Cour de cassation
Bull.crim.	Bulletin des arrêts de la chambre criminelle de la Cour de cassation
CC	Code Civil
CEDH	Cour européenne des Droits de l'Homme
CIEC	Commission Internationale de l'État Civil
Civ.1ère	Première chambre civile de la Cour de cassation
Civ.2ème	Deuxième chambre civile de la cour de cassation
Comm.	Commentaire
CP	Code Pénal
Crim.	Chambre criminelle de la Cour de cassation
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
CT	Code du Travail
DCCRF	Direction Général de la Consommation, de la

	Concurrence et de la Répression des Fraudes
Doc.	Document
IBFAN	International Baby Food Action Network
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGEC	Instruction Générale de l'État Civil
IHAB	Initiative Hôpitaux Amis des Bébés
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
Infra	Ci-dessous
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
JO	Journal Officiel
MFPF	Mouvement Français pour le Planning Familial
MLAC	Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception
MLF	Mouvement de Libération de la Femme
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
op.cit.	Ouvrage cité (du latin *opus citatum*)
p.	page
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNNS	Programme National Nutrition Santé
RTT	Réduction du temps de travail
s.	et suivants
SA	Semaine d'aménorrhée
SIDA	Système Imunno-Déficitaire Acquis

Soc.	Chambre Sociale
Supra	Ci-dessus
t.	Tome
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance (United Nations Children's Fund)
V. ou *v.*	Voir
Vol.	Volume

SOMMAIRE

- **INTRODUCTION**

- **PREMIERE PARTIE : AUTRUI : UNE CONDITION PREALABLE**

Titre 1 : L'enfant juridique

Chapitre 1 : Le statut juridique du foetus

Chapitre 2 : L'interruption volontaire de grossesse

Titre 2 : L'enfant médical

Chapitre 1 : L'industrialisation de la naissance

Chapitre 2 : La norme biologique menacée

- **DEUXIEME PARTIE : L'INTENTION : UNE CONDITION DISCUTABLE**

Titre 1 : De l'intention dans les représentations

Chapitre 1 : L'objectivité de l'intention juridique

Chapitre 2 : Les enfants du silence

Titre 2 : Le traitement pénal du meurtre du nouveau-né

Chapitre 1 : La subjectivité de l'intention psychique

Chapitre 2 : La non-subjectivité du traitement pénal

INTRODUCTION

1. Le psychiatre américain, Phillip Resnick a établi, dans les années 1970, une classification des meurtres d'enfant en fonction du mobile apparent. Ainsi, le filicide (le meurtre d'un ou plusieurs enfants par l'un ou les deux parents, indépendamment de l'âge de l'enfant) serait-il motivé par l'altruisme et le néonaticide (le meurtre d'un nouveau-né de moins de vingt-quatre heures dont l'auteur serait exclusivement la mère) serait-il commis parce que l'enfant n'était pas désiré (du fait d'une d'une paternité extraconjugale ou d'un célibat) [1]. Cette dichotomie entre filicide et néonaticide se justifierait également par des données sociodémographiques différentes : seraient plus jeunes et moins souvent mariées, moins soumises à des difficultés psychiatriques, de dépression ou d'état suicidaire les femmes néonaticides. Selon les cas psychiatriques retenus par Phillip Resnick, la réponse pénale serait également fonction du type d'infanticide : alors que les femmes néonaticides seraient essentiellement condamnées à des peines de prison et/ou de mise à l'épreuve, les femmes filicides feraient davantage l'objet d'hospitalisation et d'internement. Dès lors, il y aurait beaucoup moins de psychoses chez les femmes néonaticides. Il est également intéressant de noter que, dès 1970, Phillip Resnick constatait l'étonnement des jurés face au décalage entre l'image qu'ils se faisaient d'une mère meurtrière et celle que présentent les femmes néonaticides lors de leur procès. Il citera, à cet effet, un auteur allemand qui observait que le néonaticide était l'un des crimes où il y avait si peu de condamnations[2].

Des études ultérieures se sont également inspirées de cas psychiatriques pour analyser le néonaticide et notamment le passage à l'acte au cours duquel les auteurs auraient relevé une

---

[1] Resnick, Ph.J. « Child murder by parents: a psychiatric review of filicide ». *The American Journal of Psychiatry* 126, nº 3 (septembre 1969): 325-334 et « Murder of the newborn : a psychiatric review of neonaticide ». *American Journal of Psychiatry* 126 (1970): 1414-1420 ; Resnick Ph.J, M.-C. Genet, R. Evans, V. Voruz, et S. Yang. « Meurtre de nouveau-né : une synthèse psychiatrique sur le néonaticide ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 42–54 ; Resnick Ph.J, B. Chaffel, V. Voruz, et S. Yang. « Retour sur le néonaticide : perspectives actuelles ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 55-59.

[2] Gummersbach, K. « Die Kriminalpsychologische Persönlichkeit der Kindesmördernnen und ihre Wertung im Gerichtsmedizinischen Gutachten ». *Wien. Med. Wschr.* 88 (1938): 1151-1155, cité par Resnick, Ph.J. (1969), *op.cit.* et Resnick, Ph.J. et al. (2009), *op.cit.*

dissociation[3]. Certaines se sont basées sur des constatations médico-légales[4] et d'autres sur des données judiciaires[5]. Les données sociodémographiques sont encore une fois diverses (âge, statut marital, statut professionnel, parité…), très certainement en raison de la multiplicité des pays concernés (États-Unis, Finlande, France…). Enfin, la constatation de différences notables en termes de réponse pénale nous interroge également. Ces différences se justifieraient-elles par l'incrimination choisie par les législateurs de ces différents pays ?

2. En France, le droit criminel ne permet plus de distinguer le meurtre d'un nouveau-né de tout autre meurtre sur un mineur de quinze ans[6]. Il est désormais inclus dans l'article 221-1 du Code pénal qui définit le meurtre comme « le fait de donner volontairement la mort à autrui ». Il est sanctionné de la réclusion criminelle à perpétuité lorsque les faits sont commis sur un mineur de quinze ans (art.221-4 CP). La minorité de la victime constitue une circonstance aggravante du meurtre sans qu'aucune distinction ne porte sur l'âge de la victime ou la qualité de l'auteur, parent ou non de l'enfant . Jusqu'en 1994, l'ancien article 300 du Code pénal prévoyait une incrimination spécifique d'infanticide définie comme le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né et l'ancien article 302 du même code précisait que « la mère, auteur principal ou complice de l'assassinat ou du meurtre de son enfant nouveau-né, sera punie de la réclusion criminelle à temps de dix à vingt ans, mais sans que cette disposition puisse s'appliquer à ses coauteurs ou complices ».

---

[3] Spinelli, M.G. « A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide ». *American Journal of Psychiatry* 158, nº 5 (2001): 811-813 et *Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill*. 1er éd. American Psychiatric Press Inc., 2002.

[4] *V. not* : Herman-Giddens M.E, J.B. Smith, M. Mittal, M. Carlson, et J.D. Butts. « Newborns Killed or Left to Die by a Parent ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 289, nº 11 (19 mars 2003): 1425 - 1429.

[5] *V. not* : Tursz, A. « Avantages et limites de l'approche épidémiologique pour la connaissance des infanticides ». *Enfances & Psy* 49, nº 4 (2010): 112-120 ; Tursz, A. et J.M. Cook. « A population-based survey of neonaticides using judicial data ». *Archives of Disease in Childhood* (2010) ; Tursz A, L. Simmat-Durand, P. Gerbouin-Rérolle, N. Vellut, et J. Cook. *Les morts violentes de nourrissons: trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. Implications pour la prévention*. Inserm-CNRS, février 2011 ; Putkonen H, G. Weizmann-Henelius, J. Collander, P. Santtila, et M. Eronen. « Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought - neonaticides in Finland 1980-2000 ». *Archives of Women's Mental Health* 10, nº 1 (février 2007): 15-23 et « Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980-2000 ». *International Journal of Law and Psychiatry* 30, nº 3 (2007): 248-254.

[6] Art. 372 de la loi n°92-1336 du 16 décembre 1992.

3. Aussi, les spécificités du crime d'infanticide ont-elles disparu de l'incrimination, mais qu'en est-il du traitement actuel du meurtre du nouveau-né ? Les spécificités qui étaient autrefois accordées à ce crime ont-elles pour autant disparu ? Après l'analyse d'un échantillon de trente-et-une femmes accusées de la mort d'un ou plusieurs de leurs nouveu-nés[7], nous avons fait le constat d'un réel déni de justice quant à la singularité du crime de néonaticide (**Section 1**) et d'un déni des réalités biologiques de la femme enceinte (**Section 2**). En effet, ces négations semblent se lier dans l'établissement de remparts à la manifestation des spécificités féminines. Dans le traitement pénal du néonaticide, seule l'autonomie d'une nouvelle incrimination de meurtre du nouveau-né traduirait la volonté du législateur français de rendre aux femmes les spécificités qui leur ont été trop longtemps confisquées.

[7] *V.* ANNEXE 6 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PROCEDURES, 690

Section 1 : Le déni de justice

4. Nous entendons par déni de justice, le refus par le droit et la justice de considérer d'une part, le crime de néonaticide comme un crime spécifique et d'autre part, l'enfant à naître comme une personne à part entière. Le meurtre d'un nouveau-né pose indéniablement la question du début de la vie : à partir de quand devenons-nous un Homme ? Dès la conception ? A la naissance ? Alors que la médecine et la biologie considèrent l'embryon et le foetus comme des patients à part entière, le droit, quant à lui, se limite à la naissance. Il ne considère pas l'enfant à naître comme une personne susceptible de recevoir une protection pénale autonome de celle de sa mère, si bien qu'il traite du meurtre du nouveau-né comme s'il s'agissait de la mort de n'importe quel enfant par le geste meurtrier de n'importe quel auteur. Aussi, le déni de justice serait-il constitué par l'absence de cohérence jurisprudentielle des condamnations en la matière (**II**) et d'une manière plus générale, par le peu de considération que porte le législateur à l'enfant à naître (**I**).

I- L'absence de considération du droit à l'égard de l'enfant à naître et de la femme enceinte

5. La femme est niée dans sa volonté de mener à terme une grossesse. A travers le statut juridique du foetus, nous avons été en mesure de porter une analyse critique sur la considération que le législateur entendait porter au foetus. Le refus du législateur de lui accorder une protection pénale prénatale est fondé (**A**), à tort, sur sa position en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Or, à notre sens, une telle position est socialement critiquable, mais surtout juridiquement infondée, notamment lorsqu'elle est guidée par la pression des groupes féministes français et des intérêts masculins (**B**).

A-Le statut juridique du foetus

6. Le législateur et, à défaut, la jurisprudence ont délimité les contours de ce que doit être juridiquement un enfant. Selon eux, l'enfant à naître ne peut bénéficier de protection pénale au motif qu'il n'a pas encore acquis la personnalité juridique. Or, nous développerons à ce sujet un certain nombre d'arguments qui mettent en évidence l'erreur de fondement de ce refus. En effet, le principe de l'interprétation stricte de la loi pénale est rapidement apparu comme un alibi à une décision sans fondement[8]. Pendant de nombreuses années, cours d'appel et Cour de cassation se sont affrontées sur le point de savoir s'il était possible la qualification d'homicide involontaire lorsque le décès d'un enfant intervenait *in utero* du fait d'un tiers. En 2001, l'Assemblée plénière a enfin pris position en faveur d'une absence totale de protection pénale prénatale au motif que « le principe de la légalité des délits et des peines, qui impose une interprétation stricte de la loi pénale, s'oppose à ce que l'incrimination prévue par l'article 221-6 du Code pénal, réprimant l'homicide involontaire d'autrui, soit étendue au cas de l'enfant à naître dont le régime juridique relève de textes particuliers sur l'embryon ou le fœtus »[9]. D'une part, nous avons pu constater que le cadre juridique auquel fait référence l'Assemblée plénière ne concerne aucunement la protection prénatale, mais uniquement celle de la femme enceinte qui aurait subi des dommages. A notre sens, le positionnement du

---

8 Maistre du Chambon, P. « L'amendement Garraud. Retour sur un procès en sorcellerie ». *Revue pénitentiaire et de droit pénal* n°2 (juin 2004) : 313-320 et Monnier, S. « Le principe d'interprétation stricte de la loi pénale, prétexte à un refus de mettre en oeuvre l'exigence constitutionnelle de protection de l'embryon humain ». *Gaz.Pal.* 2 (28 juillet 2002): 12–18.

9 *V.* notamment : Ass.plén.29 juin 2001 : Bull.crim.2001, n°1665 ; Sainte-Rose J. et Sargos, P. *BICC* n°540 (2001) n°540 ; Mayaud, Y. « Ultime complainte après l'arrêt de l'Assemblée plénière de la Cour de cassation du 29 juin 2001 ». *D.* (2001) : 2917 ; Sargos P, J. Sainte-Rose et Rassat, M.-L. « L'enfant à naître peut-il être victime d'un homicide involontaire ? L'Assemblée plénière de la cour de cassation prend position ». *JCP* II, n°10569 (2001) ; Murat, P. « L'enfant à naître n'est pas autrui au sens du droit pénal ». *JCP* I, n°21 (2002) : 101 ; Bonneau, J. *Gaz.Pal.*n°251 (6 septembre 2001) : 24 ; Sainte-Rose, J. *Gaz.Pal.* 1 (2002) : 85 ; Monnier, S. « Le principe d'interprétation stricte de la loi pénale, prétexte à un refus de mettre en œuvre l'exigence constitutionnelle de protection de l'embryon humain ». *Gaz.Pal.* n°211 (30 juillet 2002) : 12-18 ; Demont, L. *Dr.pén.* chronique n° 34 (2001) ; Hauser, J. « L'Assemblée plénière et le foetus : brèves remarques ». *RTDCiv.* (2001) : 560 et « L'Assemblée plénière et le foetus : suite ». *RTDCiv.* (2001) : 850 ; Bouloc, B. « Notion de victime d'un homicide involontaire ». *RSC* (2002) : 97 ; Lamboley, A. « L'enfant à naître ne peut être victime d'un homicide involontaire : Regard critique sur la décision du 29 juin 2001 de l'assemblée plénière de la cour de cassation ». *Médecine & droit* 2002, nº 52 (janvier 2002): 5–11.
Pour des éléments de doctrine, *v.* Pradel J., « La seconde mort de l'enfant conçu », *D.* chronique (2001) : 2907 ; Ortolland, A. « Un arrêt blessant pour des parents », *Gaz.Pal.* n°15 (15 janvier 2002) : 29 ; Vigneau D., « Selon la Cour de cassation, l'homicide d'un enfant à naître, même non viable, n'en n'est pas un ! », *Dr.fam.* chronique n°21 (2001) : 4-8 ; Joly, S. « Le passage de la personne, sujet de droit, à la personne, être humain », *Dr.fam.* chronique n°22 (2001) : 9-15 ; Terrason de Fougères, A. « Le foeticide », *RDSS* (2001) : 829.

législateur à l'égard de l'enfant à naître est en réalité une volonté de ne pas se mettre à dos les groupements féministes qui voient en la possibilité de poursuivre les personnes qui mettraient, vonlontairement ou non, un terme à une grossesse une remise en question de l'IVG. Nous nous sommes interrogées : en quoi la protection pénale d'un enfant à naître, dont l'évolution est ardemment souhaitée par ses parents, peut-elle remettre en cause la volonté d'une femme qui souhaite, à l'inverse, mettre un terme de manière précoce à sa grossesse ? Nous démontrerons qu'il n'en est rien et qu'il ne s'agirait là que d'intention. En effet, accorder une protection pénale à l'enfant à naître, c'est admettre qu'une femme qui considère l'enfant qu'elle porte comme un enfant qu'elle souhaite voir grandir puisse obtenir justice lorsqu'une tierce personne met fin à cette grossesse. Autoriser une femme à mettre un terme à sa grossesse dans les douze premières semaines, c'est accepter qu'une femme n'ait pas l'intention de mener à terme cette grossesse. En définitif, refuser d'accorder une protection pénale à l'enfant à naître au motif qu'il remettrait en cause la législation sur l'IVG, c'est accorder plus d'importance aux femmes qui ne souhaitent pas mener à terme une grossesse. D'une autorisation légitime, la justice aurait basculé vers un droit absolu. Parce qu'il a autorisé la suppression d'un embryon jusqu'à sa douxième semaine, le législateur a écarté la femme de la répression de l'avortement illégal et l'enfant à naître d'une protection pénale. L'absurdité de cette situation nous semble prendre sa source dans le combat des féministes françaises pour une maternité choisie.

B- Un combat féministe biaisé

7. La réalisation abominable d'avortements clandestins a inexorablement rendu nécessaire la légalisation de l'interruption de grossesse dans les années 1970[10]. Sous la pression d'une part des groupes féministes et d'autre part, des opposants à l'IVG, la législation s'est voulue pragmatique et dissuasive. Dans un souci de ménager les diverses sensibilités, le législateur de 1975 a décidé qu'une femme enceinte pouvait légalement demander à un médecin de pratiquer sur elle une interruption de grossesse dans le cas où elle

[10] Pinatel, J. « Aperçu des aspects criminologiques de l'avortement », *RSC* (1973) : 741 et Cannat, P. « Les avorteuses », *RSC* (1950) : 455.

ne dépasserait pas le délai légal de dix puis de douze semaines de gestation[11]. Si cette législation a épargné un grand nombre de femmes d'une mort certaine, elle a paradoxalement créé des ingéalités entre les femmes elles-mêmes. En effet, plusieurs études ont pu mettre en évidence la stigmatisation des femmes ayant recours à une IVG d'une part, et celle des femmes souhaitant vivre pleinement leur maternité, d'autre part[12]. En effet, le combat féministe visant à imposer une stricte égalité des sexes a paradoxalement renforcé la domination masculine et la stigmatisation des femmes ayant pris la décision de mener à terme une grossesse qui n'entrerait pas dans la nouvelle norme procréative. La libéralisation contraceptive et l'autorisation légale d'une IVG ont conduit à l'émergence d'une norme procréative associant maternité et carrière professionnelle. Ainsi, en prônant l'égalité des sexes, les féministes françaises auraient-elles contribué à l'aggravation des ingéalités hommes/femmes. La maternité choisie serait fonction de la carrière professionnelle : les femmes qui souhaitent avoir des enfants malgré leur statut professionnel doivent assumer les responsabilités qui en découle, notamment celles de la « double journée ». De surcroît, cette situation entraîne avec elle une discrimination sur le plan de la rémunération puisque les employeurs justifient cette différence par le fait que les femmes seront plus souvent absentes. De ce fait, lorsque le choix d'un congé parental fait jour, c'est majoritairement la femme qui arrêtera de travailler puisque sa rémunération est généralement plus faible que celle de son conjoint.

8. A notre sens, cette norme procréative constitue une sorte de diktat au sein duquel les femmes sont totalement dépossédées de leurs intentions maternelles. L'aveuglement volontaire du législateur face à cette situation reflète, à notre sens, l'incapacité de la justice à déterminer, notamment dans les cas de néonaticide, une intention juridique indépendante de la constatation purement matérielle des faits incriminés (**II**).

---

[11] Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

[12] *V.* en ce sens les nombreux travaux de l'Inserm: Bajos, N. et Ferrand M., « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences sociales et Santé* 22, n°3 (septembre 2004) : 117-142 ; Equipe GINE, M. Ferrand, N. Bajos N. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues.* Inserm, 2002 ; Groupe ASCF, A. Spira, et N. Bajos. *Les comportements sexuels en France*. La Documentation française. La Documentation Française, 1993 et Bajos, N. et M. Ferrand. « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative ». *Sociétés Contemporaines*, n° 61 (2006): 91-117.

II- L'absence de cohérence jurisprudentielle

9. En 2010, vingt-deux condamnations concernaient des meurtres sur des mineurs de quinze ans sur un total de 489 homicides[13]. Sur les dix-neuf peines principales prononcées, 70% d'entre elles concernaient des femmes et seulement six hommes ont été condamnés de ce chef. Ainsi, l'infanticide ou le meurtre sur un mineur de quinze ans serait-il essentiellement féminin. A l'évidence, cette incrimination de meurtre ne met aucunement en évidence un lien éventuel de filiation entre l'auteur et sa victime. Nonobstant cette difficulté, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle le meurtre d'un nouveau-né serait un crime particulier au sein duquel ce serait principalement la mère qui donnerait la mort à l'enfant qu'elle vient de mettre au monde. Si le meurtre d'un mineur de quinze ans est majoritairement féminin, le meurtre d'un nouveau-né serait, *a fortiori*, un crime dont les principaux auteurs seraient des femmes.

A- Une revue de presse

10. A partir d'articles parus dans la presse écrite française[14], nous avons sélectionné des dossiers dans lesquels la mère a été identifiée comme l'auteur présumé de la mort d'un ou plusieurs de ses nouveau-nés et auquel une réponse judiciaire a été donnée, que ce soit en termes d'actes d'enquête ou de condamnation. Les informations ainsi recueillies ont été croisées et confirmées par d'autres articles traitant de la même affaire. Quatre dossiers ont été approfondis par le suivi dans sa quasi-totalité du procès et un dossier a pu être consulté auprès du conseil de la mise en cause après condamnation.

---

[13] Baux, D. *Les condamnations. Année 2010*. Secrétariat Général. Service support et moyens du ministère. Sous-direction de la Statistique et des Etudes, décembre 2011.

[14] Pour la sélection des articles de presse nous avons procédé par l'emploi d'alertes électroniques autour des expressions « cadavres de nouveau-nés », « néonaticide » et « infanticide » (essentiellement parce qu'il est encore largement utilisé pour décrire le meurtre d'un nouveau-né par le geste maternel). *V. infra*, notre revue de presse des cas étudiés, p.688 et s.

En raison des difficultés liées à certaines notions médico-légales et psychiatriques, il n'a pas été possible de révéler avec certitude le contenu des expertises médicolégales et médicopsychologiques. Quelques observations seront faites sur les dossiers qui ont été évoqués lors de débats en cour d'assises ou que nous avons pu consulter en cabinet ; les remarques tirées d'articles de presse seront par conséquent à manier avec prudence.

Au total, nous avons recensé trente-et-une femmes soupçonnées ou condamnées pour la mort d'un ou plusieurs de leur(s) nouveau-né(s). Les faits ont été découverts entre 1999 et 2010 et ont été commis sur cinquante-six nouveau-nés, entre 1989 et 2010[15]. Ce chiffre élevé de nourrissons décédés s'explique par la réitération des actes par dix femmes : trois d'entre elles ont tué deux de leurs nouveau-nés, quatre en ont tué trois, une en a tué quatre, une en a tué six et enfin une dernière en a tué huit. La méthodologie employée peut expliquer, en partie, la présence de ce chiffre élevé. En effet, la presse fait davantage référence à ces cas « extraordinaires », « hors norme » dans lesquels des femmes ont tué plusieurs de leurs nouveau-nés. Néanmoins, indépendamment de ce biais, existe-t-il des similitudes entre ces procédures de meurtres multiples et le reste de notre échantillon ? Existe-t-il des différences notables avec la mort d'un seul nouveau-né ? Enfin, sept dossiers sont toujours soumis à des actes d'enquête, vingt-et-un ont fait l'objet d'une condamnation définitive et seules deux femmes ont été acquittées. Une femme placée sous contrôle judiciaire s'est donné la mort en cours d'instruction.

Pour l'ensemble de notre échantillon, les auteurs étaient des femmes et les faits ont été commis à la suite d'une grossesse passée inaperçue et à l'occasion d'un accouchement clandestin. Nous avons observé une flagrante disparité dans les caractéristiques sociodémographiques et l'absence, tout aussi particulière, de typologie de ces femmes néonaticides. Aussi, la jurisprudence se serait-elle perdue dans la multplicité de ces singularités.

[15] Il nous faut préciser que l'emploi de cette méthodologie ne peut révéler la fréquence du crime de néonaticide.

B- La « loterie » judiciaire ou l'erreur législative

11. En termes de traitement pénal des femmes néonaticides, l'absence de jurisprudence nous est apparue comme une véritable loterie judiciaire[16]. En effet, les dossiers dans lesquels une condamnation définitive est intervenue font état de peines allant de deux à quinze années d'emprisonnement sans qu'elles soient justifiées par des *modus operandi* similaires voire identiques ou des personnalités nécessitant une peine différente.

L'inadaptation de la qualification de meurtre sur un mineur de quinze ans en est, à notre sens, la principale cause. Les incriminations (de mises en examen et de condamnations) sont différentes alors que les *modus operandi* sont similaires. Si la majeure partie des poursuites est fondée sur la qualification de meurtre sur mineur de quinze ans, d'autres qualifications sont employées malgré la similitude des faits constatés qui sont parfois identiques (comme par exemple l'accouchement suivi du placement du nouveau-né dans un sac poubelle). Cette observation est d'autant plus critiquable que nous avons pu constater que le choix de la qualification pénale avait un impact très fort sur le prononcé des peines. Lorsque la qualification pénale a trait à l'*animus necandi*, la peine est deux fois plus sévères que lorsque la qualification pénale ne relève pas d'intention homicide : six ans d'emprisonnement en moyenne pour les incriminations de meurtre contre trois ans lorsque le choix d'une autre incrimination a été fait. Nous estimons que cette cacophonie n'est rien d'autre que le reflet de la difficulté pour la justice d'établir une intention certaine dans le crime de néonaticide.

12. L'intention en droit est déduite des faits matériels alors qu'elle devrait dépendre davantage de l'intention réelle. La recherche forcée et quasi-systématique de la tentative d'une infraction impossible lorsque la vitalité du nouveau-né n'a pu être établie en est la parfaite illustration.

La position du droit criminel français à l'égard de l'intention est strictement objective et uniquement fondée sur la seule constatation de faits matériels. Ainsi, le droit limite-t-il le

---

[16] « *Réflexions autour d'un tabou : l'infanticide* ». Ouvrage collectif, juillet 2009.

champ de l'intention à un droit pénal du fait dans la constitution de l'incrimination. Or, dans le crime de néonaticide, les faits matériels ne rendent pas compte de l'intention réelle des accusées. La mort du nouveau-né fait suite à une grossesse atypique et un accouchement clandestin ; si bien que limiter l'intention aux seules constatations matérielles empêche la compréhension d'un tel crime.

13. Ainsi, l'analyse d'un traitement judiciaire du crime de néonaticide indépendamment des spécificités qui le composent traduit-il l'enfermement juridique dans lequel le législateur a placé la grossesse et son issue. En n'élaborant aucune jurisprudence cohérente, le droit et la justice nient les spécificités féminines (le contexte développemental de la grossesse, les conditions d'accouchements, mais également les interrogations entourant les intentions psychiques et juridiques).

Ce malaise de la justice quant au jugement à accorder à ces femmes néonaticides nous a contraint à élargir notre analyse par le biais de thèses évolutionnistes (**Section 2**). En effet, comment rendre compte du contexte néonaticide sans au préalable s'attarder sur l'importance biologique de la grossesse et de l'accouchement ?

Section 2 : Le déni des réalités biologiques

14. A travers les thèses évolutionnistes, nous avons souhaité apporter une autre vision du contexte néonaticide en s'attaquant à un certain nombre de préjugés autour de la naissance. Puisque le législateur ne souhaite pas intervenir avant toute naissance d'un enfant vivant et viable, il lui apparaît difficile de prendre en considération l'impact que peut avoir une grossesse et un accouchement sur le développement des liens mère-enfant et sur la réalité du néonaticide. Or, indépendamment de l'investissement, positif ou négatif, d'une grossesse et d'un accouchement respecté (**I**), la naissance d'un enfant peut aussitôt se mourir pour n'avoir jamais existé (**II**).

I- Le non-respect de la maternité

15. L'approche juridique de l'acte néonaticide est d'autant plus biaisée que la mainmise du corps médical sur le suivi des grossesses et les conditions d'accouchement ne laisse que très peu de choix aux femmes enceintes. La sécurité apparente du suivi des grossesses (**A**) ainsi que celle des accouchements en milieu hospitalier (**B**) met un voile sérieux sur les réelles capacités biologiques des femmes enceintes. Or, à notre connaissance, aucune des femmes néonaticides de notre échantillon n'est décédée en couche et n'a reçu d'aide extérieure (même si certaines ont du subir une hospitalisation du fait d'hémorragies). L'industrialisation et l'instrumentalisation de la naissance ont délibérément ignoré l'état hormonal naturel dans lequel se trouve une femme qui accouche, rendant ainsi un peu plus incompréhensible le passage à l'acte de ces femmes néonaticides.

A- Le suivi imposant de la grossesse

16. Sous couvert d'une protection maximale de la grossesse, le Code de santé publique a prévu l'obligation de réaliser un nombre important d'examens prénataux[17]. Néanmoins, ce suivi médical imposant nous est apparu comme la traduction à la fois du contrôle du développement d'un enfant parfait, mais essentiellement le contrôle des femmes dans la gestion de leur grossesse. En effet, les examens prénataux sont rendus nécessaires pour l'allocation d'aides financières, si bien que les femmes se trouvent une nouvelle fois dans l'obligation de suivre ce qui leur est imposé par le législateur ; à défaut de quoi elles seront considérées comme incapables de mener à terme leur grossesse. Aussi, le non-respect des injonctions juridico-médicales constituerait-il une déviance. A ce titre, nous pouvons faire le parallèle avec l'édit d'Henri II qui, pour réprimer l'infanticide autant que pour le prévenir, obligeait les filles mères à déclarer leur grossesse et leur accouchement : « Toute femme qui se trouvera dûment atteinte et convaincue d'avoir celé, couvert et occulté, tant sa grossesse que son enfantement, sans avoir déclaré l'un et l'autre, et avoir pris de l'un et l'autre témoignage suffisant, même de la mort ou de la vie de son enfant lors de l'issue de son ventre ; et après se trouve l'enfant avoir été privé tant du saint sacrement du baptême que de la sépulture publique et accoutumée ; qu'une telle femme tenue pour avoir homicidé son enfant, pour réparation publique, sera punie de mort et de dernier supplice, de telle rigueur que la qualité particulière du cas le méritera »[18].

Certains objecterons à cet égard qu'il s'agit principalement de protéger l'enfant à naître et la femme qui le porte de dangers internes et externes. Néanmoins, l'analyse des pratiques hospitalières nous conduit à considérer le suivi médical de la grossesse ainsi que l'accouchement en milieu hospitalier comme des causes de iatrogénicité.

---

[17] Art.L.2122-1 et s. du CSP.

[18] Ordonnance d'Henri II, février 1556, citée par Richard Lalou (« L'infanticide devant les tribunaux français (1825-1910) ». *Communications* 44, nº 1 (1986): 175–200).

B- La iatrogénicité des accouchements hospitaliers

17. A l'instar des examens prénataux, les lieux de naissance sont entièrement sous le contrôle des médecins. Une première série d'actes contribue à l'immobilisation de la parturiente. C'est notamment le cas de la péridurale qui, dans un premier temps, contribue à la diminution de la douleur de l'accouchement, conduit essentiellement au maintien de la femme immobile. En effet, administrée dans le dos, elle ne permet pas à la femme sur le point d'accoucher de se déplacer à son aise pendant la première phase du travail. S'ensuit une position dorsale qui permet aux gynécologues-obstétriciens de limiter les risques de mauvaises manœuvres et par conséquent, de ne pas engager sa responsabilité juridique en cas de conséquences dommageables[19]. Ainsi, la posture horizontale est-elle motivée par des raisons, une nouvelle fois juridique. Néanmoins, la littérature biologique et évolutionniste nous indique que cette position est contraire à la physiologie des femmes enceintes. En effet, les réalités biologiques nous rappelllent que la mobilité de la parturiente contribue à réduire le temps de travail. De surcroît, ce non-respect entraîne avec lui la réalisation de nombreux actes iatrogènes. Le temps du travail étant plus long en raison de la position dorsale a pour principales conséquences l'administration d'ocytocine artificielle (en dépit du pic naturel), la réalisation quasi-systématique d'épisiotomie pour réduire le moment de l'expulsion et éviter les souffrances fœtales. Dès lors, nous observons que l'ensemble des ces interventions est rendu nécessaire par les actes inutiles qui l'ont précédé. A la volonté délibérée de « soigner » la responsabilité des gynécologues-obstétriciens, s'ajoute aux principaux facteurs du déni des réalités biologiques le souci économique des services et agents hospitaliers. Ainsi, le déclenchement et les césariennes de convenance sont-ils pratiqués pour une meilleure organisation des services obstétriques et, par voie de conséquence, pour un meilleur rendement.

Ce terrible constat serait sans incidence notoire si les risques sanitaires n'étaient pas si importants. En effet, le bousculement du travail naturel hormonal et les césariennes dirigées ralentissent l'éveil du nouveau-né et prolongent la convalescence de la jeune mère dont parfois la détresse psychologique laisse place à l'émergence d'un sentiment de privation de

---

[19] *V.* Marcovitch, J. *Manuel d'obstétrique à l'usage des professionnels du Droit*. L'Harmattan, 2007.

son rôle premier de mère. En dernier point, la surmédicalisation de la naissance perturbe la mise au sein qui conditionne les premiers échanges entre une mère et son nouveau-né. Or, la qualité des liens mère-enfant et enfant-mère dépend principalement du respect des données biologiques de la naissance. Si à l'heure actuelle la volonté d'un « retour aux sources » se fait ressentir, la norme biologique de l'allaitement a pendant longtemps été malmenée par le combat franco-féministe qui la considère comme une forme d'esclavagisme. Tout au long de nos développements, nous constaterons le poids des féministes françaises dans la perception de la maternité en France. Depuis 1975, la femme joue un rôle d'arbitre dans le choix de la maternité et devient, paradoxalement, l'esclave du monde hospitalier majoritairement masculin.

18. L'analyse de notre échantillon s'est largement fait l'écho d'accouchements strictement physiologiques sans qu'une tierce personne n'intervienne. Ainsi, les femme seraient-elles capables de mettre au monde un enfant en bonne santé dans la solitude la plus totale. De la même manière, le crime de néonaticide fait systématiquement suite à une grossesse passée sous silence, si bien que la prescription d'examens prénataux ne peut être considérée comme l'assurance d'une certaine sécurité. En définitive, le constat de contradictions récurrentes entre les réalités quotidiennes et les réalités biologiques ont contribué à une analyse, à notre sens, tronquée du déni de grossesse (**II**).

II- Le déni de grossesse

19. Alors que nous débutions nos recherches sur le meurtre d'enfant, l'été 2006 a été le théâtre d'un déferlement médiatique sur la découverte, à Séoul, de deux cadavres de nouveau-nés dans le congélateur d'une famille française expatriée[20]. Le couple nie toute implication et croit à un complot coréen qui aurait été mené contre Jean-Louis Courjault, ingénieur automobile et père de famille qui a découvert les petits corps dans son congélateur. Le couple,

[20] *V. infra*, la revue de presse des cas étudiés, cas n°7, p.688 et s.

face aux questions incessantes des journalistes, affirme ne pas être les parents de ces enfants, réfutant ainsi les premières expertises ADN réalisées par la police coréenne. Toutefois, les expertises françaises confirment leur parentalité. L'opinion publique française est sous le choc : une mère de deux enfants a tué deux de ses nouveau-nés et le père affirme n'avoir jamais été au courant ni des grossesses, ni des meurtres. La stupéfaction est d'autant plus grande que Véronique Courjault dit ne pas s'être aperçue de sa grossesse.

Avec cette affaire largement médiatisée des « bébés congelés », non seulement le déni de grossesse a fait son apparition, mais il a également divisé : élaboration d'un mode de défense ou mise en abîme singulière d'une réalité jusque là inconnue du grand public ? Comment ces grossesses ont-elles pu passer inaperçues ? Comment ces femmes ont-elles pu accoucher seules et ce, à plusieurs reprises pour certaines d'entre elles ? Au-delà du déni de grossesse, pourquoi donner la mort à la naissance au lieu d'accueillir ou abandonner ces enfants ? Les médias ont rapidement affiché un lien étroit entre le meurtre d'un nouveau-né et le déni de grossesse. Toutefois, qu'en est-il réellement ? Que représente le déni de grossesse ? S'agit-il d'une ignorance objective ou d'une inconscience de la grossesse ? Existe-t-il systématiquement en cas de meurtre du nouveau-né ? Peut-il y avoir déni de grossesse sans acte criminel ? Peut-il y avoir meurtre sans déni de grossesse ? Quelles sont leurs fréquences respectives ? Autant d'interrogations qui suscitent la curiosité sur la particularité de ces relations auteur-victime que constituent, en l'occurrence, les relations mère-enfant. Les conditions de grossesse chez les femmes en général, puis celles de ces femmes accusées de la mort de leur nouveau-né ne peuvent être écartées de cette étude. Les interrogations relatives aux motivations qui pousseraient une femme à nier ou dissimuler une ou plusieurs grossesses orientent inévitablement le débat sur le rôle de l'entourage : comment mari, famille et amis n'ont-ils pas su déceler leur état ? La place de ces femmes au sein de leur famille et d'une manière plus générale au sein de la société pose question. Vivent-elles ou ont-elles vécu dans des climats de violence ou de misère, propices à ce type de passage à l'acte ? Notre première hypothèse s'est fondée sur l'idée que ces femmes ne correspondaient pas aux « clichés meurtriers » au sein desquels la violence et la misère de l'enfance pourraient expliquer le passage à l'acte. Au moment du premier meurtre, Véronique Courjault était une jeune mère de deux enfants, vivant avec son mari et ses deux garçons dans une petite maison cossue de Charente-Maritime. Les deux meurtres suivants ont eu lieu à Séoul, en Corée du Sud, où la famille s'était expatriée à la suite de la nomination de Jean-Louis Courjault en tant

qu'ingénieur automobile. Ils vivaient aisément dans un lotissement destiné aux français expatriés, Jean-Louis Courjault travaillait beaucoup et sa femme, Véronique, s'occupait de leurs deux garçons, intervenait dans une école primaire française, bénévolement dans un premier temps puis en tant qu'assistante maternelle. Elle partageait également certains loisirs comme le yoga avec d'autres femmes françaises expatriées.

20. S'ajoutent à l'absence de typologie des femmes dans le déni[21], de nombreuses divergences sur sa définition. Le malaise tient essentiellement à la vulgarisation du déni de grossesse qui a entendu le définir comme le fait pour une femme de ne pas se savoir enceinte[22]. Il est vrai que dans certaines situations les signes « habituels » de grossesse sont objectivement absents. Dans ces hypothèses, nous avons souhaité, avec le soutien de données évolutionnistes, distinguer le déni de grossesse de la méconnaissance objective de la grossesse.

L'absence de signes « habituels » de grossesse tel que l'aménorrhée ou l'absence de ventre proéminent figurent parmi les éléments qui postuleraient à un état de déni de grossesse. Néanmoins, l'approche évolutionniste de la grossesse nous a permis de constater que ces éléments pouvaient ne pas recevoir la qualité de critère absolus dans la reconnaissance d'un état de déni. Dès lors, une distinction devrait être systématiquement opérée entre une méconnaissance objective de la grossesse et l'existence réelle d'une négation car, pour être dans le déni encore faut-il avoir eu connaissance de la réalité, ce qui n'est visiblement pas le cas des femmes dont le corps ne manifeste pas nécessairement les signes traditionnels de grossesse. Ainsi, avons-nous estimé que le déni de grossesse ne pouvait être réduit à la seule méconnaissance de la grossesse. Sa définition doit être aussi large que

---

[21] *V.* notamment: Friedman S.H, A. Heneghan, et M. Rosenthal. « Characteristics of women who deny or conceal pregnancy ». *Psychosomatics* 48, nº 2 (avril 2007): 117–122 ; Beier K.M, R. Wille, et J. Wessel. « Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems ». *Journal of Psychosomatic Research* 61, nº 5 (novembre 2006): 723–730 ; Laporte, J.-L. « Déni de grossesse ». Thèse de Médecine, 1993 ; Pierronne, C. et al. (2002) et Brezinka C, O. Huter, W. Biebl, et J. Kinzl. « Denial of pregnancy ». *Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, nº 15 (1994): 1-8 ; Marinopoulos, S. et I. Nisand. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes*. Les liens qui libèrent, 2011 et Marinopoulos, S. *Le déni de grossesse*. Yapaka.be. Temps d'arrêt, 2007.

[22] Tursz, A. « Les pièges de la vulgarisation de l'information scientifique ? » *Mediapart*, article paru et consulté le 22 juin 2012 sur : http://blogs.mediapart.fr/blog/anne-tursz/220612/les-pieges-de-la-vulgarisation-de-l-information-scientifique.

possible afin de favoriser l'introduction de la grande multiplicité de ses causes : les hypothèses psychodynamiques variant d'une femme à l'autre. En définitive, la nécessité de distinguer d'une part l'ignorance objective de la dissimulation et d'autre part, l'ignorance objective du déni de grossesse nous a, une nouvelle fois, conduit au constat selon lequel l'intention constituerait un facteur de dissociation. Alors que la dissimulation et les négations de grossesse recouvrent à des degrés différents un caractère intentionnel, la méconnaissance objective de la grossesse se révèle totalement non intentionnelle. Indéniablement, ce constat est fondamental en terme de réponse pénale au crime de néonaticide. Si l'ignorance objective doit être écartée de toute répression, la dissimulation et la négation doivent recevoir un traitement pénal adapté à la personnalité singulière des femmes néonaticides. Leurs paroles retranscrites sur les procès-verbaux d'audition de garde à vue, celles prononcées devant le juge d'instruction ou lors de leur procès peuvent apparaître contradictoires, mais ne peuvent nullement témoigner d'une intention de tuer. Alors que la garde à vue constitue un effondrement de la construction psychique des accusées, le procès traduit, quant à lui, une reconstruction identitaire. Ainsi, la rationalisation des faits par la justice est-elle due à la nécessité de faire correspondre les faits à une définition juridique critiquable de l'intention. La rationnalisation judiciaire traduit, à notre sens, un certain déni de la réalité à la fois psychique des femmes néonaticides et biologique des femmes en général.

21. Notre souhait d'apporter une analyse à la fois évolutionniste et légale s'est rapidement justifiée par le contexte dans lequel le crime de néonaticide se commet. Lorsqu'il s'agit du meurtre d'une personne plus âgée, son histoire de vie est racontée lors du procès. Dans le crime de néonaticide, le seul contact de la victime avec la vie a été celui de sa mère. Il devient dès lors impossible de retracer le parcours de cette petite victime, si ce n'est par un retour sur l'histoire de l'auteur, en l'occurrence sa mère. Ce simple constat impliquait de se pencher sur les mois et les jours qui ont précédé les faits incriminés. Néanmoins, notre regard ne devait pas se limiter aux données actuelles de la naissance qui, malheureusement, sont fortement éloignées des réalités biologiques féminines.

22. Traiter du meurtre du nouveau-né revient à traiter de l'Humain, à traiter des relations primaires (depuis l'origine des mammifères) et premières (de la conception à la naissance) d'une mère et son enfant.

« Autrui » est LA condition préalable à toute incrimination de meurtre et d'une manière plus générale, à toute atteinte aux personnes. Or, il semble que la notion de personne soit différemment appréhendée en fonction de l'angle sous lequel elle est envisagée. Le fœtus depuis sa conception est considéré par le monde médical comme un patient à part entière, indépendamment de la mère qui le porte. Le monde juridique, quant à lui, ne semble pas lui accorder une quelconque protection pénale tant qu'il est *in utero* ; c'est-à-dire insuffisamment autonome du sein de sa mère. Les spécialistes de la psyché semblent, quant à eux, bien plus nuancés dans leurs propos en ce qu'ils s'attachent à l'histoire de vie de chacune de ces femmes et de son impact sur leur(s) grossesse(s), indépendamment des faits. Enfin, la biologie humaine ne doit pas être écartée du sujet. Elle apporte également beaucoup d'enseignement sur le déroulement des faits, notamment au regard des conditions d'accouchement et des premiers liens mère-enfant ou enfant-mère (**Première Partie**).

A chaque fois qu'il est question du meurtre d'un nouveau-né, l'ensemble de ces milieux est interrogé pour répondre essentiellement à la question suivante : la mère néonaticide avait-elle l'intention de donner volontairement la mort à un mineur de quinze ans, en l'occurrence son enfant nouveau-né ? Cette notion très juridique d'intention est primordiale puisqu'elle conditionne la qualification juridique en fonction de laquelle la réclusion criminelle à perpétuité, des peines d'emprisonnement plus ou moins longues ou encore l'acquittement pourraient être prononcés. Le temps très rapproché, voire concomitant, du meurtre avec l'accouchement nous interroge sur les conditions très particulières de ce passage à l'acte. Il est, en effet, difficile d'envisager un accouchement clandestin dans une société qui considère tout accouchement comme une situation à risques. La question de l'intention hante alors les salles d'audience, d'autant plus que la notion de déni de grossesse s'est « invitée » aux débats, semant un peu plus le trouble sur l'intention des accusées. La construction juridique que nécessite l'intention en droit peut-elle s'en tenir à rendre compte de la réalité des faits ou doit-elle s'attacher un peu plus à la personnalité singulière de l'auteur du meurtre d'un nouveau-né (**Deuxième Partie**) ?

PREMIERE PARTIE : « AUTRUI » : UNE CONDITION PREALABLE

23. Toute atteinte à « autrui » suppose l'existence préalable d'une personne humaine vivante. Pour que la répression s'exerce, la réunion des éléments constitutifs d'une infraction n'est possible que si elle respecte l'existence de cette condition préalable à l'infraction. Cet élément indispensable à la commission de l'infraction est un élément de fait ou de droit définissant le domaine de l'infraction. Le vol a pour condition préalable l'existence d'une chose susceptible d'appropriation, à défaut de quoi un acte répréhensible de soustraction ne saurait se concevoir. Dans le cas de l'homicide volontaire sur mineur de quinze ans, le Code pénal exige que les faits soient commis sur un enfant mineur de quinze ans. D'une manière plus générale, l'article 221-1 du Code pénal définit l'homicide volontaire comme « le fait de donner volontairement la mort à autrui ». Entendu comme l'autre, « le prochain par rapport à soi »[23], le terme « autrui » a été l'une des énigmes du droit pénal contemporain, notamment au regard de la jurisprudence relative à l'homicide involontaire. A partir de quand un homme devient-il autrui ? Dès la rencontre des gamètes mâles et femelles de ses futurs parents ? A partir de sa naissance ? Selon les circonstances ? La réponse ne sera pas la même si l'on se place sur le plan juridique ou médical[24]. D'un point de vue strictement juridique, c'est la viabilité de l'enfant à naître qui a le plus souvent déterminé son altérité. Nécessaire à l'acquisition de la personnalité juridique en droit civil, prééminente dans le refus d'une protection pénale de l'enfant à naître, la viabilité du fœtus ne permet cependant pas d'apporter une réponse acceptable à la question du point de départ de sa protection pénale, notamment en raison de la législation acquise sur l'interruption volontaire de grossesse (**Titre 1**). D'un point de vue médical, si l'enfant est considéré comme un patient dès le stade embryonnaire, la pratique semble s'être éloignée des besoins essentiels des femmes enceintes, tout comme le droit semble ignorer leur projet de mettre au monde un enfant (**Titre 2**).

---

[23] Dictionnaire Le Petit Larousse illustré, 100ème éd., 2005, p.127.
[24] *V.* Mémeteau, G. « La situation juridique de l'enfant conçu. De la rigueur classique à l'exaltation baroque ». *RTDCiv.* 89, nº 4 (1990): 611–624.

TITRE 1 : L'ENFANT JURIDIQUE

24. La définition juridique de l'être humain s'est réalisée au travers de deux principaux axes. Le droit considère qu'un être humain peut être pénalement protégé seulement s'il est né vivant et viable (**Chapitre 1**). Si bien que l'enfant *in utero* ne bénéficie d'aucune protection juridique indépendamment de sa mère qui le porte. La principale raison invoquée pour ne pas lui appliquer cette protection réside dans la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse (**Chapitre 2**). C'est ainsi qu'il est traditionnellement admis que l'autorisation de mettre fin à une grossesse pendant les douze premières semaines de la grossesse empêcherait la possibilité d'une protection pénale prénatale. Or, la législation permettant à une femme de mettre fin à sa grossesse est-elle nécessairement incompatible avec la protection que nécessitent une femme et son enfant à naître ? N'est-il pas possible d'accorder une protection pénale au fœtus pour les couples qui ont un projet parental tout en autorisant parallèlement les femmes qui se trouvent dans un état de détresse à mettre un terme à leur grossesse ?

CHAPITRE 1 : LE STATUT JURIDIQUE DU FOETUS

25. En droit français, le fœtus ne possède pas la personnalité juridique et n'est pas un sujet titulaire de droits et d'obligations ; il n'est pas apte à jouer un rôle sur la scène juridique[25]. Les prérogatives reconnues à la personne juridique ne peuvent l'être uniquement si la personnalité juridique lui est acquise. Cette fiction juridique, distincte de la notion de personne humaine, n'est pas réservée aux seules personnes humaines et n'est pas reconnue à tous les humains, notamment les êtres humains non encore nés. Aujourd'hui, la personnalité juridique est reconnue à tous les hommes, mais cela n'a pas toujours été le cas. Jusqu'en 1848, les esclaves ne possédaient pas la personnalité juridique car il n'était pas souhaitable qu'ils possèdent les mêmes droits que n'importe quel autre citoyen français[26]. Toutefois, ils bénéficiaient d'une certaine protection pénale contre les atteintes à leur vie. En écartant l'enfant à naître du champ pénal et en lui accordant moins d'intérêt qu'aux esclaves d'autrefois, le législateur fait-il preuve de peu de considération à son égard ? Cette situation peut apparaître d'autant plus critiquable qu'elle laisse supposer que l'enfant à naître n'est rien d'autre qu'une chose, par opposition à la vision dualiste du droit français qui repose sur l'opposition entre les sujets et objets de droit. Si le législateur n'a pas plus refusé qu'accordé la nature d'être humain à l'enfant à naître, le droit positif, par une interprétation stricte de la loi pénale, a rendu illusoire toute forme de protection pénale prénatale (**Section 2**).

Éternellement incertaine, la notion de viabilité semble être un des derniers bastions de l'absence de reconnaissance juridique de l'enfant à naître en tant que personne humaine (**Section 1**). Or, il paraît extrêmement difficile de faire admettre à de futurs parents que leur enfant, qu'ils ont imaginé et pensé, ne bénéficie d'aucune existence et protection juridiques sous prétexte qu'il n'est pas né vivant et viable.

---

[25] Le mot commun « personne » vient du latin « personae » signifiant le masque que l'on met pour jouer au théâtre. Ce qui expliquerait le terme de personne juridique comme une entité apte à jouer un rôle sur la scène juridique.

[26] Décret relatif à l'abolition de l'esclavage dans les colonies et les possessions françaises du 27 avril 1848.

Section 1 : L'incertaine viabilité de l'enfant à naître

26. Les critères traditionnels de la viabilité ont fait partie du droit des personnes pendant de nombreuses décennies, mais l'insuffisance de leur appréciation biologique (**I**) et le désarroi dans lequel ils ont plongé les parents d'enfants nés sans vie ont conduit la Cour de cassation à revoir sa position quant à l'existence sociale de l'enfant à naître (**II**).

I- Une appréciation biologique insuffisante

27. La notion de viabilité n'est pas un concept nouveau. Si le droit romain n'accordait aucune importance à la notion de viabilité car les êtres contrefaits étaient voués à la mort en raison de leur inaptitude à la vie, le Code Justinien, quant à lui, distinguait la situation selon laquelle l'enfant était né à terme de celle de l'enfant né avant terme[27]. Dans la première hypothèse, l'enfant était considéré comme étant viable dès lors qu'il était né vivant et composé d'une figure humaine. A l'inverse, l'enfant né avant terme était présumé non viable, sauf s'il présentait des signes de vie et une figure humaine. Dans ce cas, la durée de gestation permettait de prouver ou du moins de faire présumer la viabilité de l'enfant. Cette distinction opérée par l'ancien droit, a conduit le Parlement de Paris à la fin des XVIème et XVIIème siècles à affirmer, sur la base de la même logique, qu'un enfant né avant le septième mois de gestation ne pouvait « recueillir de droits parce qu'il ne naît que pour mourir »[28]. C'est principalement à travers l'élaboration du Code civil de 1804 que la notion de viabilité est apparue à son point le plus fort. Véritable bastion du statut personnel des citoyens français, de leurs familles et de leurs relations, il a enlevé l'état civil des personnes aux paroisses pour le confier aux communes. La déclaration de naissance d'un enfant vivant était dès lors subordonnée à sa présentation auprès de l'officier d'état civil dans les trois jours de sa naissance. Un acte de naissance était établi à l'égard des enfants vivants au moment de sa

---

[27] François, J. « Contribution à l'étude de la personnalité ». *Revue Générale de droit, de la législation et de la jurisprudence* (1931): 286.

[28] Le Parlement de Paris dans trois arrêts des 2 décembre 1594, 1er août 1615 et 17 avril 1635 ainsi que le Parlement de Flandre dans un arrêt du 18 décembre 1691.

déclaration. Toutefois, les critères traditionnels de viabilité vont être progressivement remis en question quant à leur définition (**A**), notamment en raison de l'évolution de la médecine, mais également quant à leurs conséquences malheureuses sur l'établissement des actes d'enfant sans vie (**B**).

A- Le déclin de la définition traditionnelle de la viabilité

28. La crainte de voir apparaître des déclarations douteuses relatives à des enfants décédés avant leur présentation aux services d'état civil a conduit le décret du 4 juillet 1806 à organiser rapidement l'établissement d'un acte de « présentation d'un enfant sans vie », renommé, en 1919, « acte d'enfant sans vie » à l'égard des enfants morts avant leur déclaration à l'état civil[29]. Il prévoyait l'établissement d'un acte de « présentation sans vie » lorsque le décès intervenait avant la déclaration en mairie. Outre l'existence d'un accouchement, cet acte attestait surtout que l'enfant qui était né était bien sans vie lors de sa présentation. L'acte d'enfant sans vie concernait alors deux catégories d'enfants : d'une part, l'enfant né vivant mais décédé avant sa présentation devant l'officier d'état civil et d'autre part, l'enfant mort-né. Toutefois, comment distinguer pour les représentants de l'État l'enfant qui n'a pas survécu jusqu'à sa déclaration de celui qui n'a jamais vécu ?

1. Les critères de viabilité

29. C'est dans cet esprit d'une meilleure distinction entre les deux situations que la notion de viabilité a trouvé toute son importance. La priorité étant de pouvoir établir des critères permettant d'éviter toute forme de confusion, ce sont les critères de maturité suffisante et de « bonne conformation » qui ont pendant plus d'un siècle dominé en la matière.

---

[29] Loi du 20 novembre 1919 relative aux actes et jugements de l'état civil qui supprima, par ailleurs, l'obligation de présentation des enfants sans vie.

a. Le critère de la maturité suffisante. L'appréciation de la maturité, entendue comme « l'état résultant du développement suffisant d'un être pour lui permettre de vivre »[30], s'exerçait soit sur le degré de formation des organes, soit sur la durée de la gestation. Toutefois, le développement des organes ne faisant pas l'objet de discussions très approfondies[31], certains auteurs se sont davantage penchés sur la durée de la grossesse pour se rapprocher de la notion de viabilité[32]. Selon ces auteurs, le fœtus atteignait le seuil de viabilité lorsqu'il était issu d'une gestation d'au minimum 180 jours. Ce délai de 180 jours n'était pourtant pas le fruit d'une constatation scientifique et médicale, mais simplement énoncé à l'ancien article 312 du Code civil qui établissait la légitimité d'un enfant lorsqu'il était né au plus tôt 180 jours après le mariage et au plus tard 300 jours après la dissolution de ce dernier. Ainsi, l'enfant né au-delà de ce délai était réputé viable et la présomption irréfragable, en raison du délai minimum de grossesse, était donc fixée à 180 jours. Cette position de la doctrine était, par ailleurs, renforcée par la jurisprudence de la chambre criminelle de la Cour de cassation qui a estimé, dans un arrêt du 7 août 1874 rendu en matière de suppression d'enfant, que l'enfant né avant le terme de 180 jours de grossesse n'était qu'un « produit innomé »[33]. Cette solution tendant à admettre uniquement les enfants mort-nés viables au titre de la rédaction d'un acte d'enfant sans vie a, par la suite, été confirmée par la chambre civile qui a estimé qu'en « fixant la période légale de la conception entre le 180ème et le 300ème jour avant la naissance, l'article présume par cela même que l'enfant peut naître viable à quelque

---

[30] Salvage, Ph. « La viabilité de l'enfant nouveau-né ». *RTDCiv*. (1976): 731.

[31] Marty G, et P. Raynaud. *Droit civil. Introduction à l'étude du droit*. t.1. 1er éd. Sirey, 1971, n°337 : « n'est pas viable l'enfant né avant terme à un moment où ses organes étaient trop imparfaitement formés » ; Carbonnier, J. *Droit civil. Introduction, les personnes*. t. 1. 10e éd. Paris: PUF, 1976, n°49 : « l'enfant né beaucoup trop avant terme n'est pas viable » » ; Weill, A. *Droit civil, les personnes, la famille, les incapacités*. 3e éd. Dalloz, 1972, n°5 : « viable : c'est-à-dire avec tous les organes nécessaires et suffisamment constitués pour lui permettre de vivre ».

[32] Hélie, F. *Pratique criminelle des cours et tribunaux*. t. 2. 5e éd. Paris: J.Brouchot, 1948.

[33] Crim. 7 août 1874: Bull. crim. 1874, n°224; *S*.I (1875): 41, note Villey E. ; *D*.I (1875): 5 :
« Attendu que l'arrêt attaqué constate, en fait, que Marie Bohard, dont la grossesse s'est terminée par un accident, après cinq mois et demi de gestation, n'est point accouchée d'un enfant qui pût vivre, mais bien d'un être simplement ébauché, auquel a manqué le développement suffisant pour exister, même de la vie utérine ; que d'après les constatations du médecin, cette gestation a été trop courte pour la création d'un être organisé ; attendu que l'article 345 du Code pénal, qui punit de 6 jours à 2 mois de prison la suppression de l'enfant, lors même qu'il est bien établi qu'il n'a pas vécu, doit être combiné avec l'article 312, Code civil, aux termes duquel l'enfant n'est réputé viable qu'après un minimum de 180 jours, ou six mois de gestation ; que l'être qui vient au monde avant ce terme, privé non seulement de la vie mais des conditions organiques indispensables à l'existence, ne constitue qu'un produit innomé et non un enfant dans le sens que le législateur a attaché à cette expression ».

moment qu'il ait été conçu au cours de cette période. Cette période légale s'impose aux juges qui ne peuvent dès lors donner mission à un expert de rechercher si un enfant né après 188 jours seulement de gestation n'est pas viable et doit nécessairement succomber après sa naissance »[34]. La question qui se posait, dès lors, était de savoir si les positions doctrinales et jurisprudentielles étaient unanimement accueillies par le monde médical et scientifique. En effet, admettre une présomption de viabilité dès le délai de 180 jours de gestation atteint, c'était également présumer de la date exacte de conception. Or, aucune connaissance acquise de la médecine du moment ne pouvait l'affirmer. Le législateur de 1972 a donc souhaité corriger la position jurisprudentielle et doctrinale qui aurait trop étendu l'esprit de l'article 312 du Code civil[35]. En effet, il a refusé, au travers de l'article 311 du Code civil, de considérer que les délais de grossesse puissent faire l'objet de présomptions irréfragables de viabilité[36]. Ce refus d'accorder une valeur incontournable au délai minimum de 180 jours de gestation a également été employé dans le calcul des congés de maternité. La circulaire interministérielle du 22 août 1974 posait ainsi le principe d'un congé de maternité de quatorze semaines pour les femmes qui avaient accouché d'un enfant au-delà du délai de 180 jours mais, à titre exceptionnel, ce même congé pouvait être octroyé aux femmes qui avaient accouché d'un enfant viable avant ce terme. Il était enfin admis qu'un enfant né avant 180 jours de gestation puisse être viable. A partir de cette date, ce délai n'a plus constitué un signe indispensable à la viabilité, mais davantage un indice de référence. Pour une partie du corps médical de l'époque, la grossesse devait certes dépasser les six mois pour que l'enfant puisse naître vivant et viable, mais d'autres médecins préférèrent se référer à des signes de maturité tout aussi incertains tels que la taille ou le poids du nouveau-né[37].

b. Le critère de « bonne » conformation. Qu'elle soit complémentaire de la maturité ou le critère unique de viabilité, la « bonne » conformation était constituée par « l'état résultant de la constitution, de l'organisation du corps humain de nature à permettre la vie »[38].

---

[34] Civ. 11 juillet 1923 : *DP* 1 (1923) : 30 ; *GP* 2 (1923) : 507 ; *RTDCiv.* (1924) : 25.
[35] Loi n°72-3 du 3 janvier 1972 relative à la filiation.
[36] Art.311 CC :
« La loi présume que l'enfant a été conçu pendant la période qui s'étend du trois centième au cent quatre-vingtième jour, inclusivement, avant la date de naissance.
La conception est présumée avoir eu lieu à un moment quelconque de cette période, suivant ce qui est demandé dans l'intérêt de l'enfant.
La preuve contraire est recevable pour combattre ces présomptions ».
[37] Simonin, C. *Médecine légale judiciaire*. Paris: Maloine, 1967, p.255 et s.
[38] Salvage, Ph. 1976, *op.cit.*, p.737.

Pour certains auteurs[39], il s'agissait simplement d'avoir les organes essentiels à l'existence et pour d'autres[40], il s'agissait d'établir des causes exclusives de « bonne conformation ». Soit il était constaté une absence totale d'un organe indispensable à la vie, soit un organe vital était défaillant. Toutefois, il n'était pas aussi aisé qu'aujourd'hui de déterminer avec certitude quels étaient les organes vitaux. Certains tribunaux, relativement à la déclaration devant les officiers d'état civil, ont estimé que l'enfant devait constituer « un être organisé offrant déjà les formes d'un être humain »[41]. D'autres, se sont ralliés au principe de « bonne conformation » sans aucune forme d'approfondissement[42] ou ont essayé de préciser la notion à travers un faisceau d'indices tel que l'a tenté, dans les termes suivants, le tribunal de Limoges en 1813[43] : « En ce qui concerne le cinquième fait consistant à dire que l'enfant n'avait que sept pouces de longueur, qu'en le supposant prouvé, il n'en résulterait rien qui pût établir la non-viabilité, parce que le fœtus, d'après tous les livres de médecine légale, est plus ou moins long suivant la constitution et la santé des père et mère ; Considérant en ce qui concerne le défaut d'ongles, que l'absence des ongles au septième mois pourrait encore provenir de la faiblesse de la constitution de l'enfant, et que Faudéré, en sa Médecine légale, rapporte, en parlant de ses propres enfants que, quoi qu'au terme de neuf mois, ils étaient si peu pourvus de cheveux et d'ongles qu'on les aurait pris pour des avortons ; qu'Haller et d'autres physiologistes ont remarqué qu'à sept mois les ongles étaient mous ou nuls ; que dès lors l'absence prétendue des ongles, quand elle serait prouvée, ne conduirait à aucun résultat utile ; Considérant que, pour prouver la non-viabilité, il faudrait d'autres caractères…qu'il devrait y avoir encore imperfection des membres, défaut de cheveux, confusion des doigts, cécité, clôture de la bouche et des narines… ».

---

[39] Sébag L., « La condition juridique des personnes physiques et des personnes morales avant leur naissance », Thèse, Paris, 1938 ; Weill A., *Droit civil, Les personnes, la famille, les incapacités*, 3ème éd., 1983.

[40] Marty G, et Raynaud P. 1971, *op.cit.* ; Ripert, G, J. Boulanger, et M. Planiol. *Traité de droit civil*. t. 1. Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1956, n°10 ; Garraud, R. *Traité théorique et pratique du droit pénal français*. t. 4. 2e éd. Paris, 1898, n°1605.

[41] Besançon, 31 décembre 1844 : *S.* 2 (1845) : 595 – Chambéry, 29 février 1868 : *S.* 2 (1869) : 165 – Dijon, 10 décembre 1868 ; *D.* 2 (1869) : 35 – Amiens, 20 décembre 1873 : *S.* 2 (1875) : 108 – Poitiers, 3 décembre 1942 : *D.A.* Somm.12 (1943).

[42] Angers, 25 mai 1822 : *S.* 2 (1823) : 105 – Bordeaux, 2 février 1830 : *D.* 2 (1830) : 160 – Bastia, 18 mars 1842 : *V.R.A. Actes de l'état civil*, n°144 – Lyon, 24 mars 1876 : *S.* 2 (1877) : 200.

[43] Limoges, 12 janvier 1813 : *S.* 2 (1813) :261.

30. L'ensemble de ces considérations jurisprudentielles n'ont donné lieu à aucune confirmation de la part de la Cour de cassation, si bien que le contenu du critère de « bonne conformation » était devenu insuffisant et rendait ainsi désuète la notion de « monstruosité », d'autant plus qu'elle était très clairement écartée par la médecine qui utilisait davantage le terme de malformations. Aucune liste exhaustive des signes de viabilité n'était établie, d'une part, parce qu'il apparaissait difficile de tous les énumérer et quand bien même cela aurait été possible, l'évolution de la médecine aurait conduit, d'autre part, à les supprimer de cette liste.

2. La réduction progressive du champ d'application de la viabilité

31. Cette insufficance de la notion de viabilité s'est progressivement introduites dans d'autres domaines que celui de l'état civil.

a. Dans le domaine social. A la suite de deux arrêts rendus par la chambre sociale[44], une dernière lettre ministérielle est venue préciser le sort des enfants mort-nés, en ce qu'il importe peu que l'enfant ait vécu ou qu'il ait été élevé par l'assuré[45]. Ainsi, l'article L.351-12 du Code de sécurité sociale prévoit une majoration de la pension de retraite basée sur le nombre d'enfants que l'assuré a eus, qu'ils aient vécu ou non. Le texte est donc applicable aux enfants mort-nés et *a fortiori* aux enfants nés vivants, mais non viables. Toutefois, d'autres dispositions du même code maintiennent la référence à la notion d'enfant viable.

---

[44] Soc.9 décembre 1985 : Bull.civ.1985, V, n°589 – Soc.21 mai 1986.

[45] Lettre ministérielle n°348/AG86 du 13 février 1987, Direction générale de la Sécurité Sociale, Sous-direction de l'assurance vieillesse, Bureau VI :
« Mon attention a été appelée par M. le Médiateur sur la situation, au regard de l'assurance vieillesse du régime général, de M. X…
L'intéressé se plaint de ne pouvoir obtenir de la caisse régionale d'assurance maladie de Montpellier le bénéfice de la majoration d'un dixième de sa pension, telle que prévue par le premier alinéa de l'article L.351-12 du code de la sécurité sociale.
Ainsi que vous le savez, conformément à la lettre ministérielle du 1er mars 1972, les enfants mort-nés ne devaient pas être pris en considération pour l'attribution de cette majoration.
Toutefois, par arrêts rendus les 9 décembre 1985 et 21 mai 1986, la cour de cassation a estimé que le premier alinéa de l'article L.351-12 du code de la sécurité sociale « impose seulement que l'assuré ait eu au moins trois enfants sans exiger qu'ils aient vécu et ainsi élevés par ce dernier… ».
C'est pourquoi, par lettre ministérielle du 9 septembre 1986, il a été décidé qu'il y avait lieu désormais de suivre la jurisprudence dégagée par la cour de cassation. »

C'est le cas de l'article L.331-4 qui prévoit une majoration du congé maternité lorsque l'assurée a eu au moins deux enfants nés viables[46]. En d'autres termes, aucune majoration n'est prévue pour les mères de grands prématurés comme si seules les femmes ayant accouché d'un enfant viable étaient considérées comme des « mères ».

b. Dans le domaine pénal. L'ensemble de ces préoccupations était d'autant plus critiquable que les critères de viabilité ne fondaient pas explicitement les poursuites pénales[47], notamment en matière de suppression d'enfant[48]. Cette dernière a, par ailleurs, été considérée par la Cour de cassation comme un texte visant essentiellement la protection de l'état civil de l'enfant ainsi que « sa famille, son état, les droits que lui donne sa naissance »[49]. Lorsque le droit pénal incriminait la suppression d'un enfant qui n'avait pas vécu ou qui n'était pas viable, il n'étendait aucunement l'infraction à la suppression d' « un simple fœtus ». Afin d'éviter une telle situation, il devait être démontré que la gestation avait déjà duré un certain temps indépendamment du fait que cela ne présumait en rien que l'enfant était viable. Dès lors, le droit pénal de l'époque considérait qu'un enfant n'était viable que « si la maturité consécutive à l'écoulement d'un certain délai de gestation est corroborée par d'autres éléments relevant notamment de l'idée de bonne conformation »[50]. Cette combinaison d'indices de viabilité était rendue nécessaire par les incertitudes qui entouraient sa preuve, principalement en droit civil. Selon la majorité de la doctrine, la viabilité devait être présumée à chaque fois que l'enfant était né vivant. Par conséquent, la charge de la preuve incombait à celui qui contestait cette présomption. Il restait, tout de même, une minorité de la doctrine qui souhaitait voir appliquée la règle selon laquelle la charge de la preuve devait incomber au

---

[46] Art.L.331-4 du CSS.

[47] Toutefois, sans se prononcer sur la notion de viabilité, le droit pénal a été amené à se référencer à la durée de gestation pour fonder certaines poursuites. Il en a été ainsi pour distinguer l'avortement de l'infanticide. Selon Jean-Marie Aussel (*JCl.pén.*, 1976, art.295 à 304), « la meilleure solution pour distinguer l'avortement de l'infanticide paraît être de limiter l'application des textes sur l'infanticide aux enfants nés à partir du septième mois de la grossesse ».

[48] Anc.art.345 du CP de 1810 en vigueur en 1863 :
« Les coupables d'enlèvement, de recélé, ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée, seront punis de la réclusion criminelle à temps de cinq à dix ans.
S'il n'est pas établi que l'enfant ait vécu, la peine sera d'un mois à cinq ans d'emprisonnement.
S'il est établi que l'enfant n'a pas vécu, la peine sera de six jours à deux mois d'emprisonnement.
Seront punis de la réclusion criminelle à temps de cinq à dix ans ceux qui, étant chargés d'un enfant, ne le représenteront point aux personnes qui ont droit de le réclamer. »

[49] Tillier, A. *Des criminelles au village. Femmes infanticides en Bretagne*. Presses Universitaires de Rennes 2 (PUR), 2001.

[50] Salvage Ph. (1976) : 741, *op.cit.*

demandeur, c'est-à-dire à la personne qui invoquait un droit qu'elle tiendrait de l'enfant décédé.

32. Quant à la charge bien spécifique de la preuve de la maturité suffisante, c'était la non-viabilité qui était présumée dans le cas où l'enfant naissait avant le terme de 180 jours. A l'inverse, lorsque l'enfant naissait après ce délai, c'était la viabilité qui devait être alors présumée. Toutefois, lorsque la durée de gestation était trop incertaine, la présomption de viabilité ou de non-viabilité devait être fonction des droits à appliquer. En matière pénale, lorsque la démonstration de la viabilité était exigée, la charge de la preuve de viabilité incombait au Ministère public. Ainsi, lorsque les poursuites étaient fondées sur les anciens articles 319, 320 et 345,1 du Code pénal commis à l'encontre d'un enfant[51], le Ministère public se devait de démontrer la viabilité de l'enfant et la défense la non-viabilité, le doute devant profiter à l'accusé. S'agissant des poursuites fondées sur les anciens articles R.40-6°, R.40-7°, 359 et 345, 3 du Code pénal[52], le Ministère public devait démontrer que la gestation avait duré plus de 180 jours et la défense une gestation inférieure, le doute profitant toujours à l'accusé. S'agissant des moyens de preuve, que ce soit en droit civil ou en droit pénal, la viabilité étant un fait juridique, c'était le principe de la liberté de la preuve qui venait à

---

[51] Anc.art.319 du CP : « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 1.000 F à 30.000 F ».
Anc.art.320 du CP : « S'il est résulté du défaut d'adresse ou de précaution des blessures, coups ou maladies entraînant une incapacité totale de travail personnel pendant plus de trois mois, le coupable sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de 500 F à 20.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement ».
Anc.art.345, 1 du CP : « Les coupables d'enlèvement, de recélé, ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée, seront punis de la réclusion criminelle à temps de cinq à dix ans ».
[52] Anc.art.R.40, 6° du CP : « Ceux qui, ayant assisté à un accouchement, n'auront pas fait la déclaration à eux prescrite par l'article 56 du Code civil et dans les délais fixés par l'article 55 du même code ; ceux qui ayant trouvé un enfant nouveau-né ne l'auront pas remis à l'officier d'état civil, ainsi qu'il est prescrit par l'article 58 du Code civil, sauf s'ils ont consenti à se charger de l'enfant et ont fait une déclaration à cet égard devant la municipalité du lieu où l'enfant a été trouvé ; ceux qui auront porté à un hospice un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis, qui leur aurait été confié afin qu'ils en prissent soin ou pour toute autre cause, sauf s'ils n'étaient pas tenus ou ne s'étaient pas obligés de pourvoir gratuitement à la nourriture et à l'entretien de l'enfant, et si personne n'y avait pourvu ».
Anc.art.R.40, 7° du CP : « Ceux qui, sans l'autorisation préalable de l'officier public, dans le cas où elle est prescrite, auront fait inhumer un individu décédé ; ceux qui auront contrevenu, de quelque manière que ce soit, aux dispositions législatives et réglementaires relatives aux inhumations précipitées ».
Anc.art.345, 3 du CP : « S'il est établi que l'enfant n'a pas vécu, la peine sera de six jours à deux mois d'emprisonnement ».

s'appliquer. Toutefois, selon Philippe Salvage, il existerait une sorte de hiérarchie des moyens de preuve en matière de viabilité[53]. En effet, l'aveu de la mère, les témoignages de personnes ayant assisté à l'accouchement ou les indices et présomptions de l'homme devaient être considérés comme insuffisants et ne pouvaient constituer à eux seuls que des preuves imparfaites[54]. Les juristes accordaient dès lors une importance toute particulière aux expertises médico-légales en l'admettant comme seul mode de preuve véritable de la viabilité.

33. La viabilité est une notion qui emporte *de facto* des effets juridiques. Or, les critères et la preuve de ce concept relèvent essentiellement de données médicales et biologiques. « La règle de droit doit être élaborée en fonction de la nature de l'homme, c'est-à-dire en fonction de sa constitution physique et de sa psychologie »[55].

A l'époque où il était imposé de présenter le cadavre de l'enfant mort-né à l'officier d'état civil au risque de poursuites judiciaires pour suppression d'enfant[56], les juges n'avaient pas hésité à qualifier de « produit innommé » l'enfant qui n'atteignait pas le délai de 180 jours de gestation. Cette situation persévéra jusqu'en 1993, date à laquelle le législateur a enfin pris la décision de remédier à l'archaïsme des actes d'état civil écartant les critères de maturité suffisante et de bonne conformation.

B- La nécessité d'une réforme de l'acte d'enfant sans vie

34. Jusqu'en 1993, l'acte d'enfant sans vie consistait à prendre acte que l'enfant n'était pas en vie au moment de sa déclaration aux services de l'état civil, peu important qu'il soit

---

[53] Salvage Ph. (1976) : 746, *op.cit.*
[54] Aujourd'hui, pourtant, certaines cours d'assises condamnent à de lourdes peines des femmes sur leurs seuls aveux quant à la vitalité de leur enfant (et non plus sur la viabilité). *V. infra*, 388 et s.
[55] Flour, J. *Cour d'introduction à l'étude du Droit et droit civil*, 1967-1968, p.60.
[56] L'ancien article 345 du Code pénal dans son 3ème alinéa punissait de la réclusion les « coupables d'enlèvement, de recel ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition à une femme qui ne sera pas accouchée ». Aujourd'hui, l'ancien article 345 du Code pénal a pour correspondance l'article 227-13 du nouveau Code pénal énonçant que « la substitution volontaire, la simulation ou dissimulation ayant entraîné une atteinte à l'état civil d'un enfant est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende ».

mort-né ou qu'il ait peu vécu. La pratique quasi systématique d'accouchements en milieu hospitalier et l'établissement des déclarations par les services de maternité, ne justifiaient plus la crainte de déclarations mensongères. De surcroît, l'établissement d'un acte d'enfant sans vie pour les enfants nés vivants et viables, mais décédés avant leur déclaration, était de plus en plus vécu par les parents comme un déni de l'existence de leur enfant. Une réforme devenait nécessaire.

1. Les apports de la réforme

35. La loi du 8 janvier 1993 est intervenue pour modifier les modalités d'inscription à l'état civil[57]. Par l'introduction de l'article 79-1 dans le Code civil[58], elle est venue préciser la situation de l'enfant sans vie au moment de sa déclaration.

a. L'enfant mort avant la déclaration de naissance. L'alinéa 1er de l'article 79-1 du Code civil traite de l'hypothèse d'un enfant né vivant et décédé avant la déclaration à l'état civil, ce qui ne présente aucune difficulté juridique particulière car c'est tout simplement le droit commun qui vient à s'appliquer : l'officier d'état civil établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat attestant de la viabilité de l'enfant[59] car il s'agit d'attester de la mort d'une personne juridique. La présentation d'un enfant sans vie au

---

[57] Loi n°93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le code civil, relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant et instituant le juge aux affaires familiales.

[58] Art.79-1 du CC :
« Lorsqu'un enfant est décédé avant que sa naissance ait été déclarée à l'état civil, l'officier de l'état civil établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant les jours et heures de sa naissance et de son décès.
A défaut du certificat médical prévu à l'alinéa précédent, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès et il énonce les jour, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. L'acte dressé ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non ; tout intéressé pourra saisir le tribunal de grande instance à l'effet de statuer sur la question ».

[59] Il est toutefois utile de préciser qu'il existe deux types de certificat de décès selon l'arrêté du 24 décembre 1996 : un certificat de décès néonatal qui concerne les décès intervenus entre la naissance et 27 jours révolus et le certificat de décès qui concerne tous les décès à partir du 28ème jour à compter de la naissance.

moment de sa déclaration à l'état civil ne pouvant constituer un critère nécessaire et suffisant, un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable est désormais exigé.

Dès lors, un enfant qui est présenté sans vie au moment de la déclaration peut, par l'intermédiaire de ce certificat, bénéficier d'un acte de naissance et d'un acte de décès. C'est une précision importante car le terme d'acte d'enfant sans vie, initialement prévu par le décret du 4 juillet 1806, laissait penser que seuls les enfants mort-nés étaient concernés[60]. L'introduction de ce premier alinéa a ainsi permis de distinguer les enfants nés vivants mais décédés avant leur déclaration à l'état civil et ceux dont le niveau de développement ne leur permettait pas de bénéficiait d'un acte de naissance.

b. L'enfant mort avant de naître. Les conditions d'établissement d'un acte d'enfant sans vie sont énoncées à l'alinéa second de l'article 79-1 du code civil. En l'absence de certificat médical attestant que l'enfant est né « vivant et viable », l'officier d'état civil n'établit qu'un acte d'enfant sans vie. Il précise, par ailleurs, que cet acte d'état civil ne doit pas préjuger « de savoir si l'enfant a vécu ou pas », si bien que « tout intéressé pourra saisir le tribunal de grande instance à l'effet de statuer sur la question ». Depuis 1993, l'enfant qui ne présente aucun signe de viabilité peut faire l'objet d'un acte d'enfant sans vie. La distinction ainsi précisée a permis l'ouverture de certains droits sociaux à ces parents pendant longtemps ignorés par les services d'état civil. La loi du 8 janvier 1993 leur a permis de pouvoir donner à leur enfant un prénom[61], avec inscription au livret de famille[62], d'organiser des obsèques selon leurs convictions religieuses ou personnelles[63]. Sont désormais appliquées à l'enfant sans vie les règles sanitaires en matière de prise en charge des corps[64]. Enfin, la reconnaissance d'humanité à l'enfant sans vie a également permis l'ouverture de certains droits comme l'octroi de congés de maternité et de paternité[65].

36. En définitive, la réforme de 1993 a permis de distinguer l'enfant né vivant et viable mais décédé avant sa déclaration à l'état civil et celui dont la preuve de viabilité n'a pu être

---

[60] Décret qui a été abrogé par la loi n°93-22 du 8 janvier 1993.
[61] Art.467-2 de l'IGEC du 11 mai 1999.
[62] Arrêté du 26 juillet 2002 portant modification de l'arrêté du 16 mai 1974 modifié fixant les modèles de livret de famille.
[63] Art.2.2 de la circulaire n°2001/576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance.
[64] *Ibid.*
[65] *Ibid.*

rapportée. Toutefois, de nombreux doutes sont apparus quant à l'application de l'alinéa second de l'article 79-1 du Code civil.

2. Les insuffisances de la réforme

37. L'incertitude quant aux hypothèses concernées par la rédaction d'un acte d'enfant sans vie a conduit les services d'état civil ainsi que les tribunaux à procéder à une analyse restrictive de l'article 79-1 du Code civil.

a. L'acte confus d'enfant sans vie. La première interrogation a trait aux enfants concernés par la rédaction d'un acte d'enfant sans vie. L'alinéa 2 de l'article 79-1 du code civil est-il applicable aux enfants mort-nés ? Il semblerait que ce soit le souhait du législateur de 1993 car il a pris le soin de préciser que cet acte ne préjugeait pas de savoir si l'enfant avait vécu ou non. Si bien que l'acte d'enfant sans vie concerne à égalité les enfants nés vivants mais non viables et les enfants mort-nés. Cette position était expliquée par « l'inutilité de conférer, avec un acte de naissance, une très brève personnalité juridique à l'enfant qui n'a vécu que pour mourir aussitôt »[66]. Toutefois, c'était en ayant à l'esprit que l'état civil doit se faire le relais d'une inscription de l'enfant disparu dans une généalogie, dans une histoire de famille que le législateur de 1993 est intervenu. A l'heure de l'échographie en trois dimensions, de celle de l'écoute des battements du cœur très tôt dans le commencement de la vie, il devient très difficile de faire admettre aux parents que l'enfant qu'ils ont attendu et qui a respiré, ne serait-ce que brièvement, ne représente pour la société qu'un enfant sans vie.

b. L'interprétation restrictive de l'acte d'enfant sans vie. Les tribunaux saisis de litiges relatifs à l'établissement d'acte d'enfant sans vie ont estimé qu'il était uniquement destiné aux enfants nés vivants, mais non viables et aux enfants mort-nés viables. Ils opéraient ainsi une distinction entre les enfants mort-nés non viables et les enfants mort-nés viables, seuls à pouvoir bénéficier d'un acte d'enfant sans vie. L'opportunité d'une telle position était

---

[66] Balestriero, V. « La situation de l'enfant mort-né ». *D* chronique (1999): 82.

rapidement mise en échec par les incertitudes qui entourent l'appréciation de la notion de viabilité. La réforme de 1993 n'a, en effet, introduit aucune référence à un seuil inférieur d'enregistrement des actes d'enfants sans vie, si bien que la limite a fait l'objet d'appréciations contradictoires. Les différents textes postérieurs à l'entrée en vigueur de la réforme sont unanimes sur le refus d'accorder un acte d'état civil aux enfants mort-nés non viables ; le point d'achoppement résidant dans l'appréciation de la viabilité de ces enfants. En effet, la circulaire d'application de la loi du 8 janvier 1993, datant du 3 mars 1993, ainsi que l'article 461-2 de l'Instruction générale relative à l'état civil du 11 mai 1999, ont demandé aux officiers de s'en tenir au traditionnel seuil minimal de 180 jours[67]. Or, cette référence n'était pas pertinente car ne révélait pas de réalité absolue au regard de l'évolution de la médecine. De surcroît, elle ne correspondait pas à la logique juridique. En effet, ce délai instaurait une sorte de présomption irréfragable du délai de gestation alors que de l'aveu même du législateur[68], un enfant pouvait naître viable après avoir été porté moins de 180 jours[69]. La confusion était d'autant plus importante qu'une circulaire du Ministère de la Santé datant du 22 juillet 1993[70] et celle conjointe des Ministères de la Solidarité, de la Justice et de l'Intérieur datant du 30 novembre 2001[71], se référaient aux recommandations de l'OMS émises en 1977. Destinées aux médecins devant rédiger le certificat médical attestant que

---

[67] Art.461-2 de l'IGEC du 11 mai 1999 :
« L'acte d'enfant sans vie ne sera dressé par l'officier d'état civil que lorsqu'il n'est pas établi que l'enfant est né vivant et viable.
Il en est ainsi :
- lorsque l'enfant, sans vie au moment de la déclaration à l'état civil, est né vivant, mais non viable, quelle que soit la durée de la gestation ;
- lorsque l'enfant est mort-né après une gestation de plus de180 jours.
Sous réserve de l'interprétation des tribunaux, il apparaît qu'un acte d'enfant sans vie ne doit pas être dressé lorsque l'enfant est mort-né, après une gestation inférieure à 180 jours ».

[68] Loi n°72-3 du 3 janvier 1972 relative à la filiation.

[69] Cette situation pouvait conduire à des déclarations mensongères du corps médical et certains auteurs ont donc proposé la rédaction d'un nouvel alinéa second à l'article 79-1 du Code civil fixant un seuil de viabilité à 150 jours de gestation (Murat, P. « La réforme de l'inscription à l'état civil de l'enfant prématurément perdu : entre progrès et occasion manquée », *Études sur la mort*, 2001/1, n°119, p.138-192).

[70] Circulaire DGS n°50 du 22 juillet 1993 relative à la déclaration des nouveau-nés décédés à l'état civil.

[71] La circulaire n°2001-576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance observa que « la circulaire (…) du 22 juillet 1993 (…) a précisé cette notion (la viabilité) afin, d'une part, d'éviter la déclaration de fœtus de terme très bas qui auraient pu présenter quelques signes de vie et, d'autre part, d'obtenir des données cohérentes pour l'analyse épidémiologique de la mortalité néonatale ». *V.* Tursz, Anne. « Avantages et limites de l'approche épidémiologique pour la connaissance des infanticides ». *Enfances & Psy* 49, nº. 4 (2010): 112-120.

l'enfant est né vivant et viable[72], elles recommandaient à ces derniers de suivre les critères objectifs d'un seuil de viabilité de vingt-deux semaines d'aménorrhée (SA) ou un poids de cinq cents grammes. Il devait donc être dressé à l'égard de l'enfant né mort, mais viable un acte d'enfant sans vie, si bien que l'enfant né vivant, mais non viable était rétroactivement assimilé à un enfant mort-né. La position tendant à affirmer la viabilité à partir de vingt-deux SA pouvait se justifier par le fait qu'avant ce terme, l'air ne passe pas dans les poumons. Toutefois, il arrive que certains fœtus ayant atteint ce seuil ne soient pas viables. De plus, les équipes de néonatologie ne procèdent pas à la réanimation d'un enfant lorsque les séquelles sont susceptibles d'être trop lourdes pour sa survie. Cette situation a conduit la jurisprudence et la doctrine à mettre en œuvre une présomption de viabilité lorsque l'enfant était né vivant et réservaient ainsi les critères scientifiques uniquement aux situations dans lesquelles la viabilité était contestée. Cette pratique des tribunaux était toutefois contradictoire avec l'article 79-1 du Code civil qui prévoit la rédaction d'un acte de naissance et d'un acte de décès uniquement si la constatation médicale de viabilité est rapportée, cette disposition ne tirant aucune conséquence du fait que l'enfant était né vivant. Le critère de viabilité est un critère arbitraire car traiter différemment les individus en fonction d'un seuil de développement biologique est contraire au principe d'égalité.

38. Dès lors, l'article 79-1 du Code civil ne remplissait pas totalement son rôle psychologique escompté car l'application qui en était faite niait le projet parental dont étaient issus les enfants mort-nés non viables. Certains auteurss'interrogèrent sur l'opportunité de garder cette référence à la notion de viabilité[73]. Pour l'ensemble de ces raisons, il est fort regrettable que le législateur ne soit pas allé plus loin. En l'absence d'acte d'état civil, c'est un véritable « no man's land » qui s'est installé à l'égard de l'enfant mort-né et non viable[74].

Le silence du législateur quant à la notion variable de viabilité a conduit à certaines divergences dans son application. Malgré l'apport non négligeable de la réforme de 1993, la

---

[72] A noter, par ailleurs, que désormais la constatation de la viabilité d'un enfant mort-né repose sur les épaules des médecins et non plus sur les juges saisis d'une procédure judiciaire autrefois chargée, par décret du 4 juillet 1806, d'établir la vie ainsi que la viabilité d'un enfant.
[73] Philippe, C. « La viabilité de l'enfant nouveau-né ». *D* chronique (1996): 29.
[74] Chemin, A. « La Cour de cassation élargit la notion d'"enfant sans vie" ». *Le Monde*, article paru et consulté le 8 février 2008.

Cour de cassation continue son effort de réduction, entrepris par sa chambre sociale en 1985, quant à la trop grande importance dédiée à cette notion de viabilité.

II- La reconnaissance sociale de l'existence prénatale de l'enfant

39. Le débat s'est rapidement rouvert lorsque le Ministre de la Santé, Xavier Bertrand, annonça le 2 août 2005, la découverte de 353 fœtus conservés dans des conditions indignes à l'hôpital St Vincent de Paul à Paris. Immédiatement, une enquête de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) est diligentée. Le 31 octobre 2006, sont découverts 331 fœtus stockés à l'hôpital parisien Saint-Antoine. L'émoi est sans précédent[75]. Les médias se font enfin l'écho de ce qui se joue autour du statut des enfants mort-nés dont certains étaient conservés depuis les années 1980. Le décret du 1er août 2006 obligea les services hospitaliers à informer les parents de la possibilité pour eux de réclamer le corps de leur enfant dans les dix jours de l'accouchement[76]. A défaut, l'établissement doit procéder à la crémation ou à

---

[75] Benkimoun, P. « Fœtus de Saint-Vincent-de-Paul : l'IGAS dénonce des « dysfonctionnements graves » », *Le Monde*¸ article paru le 26 octobre 2005et consulté le 31 octobre 2006 sur : www.lemonde.fr ; Prieur, C. « Deux médecins blâmés dans l'affaire des fœtus de Saint-Vincent-de-Paul », *Le Monde*, article paru le 04 août 2006 et consulté le 31 octobre 2006 sur : www.lemonde.fr ; « Plusieurs centaines de fœtus stockés à l'hôpital Saint-Antoine à Paris », *Le Monde*, article paru et consulté le 31 octobre 2006 sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2006/10/31/plusieurs-centaines-de-f-tus-stockes-a-l-hopital-saint-antoine-a-paris_829579_3224.html ; « Des mesures pour encadrer les collections scientifiques de fœtus », *Le Figaro*¸ article paru et consulté le 31 octobre 2006 sur www.lefigaro.fr ; Menegaux, C. « Fœtus stockés à Saint-Antoine : les hôpitaux de Paris s'expliquent », *Le Figaro*, article paru et consulté le 31 octobre 2006 sur www.lefigaro.fr ; Saget, E. « Nouvelle affaire de fœtus », *L'Express*, article paru et consulté le 25 octobre 2007 sur le site http://www.lexpress.fr/actualite/societe/nouvelle-affaire-de-foetus_461025.html.

[76] Décret n°2006-965 du 1er août 2006 inséra dans le Code de santé publique les deux articles suivants :
Art. R.112-75 :
« La famille ou, à défaut, les proches disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, du même délai pour réclamer le corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ».
Art. R. 1112-76 :
« I- Dans le cas où le corps du défunt ou de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil est réclamé, il est remis sans délai aux personnes visées à l'article R. 1112-75.
II. - En cas de non-réclamation du corps dans le délai de dix jours mentionné à l'article R. 1112-75, l'établissement dispose de deux jours francs :
1° Pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par celui-ci ; en l'absence de ressources suffisantes, il est fait application des dispositions de l'article L. 2223-27 du code général des collectivités territoriales ; s'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue, en accord avec l'autorité militaire compétente ;

l'inhumation du corps de l'enfant sans vie dans ce même délai. Si la Cour de cassation a su rendre une solution humaniste en la matière (**A**), cela n'a pas empêché les différentes associations et administrations de faire connaître leurs protestations (**B**).

A- Une solution humaniste

40. C'est dans ce contexte difficile que trois arrêts de la première chambre civile de la Cour de cassation sont intervenus le 6 février 2008. Cette dernière y énonce que « l'article 79-1, alinéa 2, du Code civil ne subordonne l'établissement d'un acte d'enfant sans vie ni au poids du fœtus, ni à la durée de la grossesse, la cour d'appel, qui a ajouté au texte des conditions qu'ils ne prévoient pas, l'a violé »[77].

1. Un critère de viabilité inopérant

41. Les espèces rapportées ont été l'occasion pour la Cour de cassation de pouvoir réduire un peu plus le rôle que le droit fait jouer à la notion de viabilité.

2° Pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci ».

[77] Civ.1ère, 6 février 2008 : Guiomard, P. « L'état civil des enfants nés sans vie ». *D Actualité jurisprudentielle*, nº. 8 (2008): 483 ; Chauvin, P. « Etat civil : l'article 79-1 du code civil, ne subordonne l'établissement d'un acte d'enfant sans vie ni au poids du foetus, ni à la durée de la grossesse ». *D Chronique de jurisprudence de la Cour de cassation* (2008): 638 ; Granet-Lambrechts, F. « La filiation par le sang ». *D Panorama* (2008): 1371 ; Galloux, J.-C. « Le corps avant la naissance ». *D Panorama* (2008): 1435 ; Loiseau, G. « L'établissement d'un acte d'enfant sans vie n'est plus conditionnée par son niveau de développement ». *JCP* II, nº. 10045 (2008): 35 ; Legoux, A *Gaz.Pal.* (février 13, 2008) ; Latina, M. « La suppression des seuils de viabilité des enfants mort-nés ». *LPA*, nº. 66 (avril 1, 2008): 8 ; Chenede, F. « L'établissement d'un "acte d'enfant sans vie" n'est pas subordonné au respect du seuil de viabilité défini par l'OMS ». *AJFam.*, nº. 4 (2008): 165 ; Murat, P. « La remise en cause du seuil de déclaration à l'état civil des foetus décédés prématurément ». *Dr.Fam.*, comm.n°34 (mars 2008): 21 ; Massip, J. « Etat civil : les actes d'enfant sans vie ». *LPA*, nº. 132 (2008): 19 et *Defrénois* (2008): 866.

a. L'hypothèse de l'enfant mort-né non viable. Dans les trois espèces présentées à la Cour de cassation, il s'agissait d'enfants accouchés sans vie dont le poids et la durée de grossesse étaient inférieurs aux critères établis par l'OMS. Ne pouvant déclarer leur enfant à l'état civil, les plaignants avaient saisi le Tribunal de Grande Instance aux fins d'établissement d'un acte d'enfant sans vie. Les juges de première instance ont observé que si l'article 79-1 du Code civil « ne pose pas de conditions de maturité ou de développement de l'être humain concerné, l'emploi des mots « enfant » et « accouchement » montre que le législateur n'a pas voulu prescrire l'établissement d'un acte d'état civil pour chaque fausse couche, pour chaque grossesse qui ne va pas à son terme ; qu'il convient également d'observer que l'établissement d'un acte d'enfant sans vie a des conséquences économiques et peut, notamment, entraîner une majoration de la pension de retraite des parents conformément à l'article L.351-12 du Code de la sécurité sociale…qu'au vu de ces éléments il convient de considérer, pour l'application de l'alinéa deux de l'article 79-1 du code civil, qu'il n'y a accouchement d'un enfant que lorsque la femme met au monde un être humain qui a atteint un stade de développement tel qu'on puisse légitimement espérer qu'il vive ; que compte tenu des données actuelles de la science, il convient de considérer que l'enfant ne peut être viable qu'après un terme de vingt-deux semaines d'aménorrhée ou s'il a atteint le poids de cinq cents grammes ; attendu que ceci n'interdit nullement aux parents concernés de militer pour obtenir une modification législative qui prenne en compte leur souffrance ». Tout en admettant que le stade de développement suffisant pour pouvoir être reconnu comme un enfant ne peut se décréter, les juges du fond ont estimé qu'en l'état actuel de la science, le seuil de viabilité devait être entendu comme l'accès à un poids minimum de cinq cents grammes ou à une durée de grossesse minimale de vingt-deux semaines et que tel n'était pas le cas des espèces présentées[78]. Toutefois, la Cour d'appel de Nîmes précise que la circulaire du 30 novembre 2001, qui retient les seuils établis par l'OMS, n'a aucune valeur normative mais qu'elle empêche, tout de même, que l'établissement d'un acte d'enfant sans vie soit fondé sur les seules convictions personnelles des officiers d'état civil incompatible avec le principe d'égalité des citoyens devant la loi.

b. L'hypothèse de l'enfant mort-né. Dans un rapport remis à la Cour de cassation, il a été souligné la nécessité soit d'instaurer un seuil commun, soit à l'inverse, une absence

[78] CA Nîmes, 17 mai 2005.

totale de seuil car l'établissement d'un acte d'enfant sans vie ne constitue en aucune manière une faculté laissée aux services de l'état civil[79]. Une étude réalisée par la Commission Internationale de l'État Civil (CIEC) en 1999 met en lumière l'obligation pour les officiers d'état civil de procéder à la déclaration des enfants mort-nés sur la base de seuils proches de ceux recommandés par l'OMS. A noter qu'une grande partie des États membres de la CIEC offre aux parents endeuillés la possibilité d'organiser les funérailles de leur enfant mort-né en dessous du seuil préconisé[80]. Pour une partie de la doctrine française, la fixation d'un seuil en deçà duquel aucune déclaration à l'état civil ne peut être est faite, est indispensable. A défaut, il y aurait un risque de confusion avec les interruptions de grossesse, qu'elles soient voulues ou non[81]. Dès lors, la question de savoir si ces critères repris par la Cour d'appel étaient indispensables à l'établissement d'un acte d'enfant sans vie devait se poser. Autrement dit, la viabilité est-elle une condition à l'établissement d'un acte d'enfant sans vie ? Pour la première fois, la Cour de cassation énonce que l'alinéa second de l'article 79-1 du code civil ne subordonnait l'établissement d'un acte d'enfant sans vie ni au poids du fœtus, ni à la durée de la grossesse. Tout fœtus né sans vie peut être inscrit sur les registres de décès de l'état civil, quel que soit son niveau de développement.

2. L'apport des nouvelles dispositions réglementaires

42. La solution de la Cour de cassation laisse entrevoir qu'un enfant sans vie et ce, quel que soit son stade de développement, peut bénéficier d'une inscription à l'état civil. Néanmoins, elle ne doit pas rendre la portée des arrêts du 6 février 2008 plus importante que les effets produits par la rédaction d'un acte d'enfant sans vie. D'autre part, les nouvelles dispositions réglementaires de l'été 2008 ont ainsi permis de lever certains doutes notamment en ce qu'elles prévoient l'obligation de rapporter un certificat d'accouchement.

---

[79] Rapport de Mme Trapero, Conseiller rapporteur sur le site de la Cour de cassation : http://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/premiere_chambre_civile_568/trapero_conseiller_11186.html

[80] Granet, F. « Etat civil et décès périnatal dans les Etats de la CIEC ». *JCP* I, n°. 124 (1999): 613.

[81] Corpart, I. « Décès périnatal et qualification juridique du cadavre ». *JCP* I, n°. 171 (2005): 1743 ; Baillon-Wirtz, N. « La condition juridique de l'enfant sans vie : retour sur les incohérences du droit français ». *Dr.Fam.*, n°. étude n°13 (avril 2007): 24 ; Murat, P. « Viabilité et renseignement à l'état civil des enfants mort-nés ». *Dr.Fam.*, n°. comm.n°77 (août 2007): 15 ; Balestriero V. (1999), *op.cit.*

a. Une portée à nuancer. La portée de la solution peut se résumer aux effets qu'entraîne la rédaction d'un acte d'enfant sans vie. La Cour de cassation, en autorisant l'établissement d'un acte d'enfant sans vie à l'égard d'un enfant mort-né non viable, permet de satisfaire à la fois les officiers d'état civil qui avaient trop souvent à faire face à des situations dramatiques et les parents dont l'enfant était né sans vie. Une telle intervention jurisprudentielle ne peut qu'être félicitée car d'un point de vue social, la rédaction d'un acte d'enfant sans vie offre aux parents la possibilité de donner un prénom à leur enfant[82], de l'inscrire sur le livret de famille[83], d'obtenir un congé de maternité et par dessus tout, d'organiser des obsèques dignes de ce nom[84]. En l'absence d'acte d'enfant sans vie, la réglementation qui était appliquée aux enfants mort-nés non viables était celle relative aux déchets hospitaliers et plus précisément celle relative à l'élimination des pièces anatomiques[85]. Pour ainsi dire, l'enfant mort-né et non viable, assimilé à une pièce anatomique était incinéré avec les autres déchets hospitaliers[86]. L'apport non négligeable de la Cour de cassation en la matière réside essentiellement dans la possibilité pour les parents de

---

[82] Art.467-2 de l'IGEC du 11 mai 1999 :
« L'enfant sans vie peut recevoir un ou des prénoms si les parents en expriment le désir. A défaut d'indication de prénom dans l'acte, et à la demande des parents, le parquet peut aussi, par voie de rectification, faire figurer ces prénoms sur l'acte déjà dressé ».

[83] Arrêté du 26 juillet 2002 portant modification de l'arrêté du 16 mai 1974 modifié fixant les modèles de livret de famille :
« L'indication d'enfant sans vie, avec énonciation des jour, heure et lieu de l'accouchement, peut, à la demande des parents, être apposée par l'officier de l'état civil qui a établi l'acte sur le livre de famille qu'ils détiennent.
Cette indication est possible même si l'acte d'enfant sans vie a été dressé antérieurement à la délivrance du livret de famille ».

[84] Art.2.2 de la circulaire n°2001-576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance :
« En cas d'acte d'enfant sans vie, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou la crémation du corps. La commune garde la faculté d'aider financièrement les familles en difficulté ».

[85] Art.R.44-9-1 du CSP : « les pièces anatomiques d'origine humaine destinées à l'abandon doivent être incinérées. L'incinération a lieu dans un lieu de crémation autorisé conformément à l'article L.2223-40 du Code général des collectivités territoriales et dont le gestionnaire est titulaire de l'habilitation prévue à l'article L.2223-41 de ce code (…) L'incinération est effectuée en dehors des heures d'ouverture du crématorium public ».

[86] Toutefois, les fœtus étaient réunis avec les pièces anatomiques dans des cercueils collectifs pour être ensuite transportés au crématorium. Quant aux cendres qui en résultent, elles sont le plus souvent dispersées dans le jardin du souvenir situé, en général, à côté du crématorium.

bénéficier de la réglementation relative à la sépulture d'un enfant déclaré sans vie, c'est-à-dire la possibilité de choisir entre l'inhumation ou la crémation du corps[87].

Cependant, certains estiment que ces « arrêts risquent de provoquer une grande anarchie », ils imaginent déjà que « des mères qui décident d'interrompre volontairement leur grossesse profitent de la nouvelle donne pour déclarer leur enfant et ainsi bénéficier des avantages sociaux qui y sont liés »[88].

b. La nécessité d'un certificat d'accouchement. Une solution jurisprudentielle en ce sens a enfin permis la reconnaissance juridique de l'existence sociale de l'enfant mort-né par la rédaction de dispositions réglementaires qui se réfèrent à la notion d'accouchement pour la délivrance d'un acte d'enfant sans vie[89].

43. Tout d'abord, un arrêté du 20 août 2008 est venu préciser la possibilité pour les parents de se faire délivrer un livret de famille lors de la rédaction d'un acte d'enfant sans vie[90]. Désormais, « un livret de famille est remis, à leur demande, aux parents qui en sont dépourvus par l'officier de l'état civil qui a établi l'acte d'enfant sans vie. Il comporte un extrait d'acte de naissance du ou des parents ainsi que l'indication d'enfant sans vie, la date et le lieu de l'accouchement »[91]. La question d'un seuil de viabilité en deçà duquel aucun acte d'état civil ne peut être établi étant la grande incertitude soulevée par les arrêts du 6 février 2008, les décrets et arrêtés du 20 août 2008 y ont apporté une réponse. Désormais, « l'acte d'enfant sans vie prévu par le second alinéa de l'article 79-1 du code civil est dressé par l'officier d'état civil sur production d'un certificat dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé et mentionnant les heure, jour et lieu de l'accouchement »[92]. A

---

[87] Dans l'hypothèse où la famille ne souhaite pas organiser des obsèques, l'hôpital a l'obligation de prendre le corps non réclamé dans le délai de 10 jours pour prévoir soit son inhumation, soit son incinération comme un déchet anatomique.

[88] « Cassation : Tout fœtus né sans vie est déclarable à l'état-civil ». *LCI.fr*, article paru et consulté le 6 février 2008 sur : http://lci.tf1.fr/france/justice/2008-02/foetus-vie-peut-etre-declare-etat-civil-4867914.html.

[89] Décret n°2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret n°74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille, Décret n°2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil, Arrêté du 20 août 2008 modifiant l'arrêté du 1er juin 2006 fixant le modèle de livret de famille, Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie.

[90] Arrêté du 20 août 2008 modifiant l'arrêté du 1er juin 2006 fixant le modèle de livret de famille.

[91] Art.1er du décret n°2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret n°74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille et à l'information des futurs époux sur le droit de la famille.

[92] Art.1er du décret n°2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil.

noter qu'une restriction est apportée à cette possibilité d'établissement d'un acte d'enfant sans vie : la preuve de l'existence d'un accouchement. En effet, l'établissement d'un acte d'enfant sans vie est désormais subordonné à la délivrance d'un certificat médical d'accouchement dont « le praticien signataire (…) est soit celui qui a effectué l'accouchement, soit celui qui dispose des éléments cliniques permettant d'en affirmer l'existence »[93]. D'un certificat médical attestant de la viabilité de l'enfant mort-né, les textes réglementaires sont passés à l'exigence d'un certificat d'accouchement. C'est donc pour le choix d'une absence totale de seuil en matière d'acte d'enfant sans vie que le législateur a souhaité opter. Dorénavant, ce sont ces textes qui guideront les officiers d'état civil mais aussi les tribunaux dans le fondement de leur décision d'établissement ou non d'un acte d'enfant sans vie.

C'est en ce sens que la Cour d'appel de renvoi a tranché le litige, énonçant qu' « au travers de ces dispositions, il s'avère qu'il appartient au seul médecin de distinguer entre les situations ouvrant la possibilité d'un certificat d'accouchement correspondant à un accouchement spontané ou provoqué pour raisons médicales et celles n'ouvrant pas la possibilité d'un certificat d'accouchement dans l'hypothèse d'une interruption spontanée précoce de grossesse (fausse couche précoce) et une interruption volontaire de grossesse (IVG). En l'occurrence, il y a lieu de rechercher si la seule condition légale prévue est remplie à savoir l'existence d'un accouchement, qui selon la définition communément admise est « la sortie de l'enfant hors du corps de sa mère » » [94]. Il faut mettre en garde les services d'état civil ainsi que les tribunaux sur la définition à accorder à l'accouchement. En effet, la définition donnée par la Cour d'appel de Nîmes pourrait apparaître trop large. Nous pensons qu'il serait utile de préciser que l'accouchement correspond davantage à une sortie assistée ou une expulsion naturelle de l'enfant hors du corps de sa mère et non pas à une simple aspiration telle que pratiquée pour les interruptions volontaires de grossesse. Une restriction qui prendrait en considération les préoccupations à la fois des pro-IVG, de ceux qui craignaient une recrudescence des demandes d'allocations familiales à la suite d'interruptions volontaires de grossesse… et ceux qui craignaient de voir attribuer à l'enfant mort-né la notion de personne juridique.

---

[93] Art.1er de l'arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement un acte d'enfant sans vie.
[94] CA Nîmes, 15 décembre 2009, n°768.

RECAPITULATIF JURIDIQUE DE L'ACTE D'ENFANT SANS VIE

Enfant né vivant

<table>
<tr><th colspan="2">Mort avant la déclaration</th><th>Mort après la déclaration</th></tr>
<tr><td>Enfant né viable</td><td>Enfant né non viable</td><td rowspan="2">Application du droit commun
(Acte de naissance + Acte de décès)</td></tr>
<tr><td>Acte de naissance
+
Acte de décès
(Art.79-1,1 civ.)</td><td>Acte d'enfant sans vie
(Art.79-1,2 civ.)</td></tr>
</table>

Enfant né mort

Enfant viable	Enfant non viable
Acte d'enfant sans vie (Art.79-1, 2 civ.)	**Civ.1ère, 6 février 2008** : acte d'enfant sans vie (application de l'art.79-1,2 civ.) **Décret du 20 août 2008** : certificat d'accouchement **Arrété du 20 août 2008** : inscription sur le livret de famille

B- Des confusions persistantes

44. Ce qui a réellement empêché pendant toutes ces années l'enfant mort-né non viable de pouvoir bénéficier d'un acte d'enfant sans vie résidait principalement dans le fait qu'il porterait atteinte au droit de l'avortement et qu'il pourrait se confondre avec l'acquisition de la personnalité juridique. Ces confusions persistantes doivent être à nouveau corrigées.

1. L'indifférence de l'acte d'enfant sans vie sur l'interruption volontaire de grossesse

45. Au lendemain de la solution apportée par la Cour de cassation, certaines associations anti-avortement ont salué cette position pensant qu'elle était acquise à leur cause. Toutefois, et fort heureusement, il n'a pas été question pour la première chambre civile de remettre en cause le droit à l'avortement.

a. L'enfant : le non-objet de l'IVG. Lors de son rapport, Madame Trapero mettait en garde la Cour de cassation quant au risque que pouvait entrainer l'absence de seuil au regard de la législation spéciale des interruptions de grossesse et du respect dû à l'intimité de la vie privée de la femme et du couple[95]. Elle craignait, en effet, que n'importe quel fœtus à n'importe quel stade de développement puisse faire l'objet d'un acte d'enfant sans vie, ce qui pouvait inclure le produit d'une interruption volontaire de grossesse. Or, la préoccupation principale des juges de première instance a été de se pencher sur le terme d' « enfant », tel qu'employé à l'alinéa second de l'article 79-1 du Code civil. Ils ont ainsi tenté de définir la notion en admettant « qu'il n'y a accouchement d'un enfant que lorsque la femme met au monde un être humain qui a atteint un stade de développement tel qu'on puisse légitimement espérer qu'il vive ». Ce qui excluait par delà-même l'embryon extrait à l'occasion d'une interruption volontaire de grossesse. Selon eux, un fœtus qui n'a pas atteint les seuils de

[95] Rapport de Mme Trapero (2008), *op.cit.*

développement préconisés par l'OMS en 1977 ne peut recevoir la qualification d'enfant. Toutefois, il est question de l'établissement d'un acte d'enfant sans vie, ce qui induit qu'un enfant puisse être considéré comme tel indépendamment de tout indice de vie[96]. Ce n'est pas parce qu'un enfant ne naît pas vivant, ni viable, qu'il ne peut être considéré en tant que tel par ses parents, ni par la société. Que la Cour de cassation ait voulu ou non donner au fœtus, voire à l'embryon, la qualité d'enfant, la contradiction éventuelle avec la législation sur le droit à l'avortement n'a pas de sens. La solution de la Cour de cassation traduit essentiellement la volonté de voir reconnaître l'individualité de l'enfant mort-né[97] et nullement de remettre en question la législation spéciale de 1975. Accorder la qualité d'enfant au fœtus ou le qualifier de « produit innomé » ne procède nullement au renforcement ou à l'affaiblissement du droit à l'avortement[98]. User du terme d' « enfant » peut paraître choquant aux yeux des femmes dans l'obligation de subir une IVG, tandis, qu'à l'inverse, employer le terme de « chose » à l'égard des enfants issus d'une interruption médicale de grossesse peut pareillement faire obstacle au travail de deuil de ces femmes qui ont perdu de façon prématurée leur enfant à naître. Bien au contraire, ce sont les progrès en matière de contraception et d'IVG qui « ont renforcé la notion d'enfant désiré et de projet parental »[99]. La législation de 1975 n'a jamais nié la singularité du fœtus, ni son humanité. Dans son article premier, elle énonce que « la loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi ». Il s'agit essentiellement d'organiser une hiérarchie des intérêts en présence[100] et les arrêts de 2008 permettent, ni plus ni moins, une meilleure individualisation de l'enfant mort-né. « La faculté reconnue à la femme, sous certaines conditions, de mettre un terme à une grossesse procède, au regard des règles qui régissent la responsabilité pénale, d'une permission de la loi, laquelle n'est nullement amoindrie par la possibilité de dresser un acte d'enfant sans vie »[101].

b. Acte d'enfant sans vie et interruption de grossesse : deux notions complémentaires. Pour la plupart des auteurs[102], il existe une certaine complémentarité entre l'individualisation du fœtus par la rédaction d'un acte d'enfant sans vie et les interruptions de

---

[96] Roujou de Boubée, G. « Les conditions de l'inscription à l'état civil d'un enfant mort-né ». *D* (2008): 1862.
[97] Loiseau G. (2008) : 35, *op.cit.*
[98] Latina, M. (2008) : 8, *op.cit.*
[99] Avis du CCNE n°89 du 22 septembre 2005, spéc. p.3.
[100] Murat, P. (2008), *op.cit.*
[101] Roujou de Boubée, G. (2008), *op.cit.*
[102] *Ibid.*

grossesse. Bien souvent ce sont des femmes ayant eu à subir une interruption médicale de grossesse qui réclament la reconnaissance par le droit de leur enfant trop tôt disparu. Il serait tout à fait critiquable d'autoriser d'un côté les interruptions volontaires de grossesse et de l'autre, imposer à ces femmes une inscription à l'état civil d'un acte d'enfant sans vie. A ce propos, certains auteurs avaient préconisé, au lendemain de la publication des arrêts de février 2008, la nécessité de préciser si l'établissement d'un tel acte devait être obligatoire ou non ou s'il ne pouvait pas dépendre de la volonté de la femme accouchée[103]. D'autre part, il est important de rappeler les termes de l'article premier de la loi du 17 janvier 1975 qui énoncent que la loi garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie. Ce ne sont que les conditions dérogatoires définies par cette même loi qui autorisent une telle exception. Accorder un acte d'enfant sans vie à un enfant mort-né indépendamment de seuils de viabilité participe, bien au contraire, à ce respect dû à l'être humain.

46. Les craintes exprimées quant à la remise en cause de la législation sur l'IVG par l'établissement d'un acte d'enfant sans vie à l'égard des enfants mort-nés non viables sont principalement issues de la confusion qui existait entre la valeur de ces actes et leurs conséquences sur l'acquisition de la personnalité juridique. En effet, jusqu'en 2008, acte d'enfant sans vie et acquisition de la personnalité juridique recouvraient les mêmes conditions.

2. L'indifférence de l'acte d'enfant sans vie sur l'acquisition de la personnalité juridique

47. La référence aux critères de viabilité pour l'établissement d'un acte d'enfant sans vie fait naturellement écho aux conditions exigées pour la naissance de la personne juridique.

a. L'absence d'acte de naissance. La personnalité juridique s'acquiert par la naissance d'un enfant né vivant et viable. Avant les arrêts de février 2008, l'acte d'enfant sans

[103]Murat, P. (2008), *op.cit.*

vie exigeait l'existence d'un enfant mort-né viable, c'est-à-dire réunissant les seuils de viabilité recommandés par l'OMS, ceux-là même qui conditionnent l'attribution de droits sur la scène juridique. Si bien que l'amalgame était rapide : la rédaction d'un acte sur les registres d'état civil doit-elle nécessairement dépendre de l'acquisition au préalable de la personnalité juridique[104] ? Un acte d'enfant sans vie n'est pas un acte de naissance. En l'absence d'un tel acte, les enfants nés ou mort-nés non viables ne peuvent pas acquérir la personnalité juridique. Le fondement de la cassation est sur ce point révélateur. La première chambre civile fonde sa solution sur le seul alinéa second et non pas sur l'article 79-1 dans sa globalité. En effet, aux fins d'établissement d'un acte de naissance puis d'un acte de décès, l'alinéa premier exige toujours la production d'un certificat médical attestant de la viabilité de l'enfant. Ce n'est qu'en cas d'établissement d'un acte d'enfant sans vie, que la Cour de cassation met fin à l'application par les services de l'état civil et des tribunaux des critères de viabilité tels qu'ils ont été définis par l'OMS. Dès lors, il ne s'agissait aucunement pour la Cour de cassation de ne plus exiger de viabilité pour l'établissement d'un acte de naissance mais uniquement pour celui d'enfant sans vie. La portée principale de ces arrêts a été de mettre fin à une pratique erronée conduisant à une confusion entre l'acquisition de la personnalité juridique et l'établissement d'un acte d'enfant sans vie. Ce dernier n'ayant aucune vocation à être titulaire de droits, il était inutile d'exiger de lui un seuil de viabilité. Il était alors devenu aussi difficile de mourir que de naître[105]. Même si, à travers ses arrêts, la première chambre civile considère l'enfant sans vie comme un enfant, comme une personne, cela ne signifie pas pour autant qu'elle souhaite lui accorder un rôle majeur sur la scène juridique. Bien au contraire, elle ne fait que confirmer l'impossibilité pour un enfant mort-né de devenir une personne juridique et que pour cela, il n'est aucunement nécessaire qu'il soit apporté une quelconque preuve de viabilité.

---

[104] Selon certains auteurs (*V.* notamment Philippe, C. (1996) : 29, *op.cit.*), le critère de viabilité ne devrait pas empêcher l'enfant né vivant mais non viable d'acquérir la personnalité juridique mais devrait uniquement conduire à certaines incapacités (impossibilité de succéder, impossibilité à recevoir une succession…), aucune considération d'ordre juridique ne justifierait un tel refus. L'application en droit civil de l'adage *infans conceptus* n'a strictement aucune incidence sur le statut du fœtus puisqu'il s'agit d'une fiction juridique permettant de remonter rétroactivement la personnalité juridique de l'enfant né vivant et viable à sa conception. Le fœtus est une *pars viscerum matris* dont la mère peut se débarrasser sans commettre un homicide, à condition bien évidemment de respecter les dispositions de la loi du 7 janvier 1975.

[105] Hauser, J. « De l'enfant né sans vie à l'enfant projeté et des paternités morales qui pourraient rapporter ». *RTDCiv.* (2008): 268.

b. La personne de l'enfant mort-né. La solution de la Cour de cassation conduit à considérer tout être humain simplement conçu comme un enfant dont « l'individualité propre doit pouvoir être reconnue »[106]. Elle permet ainsi l'inscription de l'enfant sans vie au sein d'une généalogie avec notamment l'identification des père et mère dans l'acte[107]. Les arrêts de février 2008 rendent compte de la volonté du droit d'individualiser l'enfant sans vie par une déclaration à l'état civil. D'autant plus que rien n'oppose à ce que soit attribué à l'être humain prématurément décédé un état juridique. En effet, la notion d'enfant peut tout à fait se concevoir sans pour autant devoir lui accorder le statut de personne juridique. L'identité juridique[108] ainsi offerte à l'enfant sans vie permet aux père et mère de tracer leur lien avec l'enfant d'une manière officielle. L'acquisition de la personnalité juridique se fait dans l'intérêt de l'enfant en tant que titulaire de droits et l'identité juridique permet essentiellement de rattacher l'enfant à son origine. « La viabilité fœtale ne détermine pas le commencement d'un être humain, ni l'apparition d'un enfant : elle n'est qu'un seuil de développement marquant une aptitude à conserver la vie, *extra utero*, en cas de naissance prématurée »[109].

48. En définitive, il serait erroné d'affirmer que la Cour de cassation n'accorde plus de valeur à l'égard des seuils établis par l'OMS. Elle condamne simplement leur application dans la rédaction d'un acte d'enfant sans vie. Le statut d'enfant sans vie correspondrait ainsi au statut de la personne défunte. Tout comme elle, l'enfant prématurément décédé est inscrit sur les registres de décès, des funérailles peuvent être organisées et son cadavre bénéficie d'une protection pénale spécifique. Les nouvelles dispositions réglementaires ajoutées à la solution jurisprudentielle marquent la volonté du monde juridique de reconnaître des droits à l'enfant mort-né. La seconde branche du moyen du pourvoi, sur lequel la première chambre civile n'a pas souhaité donner suite, exprimait la violation par les juges du fond de l'article 16 du Code

---

[106] Loiseau, G. (2008) : 36, *op.cit.*
[107] A noter, toutefois, que la rédaction d'un acte d'enfant sans vie ne permet pas l'établissement d'un lien de filiation (ce qui était en l'espèce une volonté des parents) faute d'avoir pu acquérir la personnalité juridique. C'est également une position critiquée par une partie de la doctrine (*V.*Chenede, F. (2008) : 165, *op.cit.* ; Loiseau, G. (2008) : 35, *op.cit.*) mais également par la Cour européenne des droits de l'homme qui a pu considérer que le refus de donner à un enfant mort-né sa véritable filiation paternelle est contraire au respect de la vie privée et familiale de la mère (CEDH 2 juin 2005, n°77785/01, *Znamenskaya c/ Russie* : Marguenaud, J.-P. « Vers un statut juridique de l'enfant mort-né ». *RTDCiv.* (2005): 737).
[108] Loiseau, G. (2008) : 36, *op.cit.*
[109] Roujou de Boubée, G. (2008) : 1862, *op.cit.*

civil qui garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie[110]. Pour la doctrine, le respect doit prendre effet dès la conception de l'enfant ou, du moins, le seuil à partir duquel aucune interruption volontaire de grossesse, autre que pour un motif médical, n'est possible[111]. Si bien que le respect dû au fœtus en tant qu'être humain ne pourrait impliquer la même protection que celle de l'enfant né vivant. Aussi la Cour de cassation, en sa forme plénière, se refuse-t-elle de qualifier d'homicide les atteintes portées, volontairement ou non, à l'enfant à naître (**Section 2**).

[110] Article reproduit à l'article L.2211-1 du CSP.
[111] Carbonnier, J. *Les Personnes*. PUF, 2004, p.396.

Section 2 : Une protection pénale prénatale illusoire

49. L'importance accordée à la notion de viabilité par le droit civil n'a pas été sans conséquence sur le droit pénal, notamment au regard de la protection pénale de l'enfant à naître. En effet, le droit pénal prétend ne pas pouvoir protéger l'enfant à naître sous prétexte qu'il ne peut recevoir les attributs de la personne juridique tant qu'il n'est pas né vivant et viable. C'est un réel paradoxe qui apparaît lorsqu'est examinée l'hypothèse de l'enfant qui n'a justement pas pu naître vivant et viable du fait de l'imprudence ou la négligence d'un tiers (**I**). L'atteinte involontaire à la vie du fœtus ne peut pas être réprimée selon les dispositions de l'article 221-6 du Code pénalsanctionnant l'homicide involontaire[112]. Cette problématique qui dépasse les frontières de la France met en relief les lacunes de la protection pénale de l'enfant à naître (**II**) : mérite-il, en tant que personne en devenir, une protection pénale contre les atteintes à son intégrité au même titre que l'ensemble des personnes « nées »?

I-L'absence de consensus sur la protection pénale prénatale

50. Encore en 2012, il semblerait qu'un consensus ne puisse toujours pas se dégager, que ce soit en droit interne (**A**) ou en droit comparé (**B**).

---

[112] Art.221-6 du CP :
« Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.
En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende. »

A-L'absence de consensus en droit interne

51. Jusqu'en 2001, la grande majorité des cours d'appel appliquaient la qualification d'homicide involontaire à l'égard de tiers dont la faute avait conduit à la mort *in utero* d'un enfant. Pour retenir le délit d'homicide involontaire sur un enfant à naître, les juges du fond, dans un premier temps, se référaient à la notion de viabilité, puis au critère de vie. La chambre criminelle, quant à elle, refusait, à une exception près[113], l'application de l'article 221-6 du Code pénal au cas de l'enfant à naître au nom du respect du principe de l'interprétation stricte de la loi pénale.

1. La position des juges du fond

52. Avant 2001, certaines juridictions du fond refusaient la qualification d'homicide involontaire sur un enfant à naître au motif que ce dernier n'avait pas vécu, ou du moins dont la preuve n'avait pas pu être rapportée. Tantôt, elles fondaient leur solution sur l'établissement de seuils de viabilité à partir desquels elles pouvaient apprécier, au cas par cas, l'opportunité d'une qualification pénale d'homicide involontaire appliquée à l'enfant à naître.

a. Une position fondée sur la viabilité de l'enfant à naître. En 1951, les juges du fond de la Cour d'appel de Paris ont estimé qu'il était nécessaire, pour retenir la qualification

---

[113] Rares sont les décisions qui, se fondant sur le caractère certain du lien de causalité entre les fautes du prévenu et le décès de la mère et de son enfant à naître, retiennent le délit d'homicide involontaire sur un fœtus. Pour seul exemple, l'arrêt de rejet rendu le 19 août 1997 par la Chambre criminelle (arrêt non publié au bulletin criminel, pourvoi n°96-82648). En raison d'une gêne respiratoire importante et d'un rythme cardiaque du fœtus très ralenti, la césarienne initialement prévue sur la parturiente requérante a du être pratiquée tardivement. Ce retard a malheureusement conduit à la naissance d'un enfant mort-né et au décès de la femme qui l'avait mis au monde. Dans son dernier attendu la Cour de cassation énonce « qu'en l'état des motifs, qui procèdent de l'appréciation souveraine par les juges du fond, des faits et circonstances de la cause ainsi que de la valeur et de la portée des éléments de preuve soumis au débat contradictoire au vu desquels ils ont estimé, par des motifs exempts d'insuffisance ou de contradiction, qu'il existait un lien de causalité certain entre les fautes du prévenu et le décès des victimes, la cour d'appel a justifié sa décision sans encourir les griefs allégués ».

d'homicide involontaire, d'établir que l'enfant était vivant et viable au moment des faits[114]. La spécificité de l'espèce soumise à la Cour d'appel de Paris résidait dans les chefs d'accusation. En effet, l'accusée ayant tenté de mettre un terme à sa grossesse, par elle-même et par le biais d'une sonde, était poursuivie des chefs de tentative d'avortement, d'homicide involontaire et d'avortement. Le cumul de ces qualifications se justifiait d'une part, par l'impossibilité pour le médecin de déterminer si l'enfant avait vécu et, d'autre part, par l'accouchement prématuré d'un enfant issu d'une grossesse de six mois et demi qui ne permettait pas d'affirmer qu'il ait pu être viable. La Cour d'appel décida de relaxer la femme du chef d'homicide involontaire au motif que l'un des éléments constitutifs des délits faisait défaut, en l'occurrence une personne humaine vivante. Elle fût condamnée des chefs de tentative d'avortement et d'avortement.

Un rapprochement peut, par ailleurs, être effectué avec un arrêt de la même cour d'appel rendu en 1959[115]. Dans les faits, il s'agissait d'un accident de la circulation qui a conduit à la naissance d'un enfant né vivant et viable mais dont le décès était survenu quelques heures plus tard. Tout en précisant qu' « il n'y pas lieu de rechercher si l'atteinte à la personne doit frapper un individu venu au monde, disposant d'une personnalité physique distincte de celle de la mère », les juges du fond ont estimé qu'il suffisait que « la victime soit né vivante et viable » et qu'un lien de causalité soit établi entre la faute du prévenu et le décès de l'enfant. Cette solution faisait écho à un arrêt de la chambre criminelle en date du 14 juin 1957 qui avait déclaré coupable d'homicide involontaire le médecin accoucheur « dès lors que l'enfant dont le cœur battait lors de la naissance, a bien respiré et que, dans ces conditions, le décès est dû à la maladresse certaine et coupable du médecin accoucheur »[116]. En définitive, la volonté

---

[114] CA Paris, 9 novembre 1951 : *Gaz.Pal.* (journal du 4 avril 1952) : 236 :
« En ce qui concerne l'homicide involontaire imputé à femme Alice Morel et le recel de cadavre imputé à Magnon : -
Considérant que l'un et l'autre de ces délits ne peuvent être retenus à la charge des prévenus que s'il est établi que l'enfant que la femme Morel a mis au monde, le 17 septembre 1949, ait vécu ;
Or, considérant qu'aucun examen du corps de cet enfant n'a pu être pratiqué et que la fille Morel a déclaré, de façon très vraisemblable d'ailleurs, qu'elle n'était enceinte que de 6 mois et demi lorsqu'elle a accouché, que, d'autre part, le médecin légiste qui a été appelé à donner son avis sur les déclarations de cette femme, a affirmé qu'en général un enfant né dans ces conditions n'est pas viable, quoi qu'il puisse respirer 2 ou 3 heures ; qu'il s'ensuit qu'il n'est pas certain que l'enfant dont il s'agit ait vécu, et qu'en conséquence les deux prévenus doivent être relaxés de ces chefs de la poursuite, l'un des éléments constitutifs des délits qui leur sont respectivement imputés faisant défaut ».
[115] CA Paris, 10 janvier 1959 : *D.* (1959) : 74.
[116] Crim. 14 juin 1957 : *D.* (1957) : 512.

pleine et entière de mettre fin à la grossesse conduit à la condamnation du chef d'avortement dans les cas où la preuve d'un enfant né vivant et viable n'a pu être rapportée.

53. Toutefois, la situation de la femme qui perd son enfant à naître du fait de la faute d'un tiers reçoit-elle la même appréciation par les juges du fond ? En 1964, la Cour d'appel d'Amiens énonça qu' « il suffit, pour caractériser le délit d'homicide involontaire, que l'atteinte à la personne ait porté sur un être humain, même non séparé de sa mère, dès l'instant qu'il était venu à terme viable et que sa mort est imputable à la faute d'un tiers »[117]. Ainsi, les juges du fond, sont-ils allés plus loin en retenant seulement la viabilité de l'enfant décédé, indépendamment du fait que l'enfant ait ou non respiré. Cette jurisprudence a conduit la Cour d'appel de Douai à poser un principe fondé sur « une présomption simple de viabilité »[118]. Selon les juges du fond, « rien ne permet de dire que l'enfant était mort avant l'accident ; il doit être considéré comme ayant été vivant à un moment et viable en raison de son état de maturité notamment par son poids ». La solution fût, d'un point de vue moral, accueillie favorablement par l'ensemble de la doctrine. En effet, il ne paraissait pas être de bonne justice que de sanctionner les tiers qui n'auraient causé que des blessures à l'enfant et laisser impunis ceux dont l'imprudence avait conduit à la mort *in utero* de l'enfant à naître. Pour autant, la doctrine n'était pas unanime sur l'appréciation à accorder à cette solution. Certains auteurs, tout en admettant que la solution était conforme à la morale, ont désapprouvé cet arrêt en ce que l'enfant mort-né n'est une personne ni aux yeux du droit civil ni à ceux du droit pénal[119]. Ils reprochent aux juges du fond d'avoir accordé à l'enfant mort-né la qualité de personne, notamment parce qu'il était vivant dans le ventre de sa mère au moment de l'accident. Selon eux, cette position serait contraire aux principes du droit civil et ce, pour les raisons déjà évoquées ci-dessus[120], mais également à ceux de droit pénal ; l'enfant mort-né ne pouvant bénéficier de la protection pénale au même titre que les personnes nées vivantes. De surcroît, la législation sur l'interruption volontaire de grossesse confirmerait, à leurs yeux, l'idée selon

---

[117] CA Amiens, 28 avril 1964 : *Gaz.Pal.* J, n°II (septembre 1964) : 167.
[118] CA Douai, 2 juin 1987 : Doucet, J.-P. *Gaz.Pal.* (journal du 4 février 1989) : 145 ; Labbée, X. *JCP* II, n°21250 (1989) ; Levasseur, G. *RSC* (1989) : 318.
[119] Labbée, X. (1989), *op.cit.*
[120] *V. supra*, p.20 et s.

laquelle l'enfant conçu n'est pas une personne[121]. Pour autant, d'autres auteurs saluèrent la solution en ce qu'elle se fonde sur le respect dû à tout être humain dès le commencement de la vie[122] et que la Cour d'appel de Douai a entendu préciser que la personne dont la protection pénale était en jeu était bien celle de l'enfant à naître et non pas uniquement celle de la femme qui le portait.

54. L'ensemble de ces arrêts avait trait à des espèces dans lesquelles les petites victimes avaient franchi le seuil de viabilité tel qu'il était entendu au moment des faits. Quelle aurait été la position des juges du fond s'ils avaient été en présence d'un fœtus en deçà du seuil de viabilité ? L'incertitude entourant l'appréciation de la notion de viabilité n'empêcherait-elle pas le maintien d'une qualification pénale d'homicide involontaire ?

b. Une position fondée sur le critère de vie. La notion de viabilité constituant « une notion scientifiquement contingente et incertaine », la Cour d'appel de Lyon a, en 1997, écarté le critère de viabilité au profit du critère de vie[123]. Victime d'une erreur médicale, Mme Vo a perdu l'enfant qu'elle portait alors qu'elle devait subir un simple examen prénatal. Elle et son concubin ont déposé une plainte au sein des services de police de Lyon, puis auprès du doyen des juges d'instruction sur le fondement de l'article 317 de l'ancien Code pénal réprimant l'avortement. Une information judiciaire pour infraction à la législation sur l'avortement a été ouverte. En l'absence de caractère volontaire des faits qui lui étaient soumis, le Procureur de la République a fondé son réquisitoire sur les infractions de blessures involontaires ayant entraîné une incapacité de travail de moins de trois mois auquel s'ajoutait la qualification d'homicide involontaire sur un embryon au titre qu' « au-delà de trois mois, le fœtus devenait un sujet de droit »[124]. Le magistrat a fondé sa position sur l'article 311 du Code civil qui présume de la date de conception lorsque l'enfant a été conçu entre le 300ème et

---

[121] Labbée, X. (1989), *op.cit.*
[122] Levasseur, G. (1989), *op.cit.*
[123] CA Lyon, 13 mars 1997 : Serverin, E. *D.* J (1997) : 557 ; Fauré, G. *JCP* II, n°22954-22955 (1997) ; Véron, M. « Le constat de la vie : après l'arrêt de la Cour d'appel de Lyon ». *Dr.pén.* chronique n°7 (1997) ; Puigelier, C. « L'homicide involontaire du foetus ». *Dr.pén.* chronique n°22 (1997) : 4 ; Mallaurie, Ph. *Defrénois*, art.36578 (1997) : 640 ; Murat, P. « Réflexions sur la distinction être humain / personne juridique ». *Dr.fam.* chronique n°9 (1997) : 4.
[124] Serverin, E. (1997) : 559, *op.cit.*

le 180ème jour avant sa naissance. La suspicion d'un lien établi entre la personnalité juridique et la définition de la vie humaine a conduit les juges de première instance à préférer un critère de viabilité fixé à six mois pour affirmer que l'enfant issu d'une grossesse de vingt-et-une semaines ne pouvait être considéré comme une personne humaine au sens des articles 319 ancien et 221-6 nouveau du Code pénal.

Sur appel des parties civiles, la Cour d'appel de Lyon a écarté le critère de viabilité ainsi retenu par les premiers juges au profit d'un critère de vie au bénéfice de l'enfant à naître. A ce titre, elle a visé à la fois, les textes conventionnels et les textes législatifs. L'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales[125], l'article 6 du Pacte international sur les droits civils et politiques[126] et enfin, l'article 6 de la Convention relative aux droits de l'enfant signée à New-York, le 26 janvier 1990[127]. L'ensemble de ces dispositions reconnaît « l'existence, pour toute personne, et notamment l'enfant, d'un droit à la vie protégé par la loi ». Toutefois, si ces textes imposent un droit à la vie, ils le limitent aux « conditions définies par la loi » ; d'autant plus que son existence n'a jamais été reconnue, ni par la Convention européenne des droits de l'homme, ni par le Conseil constitutionnel. S'agissant des textes législatifs, la Cour d'appel de Lyon vise l'article premier de la loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse qui précise que « la loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie » et qu'il « ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi ». L'insertion d'un article 16 dans le Code civil par les lois bioéthiques du 29 juillet 1994 énonce que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». La Cour d'appel de Lyon a précisé qu'il ne s'agissait pas là de « simples déclarations d'intention » puisque l'article 16-9 du Code civil accorde à cet article un caractère d'ordre public. Enfin, avant de dénoncer l'incertaine viabilité, les juges du fond, par une analogie *a*

---

[125] Art.2.1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales : « Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi ».

[126] Art.6.1 :
« Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine. Ce droit doit être protégé par la loi. Nul ne peut être arbitrairement privé de la vie ».

[127] Art.6 de la Convention relative aux droits de l'enfant :
« Les États parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.
Les États parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant ».

contrario un peu malheureuse, ont déduit des arrêts rendus par la chambre criminelle le 27 novembre 1996[128] que la protection issue de la Convention des droits de l'enfant était assurée à partir du début de la onzième semaine de vie fœtale. Certains ont vu dans ce déploiement d'arguments textuels, une définition trop extensive du point de départ de la vie humaine conduisant à un « autrui généralisé » dès la fécondation[129]. En reprochant aux juges de première instance d'avoir distingué là où la loi ne le faisait pas, la Cour d'appel de Lyon a clairement énoncé qu'il ne peut être « exigé que l'enfant naisse viable, du moment qu'il était en vie au moment de l'atteinte qui lui a été portée ».

55. Cette solution n'était pas surprenante au regard de sa solution, mais elle l'était d'autant plus quand elle a refusé de se fonder sur la notion de viabilité qu'elle a caractérisée comme « scientifiquement incertaine, et de surcroît dépourvue de toute portée juridique, la loi n'opérant aucune distinction à cet égard ». Les juges du fond ont conclué leur démonstration de la manière suivante : « tant l'application stricte des principes juridiques que les données acquises de la science que des considérations d'élémentaire bon sens conduisent à retenir la qualification d'homicide involontaire, s'agissant d'une atteinte par imprudence ou négligence portée à un fœtus âgé de vingt à vingt-quatre semaines en parfaite santé, ayant causé la mort de celui-ci ».

Si de nombreux auteurs ont salué cette solution en ce qu'elle a distingué un peu plus encore la personne humaine de la personne juridique et qu'elle constitué une nouvelle étape vers la reconnaissance d'une protection pénale prénatale indépendamment de toute référence à la personnalité juridique[130], d'autres[131] y ont vu une remise en cause de « la légalité des infractions touchant à la personne humaine »[132]. Selon ces derniers, l'interprétation extensive de la loi pénale par les juges du fond conduirait à placer l'avortement involontaire provoqué

---

[128] Crim.27 novembre 1996 (2 arrêts) : l'argument central des demandeurs aux pourvois était que « les conventions internationales reconnaissent un droit inhérent à la vie », et « s'appliquent à l'enfant conçu et non encore né, personne humaine à part entière », « qu'en effet il est scientifiquement établi que la vie humaine commence dès la fécondation de l'ovule et se développe de manière continue sans que l'on puisse faire de distinction au cours des différentes phases de son développement ».
[129] Serverin, E. (1997) : 560, *op.cit.*
[130] Notamment Puigelier, C. (1997), *op.cit.* ; Malaurie, Ph. (1997), *op.cit.* ; Murat, P. (1997), *op.cit.*
[131] Serverin, E. (1997) : 557, *op.cit.* ; Fauré, G. (1997) : 527, *op.cit.*
[132] *Ibid.*

par le geste d'un tiers au chapitre des « atteintes à la vie de la personne » alors que l'avortement volontaire provoqué à tout moment de la grossesse relève du chapitre relatif à « la mise en danger de la personne ». Si bien que l'interruption involontaire de grossesse serait plus sévèrement réprimée que l'interruption illégale prévue à l'article 223-10 du Code pénal. La peine serait alors aggravée dans les hypothèses d'atteintes non intentionnelles, ce qui ne serait pas le cas des atteintes intentionnelles.

56. La volonté d'établir « une définition générique de la vie humaine » est-elle compatible avec le principe fondamental de l'interprétation stricte de la loi pénale ? En effet, l'article 111-3 du Code pénal impose que les éléments constitutifs d'un crime ou d'un délit doivent être, pour être punissables, définis par la loi pénale, et l'article 111-4 du même code ajoute que cette dernière doit être d'interprétation stricte. Le reproche qui a finalement été fait aux juges du fond est d'avoir, au nom de l'interprétation stricte de la loi pénale, été à l'encontre de la règle selon laquelle ce principe doit être appliqué aux lois pénales défavorables. Par conséquent, lorsqu'un doute émerge de la loi, celui-ci devrait profiter à l'accusé. La cour d'appel de Lyon n'aurait donc pas respecté le principe. Est-ce là une solution contraire au principe de l'interprétation stricte de la loi pénale ? La mise à l'écart du critère de viabilité au profit de celui de vie a-t-elle conduit à une interprétation trop extensive de la loi pénale ? La réponse de la Cour de cassation était très attendue.

2. La position de la Cour de cassation

57. Face au silence du législateur et le vacillement jurisprudentiel des juridictions du fond quant à la définition de la personne humaine, seule la Cour de cassation était en mesure de pouvoir éclairer les interprètes de la loi pénale. La résistance de certaines juridictions du fond face aux solutions émises par la chambre criminelle a conduit la Cour de cassation, en sa formation la plus solennelle, à trancher définitivement la question.

a. La position de la chambre criminelle. Saisie du pourvoi du médecin[133], la chambre criminelle, sur le fondement de l'article 111-4 du Code pénal, affirma que « les faits reprochés au prévenu n'entrent pas dans les prévisions des articles 319 ancien et 221-6 du Code pénal »[134]. Le laconisme de la solution a conduit à deux principales interprétations : soit la Cour de cassation refuse à l'enfant à naître une protection pénale quelque soit son stade de développement, soit elle entend écarter uniquement l'enfant à naître non viable. Nonobstant l'absence de référence explicite à la notion de viabilité pour asseoir sa position, la chambre criminelle a précisé que « les faits reprochés au prévenu », c'est-à-dire d'avoir été à l'origine de l'expulsion d'un fœtus de vingt à vingt-quatre semaines, n'entrent pas dans les prévisions de l'homicide involontaire.

58. Tout d'abord, si le lien de causalité entre les faits reprochés au prévenu et la mort *in utero* du fœtus avait fait défaut, rien ne l'empêchait de se pencher sur les dispositions de l'article 221-6 du Code pénal en ce qu'il ne réunissait pas tous ses éléments constitutifs. C'est d'ailleurs le raisonnement *a contrario* qu'elle a retenu dans une espèce du 19 août 1997[135]. Alors que la situation clinique sans équivoque d'une parturiente et de son fœtus commandait une prise en charge urgente, un gynécologue accoucheur a sous-estimé le contexte obstétrical et pratiqué une opération tardive qui a conduit à la naissance d'un enfant mort-né et à la mort de sa mère. Par motifs propres et adoptés, la Cour d'appel de Bordeaux a considéré qu'un lien de causalité existait « entre la conjugaison d'inattentions et d'imprudences imputables au praticien et la survenance du double homicide involontaire ». Les juges du fond se sont ainsi

---

[133] Qui s'articulait sur trois principaux axes : d'une part, provoquer une interruption involontaire de grossesse ne peut constituer l'infraction d'homicide involontaire, d'autre part, la qualification d'homicide involontaire ne peut être appliquée au cas de l'enfant à naître non viable, et enfin, la Cour d'appel de Lyon n'a ni vérifié, ni établi, un lien de causalité entre la faute et le décès du fœtus.

[134] Crim., 30 juin 1999 : Vigneau, D. « L'atteinte involontaire, de la part d'un médecin, à la vie de l'enfant à naître n'entre pas dans les prévisions des articles 319 ancien et 221-6 du code pénal ». *D.* J (1999) : 710 ; Mayaud, Y. « De la protection pénale du foetus ». *D.* (2000) : 27 ; Desnoyer C. et Dumaine, L. « Il n'y a pas d'homicide sur un foetus ». *D.* (2000) : 169 ; Fauré, G. « La prévention d'homicide involontaire sur un enfant à naître ». *JCP* II, n°10231 (2000) : 77 ; Rebut, D. « La loi pénale est d'interprétation stricte ». *Dr.fam.* chronique n°20 (1999) : 4-7 ; Malaurie, Ph. « L'embryon n'est pas, en matière pénale, un être humain ». *Defrénois* art.37047 (1999) : 1048-1049 ; Bonneau. *Gaz.Pal.* 2 (1999) : 676 ; Doucet, J.-P. *Gaz.Pal.* 2 (1999) : 139 ; Debove, F. « Le foetus à l'index ». *LPA* n°229 (17 novembre 1999) : 15 ; Véron, M. *Dr.pén.* (2000) : 3 ; Mayaud, Y. « Entre vie et mort, la protection pénale du foetus ». *R SC.* (1999) : 813 ; Rassat, M.-L. « La victime des infractions contre les personnes après l'arrêt de la chambre criminelle du 30 juin 1999 ». *Dr.pén.* chronique n°12 (2000) ; Roujou de Boubée G. et de Lamy, B. « Contribution supplémentaire à l'étude de la protection pénale du foetus ». *D.* chronique n°81 (2000).

[135] Crim.19 août 1997, pourvoi n°96-82648.

prononcés sur la qualification d'homicide involontaire en ce que le lien de causalité était établi, peu important que l'enfant soit mort-né ou non. Contre toute attente, la Cour de cassation, saisie du pourvoi du gynécologue accoucheur, a confirmé les motifs de la Cour d'appel de Bordeaux « qui procèdent de l'appréciation souveraine par les juges du fond, des faits et circonstances de la cause ainsi que de la valeur et de la portée des éléments de preuve soumis au débat contradictoire au vu desquels ils ont estimé, par des motifs exempts d'insuffisance ou de contradiction, qu'il existait un lien de causalité certain entre les fautes du prévenu et le décès des victimes ».

Dans cette espèce de 1997, la Cour de cassation avait deux solutions : soit, et cela a été son choix, elle se fondait sur le lien de causalité, soit elle se fondait sur le fait que l'enfant était mort-né et que par conséquent il ne pouvait pas constituer l' « autrui » exigé par les dispositions de l'article 221-6 du Code pénal. En effet, elle aurait très bien pu rejeter la qualification d'homicide involontaire s'agissant d'un enfant mort-né[136]. En 1997, la chambre criminelle retient la qualification d'homicide involontaire, le lien de causalité entre les faits reprochés et la naissance d'un enfant mort-né étant établi. La même année, la Cour d'appel de Lyon s'était fondée sur le critère de vie pour accueillir la qualification d'homicide involontaire. En 1999, la Cour de cassation a écarté cette même qualification à l'égard d'un fœtus âgé de vingt à vingt-quatre semaines en décidant qu'il n'entrait pas dans les dispositions des articles 319 ancien et 221-6 nouveau du Code pénal. Contradiction ou confirmation ?

D'une part, la Cour de cassation n'a fait aucune référence explicite à la notion de viabilité et d'autre part, elle a pris soin de préciser qu'il s'agissait bien de faits ne pouvant pas entrer dans les prévisions de l'homicide involontaire. L'idée selon laquelle la notion de viabilité ne serait qu'une question de fait sur laquelle la Cour de cassation ne peut se pencher a, dès lors, été avancée[137]. A ce titre, un arrêt du 19 août 1997 a laissé penser que la chambre criminelle

---

[136] Ce fût la position adoptée par la Cour d'appel de Metz en 1998 relativement à un accident de la circulation dans lequel une jeune femme enceinte de six mois avait été blessée et à la suite duquel elle avait accouché d'un enfant mort-né. La Cour d'appel de Metz n'a pas souhaité appliquer l'incrimination d'homicide involontaire à l'hypothèse de la mort *in utero* d'un fœtus au motif que « l'enfant mort-né n'est pas pénalement protégé au titre de l'infraction concernant les personnes, que pour qu'il y ait personne, il faut qu'il y ait un être vivant, c'est-à-dire venu au monde et non encore décédé, que la loi pénale est d'interprétation stricte, qu'ainsi le chef poursuivi ne constitue aucune infraction à la loi pénale », tout en admettant, par ailleurs, que l'enfant n'avait pas respiré à la naissance du fait de l'accident (CA Metz, 3 septembre 1998 : Fauré, G. (2000) : 77, *op.cit.*).
[137] Fauré, G. (2000) : 77, *op.cit.*

pourrait retenir l'homicide involontaire uniquement à l'égard d'enfants viables[138]. C'est en ce sens que la Cour d'appel de Reims a retenu l'homicide involontaire à l'égard d'un fœtus âgé de huit mois[139]. La différence qui pourrait exister entre cette espèce et celle jugée par la Cour d'appel de Lyon en 1997 serait limitée au stade de développement des fœtus. Alors qu'il s'agissait d'un fœtus âgé de huit mois dans l'espèce rémoise, l'arrêt lyonnais, quant à lui, évoquait seulement une possible viabilité du fœtus. Dès lors, lorsque la Cour de cassation a refusé, en 1997, la qualification d'homicide involontaire à l'égard d'un fœtus âgé de vingt à vingt-quatre semaines, l'a-t-elle fait en considération du stade de développement du fœtus ou pour décliner toute protection pénale de l'enfant à naître ? A-t-elle sciemment censuré l'arrêt de la Cour d'appel de Lyon pour avoir écarté le critère de viabilité au profit de celui de vie[140] ?

b. La position de l'Assemblée plénière. Lorsqu'un pourvoi est formé contre un arrêt de la Cour d'appel de Metz[141], la chambre criminelle n'avait pas encore rendu sa décision du 30 juin 1999. Dès lors, quelle suite à donner à cet arrêt rendu par la Cour d'appel de Metz le 3 septembre 1998 ? Interprétation restrictive[142] ou extensive[143] de la loi pénale ? Face aux divergences jurisprudentielles et à un pourvoi conjoint du Procureur général et des parties civiles, l'Assemblée plénière devait jouer son rôle de « référence » et trancher entre les différentes positions[144].

---

[138] A cet égard, il a été avancé que le refus d'étendre l'homicide involontaire à l'enfant à naître ne doit pas être entendu comme une remise en cause de la jurisprudence traditionnelle tendant à ne pas subordonner l'application de la protection pénale de la personne humaine au fait de la naissance. S'agissant d'un fœtus non encore viable, les dispositions relatives à l'homicide involontaire ne lui sont pas applicables (*V.* notamment Vigneau, *D.* (1999) : 710, *op.cit.*).

[139] CA Reims, 03 février 2000 : Chevallier, Y. « Homicide involontaire d'un enfant à naître à la suite d'un accident de la circulation ». *D.* (2000) : 873 ; Véron, M. *Dr.pén.*comm.n°54 (2000) ; Bonneau. *Gaz.Pal.* 1 (2000) : 1106 ; Fauré G. « Homicide involontaire et vie prénatale : soumission ou résistance des magistrats rémois à l'arrêt de la Chambre criminelle du 30 juin 1999 ? ». *JCP* II, n°10406 (2000) ; Forgeard, M.-C. *Defrénois* art.37170 (2000) : 568.

[140] Fauré, G. (2000) : 77, *op.cit.*

[141] *V.supra*, note n°**Erreur ! Signet non défini.**.

[142] Vigneau, D. (1999) : 710, *op.cit.*

[143] Fauré, G. (2000) : 77, *op.cit.* ; Rebut, D. (1999) : 4, *op.cit.*

[144] Ass.plén.29 juin 2001 : Bull.crim.2001, n°1665 ; Sainte-Rose J. et Sargos, P. *BICC* n°540 (2001) n°540 ; Mayaud, Y. « Ultime complainte après l'arrêt de l'Assemblée plénière de la Cour de cassation du 29 juin 2001 ». *D.* (2001) : 2917 ; Sargos P, J. Sainte-Rose et Rassat, M.-L. « L'enfant à naître peut-il être victime d'un homicide involontaire ? L'Assemblée plénière de la cour de cassation prend position ». *JCP* II, n°10569 (2001) ; Murat, P. « L'enfant à naître n'est pas autrui au sens du droit pénal ». *JCP* I, n°21 (2002) : 101 ; Bonneau, J. *Gaz.Pal.*n°251 (6 septembre 2001) : 24 ; Sainte-Rose, J. *Gaz.Pal.* 1 (2002) : 85 ; Monnier, S. « Le principe d'interprétation stricte de la loi pénale, prétexte à un refus de mettre en œuvre l'exigence constitutionnelle de protection de l'embryon humain ». *Gaz.Pal.* n°211 (30 juillet 2002) : 12-18 ; Demont, L. *Dr.pén.* chronique n°

Les parties civiles, au moyen de leur pourvoi, énonçaient que « le fait de provoquer involontairement la mort d'un enfant à naître constitue le délit d'homicide involontaire dès lors que celui-ci était viable au moment des faits quand bien même il n'aurait pas respiré lorsqu'il a été séparé de sa mère ». Le Procureur général reprochait à l'arrêt attaqué d'avoir ajouté à la loi une condition qu'elle ne prévoyait pas en limitant la portée de l'article 221-6 du Code pénal à l'enfant dont le cœur battait à la naissance et qui avait respiré[145]. Dans un contexte de sévérité accrue à l'égard de l'alcoolémie au volant et, parallèlement, face à l'évolution du droit civil en faveur d'une distinction entre personne humaine et personne juridique, il était permis d'envisager une solution de rupture en la matière…mais il n'en a rien été. En effet, l'Assemblée plénière a repris le fondement juridique employé par les juges lyonnais, mais également messins en énonçant que « le principe de la légalité des délits et des peines, qui impose une interprétation stricte de la loi pénale, s'oppose à ce que l'incrimination prévue par l'article 221-6 du Code pénal, réprimant l'homicide involontaire d'autrui, soit étendue au cas de l'enfant à naître dont le régime juridique relève de textes particuliers sur l'embryon ou le fœtus ».

59. Le principe de l'interprétation stricte de la loi pénale signifie-t-il, pour autant, que le législateur n'a jamais souhaité étendre l'incrimination d'homicide involontaire au cas de l'enfant à naître ? Le principe de l'interprétation stricte de la loi pénale impose-t-il une interprétation restrictive de celle-ci ? Il est difficile de l'affirmer, mais il est surtout plus aisé pour les juges suprêmes de se fonder sur un tel principe que de prendre position de manière plus tranchée sur le terme générique d'autrui présent à différents égards dans notre droit et plus particulièrement dans l'article 221-6 du Code pénal. Ainsi, le principe de l'interprétation stricte de la loi pénale apparait-il comme « un alibi facile pour justifier des solutions

---

34 (2001) ; Hauser, J. « L'Assemblée plénière et le foetus : brèves remarques ». *RTDCiv.* (2001) : 560 et « L'Assemblée plénière et le foetus : suite ». *RTDCiv.* (2001) : 850 ; Bouloc, B. « Notion de victime d'un homicide involontaire ». *RSC* (2002) : 97 ; Lamboley, A. « L'enfant à naître ne peut être victime d'un homicide involontaire : Regard critique sur la décision du 29 juin 2001 de l'assemblée plénière de la cour de cassation ». *Médecine & droit* 2002, nº 52 (janvier 2002): 5–11.
Pour des éléments de doctrine, *v.* Pradel J., « La seconde mort de l'enfant conçu », *D.* chronique (2001) : 2907 ; Ortolland, A. « Un arrêt blessant pour des parents », *Gaz.Pal.* n°15 (15 janvier 2002) : 29 ; Vigneau D., « Selon la Cour de cassation, l'homicide d'un enfant à naître, même non viable, n'en n'est pas un ! », *Dr.fam.* chronique n°21 (2001) : 4-8 ; Joly, S. « Le passage de la personne, sujet de droit, à la personne, être humain », *Dr.fam.* chronique n°22 (2001) : 9-15 ; Terrason de Fougères, A. « Le foeticide », *RDSS* (2001) : 829.
[145] CA Metz, 03 septembre 1998 : Fauré, G. (2000) *op.cit.*

contradictoires »[146]. Ne pouvait-on pas considérer que l'esprit dans lequel l'incrimination d'homicide involontaire avait été rédigée résidait dans une application aussi large que possible de la protection de la vie humaine[147] ? L'intention du législateur, lors de la rédaction de l'article 221-6 du Code pénal, était-elle d'exclure de toute protection pénale l'enfant à naître ? En tout état de cause, aucun indice juridique ne s'oppose à ce que l'on considère « autrui » comme un enfant à naître.

Tout d'abord, les textes référencés par la Haute cour protègent davantage la santé de la femme enceinte que le fœtus lui-même. De surcroît, accorder un régime juridique à l'embryon ou au fœtus ne témoigne en rien de leur protection pénale. A noter que l'arrêt ne contient aucun renvoi à des textes précis alors même qu'il fonde sa décision sur le principe de la légalité des délits et des peines. Pour certains, l'Assemblée plénière a fait une simple application de la règle *« specilia generalibus »* qui consiste à ne pas appliquer une règle générale au profit d'une règle spéciale[148]. En d'autres termes, l'Assemblée plénière estime finalement que l'article 221-6 du Code pénal ne pourrait pas s'appliquer chaque fois qu'il existe des dispositions législatives ou réglementaires spécifiques. Seconde contestation de taille : outre l'existence de « textes particuliers sur l'embryon ou le fœtus », la Haute juridiction semble refuser l'extension des dispositions de l'article 221-6 du Code pénal à l'enfant à naître au motif qu'il n'a pas acquis la personnalité juridique. En procédant de la sorte, elle interprète restrictivement la loi pénale pour réduire la notion pénale de personne humaine à celle de la personnalité juridique[149]. Cette solution est d'autant plus restrictive qu'elle diminue la protection de l'enfant à naître ainsi que le droit à la procréation. Ériger la personnalité juridique ou la viabilité de l'enfant à naître comme condition préalable aux poursuites du chef d'homicide involontaire, est encore plus que contestable du seul fait de la confusion qui existe entre le droit civil et le droit pénal, que ce soit au niveau de la jurisprudence ou des dispositions législatives. Cette confusion ajoute à l'article 221-6 une condition qu'il ne comporte pas. La seule exigence qui doit être prise en compte doit être la vie et non la personnalité juridique ou la viabilité. La vie est reconnue à l'enfant conçu par les

---

[146] Maistre du Chambon, P. « L'amendement Garraud. Retour sur un procès en sorcellerie ». *Revue pénitentiaire et de droit pénal* n°2 (juin 2004) : 313-320 et Monnier, S. (2002), *op.cit.*.
[147] Lamboley, A. (2002), *op.cit.*
[148] Lamboley, A. (2002), *op.cit.*
[149] Murat, P. (1997) : 4, *op.cit.*Vigneau, D. (2001) : 4, *op.cit.* ; Pradel, J. (2001) : 2907, *op.cit.* ; Demont, L. (2001), *op.cit.*

scientifiques, qu'ils soient biologistes ou psychologues, la vie est également protégée par le droit français et international puisque d'une part, l'article 221-6 du Code pénal sanctionne les atteintes à la vie et d'autre part, le législateur porte un intérêt au respect de la vie prénatale notamment dans l'article premier de la loi de 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse ainsi qu'au sein de l'article 16 du Code civil issu des lois bioéthiques de 1994. La référence à la vie est la meilleure raison pour refuser de se fonder sur la viabilité. Le fondement de la viabilité ne peut trouver à s'appliquer au seul motif que le législateur n'aurait pas entendu inclure dans le terme d' « autrui » l'enfant à naître. A travers cette décision, l'Assemblée plénière a supprimé toute discussion sur le sujet. C'est au législateur de donner forme à ce principe de vie.

60. Au lendemain de cette solution de rupture, la Cour de cassation avait une nouvelle fois l'occasion de censurer des arrêts de juges du fond désireux de voir la Haute juridiction revenir sur sa jurisprudence. Un nouvel arrêt de 2002[150], reprenant littéralement l'attendu de principe de l'Assemblée plénière, diminue grandement l'espoir de voir un jour la Cour de cassation changer sa position en matière de protection pénale de l'enfant à naître. Désormais, rares seront les Cours d'appel qui retiendront l'homicide involontaire sur un enfant à naître. Car désormais, même si la faute du prévenu était avérée, l'enfant qui n'est pas né vivant ne pourra pas recevoir sa nécessaire protection pénale[151].

---

[150] Crim., 25 juin 2002 : Véron, M. « L'enfant en train de naître ». *Dr.pén.* comm.n°93 (2002) : 12 ; Vigneau D., « Même un enfant sur le point de naître n'est pas assez vieux pour mourir en homme ! », *Dr.fam.* comm.n°25 (2002) : 6 ; Rassat, M.-L. « L'incrimination d'homicide involontaire ne s'applique pas au cas de l'enfant qui n'est pas né vivant ». *JCP* II, n°10155 (2002) : 1807 ; Mayaud, Y. « Stricte interprétation et triste destin pour l'enfant en voie de naître ». *RSC* (2003) : 95 ; Pradel J., « La chambre criminelle continue d'ignorer l'enfant à naître », *D.*(2002) : 3099.
Après avoir établi que la sage-femme, dont la négligence ou l'imprudence avait conduit à l'extraction par césarienne d'un fœtus à terme, avait commis une faute, la chambre criminelle a énoncé que l'arrêt qui avait estimé qu'il s'agissait d'une simple erreur de diagnostic, n'encourait pas la censure au motif que, l'enfant n'étant pas né vivant, les faits n'étaient susceptibles d'aucune qualification pénale. Elle vient ainsi corriger sa jurisprudence du 19 août 1997 qui avait accueilli la qualification d'homicide involontaire à l'égard d'un enfant mort-né, le lien de causalité ayant été apporté. Par ailleurs, elle ajoute une précision à la jurisprudence de 2001 en ce qu'elle précise que l'enfant qui n'est pas né vivant n'entre pas dans les dispositions de l'article 221-6 du Code pénal, alors même qu'il serait sur le point de naître.
[151] Crim.4 mai 2004 : Bull.crim. 2004, n°108 ; Pradel, J. « La mort du foetus, le délit d'homicide involontaire et les hésitations de la Cour de cassation ». *D.*(2004) : 3097 ; Roujou de Boubée, G. « La mort du foetus provoquée par l'imprudence d'autrui ». *D.*(2004) : 2754 ; Mayaud, Y. « Pour une leçon de droit sans conséquence, s'agissant…d'un enfant à naître ». *RSC* (2004) : 884.

Un arrêt de 2004 est venu apporter des précisions sur la jurisprudence antérieure de la Cour de cassation. Après avoir établi que la sage-femme, dont la négligence ou l'imprudence avait conduit à l'extraction par césarienne d'un fœtus à terme, avait commis une faute, la chambre criminelle a énoncé que l'arrêt qui avait estimé qu'il s'agissait d'une simple erreur de diagnostic, n'encourait pas la censure au motif que, l'enfant n'étant pas né vivant, les faits n'étaient susceptibles d'aucune qualification pénale[152]. Elle est venu ainsi corriger sa jurisprudence du 19 août 1997 qui avait accueilli la qualification d'homicide involontaire à l'égard d'un enfant mort-né ; le lien de causalité ayant été établi[153]. Par ailleurs, elle a ajouté une précision à la jurisprudence de 2001 en ce qu'elle a ajouté que l'enfant qui n'est pas né vivant n'entre pas dans les dispositions de l'article 221-6 du Code pénal, alors même qu'il serait sur le point de naître.

Cette obligation pour les juridictions du fond d'appliquer la position de la Cour de cassation est clairement ressentie. L'argumentation de la Cour d'appel de Metz, dans un arrêt rendu le 17 février 2005[154], illustre bien les regrets qui occupent désormais l'esprit des juridictions du second degré. Une jeune femme enceinte de vingt-deux semaines est décédée des suites d'un accident de la circulation et perdait l'enfant qu'elle portait. Le conducteur fautif a été condamné en première instance pour homicide involontaire sur la femme enceinte, mais a été relaxé des poursuites du chef d'homicide involontaire sur l'enfant à naître. La famille de la jeune femme a interjeté appel, mais la Cour d'appel de Metz a rendu à son tour un arrêt de relaxe du chef d'homicide involontaire sur l'enfant à naître[155]. Certes, les juges messins ont appliqué à la lettre la solution imposée par la Haute Cour mais non sans une petite pointe d'amertume : « la Cour de cassation, à plusieurs reprises, rappelant que le principe de

---

[152] La Cour de cassation a récemment confirmé la condamnation d'un médecin obstétricien pour des blessures involontaires ayant entraîné une interruption totale de travail supérieure à trois mois, faits qui ont été commis sur un enfant qui était encore dans le ventre de sa mère et qui est né avec une incapacité permanente évaluée à 90% (Crim.2 octobre 2007 : Lavric, S. « Responsabilité du médecin de garde pour des blessures involontaires sur l'enfant à naître ». *AJPénal* (2008): 32 ; Mayaud, Y. « De la protection pénale du fœtus né vivant...Solution heureuse sur un postulat qui l'est moins ! » *RSC* (2008): 337 ; Hennion-Jacquet P. « Le droit pénal n'est pas l'armurier des innocents : à propos de la protection pénale de l'enfant conçu ». *RDSS* (2008): 67).

[153] *V. supra*,note n°**Erreur ! Signet non défini.**.

[154] CA Metz, 17 février 2005 : Corpart I., « Une confirmation sans appel de l'absence de reconnaissance pénale pour le fœtus ? », *Dr.fam.* comm.n°172 (2005).

[155] Position confirmée par la chambre criminelle dans un arrêt en date du 27 juin 2006 : « Le principe de la légalité des délits et des peines, qui impose une interprétation stricte de la loi pénale, s'oppose à ce que l'incrimination prévue par l'article 221-6 du Code pénal, réprimant l'homicide involontaire d'autrui, soit étendu au cas de l'enfant à naître dont le régime juridique relève de textes particuliers sur l'embryon ou le fœtus » (Crim. 27 juin 2006 : Galloux, J.-C. et Gaumont-Prat, H. *D.* Panorama (2007) : 1102 ; Mirabail, S. *D.*Panorama (2007) : 2632).

l'interprétation stricte de la loi pénale considère que « autrui » ne peut concerner l'enfant en voie de naître ; que l'incrimination d'homicide involontaire ne peut s'appliquer qu'au cas de l'enfant né vivant ; qu'il apparaît ainsi qu'aucune incrimination légale – serait-elle fondée ou non en son principe, il n'appartient pas à la Cour de trancher ce débat qui relève de la compétence du législateur – protégeant la vie de l'enfant à naître, notamment dans le cadre d'un homicide involontaire, (l'amendement du Député Jean-Paul Garraud en avril 2003 en est l'illustration) n'existe, hormis la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse (article L.2211-1 et suivants du code de la santé publique), hormis « l'esquisse » de législation concernant le statut de l'embryon humain (articles 511-1 et suivants du code pénal) ». Après avoir relevé l'absence en droit français d'incrimination pénale protégeant la vie de l'enfant à naître, les juges du fond ont également rappelé au législateur son devoir d'intervention en la matière…alors même que son silence a été légitimé entre temps par un arrêt Vo c/ France rendu le 8 juillet 2004 par la Cour européenne des droits de l'homme[156].

B-L'absence de consensus en droit comparé

61. L'affaire Vo c/ France fait suite à l'arrêt de la chambre criminelle rendu le 30 juin 1999 censurant la décision de la cour d'appel de Lyon énoncée ci-dessus[157]. Madame Vo a déposé une requête contre l'État français et saisi la Cour européenne des droits de l'homme en vertu de l'article 34 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales sur le fondement de l'article 2 de la même Convention qui protège le droit de toute personne à la vie[158]. La position de la Cour européenne était attendue, mais sa solution

---

[156] CEDH 8 juillet 2004, arrêt Vo c/ France ; Pradel, J. « La CEDH, l'enfant conçu et le délit d'homicide involontaire : entre prudence et embarras ». *D.* (2004) : 2456 ; Roujou de Boubée, G. « L'enfant à naître est-il une « personne » au sens de l'article 2 de la Conv.EDH ? ». *D.* (2004) : 2456 ; Serverin E., « Réparer ou punir ? L'interruption accidentelle de grossesse devant la Cour européenne des droits de l'homme », *D.* (2004) : 2801; Levinet, M. « La dénégation par la Cour européenne des droits de l'homme du droit au respect de la vie de l'enfant à naître ». *JCP* II, n°10158 (2004) ; Hauser, J. « L'embryon et la tentation de Strasbourg ». *RTDciv*. (2004) : 714 ; Marguénaud, J.-P. « Les tergiversations de la Cour européenne des droits de l'Homme face au droit à la vie de l'enfant à naître ». *RTDciv*.(2004) : 799 ; Massias, F. « Le droit à la vie bénéficie-t-il à l'enfant à naître ? ». *RSC* (2005) : 135 ; Gouttenoire, A. « Homicide involontaire sur le foetus ». *Dr.fam.*alerte n°42 (2004).

[157] *V. supra*, note n°**Erreur ! Signet non défini.**.

[158] « Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.

qui, à notre sens, n'en est pas réellement une, fait écho de la difficulté, outre-Atlantique, d'établir une harmonisation juridique quant à la protection pénale de l'enfant à naître.

1. L'affaire Vo c/ France

62. Alors que la requérante ait entendu faire admettre par la Cour européenne des Droits de l'Homme la violation de l'article 2 de la Convention européenne, la France a affirmé que cette disposition n'était pas applicable aux enfants à naître. Cette position aurait été légitimée par les différentes institutions européennes sur lesquelles la Cour européenne a souhaité s'appuyer.

a. Les thèses en présence. Lorsque Madame Thi-Nho Vo s'est rendue à la visite médicale du sixième mois de sa grossesse, une autre femme, également nommée Vo, s'est présentée pour le retrait de son stérilet. Le médecin qui devait réaliser cette dernière intervention médicale a appelé dans la salle d'attente « Mme Vo » et c'est la requérante qui a répondu. Constatant la difficulté pour la requérante de comprendre les subtilités de la langue française et ayant étudié le dossier, il a entrepris d'ôter le stérilet sans aucun examen préalable de la patiente. Allant de confusions en confusions, les médecins ont constaté quelques jours plus tard que le liquide amniotique ne s'était pas reconstitué et que la grossesse ne pouvait plus se poursuivre : une interruption thérapeutique de la grossesse était alors effectuée. C'est dans ce contexte que la requérante et son compagnon ont porté plainte avec constitution de partie civile pour blessures involontaires ayant entraîné une incapacité totale de travail de moins de trois mois commises sur elle-même, et pour homicide commis sur son enfant. A la suite de cette plainte, trois expertises ont été ordonnées : une expertise médico-légale sur le corps du fœtus, une seconde destinée à la constatation des blessures commises

---

La mort n'est pas considérée comme infligée en violation de cet article dans les cas où elle résulterait d'un recours à la force rendu absolument nécessaire :

- pour assurer la défense de toute personne contre la violence illégale ;
- pour effectuer une arrestation régulière ou remplacer l'évasion d'une personne régulièrement détenue ;
- pour réprimer, conformément à la loi, une émeute ou une insurrection. »

sur la personne de Madame Vo, et enfin, une troisième pour évaluer le dysfonctionnement du service hospitalier et la négligence du médecin. Ces rapports ont permis au Procureur de la République de rédiger un réquisitoire supplétif qui a conduit à la mise en examen du médecin pour atteinte involontaire à la vie du fœtus et blessures involontaires sur sa mère. Une loi d'amnistie ayant été votée au mois d'août 1995, la contravention visant à réprimer les blessures involontaires sur la personne de Madame Vo a été écartée.

Sur le délit d'homicide involontaire sur le fœtus, les juges du tribunal correctionnel se sont, tout d'abord, posés la question de savoir à quel stade de maturité pouvait-on considérer l'embryon comme une personne humaine. Après avoir constaté qu' « aucune règle juridique ne précise la situation juridique de l'embryon, depuis sa formation et au fur et à mesure de son développement », les juges se sont alors fondés sur les connaissances biologiques établissant la viabilité à six mois. Or, en l'espèce, il s'agissait d'un fœtus de vingt à vingt-et-une semaines, ce qui ne lui permettait pas d'atteindre le seuil de viabilité établi par la science, ni d'être admis parmi les personnes humaines ou autrui au sens de l'article 319 ancien du code pénal et 221-6 du code pénal. Dès lors, « le délit d'homicide involontaire ou atteinte involontaire à la vie sur un fœtus de vingt à vingt-et-une semaines n'est pas établi, le fœtus n'étant pas une personne humaine ou autrui ». Si nous procédons à une lecture *a contrario* de cette argumentation, le fœtus aurait-il reçu davantage de protection de la part des juges répressifs s'il avait atteint l'état gestationnel de six mois ? L'incompréhension devant cette injustice a conduit Madame Vo à interjeter appel de cette décision en soutenant que le médecin avait commis une faute personnelle détachable du fonctionnement du service public. Le second appelant, le ministère public, a requis l'infirmation du jugement de relaxe en faisant observer que « le prévenu, en omettant d'effectuer un examen clinique a commis une faute ayant causé la mort du fœtus, qui au moment de l'acte dommageable, âgé de vingt à vingt-quatre semaines, poursuivait normalement et inexorablement, sans aucun doute médical sur son avenir, le chemin de vie qu'il avait entamé ».

Par un arrêt du 13 mars 1997, la Cour d'appel de Lyon a infirmé le jugement rendu par les juges de première instance et déclaré le médecin coupable d'homicide involontaire sur l'enfant à naître[159]. En vertu de l'interprétation stricte de la loi pénale et pour les raisons que nous connaissons déjà, la chambre criminelle a censuré sur pourvoi du médecin la décision

[159] Pour les détails de la solution, *v. supra*, p. 47 et s.

des juges du fond[160]. Après avoir usé de toutes les voies de recours internes, Madame Vo a saisi la Cour européenne des droits de l'homme en soutenant que l'État français avait manqué à ses obligations au regard de l'article 2 de la Convention européenne[161]. La position de la requérante tendait à affirmer que le commencement de la vie avait lieu dès la fécondation et que par conséquent, l'enfant conçu était une personne et non pas seulement un amas de cellules ou une simple chose. Juridiquement, cela reviendrait à affirmer que le terme de « personne » employé par la Convention européenne des droits de l'homme engloberait l'être humain et pas uniquement les individus revêtant les attributs de la personnalité juridique. Par ailleurs, la requérante entendait démontrer que le droit français, à l'exception de l'interruption volontaire de grossesse, protégeait le droit à la vie pour tout être humain. Selon elle, la loi Veil a posé à la fois le principe selon lequel tout être humain a le droit au respect dès le commencement de la vie, mais également l'exception que constitue l'interruption volontaire de grossesse sous certaines conditions. La requérante a regretté que la distinction entre principe et exception n'ait pas conduit à la condamnation d'un tiers dont l'imprudence aurait conduit à la mort de l'enfant à naître. Refuser la création d'un délit d'interruption involontaire de grossesse constituerait ainsi une défaillance de l'État dans son devoir de protection de l'être humain.

63. Pour sa défense, le gouvernement français a estimé que l'article 2 de la Convention ne tendait pas à protéger le droit à la vie du fœtus en qualité de personne : ce serait une disposition qui s'appliquerait uniquement aux personnes nées vivantes. Il ne voit pas d'un très bon œil que mère et fœtus soient mis sur un pied d'égalité s'il était octroyé à l'enfant à naître un droit à la vie, la France a considéré qu'une protection du fœtus existait déjà au travers du corps de sa mère[162] et qu'une telle interprétation irait à l'encontre du droit interne des États

---

[160] Crim.30 juin 1999 : *v. supra*, p.53 et s.

[161] Art.2 CEDH : « 1. Le droit de toute personne à la vie est protégée par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.
2. La mort n'est pas considérée comme infligée en violation de cet article dans les cas où elle résulterait d'un recours à la force rendu absolument nécessaire :
a) pour assurer la défense de toute personne contre la violence illégale ;
b) pour effectuer une arrestation régulière ou pour empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue ;
c) pour réprimer, conformément à la loi, une émeute ou une insurrection. »

[162] A cet égard, le Gouvernement français invoquait les dispositions de l'article 223-10 du CP relatives à l'interruption de grossesse sans le consentement de l'intéressée, la mise en œuvre de la responsabilité civile ainsi

membres dont certains possédaient, dès 1950, des dispositions relatives à l'avortement. Prenant à son compte les faits de l'espèce, le gouvernement a fait remarquer que l'absence de pertinence du seuil de viabilité. En effet, attribuer au fœtus de vingt à vingt-et-une semaines le terme de personne susceptible de protection individuelle reviendrait, selon lui, à remettre en cause le droit interne de certains États membres dont le délai d'interruption volontaire de grossesse approche les vingt-quatre semaines[163] : « Il serait paradoxal que les États disposent d'une marge d'appréciation leur permettant d'exclure le fœtus de la protection de l'article 2 dans l'hypothèse où un arrêt de grossesse est intentionnellement pratiqué avec le consentement de la mère et parfois à cette seule condition, sans qu'il leur soit reconnu la même marge d'appréciation pour exclure du champ d'application de cette disposition le fœtus dans l'hypothèse d'une grossesse interrompue à cause d'une faute involontaire »[164].

b. La position des institutions européennes. Forts de ces points de vue juridiques et de la législation européenne applicable[165], la Cour européenne a eu recours à l'avis de différents organismes européens sur la question de la protection pénale de l'enfant à naître[166].

64. Selon le Centre des Droits Génétiques[167], « reconnaître à l'enfant à naître la qualité de sujet de droit et donc de « personne » au sens de l'article 2 de la Convention n'est pas possible faute de fondement juridique d'une part, et en raison de l'atteinte qu'une telle reconnaissance

---

que, sur le plan pénal, « si une personne quelconque cause par maladresse une interruption de grossesse, elle pourra être poursuivie pour blessures involontaires, la destruction du fœtus s'analysant comme une altération des organes de la femme » (*V.* Affaire Vo c/ France, 8 juillet 2004, req.n°53924/00 à consulter sur le site : http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Vo%20%7C%20c/%20%7C%20France%20%7C%2053924/00&sessionid=81102173&skin=hudoc-fr .

[163] Pour une approche des délais d'IVG en Europe, *v. Abortion legislation in Europe*. Brussels: International Planned Parenthood Federation, janvier 2009, à consulter sur le site : http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/DB347D3101594C7DBE5C428623ABCA25/0/Pub_AbortionlegislationinEuropeIPPFEN_Feb2009.pdf

164 Sur le site officiel de la Cour européenne des droits de l'homme, arrêt Vo c/ France, note n°55 : http://www.echr.coe.int.

[165] La Convention d'Oviedo sur les Droits de l'Homme et la biomédecine du 1er décembre 1999, le protocole additionnel à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine portant interdiction du clonage d'êtres humains du 12 janvier 1998, le projet de protocole additionnel à la Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine relatif à la recherche biomédicale, le rapport du groupe médical sur la protection de l'embryon et du fœtus humains : la protection de l'embryon humain in vitro (2003), le groupe européen d'éthique des sciences et des nouvelles technologies auprès de la Commission européenne (23 novembre 1998).

[166] Voir notamment sur le site officiel de la Cour européenne des droits de l'homme, arrêt Vo c/ France : http://www.echr.coe.int.

[167] Sur le site officiel de la Cour européenne des droits de l'homme, arrêt Vo c/ France, notes 60 à 66 : http://www.echr.coe.int.

porterait aux droits des femmes d'autre part »[168]. Il considère inopportun l'extension de droits au fœtus : la perte d'un fœtus désiré constituerait essentiellement un dommage subi par la mère. Lors des affaires X c/ Royaume-Uni[169], H. c/ Norvège[170], Bosco c/ Italie[171], la commission et la cour avaient considéré que l'octroi au fœtus des mêmes droits qu'aux personnes entraînerait une application restrictive de l'article 2 aux personnes déjà nées. La position du Conseil constitutionnel français tendant à ne pas considérer incompatibles la législation sur l'IVG et la protection constitutionnelle du droit à la santé de l'enfant[172], serait une interprétation conforme aux législations européennes. Seuls l'Andorre, l'Irlande, le Liechtenstein, Malte, la Pologne et St Martin ont maintenu des restrictions sévères à l'avortement avec des exceptions thérapeutiques très étroites[173]. Selon le Centre des Droits Génétiques, accorder une protection pénale à l'enfant à naître remettrait en cause l'ensemble des législations des États membres du Conseil de l'Europe sur l'interruption volontaire de grossesse.

Cela a également été l'avis de l'Association du planning familial qui, quant à elle, a estimé que le droit à la vie prévu dans l'article 2 de la convention ne devait pas s'appliquer à l'enfant à naître[174]. En effet, quatre États[175] autorisent l'avortement dans les seules hypothèses de danger de mort pour la femme enceinte. L'association a soutenu, par ailleurs, que si l'article 2 était interprété comme s'appliquant à l'enfant à naître à partir d'un certain stade de développement, cela remettrait en question la position juridique adoptée par un certain nombre d'États au sein desquels l'IVG est possible pour certains motifs à un stade ultérieur à celui que la cour viendrait à déterminer. L'ensemble de ces différentes constatations du Centre des Droits Génétiques et de l'Association pour le planning familial font état d'une

---

[168] *Ibid*, note n°60.
[169] X c/ Royaume-Uni, déc. 13 mai 1980, req.n°8416/78.
[170] H c/ Norvège, déc. 19 mai 1992, req.n°17004/90.
[171] Boso c/ Italie, déc. 5 septembre 2002, req.n°50490/99.
[172] Décision du Conseil constitutionnel n°74-54 DC du 15 janvier 1975 : « Les dispositions relatives à l'interruption volontaire de grossesse, déférée au Conseil constitutionnel, ne sont pas contraires à la Constitution ».
[173] Exemple de conditions étroites : danger de mort pour la femme enceinte, grossesse issue d'un viol ou encore graves malformations fœtales (*V.* « L'avortement en Europe » sur le site : http://www.svss-uspda.ch/index.html.
[174] Sur le site officiel de la Cour européenne des droits de l'homme, Vo c/ France, 8 juillet 2004, req.n°53924/00, notes 67 à 73 : http://www.echr.coe.int.
[175] Andorre, Irlande, Saint-Marin et Malte.

grande confusion entre protection prénatale et interruption volontaire de grossesse[176] : la situation de la femme qui souhaite volontairement mettre fin à sa grossesse doit être distinguée de celle de la femme qui perd son enfant des suites de la faute d'un tiers.

65. Cette confusion est identique à celle du droit français qui refuse d'accorder une protection pénale à l'enfant à naître sous prétexte d'une part, qu'il ne possède pas la personnalité juridique et d'autre part, que cela remettrait en cause la législation sur l'interruption volontaire de grossesse.

2. Un avis plus qu'une solution

66. L'état de la législation européenne en matière de protection pénale de l'enfant à naître n'a pas permis à la Cour suprême de trancher le sujet laissant aux États membres une marge d'appréciation.

a. Une législation européenne diffuse. Les États membres du Conseil de l'Europe n'ont, en grande majorité, pas établi d'incrimination d'homicide involontaire appliquable au fœtus[177]. Seuls quelques pays ont fait le choix d'incriminations spécifiques. L'article 17 de la loi italienne du 22 mai 1978 relative à l'avortement sanctionne d'une peine d'emprisonnement de trois mois à deux ans celui qui cause une interruption de grossesse par imprudence, quand

---

[176] « Le F.P.A (*Family Planning Association*) rappelle que l'article 2 est rédigé de manière à n'autoriser qu'un très petit nombre d'exceptions à l'interdiction qu'il énonce d'infliger intentionnellement la mort. L'interruption volontaire de grossesse ne fait pas partie des exceptions prévues, lesquelles ne sauraient pas non plus être interprétées comme englobant cette pratique. Les éléments récents montrent que l'interruption volontaire de grossesse sur demande au cours du premier trimestre est désormais couramment admise dans toute l'Europe et que l'interruption volontaire de grossesse pour certains motifs au cours du deuxième trimestre l'est aussi très largement. Si l'on devait considérer que l'article 2 s'applique à l'enfant à naître dès la conception, ainsi que la requérante le soutient, la Cour remettrait en question les lois sur l'avortement adoptées par la plupart des États contractants ». Propos issus de l'avis de l'Association pour le Planning Familial, CEDH Vo c/ France, 08 juillet 2004, requête n°53924/00, note n°67 à 73.

[177] Notamment le Portugal, la Suède, l'Irlande, le Luxembourg, la Grèce, la Slovaquie, les Pays-Bas, le Danemark.

bien même la qualité de personne est reconnue uniquement à la naissance. En Espagne, le fœtus n'est une personne que s'il a quitté viable le ventre de sa mère depuis vingt-quatre heures et l'article 157 du Code pénal prévoit une incrimination spécifique concernant les dommages causés à un fœtus et l'article 146 punit l'avortement provoqué par une « imprudence grave ». Si l'Allemagne ne reconnaît pas de statut juridique complet de l'embryon, elle l'assimile toutefois à une personne sans qu'il y ait pour autant de double crime. L'article 456 du Code pénal turque prévoit une peine de six mois à un an d'emprisonnement à l'encontre de celui qui cause involontairement un préjudice à quiconque ; si la victime est une femme enceinte et que le préjudice a provoqué une naissance prématurée, le Code pénal aggrave la peine de deux à cinq ans d'emprisonnement. Au Royaume-Uni, les règles civilistes sont identiques au système français : la personnalité juridique se concrétise à la naissance ; seule la naissance accorde la qualité de sujet de droit au fœtus. En cas de blessures *in utero*, aucun recours juridictionnel n'est possible et aucune plainte ne peut être déposée en son nom[178]. La règle de l'*infans conceptus*, précisée dans l'affaire Burton, exige que l'enfant soit né vivant[179]. Toutefois, les droits de l'enfant à naître sont protégés par les dispositions britanniques du droit pénal relatives à l'avortement. Les articles 58 et 59 de la loi de 1861 relatives aux infractions contre les personnes ont érigé en infraction le fait de provoquer un avortement et de fournir les moyens d'en provoquer un[180]. L'article 1er de la loi de 1929 sur la protection de la vie des nouveau-nés[181] qui prévoit la suppression de l'enfant à naître lorsque celui-ci est viable à la naissance, prévoit une peine de réclusion criminelle à perpétuité pour toute personne qui commettrait un homicide sur un enfant à naître. Ces lois sont toujours en vigueur. L'avortement et la suppression d'un enfant demeurent illégaux, sous réserve de l'application de la loi de 1967 sur l'interruption volontaire de grossesse[182].

b. L'absence de violation du droit à la vie. Contrairement à l'article 4 de la Convention américaine des droits de l'homme qui énonce que le droit à la vie doit être

---

[178] Paton v. British Pregnancy Advisory Service, 1979, Q.B. 276.
[179] Burton v. Health Authority and De Martell v. Merton and Sutton Health Authority, 1993, QB 204, 227.
[180] Offences against the Person Act 1861 c. 100 (http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/24-25/100/contents).
[181] Infant life (preservation) Act 1929 c. 34 (http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/24-25/100/contents).
[182] Abortion Act 1967 c. 89 (http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/24-25/100/contents).

protégé « en général à partir de la conception »[183], l'article 2 de la Convention européenne est silencieux sur les limites temporelles du droit à la vie et, en particulier, il ne définit pas qui est la « personne » dont « la vie » est protégée par la Convention. A ce jour, la Cour n'a pas encore tranché la question du commencement du droit « de toute personne à la vie », au sens de cette disposition, ni celle de savoir si l'enfant à naître en est titulaire[184].

Une fois les organismes consultés et un tour d'horizon du droit européen effectué, la commission s'est ensuite interrogée sur le point de savoir si l'article 2 devait être interprété :

- comme ne concernant pas le fœtus ;

- comme reconnaissant au fœtus un droit à la vie assorti de certaines limitations implicites ;

- ou comme reconnaissant au fœtus un droit à la vie de caractère absolu.

La Cour a catégoriquement exclu la troisième hypothèse eu égard à la protection nécessaire de la vie de la mère indissociable de celle de l'enfant à naître : « la vie du fœtus est intimement liée à la vie de la femme qui le porte et ne saurait être considérée isolément. Si l'on devait déclarer que la portée de l'article 2 s'étend au fœtus et que la protection accordée par cet article devait, en l'absence de limitations expresses, être considérée comme absolue, il faudrait en déduire qu'un avortement est interdit, même lorsque la poursuite de la grossesse mettrait gravement en danger la vie future de la mère » [185]. Cela reviendrait à ériger une sorte de hiérarchie au sein de laquelle prédominerait la vie à naître du fœtus. Ainsi, ce rappel jurisprudentiel a-t-il conduit à ne pas considérer l'enfant à naître comme une « personne » directement bénéficiaire de l'article 2 de la Convention et que son « droit » à « la vie », s'il existe, se trouverait implicitement limité par les droits et les intérêts de sa mère. Les organes

---

[183] Art.4.1 de la Convention américaine relative aux Droits de l'Homme adoptée à San José, Costa Rica, le 22 novembre 1969, à la Conférence spécialisée interaméricaine sur les droits de l'homme : « Toute personne a droit au respect de sa vie. Ce droit doit être protégé par la loi, et en général à partir de la conception. Nul ne peut être privé arbitrairement de la vie ».

[184] L'affaire Bruggeman et Scheuten c/ République Fédérale d'Allemagne (déc. 19 mai 1976, req.n°6959/75) a mis en évidence l'absence de violation de l'article 8 de la Convention « car toute réglementation de l'interruption des grossesses non désirées ne constitue pas une ingérence dans le droit au respect de la vie privée de la mère » tout en soulignant que « rien ne prouve que les Parties à la Convention entendaient s'engager pour telle ou telle solution ». Dans sa décision X c. Royaume-Uni (déc. 13 mai 1980, req.n°8416/78), la Cour affirme que l'enfant à naître n'est pas une « personne » au vu de l'usage généralement attribué à ce terme et du contexte dans lequel il est employé dans la disposition conventionnelle. Quant au terme « vie », et en particulier le début de la vie, il existe des divergences de point de vue sur la question du moment où elle commence. D'aucuns estiment qu'elle commence dès la conception alors que d'autres ont tendance à insister sur le moment de la nidation, sur celui où le fœtus devient « viable » ou encore sur celui où il naît vivant ».

[185] CEDH Vo c/ France, 8 juillet 2004, req.n°53924/00, note n°77 : http://www.echr.coe.int.

de la Convention n'excluent toutefois pas que, dans certaines circonstances, des garanties puissent être admises au bénéfice de l'enfant non encore né ; c'est ce que paraît avoir envisagé la Commission lorsqu'elle a considéré que « l'article 8 par.1 ne peut s'interpréter comme signifiant que la grossesse et son interruption relèvent, par principe, exclusivement de la vie privée de la mère »[186] ainsi que la Cour l'a affirmé dans l'affaire Boso C/ Italie[187]. Il résulte, par ailleurs, de l'examen de ces affaires que la solution donnée procède toujours de la confrontation de différents droits ou libertés, parfois contradictoires, revendiqués par une femme, une mère ou un père, entre eux, ou vis-à-vis de l'enfant à naître.

67. En définitive, il résulterait de l'ensemble de ces considérations « que le point de départ du droit à la vie relève de la marge d'appréciation des États ». Les arguments de la Cour européenne ont principalement résidés dans l'idée que la solution à donner à la protection de l'enfant à naître n'était pas arrêtée au sein de la majorité des États contractants et qu'aucun consensus européen n'existait sur la définition scientifique et juridique des débuts de la vie. Par ailleurs, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a relevé un dénominateur commun aux États : la reconnaissance de la potentialité de cet être et de sa capacité à devenir une personne. Cette dernière est d'ailleurs protégée par le droit civil par bon nombre d'États, comme en France, en matière de succession ou de libéralités, mais aussi au Royaume-Uni. Les enfants à naître doivent être protégés au nom de la dignité humaine sans pour autant en faire une « personne » qui aurait un « droit à la vie » au sens de l'article 2. Elle observe qu'en l'absence de statut juridique de l'enfant à naître, celui-ci ne serait pas pour autant privé de toute protection en droit français. Toutefois, « si le droit de faire poursuivre ou condamner pénalement des tiers ne saurait être admis en soi, la Cour a maintes fois affirmé qu'un système judiciaire efficace tel qu'il est exigé par l'article 2 peut comporter, et dans certaines circonstances doit comporter, un mécanisme de répression pénale. Si l'atteinte au droit à la vie ou à l'intégrité physique n'est pas volontaire, l'obligation positive découlant de l'article 2 de mettre en place un système judiciaire efficace n'exige pas nécessairement un recours de nature pénale »[188]. D'autant plus lorsqu'il existe un système tendant au versement de

---

[186] Brüggemann et Scheuteun c/ République fédérale d'Allemagne, déc. 19 mai 1976, req. n°6959/75.
[187] *V. supra*, n°**Erreur ! Signet non défini.**.
[188] CEDH Vo c/ France, 8 juillet 2004, req.n°53924/00, note n°90 : http://www.echr.coe.int.

dommages-intérêts au titre de la réparation du préjudice causé. En l'espèce, la Cour a estimé qu'en l'action en responsabilité aurait pu passer par un recours efficace à la disposition de la requérante. Ce recours, que la requérante n'a pas en l'occurrence engagé auprès des autorités administratives, aurait permis d'établir la faute médicale dont elle se plaignait et de garantir dans l'ensemble la réparation du dommage causé par la faute du médecin. Toutefois, nous estimons cette action en responsabilité est largement insuffisante lorsqu'elle n'a pas pour objectif de prendre réellement en considération la mort *in utero* d'un enfant à naître.

II-La résistance de la protection pénale de l'enfant à naître

68. Alors qu'outre-Atlantique, des incriminations d'homicide fœtal existent (**A**), en France, le droit positif subit toujours les plus vives critiques. En effet, « maintenir le *statu quo* comme semblent l'envisager les pouvoirs publics serait sans doute la pire des solutions (**B**). C'est la crédibilité du droit et de la justice qui est en cause »[189].

A- L'homicide fœtal d'outre-Atlantique

69. Jusqu'en 2004, l'enfant à naître ne pouvait être victime d'un acte criminel. Le droit américain appliquait la *born-alive rule* qui admettait l'homicide uniquement si l'enfant était né vivant et ce, même s'il était décédé peu de temps après sa naissance[190]. L'idée d'une incrimination d'homicide fœtal existait depuis les années 1970, mais aucune loi ne faisait état de la possibilité que le fœtus puisse être la victime d'un crime. Les États laissaient à leurs tribunaux le soin de décider si le délai de gestation acquis par le fœtus pouvait constituer, dans les espèces qui leur étaient présentées, un homicide autonome de celui de la mère. L'*Unborn Victime of Violence Act*, signée le 1er avril 2004 par le président Georges Bush, est venue

---

[189] Sainte-Rose, J. « La protection pénale de l'enfant à naître » sur le site internet du Centre Français pour la Justice et les Droits Fondamentaux de la Personne Humaine (CFDS) : http://www.cfds.org.
[190] Règle appliquée dans l'affaire *US v. Spencer*, 839F.2d 1341 (9th Cir.1988).

mettre un terme à l'arbitraire. Elle définit l'enfant à naître comme un membre de l'espèce *Homo Sapiens*, à n'importe quel stade de développement et le considère comme une personne susceptible d'être la victime d'un acte criminel. Cette disposition a, dans un premier temps, été présentée au Congrès en 1999, puis votée par la Chambre des Représentants en 1999 et 2001. Toutefois, le Sénat a refusé de la voter en l'état. Elle est revenue devant la Chambre des Représentants en 2003 qui l'a adoptée le 26 février 2004. Après la modification de plusieurs amendements, elle est votée par le Sénat le 25 mars 2004. Elle sera finalement signée et promulguée par le Président Georges Bush le 1er avril 2004. A la fois saluée et contestée, elle fait encore débat en ce qu'elle attribuerait la personnalité juridique aux fœtus et remettrait ainsi en cause la législation sur l'avortement. Les partisans de l'avortement, autrement appelés les *pro-choice*, dénoncent cette loi en ce qu'elle violerait la solution rendue en 1973 par l'arrêt *Roe v. Wade*[191]. La Cour suprême y a proclamé, au nom du droit au respect de la vie privée, le droit pour toute citoyenne américaine de mettre fin à une grossesse. La Cour suprême a ainsi établi, sur le fondement du quatorzième amendement de la Constitution, que les lois criminalisant l'avortement violent le droit d'une femme à choisir de mener à terme ou non sa grossesse. La principale interprétation qui en a été faite a été celle de l'absence de reconnaissance du statut de personne à l'enfant à naître. Cette lecture a conduit les *pro-choice* à craindre une restriction des droits de la femme. Néanmoins, cette crainte de voir dans la *Unborn Victims of Violence Act* une atteinte à l'avortement ne paraît pas réellement fondée puisque le texte énonce explicitement qu'aucune poursuite judiciaire ne peut être engagée contre toute personne qui pratiquerait un avortement autorisé d'une part, par le consentement de la femme et d'autre part, réalisé dans les conditions exigées par la loi. Cette contestation a d'ailleurs été rejetée par les Cours fédérales, notamment celle de Californie, de Pennsylvanie ou du Minnesota qui ont réaffirmé la compatibilité de l'homicide fœtal avec l'arrêt *Roe v. Wade*[192].

---

[191] *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113, 162 (22 janvier 1973).

[192] Californie : *People v. Davis*, 872 P.2d 591 (1994); Pennsylvanie: *Commonwealth of Pennsylvania v. Bullock*, J-43-2006 (1996); Minnesota: *State v. Merrill*, 450 N.W. 2d 318 (1990). Pour d'autres exemples jurisprudentiels, voir également Géorgie : *Smith v. Newsome*, 815 F.2d 1386 (1987) ; Illinois : *U.S. ex rel. Ford v. Ahitow*, 888 F.Supp. 909 (1995); Louisiane : *State v. Smith*, 676 So.2d 1068 (1996); Missouri: *Webster v. Reproductiv Health Services*, 492 U.S. 490 (1989) ; Texas: *Terence Chadwick Lawrence v. the State of Texas*, PD-0236-07 (2007) ; Utah, *State of Utah v. Roger Martin MacGuire*, 2004; Wisconsin: *State v. Black*, 526 N.W.2d 132 (1994). Pour le détail des argumentations:
http://www.nrlc.org/Unborn_Victims/statechallenges.html

Ce débat autour de l'avortement n'était pas nouveau puisque déjà en 1984, lors des élections présidentielles, Ronald Reagan s'était étonné de l'incrimination d'homicide fœtal en Californie. Il dénonçait la situation selon laquelle aucune poursuite ne pouvait être dirigée contre une femme qui mettait fin à sa grossesse alors même que lorsqu'il s'agissait du comportement d'un tiers, ce dernier encourait des poursuites du chef d'homicide[193]. Depuis une trentaine d'années, un peu moins d'une quarantaine d'États américains ont adopté l'incrimination d'homicide fœtal au sein de leur législation criminelle dont la visée principale ne serait pas d'accorder à l'enfant *in utero* une protection pénale effective, mais d'ouvrir les possibilité de poursuivre et condamner les femmes dont la façon de vivre mettrait en danger l'enfant qu'elle porte.

1. La controversée incrimination d'homicide fœtal

70. Ce sont désormais trente-huit États, sur les cinquante que comptent les États-Unis, qui incriminent l'homicide fœtal[194].

a. L'homicide fœtal dans ses formes diverses. Si l'ensemble de ces lois américaines vise à considérer l'enfant à naître comme une victime potentielle lorsque la femme qui le porte est elle-même victime d'actes criminels, elles prennent, toutefois, des formes diverses.

71. Vingt-deux de ces États ont opté pour un champ d'application maximal s'étendant de la conception à la naissance[195]. C'est notamment le cas de la Caroline du Sud qui prévoit une incrimination distincte lorsqu'un enfant à naître décède des suites d'actes violents commis sur

---

[193] Lemonde L., « Dérives et évolution du droit pénal : les menaces au droit à l'avortement et à l'autonomie des femmes enceintes », *Les cahiers de droit*, vol.50, n°3-4, sept-déc.2009, p.611.
[194] Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Californie, Colorado, Floride, Géorgie, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiane, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Nebraska, Nevada, Caroline du Nord, Caroline du Sud, Dakota du Nord, Dakota du Sud, Ohio, Oklahoma, Pennsylvanie, Rhodes Island, Tennessee, Texas, Utah, Virginie, Washington, West Virginia, Wisconsin (http://www.ncsl.org/default.aspx?tabid=14386).
[195] Alabama, Arizona, Arkansas, Caroline du Sud, Dakota du Nord, Dakota du Sud, Géorgie, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, Louisiane, Minnesota, Mississippi, Nebraska, Ohio, Oklahoma, Pennsylvanie, Texas, Utah, Virginie occidentale, Wisconsin (http://www.ncsl.org/default.aspx?tabid=14386).

la femme qui le porte. La loi précise également que le terme d' « enfant » doit être entendu comme un membre des *homos sapiens*, peu important soit son stade de développement[196]. Toutefois, la jurisprudence des tribunaux de la Caroline du Sud semble atténuer cette absence de seuil de viabilité. En effet, l'arrêt *Sate v. Horne* a affirmé que le meurtre d'un être humain *in utero*, viable, ne peut constituer un homicide criminel[197]. Quelques années plus tard, l'arrêt *State v. Ard* limita les termes de « personne » et d' « enfant » au fœtus viable[198]. La tendance d'une certaine jurisprudence à retenir la viabilité comme seuil des poursuites est également vérifiée au sein de l'État du Massachusetts. Ce dernier ne prévoit l'incrimination d'homicide fœtal qu'au travers de sa jurisprudence, aucune loi n'ayant été votée en la matière. L'arrêt *Commonwealth v. Laurent* a condamné l'auteur des violences pour assassinat de la femme enceinte et pour meurtre de l'enfant à naître âgé de vingt-sept semaines[199]. S'agissant de la perte d'un enfant à naître lors d'un accident de la circulation, il ressort de l'arrêt *Commonwealth v. Cass* que le terme de « personne » employé par la loi régissant l'homicide commis au volant doit être entendu comme un fœtus viable[200]. Hormis la particularité de l'État du Massachusetts, dix-sept des États ayant promulgué l'incrimination d'homicide fœtal, l'ont limitée soit à la viabilité du fœtus, soit à un stade de gestation proche du terme[201]. L'Indiana fait partie de ces États qui admettent l'homicide fœtal lorsque l'enfant à naître a atteint la viabilité[202]. Le Code de l'Indiana définit l'homicide volontaire comme le fait de tuer intentionnellement un être humain ou un fœtus qui a atteint la viabilité telle qu'elle est définie à l'article 16-18-2-365 du même code. Cette viabilité correspond à la capacité pour le fœtus de vivre de façon autonome en dehors du sein de sa mère[203]. L'État du Maryland définit de façon plus précise le seuil de viabilité en ce qu'il exige un certificat médical attestant que l'enfant à naître aurait pu survivre à la naissance[204]. A l'inverse, l'État du Tennessee précise que le terme de « personne » employé dans la partie dédiée aux homicides criminels, s'entend

---

[196] SC Code Ann § 16-3-1083.
[197] *State v. Horne*, 319 S.E. 2d 703 (1984).
[198] *State v. Ard*, 505 S.E. 2d 328 (1998).
[199] *Commonwealth v. Laurent*, 536 N.E. 2d 571 (1973).
[200] *Commonwealth v.* Cass, 467 N.E. 2d 1324 (1984).
[201] Alaska, Californie, Colorado, Floride, Indiana, Iowa, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Nevada, Caroline du Nord, Rhode Island, Tennesse, Virginie, Washington.
[202] Ind. Code Ann., § 35-42-1-6.
[203] *Ibid*, § 16-18-2-365.
[204] § 20-209 du Code de la Santé du Maryland.

comme un fœtus viable mais sans aucune précision sur le seuil de viabilité à appliquer[205]. Finalement, se référencer à la notion de viabilité pour subordonner l'application de l'homicide fœtal s'apparente aux dispositions qui se fondent sur un stade de développement du fœtus proche du terme. C'est le cas de l'État de Floride qui subordonne d'une part, l'homicide volontaire au fœtus proche du terme et d'autre part, l'homicide involontaire commis par un automobiliste à la viabilité du fœtus[206]. L'*Unborn quick Child*, victime d'un acte de violence, doit être entendu comme un fœtus viable, c'est-à-dire capable de vivre, avec l'aide médicale standard, en dehors du corps de sa mère. L'État de l'Iowa marque davantage sa singularité en ce qu'il se place dans le domaine de l'interruption de grossesse[207]. Il incrimine plus spécialement le fait de mettre fin à la grossesse d'une femme en dehors des conditions légales et définit la viabilité comme la capacité, naturelle ou assistée, de l'enfant à vivre hors du sein de sa mère. Il précise, par ailleurs, que la notion de viabilité varie en fonction de chaque grossesse et que seul un médecin peut la déterminer dans l'hypothèse qui lui est spécialement soumise[208].

72. Dans l'application de l'homicide fœtal, il y a les États qui le définissent comme une incrimination autonome et d'autres qui l'introduisent au titre des circonstances aggravantes. Sur les trente-huit États incriminant l'homicide fœtal, vingt-quatre prévoient un double homicide en cas de mort de la mère et de son enfant *in utero*, le fœtus étant considéré comme une personne. Les quatorze autres États, dont celui du Maine[209], reconnaissent en la grossesse de la femme une circonstance aggravante de l'infraction et ne permettent pas l'inculpation d'homicide séparé pour la mort de l'enfant à naître[210]. La protection de cet enfant à naître ne se limite pas, pour certains États, à l'homicide volontaire. En effet, certains ont légiféré en matière d'homicide involontaire notamment lorsque la mort de l'enfant à naître a été causée lors d'un accident de la circulation. C'est particulièrement le cas du Kansas et de la Louisiane

---

[205] Tennesee Code, § 39-13-214 et § 39-13-215.
[206] Florida Statutes, § 316.193, § 782.09, § 782.071.
[207] Code de l'Iowa, § 707.8.
[208] *Ibid*, § 702.20.
[209] Me. Rev Stat. Ann. tit. 17-A § 208-C, qui reconnaît à l'état de grossesse d'une femme une circonstance aggravante. C'est uniquement le fait de mettre fin à une grossesse qui est ici réprimée et non la mort d'un enfant à naître.
[210] *V.* notamment la législation de la Caroline du Nord (§ 14-18.2) et de la Virginie (§ 18.2-32.2).

qui prévoient des poursuites contre les automobilistes dont le comportement a conduit à la mort de l'enfant à naître[211]. L'État du Maryland entend également réprimer les homicides involontaires en les limitant, tout comme le meurtre, au décès d'un enfant à naître viable. A l'inverse, d'autres États, comme celui du Minnesota[212], étendent le cas de la mort d'un enfant à naître, de sa conception à sa naissance, à l'homicide involontaire commis par un automobiliste[213]. Alors que l'État d'Oklahoma précise qu'il n'y a pas lieu de démontrer que l'auteur des faits avait connaissance de la grossesse de la femme[214], le Colorado et le Dakota du Sud subordonnent l'incrimination d'homicide fœtal à la connaissance chez l'auteur des violences de l'état gravide de la femme[215].

b. Vers un droit à l'avortement menacé. Hormis les États de l'Illinois et du Maryland qui ont entendu préciser dans leur législation que le fœtus n'était pas une personne dotée de droits juridiques[216], la plupart des États accordent des droits à l'enfant à naître et attirent sur eux l'ensemble des contestations. En effet, l'incrimination d'homicide fœtal aurait, dans certains États, conduit au dépôt de plaintes pour *prenatal injury* à l'encontre de femmes qui se drogueraient ou consommeraient de l'alcool pendant leur grossesse[217]. Le *National Advocates of Pregnant Women* (NPWA) a alors mis en évidence le détournement de l'esprit des législateurs dans l'élaboration des lois sur l'homicide fœtal uniquement applicable aux tierces personnes[218]. En effet, en dépit de leur existence, certaines femmes ont été arrêtées ou condamnées pour avoir malmené leur enfant à naître lors de leur grossesse. C'est ainsi que

---

[211] Kansas Statutes, § 21-3452 et Louisiana Statutes, 14: 32.6. *V.* également Pennsylvanie Statutes, tit.18 § 2603 ; Dakota du Sud Code, § 22-16-41, Virginie occidentale Code, § 61-2-30 et Wisconsin Statutes, § 940.04 (2) et suivants.
[212] Minnesota Statutes, § 609.21.
[213] Il en va de même pour les États du Nebraska (§ 28-388 et s.), du Dakota du Nord (§ 12.1-17.1-01 et s.) et de l'Ohio (§ 2903.01 et s.).
[214] Oklahoma Statutes, tit.21 § 723.
[215] Colorado Statutes, § 18-1.3-401 (13) et South Dakota Statutes, § 22-16-1.1 et suivants.
[216] En ce qui concerne l'État de l'Illinois : Ill. Rev. Stat. ch. 20 § 505/7 and ch. 225 § 10/4.2; Ill. Rev. Stat. ch. 720 § 5/9-2.1, and § 5/9-3.2; Ill. Rev. Stat. ch. 720 §5/12-3.1, §5/12-3.2 (2004) and §5/12-4.4; Ill. Rev. Stat. ch. 730§5/3-.0
..0.6-3. En ce qui concerne le Maryland: Md. Criminal Law Code Ann. § 2-103 (2005).
[217] *V.* notamment les affaires rendues par la Cour de Caroline du Sud : *Cornelia Withner v. State of South Carolina*, 492S.E.2d 777 (1997) et *McKnight v. State of South Carolina*, 576S.E.2d 168 (2003). Cornelia Withner a accouché d'un enfant en bonne santé malgré son exposition à la cocaïne pendant la grossesse et a été condamnée à huit ans d'emprisonnement pour négligence illégale d'un enfant. Régina McKnight, quant à elle, a accouché d'un enfant mort-né et a été condamnée à vingt ans d'emprisonnement dont huit ans avec sursis pour homicide résultant de la violence faite à un enfant. Plusieurs contradictions étant apparu dans les conclusions de divers experts, la condamnation de Régina McKnight a fait l'objet d'un appel. Pour des informations supplémentaires sur la jurisprudence, voir : www.advocatesforpregnantwomen.org.
[218] Pour une lecture plus approfondie du sujet, voir : www.advocatesforpregnantwomen.org.

l'État de l'Utah prévoit explicitement que l'homicide fœtal ne peut être imputable à la femme qui refuse de consentir à un traitement médical, à une césarienne ou de suivre les conseils médicaux, mais également si la mort de son enfant à naître résulte de sa négligence ou d'un acte non intentionnel[219]. Toutefois, par une lecture *a contrario* de cette disposition, certaines associations *pro-choice* craignent de voir des poursuites pénales engagées contre les femmes enceintes qui useraient abusivement de stupéfiants ou d'alcool[220].

Nonobstant la peur de voir réduire les droits des femmes, quelques associations pro-avortement, même si elles contestent ces lois établissant un crime séparé lorsque l'enfant décède *in utero*, saluent davantage les lois qui érigent en circonstance aggravante le fait de tuer ou d'agresser une femme enceinte. Car, d'autre part, ces lois sur l'homicide fœtal font débat autour de la protection pénale des femmes enceintes. En effet, pour certains, si le droit souhaite davantage protéger la femme enceinte, il aurait fallu privilégier l'investissement dans des programmes de prévention contre la violence faite aux femmes. Pour d'autres, les peines sont plus sévères lorsqu'il s'agit d'un double homicide, si bien que prévoir une peine aggravée pour le meurtre d'une femme enceinte apparaît comme insuffisant. En 2011, lorsque le Dakota du Sud a émis le souhait de voter une loi qui étendrait la définition de « l'homicide justifié » aux meurtres commis dans l'intention de défendre des fœtus, la crainte des *pro-choice* de voir le droit à l'avortement remis en cause n'a jamais été aussi grande[221]. En théorie, cette loi autoriserait les proches de la femme enceinte à tuer les personnes qui pratiqueraient sur elle et avec son consentement un avortement[222]. Depuis 1993, huit médecins pratiquant l'avortement ont été assassinés et les services hospitaliers compétents pour la réalisation d'un tel acte ont disparu de l'État du Dakota du Sud. L'élu républicain Phil Jensen, à l'origine du projet de loi, réfute l'idée selon laquelle une grave atteinte serait portée au droit d'avorter. Selon lui, la loi concernerait uniquement les actes illégaux, ce qui n'est pas le cas de l'interruption volontaire de grossesse.

---

[219] Utah Code, § 76-5-201, modifié en 2010.
[220] *V.* également Oklahoma Statutes, tit.21 § 691 qui énonce que la femme enceinte ne peut être poursuivie pour la mort de son enfant à naître à moins que celle-ci ait été causée par le comportement criminel de la mère.
[221] Loi baptisée *House Bill 1171*.
[222] Sheppard K., "South Dakota moves to legalize killing abortion providers", article paru dans le magazine *Mother Jones*, le 15 février 2011 : http://motherjones.com/politics/2011/02/south-dakota-hb-1171-legalize-killing-abortion-providers.

73. Si de prime abord, l'incrimination d'homicide fœtal paraît constituer une protection pénale de la femme enceinte et de son enfant à naître, elle paraît hautement contestable lorsqu'il s'agit d'engager des poursuites à l'égard de la mère ou des médecins pratiquant sur elles l'avortement. Ce moyen détourné de porter atteinte aux libertés de la femme rencontre les mêmes contestations dans le pays le plus américain des pays voisins : le Canada.

2. Les enfants non encore nés victimes d'actes criminels

74. Pointant du doigt l'injustice qui découle de l'absence de répression à l'égard des actes criminels qui conduisent à la mort d'un enfant à naître, le gouvernement conservateur canadien ne souhaite plus se contenter de l'existence de circonstances aggravantes lorsque la victime d'un crime est une femme enceinte. Car d'une part, elles ne sont efficaces qu'au niveau de la détermination de la peine et le message qu'elles traduisent rend la nécessité d'établir une victime bien distincte de la mère. Le projet de loi va, pour se faire, se fonder sur certaines études qui ont affirmé que les femmes enceintes sont d'une part, plus exposées aux agressions du fait de leur état et d'autre part, qu'elles ont plus de risques de mourir des suites d'un assassinat que de toute autre cause[223]. Il faut toutefois observer qu'un document de travail de la Commission de Réforme du droit du Canada consacré aux « crimes contre le fœtus » avait déjà proposé en 1989 de définir comme personne « tout être humain qui est complètement et définitivement sorti du corps de sa mère, en vie et apte à vivre d'une façon autonome » [224]. Il proposait également d'incriminer « celui qui à dessein, par témérité ou négligence cause la destruction d'un fœtus ou lui cause un préjudice corporel grave ». Il y était précisé que « le préjudice et la destruction peuvent être causés tant par des actions que des omissions », et qu'il fallait entendre par négligence criminelle, « un écart marqué par rapport aux normes ordinaires de diligence raisonnable ». Si la Commission de Réforme n'est pas allée plus loin dans la démarche, le projet de loi C-484, intitulé « Loi sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels », a tout de même prévu de modifier le Code criminel

---

[223] Sondage Environics commandé par LifeCanada en octobre 2007 : www.lifecanada.org/html/resources/polling/2007PollReport.pdf.

[224] Document de travail n°58 de la Commission de Réforme du droit du Canada relatif aux crimes contre les fœtus, 1989.

en sanctionnant « la personne qui cause directement ou indirectement la mort d'un enfant, pendant sa naissance ou à toute étape de son développement intra-utérin, en perpétrant ou en tentant de perpétrer une infraction à l'égard de la mère qu'elle sait ou devrait savoir être enceinte ». Le septième alinéa précise que l'incrimination ne trouve pas à s'appliquer à « un acte posé relativement à une interruption légale de la grossesse de la mère de l'enfant avec le consentement de celle-ci », à « un acte ou une omission qu'une personne agissant de bonne foi considère nécessaire pour préserver la vie de la mère de l'enfant ou de la vie de l'enfant », ou encore à « un acte ou une omission commis par la mère de l'enfant »[225]. La réaction des groupements « pro-choix » du Canada, tels qu'ils existent au États-Unis, ne s'est pas faite attendre[226]. Leurs revendications ne diffèrent guère de celles des groupements américains et sont principalement fondées sur la crainte de voir accorder un statut légal de personne au fœtus et par là même de voir réapparaître le fantôme d'une interruption volontaire de grossesse criminalisée.

a. Le statut de personne de l'enfant à naître. Les partisans du droit à l'avortement contestent fortement ce projet de loi visant à considérer le fœtus comme une victime. En introduisant une infraction dans le Code criminel tendant à réprimer la mort d'un enfant à naître lors de la perpétration d'un crime à l'encontre de sa mère, le projet de loi C-484 accorderait le statut de personne au fœtus, bien distinct de celui de sa mère. Procéder de la sorte ne protègerait en rien les femmes enceintes mais mettrait sur un pied d'égalité les droits accordés d'une part, au fœtus et d'autre part, aux femmes. Or, cette position a été clairement écartée par la Cour suprême du Canada en 1988 lorsqu'elle a affirmé que l'article 251 du Code criminel, qui qualifie l'avortement d'acte criminel lorsqu'il n'a pas été approuvé par un comité d'avortement thérapeutique formé de trois médecins évaluant la gravité pour la santé de la femme enceinte de mener à terme sa grossesse, portait atteinte à la sécurité des personnes en ce que forcer une femme à garder son enfant constituait une ingérence à l'égard

[225] Projet de loi C-484 adopté par la Chambre des communes du Canada le 5 mars 2007 et relatif à la protection des enfants non encore nés contre les actes criminels (http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=3127600&File=30&Language=f&Mode=1).
[226] « Projet de loi C-484 – Prélude à la décriminalisation de l'avortement au Canada et menace sans précédent contre les femmes enceintes », 30 avril 2008, par Micheline Carrier (http://sisyphe.org/spip.php?article2916).

de son corps[227]. Dans l'arrêt *Chantal Daigle c. Jean-Guy Tremblay*, il s'agissait de l'action d'un futur père à l'égard de son ex-concubine tendant à empêcher cette dernière de mettre un terme à sa grossesse[228]. Les premiers juges ainsi que la Cour d'appel ont accueilli cette demande aux motifs que le fœtus était titulaire d'un droit à la vie et que « le père en puissance, a un droit à l'égard des décisions concernant sa progéniture éventuelle ». Avant même que la Cour suprême du Canada annule une telle injonction pour l'inexistence de ces « droits substantifs », Chantal Daigle s'était fait avorter. L'arrêt *Office des Services à l'enfant et à la famille Winnipeg c. G. (D.F.)* annula l'ordonnance exigeant l'incarcération d'une femme enceinte de cinq mois qui inhalait de la colle pendant sa grossesse[229]. En effet, le comportement de la femme enceinte avait déjà conduit au placement de deux de ses enfants pour handicap permanent et les premiers juges ont souhaité qu'elle soit incarcérée jusqu' à la naissance et ce, dans l'intérêt de l'enfant à naître. L'ordonnance est annulée en appel et les services sociaux forment un pourvoi que la Cour suprême rejette, soulevant son incompétence dans la détermination d'une protection de l'enfant à naître. C'est sur ce point précis que les partisans du projet de loi vont justifier leur position : c'est bien parce que la Cour suprême du Canada est incompétente qu'une proposition de loi devient nécessaire. Si la Cour suprême, dans son arrêt *Sullivan et Lemay c. La Reine* acquitte deux sages-femmes inculpées de négligence criminelle pour la naissance d'un enfant mort-né, c'est justement parce que le Code criminel l'en empêche[230]. En effet, son article 223 (1) énonce qu' « un enfant devient un être humain (…) lorsqu'il est complètement sorti, vivant, du sein de sa mère ». La confusion légalement établie entre la personne titulaire de droits subjectifs et l'être humain conduit le droit canadien dans une impasse. D'un côté, le projet de loi C-484 affirme que sera systématiquement déclaré irrecevable le moyen de défense selon lequel l'enfant à naître n'est pas un être humain. Cette exclusion maladroite est interprétée par les opposants à la proposition comme un aveu implicite de l'humanité de l'enfant à naître. C'est finalement sur

---

[227] *R. v. Morgentaler*, 1 RCS 30 (1988). Décision à consulter sur : http://www.canlii.org/fr/ca/csc/doc/1988/1988canlii90/1988canlii90.html.
[228] *Tremblay c. Daigle*, 2 RCS 530 (1989). Décision à consulter sur: http://www.canlii.org/fr/ca/csc/doc/1989/1989canlii33/1989canlii33.html.
[229] *Winnipeg Child and Family Services c. D.(F.G.)*, 3 RCS 925 (1997). Décision à consulter sur: http://csc.lexum.org/fr/1997/1997rcs3-925/1997rcs3-925.html. *V.* également *Dobson c. Dobson*, 2 RCS 753 (1999) au sujet de l'action en responsabilité délictuelle d'un enfant né prématurément avec de lourdes séquelles physiques et mentales contre la négligence au volant de sa mère lors de la grossesse. Décision à consulter sur : http://scc.lexum.org/fr/1999/1999rcs2-753/1999rcs2-753.html.
[230] R. c. Sullivan, 1 RCS 489 (1991). Décision à consulter sur : http://scc.lexum.org/fr/1991/1991rcs1-489/1991rcs1-489.html.

le terrain de la sémantique que la césure s'est faite. Les uns reprochant aux conservateurs d'employer des termes appartenant à la parentalité pour mettre en lumière l'injustice qui découle de l'absence de répression de la mort d'un enfant à naître désiré et les autres accusant les pro-avortements de participer à la déshumanisation de l'enfant à naître en lui accordant uniquement la qualité de fœtus[231]. Le Code criminel utilise le terme d'enfant dans différentes dispositions mais uniquement lorsqu'il s'agit d'une « naissance vivante » et des droits inhérents. A aucun moment, le législateur n'a employé le terme d'enfant lorsqu'il s'agissait d'un enfant non né. Enfin, attacher le terme de victime à l'enfant à naître sous-entend l'attribution de la qualité de personne à l'enfant à naître car même les animaux, les biens ou les sociétés ne sont pas visés en tant que tels par les dispositions concernant leur protection pénale. Si Ken Epp affirme qu'il n'y a pas besoin d'accorder la qualité de personne à l'enfant à naître pour assurer sa protection pénale, il reconnaît néanmoins le risque que représenterait une modification législative tendant à considérer l'enfant à naître comme un être humain : l'avortement constituerait alors un homicide.

b. L'atteinte portée aux droits de la femme enceinte. Le deuxième point fort du raisonnement contestataire est d'affirmer que l'attribution de la qualité de personne porte inévitablement atteinte aux droits des femmes d'avorter. La crainte de voir l'esprit de la loi détourné de son but initial, à savoir la protection de la femme enceinte et de son enfant à naître, pour tenter de « policer et punir des femmes enceintes »[232] et de recriminaliser l'avortement, est largement apparue par la médiatisation de certaines affaires américaines dans lesquelles des femmes enceintes ont été arrêtées et parfois inculpées pour un comportement qui mettait en danger la vie de l'enfant à naître.

En dépit de l'existence de lois sur l'homicide fœtal écartant explicitement le comportement de la femme enceinte, certaines interprétations désastreuses ont détourné l'esprit de ces lois. Le *National Advocates for Pregnant Women* (NAPW) met en évidence un certain nombre d'affaires au cours desquelles des femmes ont été arrêtées, voire condamnées pour avoir, de manière habituelle, consommé des stupéfiants ou de l'alcool lors de leur grossesse, mettant

---

[231] Pour plus de détails sur la question de la sémantique employée : Arthur, J. « Le projet de loi C-484 met en péril le droit à l'avortement et les droits des femmes en donnant au fœtus un statut de personne. Réfutation des arguments de Ken Epp », article consultable sur le site de la *Coalition pour le droit à l'avortement au Canada* : www.arcc-cdac.ca.
[232] *Ibid.*

ainsi en danger la vie de leur enfant à naître[233]. Le député Ken Epp à l'initiative de ce projet de loi réfute totalement l'argumentation fondée sur la jurisprudence américaine en ce que cette dernière s'est basée, non pas sur les lois sur l'homicide fœtal, mais sur des lois relatives aux mauvais traitements infligés aux enfants à naître ou à la mise en danger des enfants. En effet, selon lui, les cas cités par la Coalition pour le droit à l'avortement au Canada (CDAC) « n'ont rien à voir avec les lois sur l'homicide fœtal, et concerneraient plutôt des cas de violence et de négligence contre des enfants », dispositions qui, par ailleurs, n'existent pas au Canada[234]. Quand bien même le projet de loi canadien sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels écarte explicitement l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les femmes enceintes de son champ d'application[235], les « pro-choix » mettent en garde contre une telle proposition en raison de l'existence de cas jurisprudentiels américains dans lesquels la loi sur l'homicide fœtal avait servi de base légale pour engager des poursuites à l'égard de femmes qui avaient mis au monde des enfants mort-nés du fait de leur consommation de drogues lors de leur grossesse. Selon eux, opposer les droits des fœtus à ceux de la femme enceinte entre en conflit avec le droit à l'avortement et c'est prendre le risque que des poursuites soient engagées, même si elles ne sont pas menées à bout, contre les femmes qui mettent en danger leur fœtus ou qui s'avortent elles-mêmes. La peur est d'autant plus grande que le régime de *Common Law* est régi par les précédents, si bien que la reconnaissance d'une entité juridique dans un contexte particulier peut conduire à l'utilisation de cette même reconnaissance dans un domaine tout autre[236].

---

[233] Pour une lecture plus approfondie des affaires, consulter le site de NAPW : http://www.advocatesforpregnantwomen.org.

[234] *Cornelia Withner v. State of South Carolina*, 492S.E.2d 777 (1997) et *McKnight v. State of South Carolina*, 576S.E.2d 168 (2003), *supra*, n°**Erreur ! Signet non défini.**.

[235]« Lois sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels. Questions et réponses. Questions et préoccupations concernant la loi sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels », article mis à jour le 8 février 2008 sur le site http://www.arcc-cdac.ca/fr/backrounders/refutation-ken-epp.pdf : « le projet de loi C-484 ne pourrait jamais être utilisé pour poursuivre une femme enceinte parce qu'il s'applique uniquement en cas de perpétration d'une infraction contre une femme, et qu'il est entendu que la loi ne vise pas un acte ou une omission commis par la mère de l'enfant »

[236] Tous les États de la langue anglaise ont un héritage juridique et judiciaire commun. Le régime du Common Law est issu du pragmatisme des praticiens. Ce sont les avocats comme les juges qui ont cours des siècles élaboré des règles processuelles pour résoudre des cas concrets. Ces derniers fondent le droit anglais moderne. En réalité, le régime du Common Law est un droit processuel qui a une grande influence sur sur les *statutes*, les textes législatifs (*v.* Legrand, P. et G. Samuel. *Introduction au Common Law*. La Découverte. Repères. Paris, 2008 et Bullier, A.J. *La Common Law*. 3ème éd. Paris: Dalloz, 2012).

75. Le droit canadien, tout autant que le droit américain, conduit à une protection pénale de l'enfant à naître otage d'une définition légale de l'être humain. Dès lors, appartient-il au législateur de définir la notion de personne humaine ? A défaut, est-ce à la jurisprudence que revient cette tâche ? Le droit doit-il s'obstiner à refuser la protection pénale de l'enfant à naître en raison de l'amalgame qui pourrait être fait entre sa nature indiscutablement humaine et son incapacité à être détenteur de droits subjectifs ?

B- L'humanité de l'enfant à naître

76. En France, l'interprétation restrictive de la loi pénale conduit à une situation absurde : les animaux bénéficient d'une protection pénale effective que l'enfant à naître n'est pas autorisé à recevoir. Toutefois, la persistance de l'insatisfaction face à ce constat rend bien compte de « l'humanité réelle » de l'enfant à naître.

1. Une intervention nécessaire

77. Ne pas accorder de protection pénale à l'enfant à naître revient à lui dénier la nature d'être humain. Face à l'absurdité d'une telle situation, de nombreuses propositions visant à donner à l'enfant à naître une place à part entière dans le monde de l'humanité ont émergé.

a. Des incohérences persistantes. En refusant d'accorder à l'enfant à naître une quelconque protection pénale, le droit positif a créé une nouvelle cause d'irresponsabilité pénale : celle de donner la mort avant la naissance[237]. En effet, blesser un enfant dans le sein de sa mère peut conduire à des poursuites d'ordre pénal s'il naît vivant. S'il s'avère que l'enfant n'a pu survivre à ses blessures avant même de naître, alors aucune poursuite ne

[237] Sainte-Rose J., *op.cit.*, http://www.cfds.org.

pourra être diligentée. Tuer un enfant *in utero* n'est pas pénalement punissable et, en procédant de la sorte, la jurisprudence nie totalement la dimension humaine de l'enfant à naître. Avec une telle position du monde juridique, les praticiens de santé auraient tout intérêt à ce que l'enfant décède *in utero*, à défaut de quoi leur responsabilité pénale pourrait être engagée. Le droit positif pousse ainsi à exclure l'enfant à naître de la famille humaine et le droit pénal à ne plus protéger la vie humaine dès ses premiers signes mais uniquement celle de la personne juridique telle qu'entendue par le droit civil. Si bien que l'autonomie du droit pénal s'en trouve grandement affaiblie. Ces considérations laissent entendre qu'il faut être une personne pour bénéficier de la protection pénale.

Or, les qualifications de personnalité juridique et de personne humaine sont de nature différente : « la personnalité est tournée vers l'action ; la qualification d'être humain vers l'essence »[238]. La personnalité juridique est donc nécessaire lors de l'entrée sur la scène juridique d'un nouvel individu et elle ne l'est plus lorsqu'il s'agit de la mort *in utero* d'un enfant à naître. Dès lors, rien n'empêche d'attribuer la qualité d'être humain à l'enfant à naître indépendamment de son impossibilité d'agir sur la scène juridique. « La reconnaissance en droit de la qualité d'être humain permet de dépasser l'alternative simpliste qui consiste à affirmer que si l'embryon n'est pas une personne, c'est qu'il est une chose »[239]. La notion de personne juridique est satisfaisante s'agissant de questions patrimoniales, elle l'est beaucoup moins pour le respect de l'existence et de la dignité de l'être humain. D'autant plus que même la vie des animaux domestiques est pénalement protégée contre les atteintes volontaires et involontaires à leur vie[240]. Si une femme enceinte perd, à la suite d'un accident, son enfant et un animal de compagnie, elle pourra obtenir, outre des dommages intérêts, la condamnation du responsable pour la mort de l'animal mais seulement un simple dédommagement pour la disparition de son enfant à naître. De même, le Code de l'environnement punit de peines correctionnelles la destruction, même involontaire, de nids d'œufs appartenant à des espèces protégées. L'animal à naître est alors pénalement protégé car, comme le souligne Jerry Sainte Rose « contrarier par mégarde le « projet parental » d'un crapaud vert, d'une pie grièche, est passible de six mois d'emprisonnement tandis que causer la mort d'un fœtus, serait-il sur le

---

[238] Murat, P. (1997) : 4, *op.cit.*

[239] A ce sujet, voir Herzog-Evans M., « Homme, homme juridique et humanité de l'embryon », *RTDCiv.* 2000, p.65.

[240] Art.R.653-1 et R.655-1 du CP. A noter, par ailleurs, que leur infliger des sévices graves constitue un délit selon les dispositions de l'article 521-1 du même code.

point de naître et quelle que soit la gravité de la faute commise, ne relève que du droit commun de la responsabilité civile »[241]. Dès lors, élever la *ratio legis* pour affirmer que le législateur a entendu exclure l'enfant à naître de toute protection pénale ne peut être acceptable car la situation résulte exclusivement de décisions de justice qui placent l'être humain en gestation à une place inférieure à celle de l'animal et de sa progéniture. C'est dans ce contexte de déni que des propositions à la fois législatives et doctrinales ont émergé.

b. Des propositions législatives insuffisantes. Certaines propositions tendaient à définir le terme d'« autrui » comme « tout être humain, de sa conception à sa mort » ou de « tout être humain, né ou à naître » [242]. D'autres suggéraient d'ajouter un alinéa à l'article 221-6 du Code pénal qui inclurait le fœtus dans les personnes bénéficiant de la protection pénale de droit commun en prévoyant que « les mêmes peines sont applicables aux cas de mort de l'enfant conçu provoquée par une faute caractérisée non intentionnelle »[243].

78. Un amendement au projet de loi renforçant la lutte contre la violence routière a été déposé par le député Jean-Paul Garraud sur le bureau de l'Assemblée nationale le 6 février 2002[244]. Inspirée par les nombreux commentaires rédigés en la matière, cette proposition consistait en la création d'une infraction autonome protégeant la vie de l'enfant à naître par l'insertion d'une section 5 *bis* intitulée « De la protection pénale de l'enfant à naître contre les atteintes à la vie » dans le chapitre de la mise en danger de la personne et la création d'un

---

[241] Sainte-Rose, J. « L'enfant à naître : un objet destructible sans destinée humaine ? », sur : http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/homicide_involontaire_foetus/jsr_enfantanaitre.asp. *V.* Desmoulin-Canselier, S. « Quel droit pour les animaux ? Quel statut juridique pour l'animal ? » *Pouvoirs, revue française d'études constitutionnelles et politiques*, nº. 131 (2009): 43–56.

[242] *V.* Pradel, J. (2001), *op.cit.* ; Vigneau, D. (2002), *op.cit*.

[243] Pradel, J. (2002), *op.cit*.

[244] Proposition de loi n°3572 relative à la protection pénale de l'enfant à naître contre les atteintes involontaires à la vie, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 février 2002. Une autre proposition de loi visant à assurer la protection de l'enfant à naître a été déposée en octobre 2002 à la Présidence de l'Assemblée nationale (Propositon de loi Ass.nat. n°279, 2002-2003). Elle a proposé de compléter l'article 221-6 du Code pénal par un alinéa qui préciserait que « le foetus in utero, viable » devait être concerné par l'incrimination d'homicide involontaire. Alors que l'amendement Garraud était relatif à la protection de la femme enceinte, la porposition Hunault concernait

article 223-11 réprimant le délit d'interruption involontaire de grossesse[245]. Cette disposition était rédigée dans les termes suivants :

> « Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'un enfant à naître constitue une interruption involontaire de grossesse punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende.
>
> En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000€ d'amende. »

Ainsi, s'agissait-il d'introduire dans le code pénal une incrimination parallèle à celle de l'homicide involontaire avec les mêmes causes d'aggravation telle que la mise en danger délibérée à laquelle on pouvait rattacher des faits de conduite en état alcoolique. Toutefois, la commission des lois du Sénat a considéré, en mai 2003, que « les articles du projet de loi résultant de l'amendement Garraud abordaient un sujet dépassant largement l'objet du projet de loi sans lequel leur intégration lui a paru excessivement artificielle »[246]. Dès lors, les sénateurs ont modifié la proposition adoptée par l'Assemblée nationale et ont proposé la création d'articles 223-11 et 223-12 respectivement rédigés de la manière suivante :

> « *Art.223-11.* - L'interruption de la grossesse causée, dans les conditions et selon les distinctions prévues par l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence prévue par la loi ou le règlement est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000€ d'amende.
>
> Si les faits résultent de la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, la peine est de deux ans d'emprisonnement et de 30 000€ d'amende.
>
> *Art.223-12.* – Lorsque la maladresse, l'imprudence, l'inattention, la négligence ou le manquement à une obligation législative ou réglementaire de sécurité ou de prudence prévu par le premier alinéa de l'article 223-11 est commis par le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, l'interruption de la grossesse est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € euros d'amende ».

---

[245] *V.* Terrasson de Fougères, A. (2001), *op.cit.* sur la création d'un délit spécifique de foeticide qui sanctionnerait « l'atteinte volontaire portée à ce processus de vie sans le consentement de l'intéressée ».
[246] Proposition de loi n°283 relative à la protection pénale de la femme enceinte, annexe au procès-verbal de la séance du 7 mai 2003.

Par la suite, étaient énoncées des circonstances aggravantes identiques à celles prévues par l'article 221-6-1 du Code pénal. Cette nouvelle rédaction proposée par les sénateurs s'est voulue moins tranchante. En effet, elle a supprimé toute référence à la mort d'un enfant à naître ; elle n'a fait que viser l'interruption involontaire de grossesse. Ainsi, ce nouveau délit ne sanctionnerait-il pas la mort d'un être, mais essentiellement l'interruption involontaire d'une grossesse. Outre le fait que cette modification ne fasse plus mention de la mort d'un enfant à naître, mais plutôt d'une interruption de grossesse causée par un tiers, la principale critique que nous pouvons y apporter réside dans son champ application. En effet, le Sénat a souhaité que l'innovation s'applique essentiellement aux cas d'homicides involontaires causés lors d'accidents de la circulation. Cette initiative avait le mérite de lancer le débat sur le vide juridique quant à la protection pénale des enfants à naître, mais elle ne représentait qu'une esquisse. D'une part, elle s'inscrivait dans le cadre d'une loi relative à la lutte contre la violence routière alors que l'enfant à naître mérite d'être protégé à tout moment de son développement, peu important soit la cause de sa mort. D'autre part, elle concernait uniquement l'homicide involontaire. Or, nous pensons que la protection pénale de l'enfant à naître serait plus effective si elle s'appliquait à l'ensemble des incriminations réprimant les atteintes portées à sa vie comprenant ainsi les infractions volontaires. Bien qu'il soit insuffisant, l'amendement Garraud avait pris soin de s'attarder sur la répression des atteintes involontaires à la vie d'un enfant à naître et pas uniquement sur celles mettant fin à une grossesse.

S'ajoutèrent aux périples législatifs, des contestations propres à l'architecture juridique de la proposition[247]. D'une part, il a souvent été reproché à ces dispositions leur place au sein du Code pénal. En effet, il était prévu que cette nouvelle infraction se situe juste après l'article 223-10 du même code qui régit l'interruption illégale de grossesse. S'est alors posée la question du fondement de ces infractions : l'article 223-10 du Code pénal et l'article L.2222-2 du Code de la santé publique n'ont aucunement pour finalité la protection de l'enfant à naître contre les atteintes à sa vie. Le premier protège la volonté de la femme enceinte à mettre ou non un terme à sa grossesse et le second sa santé. Toutefois, selon les auteurs de la proposition de loi, cette nouvelle incrimination viserait la protection de l'enfant à naître. Dès lors comment peut-on justifier, ne serait-ce que juridiquement, que plusieurs infractions

[247] Bellivier, F. et P.Egéa. « Les chemins de la liberté. Petite leçon de biopolitique ». *D.* (2004) : 647.

relatives à une interruption de grossesse puissent avoir des fondements tout à fait différents ? A notre sens, il faudrait davantage se placer sur le terrain de la protection de la vie humaine. D'autre part, la terminologie employée dans la proposition de loi a également été sujette à discussion. En effet, l'utilisation de l'expression « interruption involontaire de grossesse » constitue, aux yeux des praticiens de la santé, une ambiguïté médicale : « peut-on identifier la mort non voulue d'un enfant à naître à une simple « interruption involontaire de grossesse ? »[248]. Il s'agissait bien dans tous les cas de la mort d'un enfant[249]. Or, cette terminologie a précisément pour objet de faciliter le déni et d'engendrer une réelle méconnaissance des réalités tangibles en la matière.

2. Une interprétation restrictive de la loi pénale

79. Au siècle de l'imagerie médicale en trois dimensions et de la reconnaissance prénatale, il est difficile de ne pas considérer l'enfant à naître comme une personne humaine. Un prénom avant sa venue au monde lui est donné, sa chambre est prête à l'accueillir, l'évolution des sciences biologiques et médicales mettent en évidence la continuité du développement humain, l'embryon étant porteur des mêmes caractéristiques génétiques de l'enfant à naître et du nouveau-né. Ce sont autant de facteurs indéniables qui conduisent le praticien qui le soigne, à considérer l'enfant à naître comme un véritable patient. Même la première chambre civile de la Cour de cassation, dans ses arrêts de février 2008, montre clairement sa volonté de reconnaître à l'enfant à naître sa qualité de membre de la famille à part entière.

---

[248] Vigneau, D. (2002), *op.cit.*

[249] Une autre proposition de loi visant a tenté d'assurer la protection de l'enfant à naître en octobre 2002 (Propositon de loi Ass.nat. n°279, 2002-2003). Elle a proposé de compléter l'article 221-6 du Code pénal par un alinéa qui précisait que « le foetus in utero, viable » devait être concerné par l'incrimination d'homicide involontaire. Alors que l'amendement Garraud était relatif à la protection de la femme enceinte, cette dernière proposition Hunault concernait la protection de l'enfant à naître, mais avait pour inconvénient de se référer à la notion de viabilité (Philippe, C. « La viabilité…encore. A propos d'un projet de loi tendant à assurer la protection de l'enfant à naître ». *Revue de droit sanitaire et social* (2003) : 316).

a. L'enfant à naître : une personne humaine indépendamment de la personne juridique. L'interprétation des textes par le droit positif[250] est d'autant plus contestable que le législateur n'a jamais refusé à l'enfant à naître sa qualité d'être humain[251]. En effet, ce n'est pas parce qu'il a volontairement gardé le silence lors de l'élaboration des lois bioéthiques de 1994, qu'il a catégoriquement refusé de voir en l'embryon toute humanité. Si certains soulèvent la décision du Conseil constitutionneltendant à affirmer que les dispositions de la loi Veil de 1975 et de l'article 16 du Code civil ne sont pas applicables aux cas des embryons surnuméraires pour affirmer l'inverse[252], d'autres n'y voient qu'une volonté de répondre à la détresse des couples stériles[253]. Le législateur n'a jamais prétendu que l'embryon était une personne juridique ou un être humain, mais il n'a pas non plus affirmé le contraire.

80. C'est dans cette perspective que la doctrine a proposé au législateur d'introduire dans le Code pénal après l'intitulé du titre deuxième « Des atteintes à la personne humaine » du livre II « Des crimes et des délits contre les personnes » un article 221 dans les termes suivants : « La personne humaine susceptible d'être victime des crimes et des délits sous ce titre, s'entend, sauf précisions contraires, de tout être humain né et à naître et dont la mort n'était pas établie au moment des faits »[254]. Cette proposition a pour avantage d'introduire la protection de l'enfant à naître dans l'ensemble des dispositions relatives aux atteintes à la vie de la personne. D'une part, elle ne s'adresse plus essentiellement à l'interruption involontaire de grossesse tel qu'il était prévu par l'amendement Garraud ; elle aurait vocation à s'appliquer aussi bien au meurtre qu'aux violences. D'autre part, elle reconnaît à l'enfant à naître le statut de personne humaine puisqu'elle serait insérée dans le titre relatif aux atteintes à la personne humaine et une telle avancée ne pourrait qu'être soulignée. L'ensemble de ces propositions pourrait, toutefois, créer de nouvelles incohérences. A la demande de la Cour de cassation

---

[250] Au fil des années, l'embryon a reçu différentes qualifications. Par application du traditionnel raisonnement binaire personne/chose, l'embryon, à défaut d'être considéré comme une personne était automatiquement considéré comme une chose. Puis, par analogie à la *summa divisio* des meubles et immeubles, il a été assimilé à une personne par destination. Sa réalité biologique l'a également conduit à être réduit à une personne potentielle. Enfin, l'acquisition de la personnalité juridique passant par le critère de viabilité ou la volonté de la femme qui le porte, a conduit le droit positif à le considérer comme une personne juridique conditionnelle.
[251] Herzog-Evans M., (2000), *op.cit*.
[252] Décision n°94-343/344 DC du 27 juillet 1994.
[253] *V.* notamment Herzog-Evans, M. (2000), *op.cit.*
[254] Rassat, M.-L. (2002), *op.cit.*.

relativement à la décision que l'Assemblée plénière avait à prendre, Madame Delmas-Marty mettait l'accent sur les conséquences d'une interprétation extensive de l'article 221-6 du Code pénal[255]. Elle mettait en garde les juges suprêmes sur la situation de la femme enceinte qui commettrait une faute pénale entraînant la mort de l'enfant qu'elle porte et qui pourrait être poursuivie pour homicide involontaire, alors que le législateur lui a accordé une impunité totale si elle met volontairement un terme à sa grossesse en dehors des conditions légales. Les conséquences pourraient être autres puisqu'il pourrait être soutenu en défense par une femme à laquelle seraient reprochées de graves imprudences ayant provoqué la mort du fœtus qu'elle cherchait en réalité à provoquer volontairement l'avortement, ce qui serait exclusif de toute sanction. Certes peu de parquets poursuivraient d'office la mère pour avoir involontairement tué le fœtus qu'elle portait, mais il existe un risque réel de constitutions de partie civile du père ou d'autres parents rendant les poursuites contre la mère inévitables. En d'autres termes, le législateur ne peut d'une part, décider des poursuites contre une femme enceinte qui commettrait une faute de maladresse ou de négligence conduisant à la mort de l'enfant qu'elle porte et maintenir d'autre part, la dépénalisation de l'auto-avortement.

Dès lors, à l'instar de l'article L.2222-4 du Code de santé publique qui dispose, à propos de l'interruption illégale de grossesse, qu' « en aucun cas, la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte », nous proposons la rédaction d'un article 221 qui écarterait de son champ d'application la femme enceinte et qui serait inséré sous le titre II « Des atteintes à la personne humaine » et rédigé dans les termes suivants :

> « La personne humaine susceptible d'être victime des crimes et des délits incriminés sous ce titre s'entend, sauf dispositions contraires, comme tout être humain né et à naître. Sous réserve des dispositions relatives à l'interruption volontaire de grossesse, la femme enceinte ne peut être considérée comme auteur des atteintes à la vie de son enfant à naître ».

Cette rédaction aurait le mérite de répondre aux craintes exposées à la fois par les défenseurs de l'interruption volontaire de grossesse et celles des futurs parents, respectant ainsi leur liberté de procréer et les droits de l'enfant à naître. Le statut de femme enceinte serait alors exclu de toute sanction pénale lorsqu'il s'agit de la mort de l'enfant qu'elle porte. Partant de ce postulat et de l'ensemble des textes protégeant davantage la femme enceinte du fait de son état que la personne de l'enfant à naître, cette nouvelle disposition conforterait l'idée selon

[255] Bulletin information de la Cour de cassation n°540 du 1er août 2001.

laquelle la femme enceinte dispose d'intérêts supérieurs à ceux de l'enfant qu'elle porte et serait, par voie de conséquence son soutien juridique.

b. L'indifférence de l'interruption volontaire de grossesse. Le principal obstacle à la création d'un délit d'interruption involontaire de grossesse et d'une façon plus générale à la prise en considération de la nature humaine de l'enfant à naître, résidait dans la peur d'une remise en cause du droit à l'avortement. C'est sous le poids des groupes pro-avortement que les députés socialistes ont refusé de voter l'amendement ainsi proposé et la proposition du député a finalement été abandonnée par le Ministre de la Justice, Dominique Perben. Alors qu'il s'agit d'une liberté accordée à la femme sous certaines conditions, l'interruption de grossesse est présentée aujourd'hui comme un droit absolu, incompatible avec toute autre forme de protection de la vie anténatale. Or, c'est bien la loi du 17 janvier 1975, en son article 1er, qui a introduit dans le droit la notion d'être humain, notamment à travers l'insertion par les lois bioéthiques de 1994 de l'article 16 dans le Code civil. Pour reprendre les propos de Madame Jerry Sainte Rose, avocat général à la Cour de cassation, « il n'y a aucun rapport entre la faute d'une tierce personne en relation causale avec la mort d'un enfant attendu et l'interruption de grossesse décidée et voulue par la femme (…) le fait de sanctionner pénalement le comportement fautif d'un automobiliste ou de tout autre personne ayant causé la mort in utero de l'enfant n'a jamais empêché aucune femme d'avorter » [256]. Refuser toute protection pénale à l'enfant à naître au profit de la possibilité d'avoir recours à l'avortement revient à donner plus de droits à la femme souhaitant mettre fin à sa grossesse qu'à celle qui désire ardemment un enfant[257]. D'autant plus que « lorsque l'on constate que la femme qui désire avorter est protégée contre les opposants à l'interruption volontaire de grossesse, fût-elle illégale, alors que celle qui désire enfanter ne l'est pas contre ceux qui, volontairement ou non, empêchent l'enfant qu'elle porte de naître »[258]. Que devient alors la liberté de procréer ? La liberté d'avorter aurait-elle primauté sur la liberté de procréer ? Michèle-Laure Rassat répondra alors aux « féministes qui devraient bien réfléchir avant d'applaudir la solution de la Cour de cassation » que « l'interruption volontaire de grossesse choisie par la mère demeure

---

[256] Site internet du Centre Français pour la Justice et les Droits Fondamentaux de la personne humaine : http://www.cfddj.org.
[257] Mayaud, Y. « Du foetus à l'enfant né vivant : un bilan d'inégalités ». *RSC* (2004) : 83 ; Maistre du Chambon, P. (2004), *op.cit.* et Bellivier, F. et P. Egéa (2004), *op.cit.*
[258] Hennion-Jacquet, P. (2008), *op.cit.*

ce qu'elle a toujours été : un permis légal de tuer accordé à la femme enceinte qui ne veut pas de son enfant »[259].

81. Dans l'Ancien droit, il était mis un terme à la vie de la personne juridique sans que l'homme ne meure. Le droit contemporain ne s'autorise toujours pas à protéger l'homme à naître nonobstant le fait qu'il soit le seul à donner naissance à la personne juridique. Le refus réitéré d'accorder une protection pénale à l'enfant à naître participe de l'amalgame qui est trop souvent fait à l'égard de la législation sur l'avortement. Il est trop souvent oublié l'article premier de la loi du 17 janvier 1975 qui a, pour la première fois, garanti « le respect de tout être humain dès le commencement de la vie ». Il n'appartient pas au législateur de définir la personne humaine, mais à l'humanité d'imposer sa nature au droit[260]. Ne participerait-il pas de l'humanité que d'accepter que l'on puisse autoriser un permis de tuer de l'embryon ?

---

[259] *V.* Rassat, M.-L. (2002), *op.cit*. et Herzog-Evans, M. (2000), *op.cit.*
[260] Herzog-Evans, M. (2000), *op.cit.*

CHAPITRE 2 : L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

82. Ni les grecs, ni les romains n'ont envisagé la répression de l'avortement. Sa principale condamnation trouvait son origine au sein de l'Église catholique. Au Moyen-âge, la sanction était différente si l'avortement était pratiqué avant ou après l'animation du fœtus que le Concile de Trente a fixé au milieu de la grossesse[261]. En 1588, le pape Sixte Quint a mis fin à ces subtilités et proclamé la criminalisation de tout avortement provoqué. Non loin d'une position morale fondée sur la religion, Henri II a entendu réprimer tout avortement par la peine de mort. Louis XIV, en 1688 et 1708, a recommandé l'application de l'édit de son prédécesseur. Toutefois, à la fin du XVIIIème siècle, la répression de l'avortement a écarté de son champ d'application la femme lorsqu'elle était l'auteur. En effet, l'article 17 du Code pénal de 1791 punissait de vingt ans de fers l'avorteur, mais prévoyait une impunité totale à l'égard de la femme. C'était sans compter sur le Code pénal napoléonien de 1810 qui a considéré à nouveau l'avortement comme un crime, rétablissant ainsi la réclusion criminelle à l'égard de la femme et du tiers avorteur. Cette sévérité a été maintenue jusqu'à la promulgation de la loi du 27 mars 1923 tendant à réduire la responsabilité pénale de la femme en correctionnalisant l'avortement. Par une loi du 15 février 1942, l'avortement a, à nouveau, été considéré comme un crime avant que la Libération n'ait conduit à son abrogation. En vigueur jusqu'au nouveau Code pénal de 1994, l'article 317 a entendu réprimer « quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non ». Si la peine prévue était moins sévère qu'à l'égard du tiers avorteur, l'ancien Code pénal sanctionnait également la femme qui se procurait à elle-même l'avortement. D'autres dispositions « satellites » du Code de la Santé publique prévoyaient la sanction de toute personne susceptible de fournir des moyens abortifs[262] ou de provoquer au moyen de propagande l'avortement[263]. Parallèlement à la répression de l'avortement, le législateur a souhaité y apporter une dérogation en introduisant dès 1939 dans le Code de la Santé publique un fait justificatif tendant à autoriser l'avortement thérapeutique lorsque la sauvegarde de la vie de la mère était

---

[261] L'animation du fœtus au bout de quarante jours de gestation correspond à la thèse gradualiste qui prédomina jusqu'au Moyen-âge avec St Thomas d'Aquin.
[262] Anc.art. L.645 du CSP, art.L.5135-1 du nouveau CSP.
[263] Anc.art.L.647 du CSP, art.L.5435-1 du nouveau CSP.

sauvagement menacée[264]. Toutefois, cette disposition était limitée par l'établissement de conditions rigoureuses en ce que ni la santé psychique de la femme, ni le risque de malformations ne pouvaient être invoquées.

83. Face à l'augmentation des avortements clandestins et à une société française encline à accepter l'interruption de grossesse sous certaines conditions, le législateur a procédé, dans les années 1970, à l'introduction d'une législation sur l'interruption volontaire de grossesse[265]. C'est ainsi qu'au lendemain des élections présidentielles de 1974, Madame Veil, alors Ministre de la Santé, a déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale une proposition de loi tendant à autoriser l'avortement dans certaines conditions. La passion qui a animé les débats en novembre 1974 devant l'Assemblée nationale, puis le mois suivant devant le Sénat, a démontré toute la complexité d'instaurer une telle législation. Le texte a été renvoyé en deuxième lecture à l'Assemblée nationale le 19 décembre 1974 pour être définitivement voté le 20 décembre 1974. La promulgation a été effective le 17 janvier 1975 après que le Conseil constitutionnel se soit prononcé sur la conformité de la loi avec la Constitution[266]. Dans un souci de « faire sauter le verrou de la répression »[267], Simone Veil a personnellement été attaquée lorsque certains ont évoqué un rapprochement entre l'IVG et l'extermination des juifs lors de la Seconde Guerre Mondiale, dénonçant ainsi une « barbarie organisée et couverte par la loi comme elle le fût (…) il y a 30 ans, par le nazisme en Allemagne »[268]. Jean-Marie Daillet est allé jusqu'à poser la question suivante à Madame la Ministre : « ces agresseurs (les embryons humains), vous accepterez, Madame, de les voir, comme cela se passe ailleurs, jetés au four crématoire ou remplir des poubelles ? »[269]. Insupportable lorsque nous connaissons l'histoire de Simone Veil. Si la Ministre de la Santé a précisé que ce n'était pas de gaieté de cœur qu'une femme avait recours à l'avortement et que le législateur se devait d'abolir « le servage des femmes », pour certains, vouloir complaire « aux petits

---

[264] Décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française.
[265] Loi 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
[266] Décision n°74-54 DC du 15 janvier 1975 : « Les dispositions de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, déférée au Conseil constitutionnel, ne sont pas contraires à la Constitution ».
[267] Veil, S. Les hommes aussi s'en souviennent : Discours du 26 novembre 1974 suivi d'un entretien avec Annick Cojean. Stock, 2004.
[268] Propos tenus par Jacques Médecin (*JO AN*, Séance du 26 novembre 1974, p.7035 à 7037).
[269] Propos tenus par Jean-Marie Daillet (*JO AN*, Séance du 27 novembre 1974, p.7126 à 7128).

égoïsmes », c'est laisser Satan conduire le bal et pour qui « contraception et avortement ne sont que deux chapitres de la sexualité »[270]. Les établissements hospitaliers ont été assimilés à des avortoirs, abattoirs dont les « poubelles sont remplies de petits cadavres »[271]. René Feit, député du Jura, après avoir fait écouter les battements de cœur d'un fœtus de huit semaines, a assimilé l'IVG à un « génocide légal »[272] et Pierre Bas, député de Paris d' « euthanasie du bon plaisir »[273]. Trente ans après ces violents propos, Simone Veil confie à Annick Cojean, journaliste au *Monde*, qu'il s'agissait là d'« un langage de soudards. Car il semble qu'en abordant ce type de sujets, et face à une femme, certains hommes usent spontanément d'un discours empreint de machisme et de vulgarité (...) Il y avait tant d'hypocrisie dans cet hémicycle rempli essentiellement d'hommes, dont certains cherchaient en sous-main des adresses pour faire avorter leur maîtresse ou quelqu'un de leurs proches »[274].

84. Véritable droit à l'avortement ou simple liberté, l'IVG met en lumière la complexité du traitement juridique de ces situations qui font appel à la connaissance médicale, philosophique, religieuse, éthique et bien d'autres encore. Soucieux de lui attribuer un caractère exceptionnel, le législateur de 1975 a souhaité une législation protectrice et dissuasive qui semblerait aujourd'hui s'essouffler. Si en 2011, la violence des propos a quasiment disparu, la législation sur l'interruption de grossesse continue de susciter bon nombre de discussions. En effet, sur le plan juridique, le passage en 2001 de la situation de détresse à une liberté de la femme, a donné naissance à des discours opposant le droit à l'avortement de la femme enceinte au droit à la vie de l'embryon (**Section 1**). Ces modifications apportées ont révélé, par ailleurs, l'apparition d'une nouvelle norme procréative imposant à la femme la conciliation d'injonctions bien contradictoires (**Section 2**).

---

[270] Propos tenus par Albert Liogier (*JO AN*, Séance du 28 novembre 1974, p.7182 à 7184).
[271] Propos tenus par Jean Foyer (*JO AN*, Séance du 26 novembre 1974, p.7010 à 7013).
[272] Propos tenus par René Feit (*JO AN*, Séance du 26 novembre 1974, p.7028 à 7031).
[273] Propos tenus par Pierre Bas (*JO AN*, Séance du 27 novembre 1974, p.7120 à 7124).
[274] Veil, S. 2004, *op.cit.*, p.73.

Section 1 : D'une situation de détresse à la liberté de la femme

85. Les problèmes de santé publique inhérents à la pratique quotidienne d'avortements clandestins ont rendu nécessaire une prise de position du législateur. Tout d'abord fondée sur l'état de détresse de la femme enceinte ayant recours à une IVG (**I**), il est aujourd'hui reproché à la nouvelle législation de s'éloigner de l'esprit initial de la loi pour favoriser la protection des droits et libertés de la femme (**II**).

I- Une législation fondée sur la situation de détresse de la femme enceinte

86. Protectrice de la femme pour les uns, dissuasive pour les autres, c'est avant tout par défaut que la loi Veil admet, à titre exceptionnel, l'interruption volontaire de grossesse (**A**) : « Croyez-vous que ce gouvernement et celui qui l'a précédé se seraient résolus à élaborer un texte et à vous le proposer s'ils avaient pensé qu'une autre solution était encore possible ? »[275]. Issue de nombreux compromis, la législation sur l'interruption volontaire de la grossesse était vouée à l'ambigüité de son fondement juridique (**B**).

A- L'état de nécessité d'un compromis

87. Face à un consensus social et à une situation de fait intolérable, « l'avortement doit rester l'exception, l'ultime recours pour des situations sans issue »[276]. Garder ce caractère exceptionnel a obligé le législateur à concilier de nombreuses oppositions, incitant à une loi pragmatique, dissuasive et protectrice.

---

[275] Veil, S. 2004, *op.cit*., p.12.
[276] *Ibid*, p.15.

1. Une loi pragmatique

88. Afin de rassembler le plus grand nombre de convictions, les auteurs du projet de loi sur l'interruption volontaire de grossesse ont du faire preuve de pragmatisme pour essayer de rassurer l'ensemble des protagonistes concernés par une telle réforme.

a. L'inefficacité de la répression. Jusqu'en 1975, la loi était ouvertement bafouée. Il n'y avait plus à proprement parler de répression : les médecins enfreignaient la loi dans leurs cabinets et les services sociaux de certains organismes publics fournissaient, en toute impunité, aux femmes des renseignements sur les conditions d'IVG à l'étranger. Des charters étaient organisés pour se rendre aux Pays-Bas, en Angleterre ou en Suisse. Le manifeste des 343 Salopes, paru en 1971 dans le journal *L'Express*, a eu pour objet d'ouvrir les yeux sur la perversité de la loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.

89. De l'aveu de Simone Veil, le réel point de non-retour a été le procès de Bobigny. Il a contribué, pour partie, à une évolution vers la dépénalisation de l'avortement. Marie-Claire, jeune lycéenne de seize ans, s'est retrouvée enceinte après avoir été victime d'un viol par un jeune homme de son établissement. Ne souhaitant aucunement garder l'enfant à naître, elle a demandé de l'aide à sa mère qui s'occupait seule de ses trois filles. L'appétit financier du gynécologue, qui a demandé à être rémunéré à hauteur de près de trois fois le salaire de la mère de Marie-Claire, les a conduites à se tourner vers une femme qui s'était elle-même avortée et qui a accepté de réaliser l'avortement en contrepartie du versement d'une somme bien plus « raisonnable » que celle du praticien. Quelques semaines plus tard, alors que le violeur de Marie-Claire était arrêté dans une affaire de vol, il a dénoncé la jeune fille et sa mère qui, sous la menace d'une incarcération par les policiers, ont rapidement avoué rapide. S'en sont suivis l'inculpation de l'ensemble des femmes intervenues dans le processus abortif et le renvoi de Marie-Claire devant le Tribunal pour enfants de Bobigny, le 11 octobre 1972, et celui des trois autres femmes devant le Tribunal correctionnel de Bobigny, le 8 novembre 1972. La célèbre avocate Gisèle Halimi a assuré leur défense au titre d'un procès politique de

l'avortement. La jeune femme a été relaxée, les juges répressifs ayant considéré qu'elle avait été en proie à des pressions « d'ordre moral, social, familial, auxquelles elle n'avait pu résister ». Largement médiatisée, l'audience a vu défiler un nombre important de représentants de la communauté scientifique, artistique et politique, dont Michel Rocard. Les débats n'ont pas réellement porté sur les faits reprochés aux accusées et s'est rapidement orienté sur la question de la législation de l'avortement injuste et dépassée : « « Regardez-vous messieurs. Et regardez-nous. Quatre femmes comparaissent devant des hommes. Pour parler de quoi ? D'utérus, de grossesses, d'avortements. Ne croyez-vous pas que l'injustice fondamentale soit déjà là ? »[277]. La plaidoirie de Gisèle Halimi, empreinte de passion et de militantisme, a, tout de même, conduit à la condamnation de la mère de Marie-Claire à une amende de cinq cents francs avec sursis. Elle a fait appel de ce jugement, mais le Ministère public a délibérément laissé passer la prescription de trois ans, si bien qu'elle n'a jamais été condamnée. Les autres femmes ayant contribué à l'avortement en mettant les différentes protagonistes en contact ont toutes les deux été relaxées et celle qui a pratiqué l'interruption de grossesse condamnée à un an de prison avec sursis. Alors que le réquisitoire du Procureur de la République a rappelé dans ses premières lignes la loi du 29 juillet 1881 dont certaines dispositions empêchent la publication des débats, les journalistes ont délibérément transgressé l'autorité de la loi et retranscrit les discussions animées, non sans une certaine provocation, lorsque Françoise Giroud, journaliste à *L'Express*, a mis au défi les autorités de la poursuivre. Quoique « révulsé » par l'idée d'une libéralisation de l'avortement, Georges Pompidou a toutefois admis que la loi de 1920 était devenue obsolète. Cette désuétude de l'incrimination d'avortement était d'autant plus entamée qu'une circulaire du Ministère de la Justice en date du 17 septembre 1973, invitait les parquets à ne plus poursuivre du chef d'avortement sans en référer, au préalable, à la Chancellerie. La loi d'amnistie du 16 juillet 1974 a effacé toutes les condamnations prononcées, notamment lorsqu'elles l'étaient à l'égard des femmes elles-mêmes.

90. Face à cette inefficacité de la répression, les natalistes, ceux-là même qui ont été à l'origine de la grande sévérité des législations antérieures en matière d'avortement, ont refusé

[277] Gisèle Halimi lors de sa plaidoirie.

d'y voir la nécessité d'une libéralisation de l'avortement. Après la première guerre mondiale de 1914-1918, l'avortement et la contraception constituaient des « crimes contre la nation » et étaient assimilés à un péril national. Cette peur des natalistes a donné naissance à la loi de 1920 réprimant la provocation à l'avortement et toute propagande anticonceptionnelle[278]. Le gouvernement de Vichy, pour des raisons idéologiques, avait d'ailleurs clairement fait porter la défaite à la dénatalité. Les peines se sont alors multipliées allant jusqu'à la mise à mort par décapitation d'une femme de Cherbourg réputée faiseuse d'anges, pour l'exemple[279]. Si bien que l'idée selon laquelle l'autorisation de l'avortement sous certaines conditions, même si elle n'en était pas la cause, aggraverait le déclin de la natalité, a une nouvelle fois été avancée. Cette crainte est également issue de la situation de l'État de New-York ou de l'Allemagne de l'Est qui, après avoir légalisé l'avortement en mars 1972, ont vu leur natalité baisser de quatorze pour mille à neuf pour mille. Le cas de la Roumanie a également été cité en ce qu'elle avait, en 1957, autorisé l'avortement sur simple demande et jusqu'à trois mois. Après avoir constaté une forte baisse de sa natalité, le législateur roumain était revenu à une législation plus stricte. Il avait alors pu observer que le taux de natalité remontait, en 1967, à 27,3 pour mille alors qu'il n'était que de 14,3 pour mille en 1966. Toutefois, les restrictions apportées aux conditions d'accès à l'IVG n'a pas empêché les nombreux abandons et un nouveau déclin de la natalité pour atteindre un taux de 18 pour mille en 1972. En tout état de cause, cet argument portant sur une baisse de la démographie était critiquable en ce qu'il représente davantage un risque auquel l'article 16 de la loi Veil avait entendu prévenir par la création d'institutions compétentes pour évaluer les évolutions démographiques[280].

Après avoir rappelé que l'interruption volontaire de grossesse ne devait pas constituer un moyen de régulation des naissances[281], la loi s'est engagée à prendre « toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et

---

[278] *V.* Rossier, C. et C. Pirus. « Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 ». Population 62, n° 1 (2007): 57.
[279] L'histoire de Marie-Louise Giraud a fait l'objet en 1988 d'un film par Claude Chabrol, inspiré du roman de Francis Szpiner (Szpiner, F. *Une affaire de femmes*. Balland, 1988).
[280] Selon l'article 16 de la loi, un rapport annuel présenté au Parlement sur la situation démographique du pays devra comporter des développements sur les aspects sociaux-démographiques de l'avortement. De plus, l'I.N.E.D. analysera et publiera les statistiques établies à partir des déclarations d'interruption de grossesse adressées au médecin inspecteur régional de la santé.
[281] Art.13 de la loi du 17 janvier 1975.

infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information »[282], notamment par l'obligation faite aux établissements hospitaliers d'informer les femmes ayant pratiqué une interruption volontaire de grossesse dans leurs murs, des moyens de contraception et autres modes de régulation des naissances qui étaient à leur disposition[283]. Aux inquiétudes de natalité répondent les études démographiques.

b. La persévérance du militantisme. Durant l'année 1973, la pression est maintenue du côté des médecins qui, par un nouveau manifeste rédigé par 331 médecins, s'accusèrent d'avoir pratiqué des avortements dans la plus grande clandestinité[284]. La pression s'est accentuée par la création de nombreuses associations militantes dont le Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) en avril 1973[285]. Deux mois plus tard, une première tentative de légalisation de l'avortement a été déposée sur les bureaux de l'Assemblée nationale, mais son organisation casuiste limitait l'application de l'interruption de grossesse à trois situations précises : en cas de danger pour la santé physique, mentale ou psychique de la femme enceinte ; en cas de risques de malformations pour l'enfant à naître et lorsque la grossesse est le fruit d'un acte de violence ou d'un inceste. Cela a été le cas de la Suisse qui a étendu ce type d'avortement au danger pour la santé physique ou mentale de la mère. Israël l'a également appliqué aux situations présentant des risques pour l'enfant de naître avec de graves malformations. Un tel système était, néanmoins, susceptible de variantes, notamment au regard des situations diverses qui pouvaient amener à une extension des hypothèses d'avortement thérapeutique, sans pour autant mettre fin aux avortements clandestins. De surcroît, ce système législatif rendait difficile la preuve des situations de détresse et de danger pour la santé physique, mentale ou psychique de la femme. En définitive, le refus d'accorder à la femme seule la décision de mettre un terme à sa grossesse a rendu le projet de loi Messmer ambigu et dangereux. La proposition de loi a été abandonnée par le vote d'une motion de renvoi par l'Assemblée nationale le 14 décembre 1973. La faiblesse du projet de loi de 1973 a donc conduit à une approche plus générale de la législation sur l'avortement.

---

[282] *Ibid.*
[283] Art.L.162-9 du CSP, en vigueur en 1975.
[284] « Manifeste des 331 ». *Le Nouvel Obs.* (février 1973).
[285] *V.* Zancarini-Fournel, M. « Histoire(s) du MLAC (1973-1975) », *CLIO. Histoire, femmes et sociétés* 18 (2003) : 241-252.

Dès son article premier, la loi Veil pose le principe du respect de tout être humain dès le commencement de la vie. A travers lui, elle insiste d'ores et déjà sur la nécessité du caractère exceptionnel des dispositions à suivre. « Je le dis avec toute ma conviction : l'avortement doit rester l'exception, l'ultime recours pour des situations sans issue. Mais comment le tolérer sans qu'il perde ce caractère d'exception, sans que la société paraisse l'encourager ? »[286]. Parallèlement, la lutte sur le terrain continue. En témoigne le procès de Grenoble du 8 mai 1974 au cours duquel les partisans d'une libéralisation totale et ceux d'une interdiction de l'avortement s'affrontèrent ; les associations pro-avortement allant jusqu'à mener une campagne d'information sur la possibilité pour les femmes enceintes de se rendre en Angleterre ou aux Pays-Bas mais aussi en organisant la pratique d'avortements au sein même des centres du planning familial essayant ainsi de prouver qu'un avortement lorsqu'il était pratiqué dans de bonnes conditions n'entraînait pas de risques sanitaires pour la femme. En prônant la plus grande liberté fondée sur le droit des femmes à disposer de leur corps, les associations tel que le MLAC vont à l'encontre de l'esprit du texte voulu par le Gouvernement et sa majorité de parlementaire qu'il fallait convaincre. Ainsi, la loi se devait d'être pragmatique car c'est au sein de la majorité qu'il risquait de manquer des voix[287].

91. Une situation de détresse conduisant à l'intervention d'un médecin dans un délai de dix semaines de grossesse : telles sont les conditions dérogatoires nécessaires à la tolérance de pratiques encadrées d'interruptions volontaires de grossesse. Si la situation de détresse dans laquelle pouvaient se trouver certaines femmes enceintes n'était majoritairement pas remise en cause, la question du délai raisonnable était cantonnée à la position des médecins[288]. Le délai de dix semaines a été fixé d'après leurs recommandations, « si l'on voulait qu'ils respectent la loi ». Les débats parlementaires ont mis en évidence deux principales positions face au délai d'IVG. Alors qu'une partie des amendements proposés reposait, pour des raisons médicales, sur la nécessité d'une IVG précoce, d'autres privilégiaient un délai plus large

---

[286] Veil, S. *JO AN*, 1974, p.6999.
[287] Dans l'interview accordée à Annick Cojean, Simone Veil reconnaît avoir refusé le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale en raison du trop grand nombre de députés de droite encore hésitants et d'électeurs qui menaçaient de ne plus payer leurs cotisations : « il fallait se montrer pragmatique » (Veil, S. 2004, *op.cit.*, p.78).
[288] C'est sans doute pour cette raison que la compétence du Ministre de la Santé était requise en la matière : il s'agissait de répondre à des préoccupations de santé et que les dispositions du projet de loi étaient essentiellement d'ordre médical.

permettant aux femmes, dont la physiologie ne permettrait pas une connaissance précoce de leur grossesse, de recourir à une IVG dans les délais imposés[289]. Des complications immédiates, telles que des hémorragies ou des infections peuvent apparaître. De surcroît, les femmes ayant subi une IVG pourraient également faire l'objet de complications tardives comme des difficultés quant à des grossesses futures ou les risques de prématurité et de malformations fœtales. « Plus l'âge de la grossesse est avancé plus l'avortement provoqué est un acte grave, plus il comporte de risques immédiats et plus il compromet la santé de la femme ou l'avenir des grossesses ultérieures, donc des enfants à venir »[290]. Parallèlement, les médecins ont invoqué le principe déontologique du droit à la vie : M. Feit, gynécologue et député du Jura, a ainsi fait entendre à l'Assemblée nationale le battement du cœur d'un fœtus de huit semaines. Un compromis a alors été obtenu à leur avantage : la possibilité d'invoquer une clause de conscience. Cet amendement a été étendu aux conseils d'administration d'établissements privés pour répondre à la crainte de l'Église de voir la pratique d'avortements au sein de leurs établissements. En effet, la position de l'Église catholique ainsi que celle du judaïsme, suivait ce raisonnement : si la vie humaine commence dès la fécondation, l'avortement ne peut être autorisé.

92. La réforme de la législation sur l'avortement était donc rendue nécessaire en raison de la trop grande différence qui existait entre le droit et la réalité quotidienne des pratiques abortives, entre les intérêts de chaque intervenant et les convictions personnelles de tout à chacun. Une législation pragmatique était assez logiquement réduite à une visée dissuasive quant à la décision d'IVG et au devoir de protéger la femme que son état de grossesse peut placer dans une situation de détresse.

2. Une loi dissuasive et protectrice

[289] *V.* en ce sens les propos tenus par Simone Veil (*JO AN*, séance du 28 novembre 1974, p.7212).
[290] Propos tenus par Maurice Tissandier (*JO AN*, séance du 28 novembre 1974, p.7211).

93. Assurer le caractère exceptionnel de l'IVG, c'est établir une loi générale et abstraite dont la contrepartie consiste en la dissuasion et la protection, certes relative, de la femme.

a. Une contrepartie dissuasive. Le législateur est parti du postulat selon lequel l'avortement égtait le fruit d'un échec et qu'il fallait donc tout faire pour dissuader les femmes de prendre une décision aussi grave. Dès lors, si le projet de loi admettait la possibilité d'une interruption de grossesse, c'était essentiellement pour mieux la contrôler et en dissuader la femme. Il s'agissait prioritairement de proposer à ces femmes des solutions leur permettant d'assumer leur maternité. La loi a entendu encadrer rigoureusement cette IVG par l'établissement d'une procédure préalable composée de quatre étapes.

94. Tout d'abord, la femme enceinte souhaitant avoir recours à une IVG, doit faire la démarche de consulter un médecin[291]. Ce dernier a l'obligation d'informer la patiente des risques médicaux encourus pour elle mais également pour ses futures maternités. Un « dossier-guide » contenant les droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles ainsi que la liste et les adresses des organismes sociaux, doivent également lui être remis[292]. Après avoir rappelé qu'il s'agissait d'un acte très grave, le dossier fait mention d'une longue liste d'aides : les allocations prénatales[293], les allocations postnatales, les allocations familiales versées à partir du deuxième enfant, l'allocation de salaire unique (ou de la mère au foyer), l'allocation pour frais de garde, l'allocation d'orphelin, l'allocation de logement, l'allocation mensuelle d'enfant secouru ainsi que des allègements fiscaux. Une fois renseignée sur les démarches administratives et quelques conseils d'ordre juridique, la femme enceinte serait à même de prendre une décision en connaissance de cause. Toutefois, la lourdeur des démarches à entreprendre pour le bénéfice de telles allocations pose la question de la réelle force de dissuasion du dossier-guide. N'informerait-il pas davantage sur la possibilité d'autres solutions ?

---

[291] Ce qui va dans le sens de l'interdiction faite aux médecins de procéder à toute forme de publicité, énoncée par l'article L.647 du Code de la santé publique.
[292] Arrêté du 13 mai 1975, dossier guide prévu par l'article L.162-3 du Code de la santé publique (issu de l'article 4 de la loi 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse).
[293] Pour lesquelles il faut déclarer sa grossesse avant la fin du troisième mois, subir des examens médicaux aux troisième, sixième et pendant la première quinzaine du huitième mois.

A la sortie de ce premier entretien, la femme enceinte doit prendre contact avec, au choix, un service social, un centre de planification ou d'éducation familiale, un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial ou encore un organisme spécialement agréé à cette fin. Cet entretien particulier, à l'issue duquel une attestation de consultation sera délivrée, a pour finalité de pouvoir échanger sur la situation singulière dans laquelle se trouvent ces femmes.

Après une semaine de réflexion, la femme enceinte qui souhaite renouveler sa demande d'interruption volontaire de grossesse, doit adresser une demande écrite au médecin qui pratiquera l'intervention[294]. Cette dernière sera réalisée dans un établissement hospitalier au terme de laquelle de nouvelles informations seront données à la patiente sur la régulation des naissances, comme si le recours à l'IVG était la résultante de l'ignorance de la femme à l'égard de la contraception. Toutefois, le personnel qui mène ces consultations sociales diverses a pour tâche de dissuader et conseiller les femmes enceintes. Ils doivent être là pour apporter l'aide qui inciterait les femmes à renoncer à leur projet, un soutien de nature à « les faire changer d'avis ». L'information sur la régulation des naissances est alors considérée comme « la meilleure des dissuasions à l'avortement » (sous peine de fermeture de l'établissement)[295]. A noter également que le refus de prise en charge par la sécurité sociale, outre le fait qu'il soit issu d'un compromis, a été justifié par la volonté de dissuader un acte grave ; l'inverse aurait conduit à l'encourager. L'interruption volontaire de grossesse ne doit pas être considéré comme un acte thérapeutique.

95. Ainsi, deux entretiens et un délai de réflexion de huit jours semblent être les principales composantes de la dissuasion. Cette procédure préalable à l'intervention médicale a également pour objet d'éviter une certaine banalisation de l'acte. Toutefois, le sentiment qu'elle tend à vérifier la responsabilité pleine et entière de chacune de ces femmes dans leur décision de mettre un terme à leur grossesse, a été atténué par le jeu de conditions d'accès, en théorie, protectrices de la femme.

b. La protection relative de la femme. Le décès de centaines de femmes à la suite d'avortements clandestins a forcé le « constat mortifère » de la répression. « L'avortement

---

[294] Art.L.162-5 du CSP, en vigueur en 1975.
[295] Veil, S. 2004, *op.cit.*, p.32.

clandestin est un avortement sauvage, un fléau pour la santé publique »[296]. Déjà en 1950, une étude menée auprès de 300 avorteuses incarcérées à la prison d'Haguenau a permis de mettre en lumière les conséquences sur le plan de la santé publique de telles actions : quarante décès, dix hémorragies graves, une syncope prolongée, un cas de troubles infectieux et vingt-trois curetages[297]. Lorsque des moyens chimiques étaient employés, près de 50% des tentatives d'avortements se soldaient par le décès de la femme enceinte. L'atrocité des actes commis au titre de l'avortement était bien réelle, comme en témoigne Pierre Cannat : « d'une façon très courante, on voit les avorteuses procéder par injections d'eau savonneuse (58 cas), quelque fois mélangé de tisane, de médicaments, d'alcool ou de cognac. Cependant, tout s'emploie à la place de l'eau savonneuse : un mélange d'arséniate et de lait tourné, de l'eau additionnée de liqueur de Dakin, de l'eau salée, de la tisane de lierre, de l'eau glycérinée, ou potassée, ou iodée, ou javellisée, ou vinaigrée, ou permanganatée, ou mélangée d'huile, de thé, une infusion de tabac, de l'huile de ricin. Souvent l'avorteuse procède par introduction d'un corps étranger dur : aiguille à tricoter, sonde, spéculum, crayon d'écolier, morceau de bois, paille de seigle, plume d'oie, clou, gaine de frein de bicyclette ou par chatouillement (tige de persil, queue de lierre). Rarement, elle a opéré par absorption de cachets. Dans un seul cas, elle a eu recours à des massages. Dans un seul autre, à des injections d'air »[298]. Nonobstant le nombre peu élevé des condamnations prononcées pour avortement entre 1971 et 1973[299], leur régression ne signifiait pas pour autant que la pratique des avortements clandestins était elle aussi en baisse. Les débats précédant la loi Veil ont fait état de différents chiffres conduisant à une fourchette assez large, située entre 150 000 et 1 000 000 d'avortements clandestins[300]. Sur le plan sanitaire, les avortements clandestins constituaient des pratiques réalisées en dehors de tout milieu hospitalier, avec des moyens de fortune et dans des conditions déplorables conduisant à une forte mortalité chez les femmes ou tout le moins à un traumatisme psychologique assez conséquent et à des complications médicales graves telles que la stérilité.

---

[296] Pinatel, J. « Aperçu des aspects criminologiques de l'avortement », *RSC* (1973) : 741.
[297] Cannat, P. « Les avorteuses », *RSC* (1950) : 455.
[298] *Ibid.*
[299] Selon Gabriel Roujou de Boubée, en 1971 il y aurait eu 518 condamnations, 288 en 1972, et seulement quelques dizaines en 1973 (« L'interruption volontaire de la grossesse », *D.* chronique XXXV (1975) : 209).
[300] *V.*Pinatel, J. 1973, *op.cit.*

96. Sur le plan social, les avortements clandestins rendaient compte d'une inégalité entre les femmes qui avaient les moyens de se rendre à l'étranger pour pratiquer une interruption de grossesse dans des conditions plus acceptables que celles pratiquées en France et les femmes dont la situation sociale les conduisait à recourir à des avortements pratiqués par des tiers, non professionnels de santé, ou par elles-mêmes. Nullement besoin de démontrer l'urgence d'une intervention législative. Toutefois, l'accès à l'IVG ne pouvait l'être sans limite de durée. Sur les recommandations des médecins, un délai légal de dix semaines à partir duquel il est interdit de pratiquer une IVG a été instauré par la loi du 17 janvier 1975. Il était apparu comme juste et conforme à celui retenu par certains de nos pays voisins[301]. Sa nécessité se justifiait par la protection de la femme subissant une telle intervention : plus elle est réalisée à un stade avancé de la grossesse, plus elle peut avoir des conséquences traumatiques graves. C'est la raison pour laquelle l'intervention ne pouvait être que précoce et pratiquée par un médecin.

Pour le législateur, il fallait protéger la femme de la situation de détresse dans laquelle son état de grossesse la conduisait. Cet état ne devait pas, pour autant, lui conférer un droit à l'avortement. Afin d'obtenir le plus grand nombre de votes, la Ministre de la santé s'était placée sur le terrain de la détresse, comme sur celui de la dignité et de la responsabilité de la femme. Ainsi, l'accès légal à l'IVG ne devait pas constituer un droit à l'avortement mais renvoyer à l'idée de responsabilité. Il fallait retenir une définition aussi large que possible de l'IVG pour mettre fin aux avortements clandestins. Si bien que la décision ultime devait revenir à la femme elle-seule. A ce titre, le Conseil d'État a eu l'occasion de rejeter la requête d'un homme tendant à retenir la faute d'un centre hospitalier qui ne l'avait pas invité à contribuer à la prise de décision d'interrompre ou non la grossesse de son épouse[302]. Cette dernière, peu de temps après avoir quitté le domicile conjugal, s'était rendue dans un centre hospitalier pour faire procéder à une interruption de grossesse. L'homme qui n'avait pas été informé tout de suite de la démarche de sa compagne, a saisi le Tribunal administratif pour obtenir réparation de la suppression de sa progéniture. Il a pu soutenir que le centre hospitalier

---

[301] L'Angleterre et l'Autriche autorisaient respectivement l'IVG dans les vingt-quatre premières semaines et les trois premiers mois de gestation. Le Danemark et la Finlande la limitaient à douze semaines et la Suède à dix-huit (*V.* Marty, D.F. « La répression de l'avortement, notes de Droit comparé ». *Revue Internationale de Criminologie* (1974): 391 ; Dourlen-Rollier, A.-M. « Le problème de l'avortement dans les pays de la C.E.E. » *Revue Internationale de Criminologie* (1973): 277).
[302] CE, 31 octobre 1980 : Dekeuwer-Defossez, F. *JCP* II, n°19732 (1982).

n'aurait pas dû procéder à l'intervention sans l'autorisation de son mari et que sa femme n'était pas en état de détresse[303]. A deux reprises il a été débouté et le Conseil d'État, se fondant sur l'article L.162-4 du Code de la santé publique qui prévoit que « chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre », a considéré que cette disposition révélait un caractère purement facultatif et « n'a ni pour objet ni pour effet de priver la femme majeure du droit d'apprécier elle-même si sa situation justifie l'interruption de la grossesse »[304]. Cette responsabilité, elle ne doit pas l'assumer dans la solitude : d'où la mise en place de consultations diverses. Ainsi, ces consultations mises à la disposition des femmes ayant recours à une IVG auraient-elles été établies pour assurer la protection de leur santé. Toutefois, cet intérêt reste secondaire à son objet premier qui reste de dissuader la femme enceinte de mettre un terme à sa grossesse.

97. En définitive, la loi est protectrice parce qu'elle se doit d'être avant tout dissuasive[305]. La seule et réelle mesure tendant à protéger directement la santé de la femme réside dans l'obligation pour l'IVG d'être effectuée dans un délai de dix semaines, par des médecins et en milieu hospitalier[306].

---

[303] Plusieurs arguments ont été soulevés en faveur d'un consentement du père exigé en matière d'interruption de grossesse. Le premier argument consiste à élever le droit pour les pères d'avoir une descendance, droit qui fait partie des droits fondamentaux de l'être humain. Accorder le monopôle de la décision à la femme viole par voie de conséquence le droit des pères (*V.* Hardouin, M. « Grossesse et liberté de la femme ». *Droit Social*, nº. 91 (1977): 709). D'autres estiment que l'état de détresse dans lequel se trouve la femme enceinte ayant recours à une interruption de grossesse correspond plus généralement à la détresse du couple. Si bien qu'il serait opportun de faire participer le compagnon à l'entretien « dissuasif » et préalable à toute IVG. Enfin, il y a ceux qui considèrent que l'autorité parentale s'exerce dès la période de gestation (d'où la possibilité des reconnaissances prénatales) et justifie l'accord du père à l'IVG.

[304] La Cour européenne a également eu à trancher de la question du consentement du père à l'IVG : Boso c/ Italie, déc. 5 septembre 2002, req.n°50490/99 (impossibilité pour le père d'intervenir dans la décision d'avorter de son épouse), Bruggeman et Scheuteun c/ RFA, déc. 19 mai 1976, req.n°6959/75 et X c/ Royaume-Uni, déc. 13 mai 1980, req.n°8416/78 (sur le droit à la vie privée de la femme enceinte).

[305] Il est des cas où la dissuasion peut mener à une mise en danger de la personne. En effet, le non-remboursement par la sécurité sociale au titre de la dissuasion pose le problème du risque qu'il fait encourir à la santé de la femme enceinte défavorisée qui sera dans l'obligation d'avoir recours à un avortement clandestin.

[306] Art.L.162-2 du CSP, en vigueur en 1975. Pour éviter des pratiques à but lucratif, la loi a introduit un article L.178-1 limitant le nombre annuel d'interruptions volontaires de grossesse « au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux ». Si les établissements hospitaliers ne respectent pas cette restriction, ils encourent la fermeture pour une année et en cas de récidive, la fermeture définitive (Art.L.178-1, 2 CSP). Par ailleurs, dans ce même esprit de sécurité sanitaire, l'article L.647 entend réprimer la provocation, la propagande et la publicité directe ou indirecte en faveur de ces établissements ou des produits abortifs. La peine encourue par application de l'article L.647 du Code de la santé publique était de deux mois à deux ans d'emprisonnement et de 2 000 à 20 000 francs d'amende.

98. La finalité première de la loi de 1975 était de mettre fin aux avortements clandestins qui mettaient en danger de mort les femmes les subissant. L'importance du nombre de compromis à réaliser a fait que le législateur s'en soit un peu éloigné en prenant le chemin de la dissuasion. La situation de détresse de la femme enceinte est-elle suffisante pour justifier qu'un terme soit mis à sa grossesse ?

B- L'ambiguïté du fondement juridique

99. Si l'état de détresse a été la motivation première du législateur, il semblerait que cette « raison » d'ordre moral éprouve certaines difficultés à affirmer sa justification juridique.

1. L'impossible état de péril

100. L'état de détresse mentionné par la loi Veil ne peut être assimilé à l'état de péril, tel qu'il est entendu par le droit pénal ; de part sa qualification juridique, mais aussi de par la distinction opérée par la loi elle-même entre les conditions prévues en matière d'IVG et celles exigées pour une interruption médicale de grossesse (IMG).

a. L'incompatibilité de qualifications. La loi du 17 janvier 1975 a introduit au sein du Code de la santé publique un article L.162-8 énonçant qu' « un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus ». Le respect de la clause de conscience du médecin cohabite ainsi parfaitement avec la nécessité de protéger la femme enceinte en lui donnant la possibilité de se retourner vers un autre médecin dans le respect du délai de dix semaines. Cette disposition permet ainsi au médecin de refuser une IVG sans pour autant que cela porte préjudice à la femme enceinte. En écartant les médecins d'un pouvoir d'apprécier la situation de détresse, le législateur entend essentiellement accorder le

monopole de la décision à la femme. Personne ne peut et ne doit remettre en cause la décision de la femme enceinte, pas même le géniteur ; elle n'a pas, en théorie, à prouver ou à justifier les raisons qui la conduisent à interrompre sa grossesse. Certains se sont interrogés sur l'utilité d'une telle précision si elle ne peut être soumise à contrôle[307]. En effet, il n'y avait aucune obligation pour le législateur d'exprimer cette condition : est-ce là la traduction d'une volonté d'attirer l'attention sur la gravité d'un tel acte ? Ou est-ce la détermination du législateur d'octroyer à la femme enceinte un droit absolu sur la confidentialité de ses motivations, seul le délai légal la contraignant dans sa prise de décision ? Si le délai de dix semaines n'est pas absolu en raison de la difficulté de prouver un éventuel dépassement dans certaines hypothèses et si, parallèlement, l'état de détresse ne bénéficie d'aucun contrôle, qu'est-ce qui justifie qu'une femme puisse légalement accéder à une interruption volontaire de grossesse ?

101. La première piste de réflexion est proposée par la jurisprudence : le médecin qui refuse de pratiquer une IVG se rend-il coupable du délit de non-assistance à personne en péril ? En mars 1975, une jeune femme se rend, accompagnée de trois autres femmes, à l'hôpital pour subir une IVG. Le médecin déclarait devoir attendre les directives administratives tout en évoquant ses convictions personnelles, opposées à la nouvelle législation. Ce n'est que quinze jours plus tard que la jeune femme apprend que son état n'est pas considéré comme étant des plus urgents et que, par conséquent, l'accès à une telle intervention lui était interdite. Ne trouvant pas dans la loi du 17 janvier 1975 de sanction relative à ce comportement, la jeune femme, qui n'était d'ailleurs plus enceinte[308], cita le médecin devant le Tribunal correctionnel de Rouen du chef de non assistance à personne en péril[309]. Dès lors, les juges de première instance avaient à répondre à la question de savoir si le refus d'un médecin de procéder à une interruption volontaire de grossesse pouvait recevoir la qualification délictuelle de non assistance à personne en péril. La femme dont l'état de grossesse la place dans une situation de détresse peut-elle se prévaloir d'une mise en péril en cas de refus de la part des médecins ? Le Tribunal correctionnel de Rouen va tout d'abord rappeler que la loi du 17 janvier 1975 proclame le respect de la liberté de conscience du praticien sollicité et conditionne son refus

---

[307] Roujou de Boubée, G. (1975), *op.cit.*
[308] Elle a tout de même réussi à obtenir une IVG auprès d'un autre médecin.
[309] TC Rouen, 9 juillet 1975 : Savatier, R. *JCP* II, n°18257-18258 (1976) ; Roujou de Boubée, G. *D.* (1976) : 531 ; Zaki, M.S. *Gaz.pal.* 2 (1975) : 798.

de pratiquer l'avortement à l'obligation d'en informer sa patiente dès la première visite, sans pour autant assortir ladite obligation d'une sanction pénale. Dans un second temps, les juges ont rappelé le contenu de l'état de péril tel qu'il était entendu par l'ancien article 63 du Code pénal : c'est un état dangereux ou une situation critique qui fait craindre de graves conséquences pour la personne qui y est exposée et qui risque, selon les circonstances, soit de perdre la vie, soit des atteintes corporelles graves. Ainsi, il faut qu'une menace sérieuse pèse sur la personne physique et que le péril qui en résulte pour elle existe objectivement, de sorte que la nécessité d'une intervention immédiate soit manifeste. Estimant que l'état de détresse relevait davantage de manifestations cachées, autrement dit subjectives, le Tribunal correctionnel a également appuyé cette distinction opérée par les dispositions de la loi Veil.

b. La distinction opérée par la loi. Bien avant le projet de loi sur l'interruption volontaire de la grossesse, un décret de 1955 autorisait l'interruption de grossesse dans les conditions suivantes : « Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près le tribunal civil qui, après examen et discussion, attesteront que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une telle intervention thérapeutique »[310]. La loi du 17 janvier 1975 a également remanié cette autorisation d'interruption de grossesse pour motif thérapeutique. En effet, le projet de loi aborde cette question dans les termes suivants : « Après la dixième semaine de la grossesse, les dangers de l'interruption de celle-ci sont trop graves pour que l'on permette à la femme de s'y exposer. C'est pourquoi le projet de loi prévoit que, passé ce délai, la décision n'appartient plus uniquement à la femme, mais à deux médecins particulièrement qualifiés. Eux-mêmes ne peuvent autoriser l'interruption de la grossesse que lorsque celle-ci est indispensable pour des raisons médicales. Sur ce point, le projet de loi se borne à donner une nouvelle définition de la notion, déjà admise par la loi, d'avortement thérapeutique, soumis à une procédure rigoureuse d'autorisation médicale »[311]. Le projet de loi proposait de rédiger un article L.162-10 du Code de la santé publique qui

---

[310] Décret n°55-512 du 11 mai 1955 portant révision du Code de la santé publique annexé au décret n°53-1001 du 5 octobre 1953, introduisant notamment dans ledit code l'article 161-1 sur l'interruption de grossesse pour motif thérapeutique.
[311] *Doc.AN*, n°1297, 14 novembre 1974.

autoriserait une interruption de grossesse à toute époque « si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe un risque élevé que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité ». En substituant à l'expression « sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée » celle de « mise en péril grave de la santé de la femme », la loi opère une distinction entre une interruption volontaire de grossesse subordonnée à l'état de détresse de la femme enceinte et l'interruption de grossesse pour motif thérapeutique liée à un état de péril. Leur appréciation ne relève pas de la même « autorité » : l'état de détresse ne peut être évalué que par la femme enceinte et l'appréciation de l'état de péril laissée par les médecins. C'est ainsi que le Tribunal de Rouen a pu logiquement affirmer que l'état de détresse n'était pas assimilable à l'état de péril énoncé par l'ancien article 63 du Code pénal, au même titre que la législation différencie l'état de détresse dans le cadre d'une IVG et l'état de péril dans le cadre d'une IMG. Le Tribunal correctionnel de Rouen précisera, par ailleurs, que si l'état de détresse était assimilé à l'état de péril, les médecins devraient concilier deux impératifs contradictoires : le délit de non-assistance à personne en péril exige une intervention immédiate alors que l'article L.162-5 du Code de la santé publique prescrit un délai d'une semaine de réflexion avant toute intervention médicale[312].

102. Dès lors, l'état de détresse énoncé par les auteurs de la loi du 17 janvier 1975 n'est pas l'état de péril du droit pénal. Alors que l'interruption thérapeutique de grossesse pouvait apparaître comme la parfaite illustration du fait justificatif d'état de nécessité, la vie de la mère et celle de l'enfant étant de valeur identique, la loi de 1975 aurait-elle pu admettre parallèlement l'état de détresse au titre de l'état de nécessité pour justifier l'interruption volontaire de grossesse ?

[312] A noter, par ailleurs, que le délit de non-assistance à personne en péril nécessite que « ce péril, quel que soit l'évènement d'où il résulte, soit imminent et constant, et nécessite une intervention immédiate » (Crim.31 mai 1949 : Magnol,J. *JCP* II, n°4945 (1949)).

2. Le doute sur l'état de nécessité

103. Alors que le Conseil constitutionnel semblait se fonder sur l'état de nécessité pour déclarer la loi sur l'IVG conforme à la Constitution, la Cour de cassation, près de vingt ans plus tard, l'écarte explicitement[313].

a. La raison de la conformité constitutionnelle. Lorsque la loi Veil a posé, en son article premier, qu'il peut être porté atteinte au principe du respect de l'être humain dès le commencement de la vie uniquement en cas de nécessité et selon les conditions exigées par le texte, elle ne méconnaît pas les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République, ni le principe émis par le préambule de la Constitution de 1946 selon lequel la nation garantit à l'enfant la protection de la santé. Le Conseil constitutionnel semble ainsi faire de la notion de nécessité une des garanties du respect de tout être humain dès le commencement de la vie[314]. Cette position adoptée par le Conseil constitutionnel sur la notion de nécessité appelle, toutefois, quelques réserves.

104. L'article 122-7 du Code pénal énonce que « n'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a

---

[313] Pour une lecture plus élargie de la notion d'état de nécessité, *v.* Kalamatianou Ph., « L'état de nécessité sous l'angle du droit comparé et de la justice pénale internationale », *Revue internationale de droit comparé* 56, nº 2 (2004): 449-457.

[314] Le premier argument juridique contre la promulgation d'un tel projet de loi, fût essentiellement invoqué par Jean Foyer. Selon lui, la loi Veil était contraire aux différents principes issus du préambule de la Constitution de 1958, de la déclaration des Droits de l'homme de 1789, du préambule de la Constitution de 1946 ainsi que de l'article 2 de la Convention européenne de droits de l'homme. Toutefois, le Conseil constitutionnel a affirmé, dans sa décision du 15 janvier 1975, que « les dispositions de la loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse ne sont pas contraires à la Constitution ». Après avoir précisé qu'il n'était pas titulaire du même pouvoir d'appréciation du Parlement, il s'est déclaré incompétent dans la détermination de la conformité d'une loi aux traités ou accords internationaux. Si bien qu'une « loi contraire à un traité ne serait pas, pour autant, contraire à la Constitution ». Enfin, le Conseil constitutionnel estime que « la loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse respecte la liberté des personnes appelées à recourir ou à participer à une interruption de grossesse, qu'il s'agisse d'une situation de détresse ou d'un motif thérapeutique ». Dès lors, aucune atteinte n'est portée à l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, en ce que le principe de liberté est respecté.

disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace »[315]. L'introduction de l'état de nécessité au titre des faits justificatifs de droit pénal est une innovation pour une notion qui n'est pas nouvelle[316]. En effet, elle consacre l'inscription « noir sur blanc » d'une construction jurisprudentielle réalisée depuis de nombreuses années[317]. Elle a, tout de même, été consacrée par la Cour de cassation dans un arrêt de principe du 25 juin 1958 dans lequel elle reconnaît l'impunité de l'infraction nécessaire[318]. « L'état de nécessité correspond à la situation d'une personne qui, pour éviter la réalisation d'un danger imminent, commet une infraction »[319]. D'une manière générale, l'état de nécessité est invoqué lorsqu'une personne se trouve dans la nécessité de commettre volontairement une infraction préjudiciable à autrui pour échapper à un danger qui la menace, ou pour sauver une tierce personne d'un péril imminent. Ainsi, invoquer l'état de nécessité pour supprimer sa responsabilité pénale consiste-t-il à démontrer un péril grave et imminent ayant conduit à un comportement proportionné entre le péril écarté et le dommage causé. La législation sur l'interruption volontaire de grossesse est-elle fondée sur le fait justificatif de l'état de nécessité comme semblerait l'affirmer le Conseil constitutionnel ? Le projet de loi distingue nettement en ses dispositions l'interruption volontaire de grossesse réalisée en cas de situation de détresse de la femme qui y recourt et l'interruption de grossesse pratiquée pour motif thérapeutique lorsqu'il existe, notamment, une mise en péril grave de la femme enceinte. Avant 1975, l'interruption thérapeutique de grossesse était autorisée lorsque la sauvegarde de la vie de la mère était gravement menacée sans aucune autre forme de précision ; la vie de la mère étant de valeur identique à celle de l'enfant à naître, seule la nécessité de sauver la vie de la femme enceinte pouvait justifier une telle issue. La nouvelle législation lui a prévu un champ d'application plus large en admettant que l'interruption pouvait être pratiquée, à toute époque de la grossesse, dès lors qu'il y avait une mise en péril grave de la santé de la femme. Ce n'est donc

---

[315] *V.* Danti-Juan, M. *V° État de nécessité, Rép.pén.* (mars 2010) ; Aussel, J.-M. « La contrainte et la nécessité en droit pénal, Quelques aspects de l'autonomie du droit pénal », *D.*chronique n°254 (1956).
[316] Hesse Ph.-J., « Un droit fondamental vieux de 3 000 ans : l'état de nécessité. Jalons pour une histoire de la notion », *Droits fondamentaux*, n°2 (décembre 2002) : 125.
[317] Pour des exemples jurisprudentiels : T.corr. Château-Thierry, 4 mars 1898 : Josserand, E.L. *DP* 2 (1899) : 329 ; Roux, J.A. *S.* 2 (1899) : 1 - Rennes, 25 février 1957 : Bouzat, P. *D.* (1957) : 338 ; *S.* (1957) : 260 – Colmar, 6 décembre 1957 : Bouzat, P. *D.*(1958) : 357 ; *S.* (1958) 245 ; *Gaz.pal.* 1 (1958) : 202.
[318] Crim.25 juin 1958 : MRMP *D.*(1958) : 693.
[319] Debove, F. « État de nécessité ». Dans Dictionnaire des sciences criminelles. Sous la direction de Gérard Lopez et Stamatios Tzitzis. Dalloz, 2004, p.383.

plus uniquement la vie de la femme enceinte qui est uniquement protégée mais sa santé de manière générale.

105. Comme l'ensemble du processus législatif a pu déjà le démontrer un tel allègement devait s'accompagner d'un compromis entre ceux qui voyaient dans cette disposition un avortement illimité dans le temps et ceux qui craignaient de voir des enfants supprimés sans aucune certitude médicale. Alors qu'établir un délai au-delà duquel l'avortement thérapeutique ne serait pas possible était inenvisageable[320], la loi de 1975 a tout de même été dans l'obligation de préciser que ce dernier ne pouvait intervenir que s'il existait « une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic » et non plus seulement un risque élevé « que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité ». Pour les réticents, cette modification était le gage que des abus ne conduiraient pas à ce que l'interruption thérapeutique de grossesse ne prenne le relais de l'interruption précoce de grossesse après dix semaines de gestation. Si les textes relatifs à l'interruption de grossesse pour motif thérapeutique antérieurs à 1975 étaient considérés comme répondant au fait justificatif que constitue l'état de nécessité, comment expliquer que la loi du 17 janvier 1975 ait, à la fois, enlevé ce caractère à l'interruption thérapeutique de grossesse, pour lui accorder celui de mise en péril grave, et reconnaître concomitamment à l'état de détresse les attributs de l'état de nécessité ? L'allègement opéré par la loi n'aurait-il pas vidé de sa substance l'état de nécessité constitutionnellement reconnu comme la condition de la conformité de la législation à la Constitution ? En prévoyant deux situations dans lesquelles l'interruption thérapeutique était envisageable, le législateur a enlevé tout caractère de nécessité à la législation sur l'interruption de grossesse, qu'elle soit volontaire ou thérapeutique. En effet, subordonner une interruption de grossesse à la « forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une

[320] En effet, certaines méthodes de détection, comme l'amniocentèse, ne peuvent être réalisées qu'à partir de quatre mois de grossesse, rendant ainsi difficile de limiter une telle interruption de grossesse dans le temps. Toutefois, la loi a entendu répondre aux craintes des députés et sénateurs en subordonnant l'interruption thérapeutique de grossesse aux seuls médecins compétents pour apprécier une telle situation : jamais un médecin ne décide de l'avortement thérapeutique d'un enfant qui pourrait être viable, contrairement à ce que semblait affirmer l'amendement Mézard tendant à préciser que « si l'enfant naît viable, l'interruption de grossesse pour motif thérapeutique peut être considérée comme un accouchement prématuré et comporte les obligations qui s'attachent à un nouveau-né » (*JO Sénat*, CR, 14 décembre 1974, p.2954).

affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic » peut difficilement « s'apparenter à un quelconque danger et en tout état de cause la mort de l'intéressé est sans proportion aucune avec sa maladie ou son infirmité »[321]. Ces contradictions à peine visibles entre l'esprit de la loi du 17 janvier 1975 et celui que le Conseil constitutionnel a entendu lui donner vont, en définitive, être dissipées par l'intervention de la Cour de cassation (celle-là même qui avait élevé au rang de fait justificatif l'état de nécessité) à propos de l'intervention de commandos anti-IVG dans les années 1990.

b. La primauté de l'état de détresse. Face à le recrudescence de groupes de militants[322], communément appelés commandos anti-IVG, la loi du 27 janvier 1993 a introduit l'article L.162-15 dans le Code de la santé publique réprimant le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables, soit en perturbant l'accès aux établissements ou la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements, soit en exerçant des menaces ou tout autre acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux ou des femmes venues y subir une IVG[323].

106. Le 31 janvier 1996, la chambre criminelle a eu à statuer sur les pourvois de certains de ces commandos qui estimaient que leur action avait été rendue nécessaire pour la sauvegarde des enfants à naître[324]. La Cour de cassation rejettera les pourvois car, selon elle, « l'état de nécessité, au sens de l'article 122-7 du Code pénal, ne saurait être invoqué pour justifier le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse, dès lors que celle-ci est autorisée, sous

---

[321] Herzog-Evans, M. « Homme, homme juridique et humanité de l'embryon ». *RTDCiv.* (2000) :65.

[322] La situation aux USA est, à ce sujet, très préoccupante. Plusieurs femmes et médecins ont été tués par des fanatiques anti-IVG pour avoir recouru ou participé à des interruptions de grossesse. *V.* Bari, D. « USA : le fanatisme anti-IVG tue encore deux fois ». *Humanite.presse.fr*, article paru le 2 janvier 1995 et consulté le 13 novembre 2006 et Jarrassé, J. « Médecin pro-IVG, un métier à risque aux États-Unis », *L'Express*, article paru le 16 juin 2009 et consulté le 11 avril 2011 sur le site : http://www.lexpress.fr/actualite/monde/amerique/medecin-pro-ivg-un-metier-a-risques-aux-etats-unis_767882.html.

[323] Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures sociales.

[324] Crim.31 janvier 1996 : Bull.crim. 1996, n°57 ; Robert, J.-H. *DP* n°87 (1996) ; Bonneau, J. *Gaz.pal.* 2 (1996) : 319 ; Pain-Masbrenier, M.-T. *Gaz.pal* 1 (1998) : 336 ; Dorsner-Dolivet, A. *JCP* II, n°22713 (1996) ; Delmas Saint-Hilaire, J.-P. « La répression du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse peut faire naître un conflit de faits justificatifs ; autorisation de la loi contre état de nécessité ». *RSC* (1996) : 670 ; Bouloc, B. *RSC* (1996) : 848.

certaines conditions, par la loi du 17 janvier 1975 »[325]. Cette solution est très intéressante sur plusieurs plans.

Tout d'abord, sans pour autant prendre parti sur la nature des embryons, la Cour de cassation observe que l'intérêt mis en danger par l'IVG n'est pas légalement protégé, puisque la loi permet expressément cette intervention[326]. En effet, l'infraction nécessaire n'est justifiée que dans la mesure où elle a permis de sauvegarder un bien ou un intérêt de valeur supérieure ou équivalente à celle du bien de l'intérêt sacrifié. Si bien que l'état de détresse ne peut justifier une législation sur l'IVG d'une part, parce qu'au titre de l'état de nécessité, il n'existe pas d'équivalence entre la suppression d'une vie et les difficultés économiques, affectives et sociales auxquelles doivent faire face les femmes enceintes[327] et d'autre part, parce que sa nature ne le permet pas.

D'un point de vue juridique, l'état de détresse ne peut constituer un fait justificatif de la législation sur l'IVG puisque son appréciation appartient uniquement à la femme enceinte. Or, l'état de nécessité, comme tout fait justificatif, doit être soumis au contrôle *a posteriori* des magistrats. Pour que la responsabilité pénale de l'auteur de l'infraction justifiée soit écartée, il faut que le tribunal constate la nécessité d'accomplir cette infraction au regard de l'imminence du danger. L'état de détresse, au sein de la législation sur l'IVG, serait dès lors purement secondaire. La solution de la chambre criminelle révèle ainsi une mise à l'écart évidente de la situation de détresse dans le fondement de la législation sur l'IVG au profit de l'autorisation de la loi. Aucune disposition n'existe pour sanctionner la femme en cas d'avortement illégitime, pourquoi vouloir lui appliquer un fait justificatif susceptible d'aucun contrôle ? Le seul fait justificatif qui semble convenir est celui d'une permission de la loi car la législation sur l'interruption de grossesse se justifie par elle-même et n'a nullement besoin qu'un fait justificatif la légitime.

---

[325] La confusion était peut-être née du fait que la décision du Conseil constitutionnel du 15 janvier 1975 faisait état de la notion de nécessité pour justifier la conformité de la loi sur l'interruption volontaire de la grossesse à la Constitution. La solution laissait ainsi entendre qu'elle subordonnait la conformité de la loi à la Constitution à l'état de nécessité dans lequel peut se trouver une femme enceinte.

[326] D'autant plus que la loi exige que l'objet statutaire des associations autorisées à se constituer partie civile en cas d'entrave à une IVG doit comporter « la défense des droits des femmes à accéder à la contraception et à l'interruption de grossesse » et non la protection des enfants à naître.

[327] Labbée, X. « La condition juridique du corps humain, avant et après la naissance », Presse Universitaire de Lille, 1990, p.146.

107. Manifestement, l'état de détresse ne peut être assimilé au fait justificatif de l'état de péril, ni à celui de l'état de nécessité. L'appréciation de cet état n'appartenant qu'à la femme enceinte, l'interrogation relative à sa « nature justificative » apparaît obsolète. Comme il ne serait pas souhaitable qu'un fait justificatif ne puisse faire l'objet d'aucun contrôle juridique, l'état de détresse ne peut pas être le fondement de la législation sur l'IVG. La lecture des travaux parlementaires va également dans ce sens[328]. En effet, la situation de détresse dépourvue de tout contrôle s'expliquerait par l'octroi d'une liberté de choix de la maternité par les femmes. Seule la femme doit être responsable et consciente de son choix de mener ou non à terme sa grossesse. L'introduction de cet état de détresse dans le texte de loi apparaît davantage comme la simple traduction d'un contexte dans lequel il serait difficile pour la femme d'envisager une première ou nouvelle maternité. L'ambiguïté quant au fait justificatif légitimant la législation sur l'avortement a perduré jusqu'en 2001 lors des discussions sur l'allongement du délai légal d'avortement.

II- L'autorisation de la loi comme nouveau fondement de la législation

108. Dès son article premier, la nouvelle loi sur l'IVG confirme l'indifférence de l'état de détresse quant à l'accès à l'IVG. Elle modifie l'intitulé du Chapitre II dédié dans le Code de la santé publique à « L'interruption pratiquée avant la fin de la dixième semaine en cas de situation de détresse » en le remplaçant par les termes suivants : « Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse ». Le législateur n'entend plus accorder à l'état de détresse l'importance qu'il semblait avoir eu sur la légitimité de l'autorisation légale de mettre volontairement un terme à une grossesse. Au travers de cette modification d'ordre formel, le législateur ne souhaite plus que l'état de détresse soit érigé en une sorte de fondement à l'exception apportée au principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie. « Toute femme demandant l'avortement est, et doit être, en situation de détresse (…) Par le seul geste de sa demande, la femme se désigne comme femme en détresse »[329]. La situation

---

[328] *JO AN*, séances du 26 au 29 décembre 1974.
[329] Serverin, E. « De l'avortement à l'interruption volontaire de grossesse : l'histoire d'une requalification sociale ». *Déviance et société* 4, n° 1 (1980): 1-17.

de détresse ne constitue donc pas une condition d'accès à l'IVG, mais son autorisation pose le postulat que la femme qui a recours à une IVG est nécessairement en état de détresse. Alors que pour certains[330], le délai légal de dix semaines et la situation de détresse garantissaient le caractère exceptionnel de cette autorisation légale, il ne reste désormais que le délai légal de douze semaines pour garantir le caractère exceptionnel de la permission de la loi.

109. L'interruption volontaire de grossesse doit être entendue comme une autorisation de la loi, fondée sur le principe de la liberté de la femme, de porter atteinte, à titre exceptionnel, au principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa[331] vie[332]. « Les milieux médicaux et intellectuels se déchirent une fois de plus, ragots et insultes à l'appui, et nous sommes repartis pour l'une de ces polémiques bien françaises où, s'appuyant sur des approximations, les uns et les autres se bagarrent à coups d'arguments taillés à la serpe idéologique, alors que le fond du débat, passionnant, important, tourne autour de questions complexes : dans quelle mesure une femme doit-elle conserver seule la maîtrise de son ventre ? A partir de quel âge, jusqu'à quel point et en vertu de quelle éthique le corps médical doit-il défendre le droit d'un fœtus à vivre ? En cas de conflit, qui doit décider en dernière instance, la femme, le couple ou le médecin ? »[333].

---

[330] *V.* Michaud, J. (« Droit à l'avortement ou droit de l'avortement », *Médecine & Droit*, 1996, p.1), qui considérait que l'accès à l'avortement ne pouvait constituer un droit à l'avortement en raison de l'existence d'un délai légal de dix semaines et de la constatation d'une situation de détresse. Une femme ne pouvait pas obtenir une IVG si elle ne respectait pas ces conditions d'ordre légal.

[331] Cette modification d'ordre sémantique a été perçue par certains comme la démonstration de l'autonomie de la vie de l'enfant à naître.

[332] Une autre modification a été apportée par la loi du 4 juillet 2001 qui est passée inaperçue. La loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, loi dite Neiertz, a écarté toute incrimination pénale à l'encontre de la femme qui pratique l'interruption de grossesse sur elle-même et abrogé les deux premiers alinéas de l'article 223-12 du code pénal. La loi du 4 juillet 2001 a, par la suite, consacré cette position en insérant dans le Code de la santé publique un article L.2222-4 qui énonce qu' « en aucun cas, la femme ne peut être considérée comme complice » de l'acte délictuel de fourniture de moyens abortifs. Cette insertion renforçant un peu plus la liberté de la femme dans l'attitude à adopter face à une grossesse. Selon le Conseil constitutionnel (décision n°92-317 DC du 21 janvier 1993), l'abrogation initiée en 1993 se trouverait justifié par « les dispositions contenues dans le projet de loi initial (qui) tendaient à faciliter la répression des actes d'entrave à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée dans les établissements de santé ».

[333] Remy, J. et Tiberghien, N. « La nouvelle bataille de l'IVG », *L'Express*, article paru le 28 septembre 2000 et consulté le 23 novembre 2006 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/la-nouvelle-bataille-de-l-ivg_490782.html.

Si l'action du législateur de 1975 a permis de diminuer un grand nombre d'avortements clandestins et d'offrir la possibilité à des milliers de citoyennes françaises d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse au sein des hôpitaux de France, il restait, chaque année, plus de 5 000 femmes qui demandaient une intervention au-delà du délai légal de dix semaines. Face au constat d'inégalités d'accès à l'IVG et d'une procédure préalable stigmatisante, féministes et professionnels sont repartis au combat et ont demandé au gouvernement de revoir les textes. Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la solidarité déposait le 4 octobre 2000 au Conseil des ministres un projet de loi assouplissant les conditions de l'avortement et de la contraception[334] (**A**), notamment par un allongement du délai légal de l'interruption de grossesse (**B**).

A- Un accès à l'IVG facilité

110. Les différentes études menées sur l'exercice de l'interruption volontaire de grossesse ont mis en évidence deux principales difficultés liées d'une part, à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse et d'autre part, à sa procédure qui a pu se révéler stigmatisante.

1. Une interruption de grossesse source d'inégalités

111. A la demande de Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité et de Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé et à l'Action Sociale, le Professeur Israël Nisand, à l'époque chef de la maternité du centre médico-chirurgical de Schiltigheim, a déposé en février 1999, un rapport sur les difficultés que rencontrent les femmes face à l'IVG[335]. L'objet de ce rapport était de réexaminer la situation française actuelle, d'apprécier l'efficacité des

---

[334] A noter qu'en 2001, contraception et interruption volontaire de grossesse font l'objet d'une seule et même loi. Lors du vote de la loi Veil en 1975, la libéralisation de la contraception avait déjà connu plusieurs années difficiles d'application.

[335] Nisand I. *Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport réalisé à la demande de Madame Martine Aubry, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et de Monsieur Bernard Kouchner, Secrétaire d'État à la Santé et à l'Action Sociale.*, février 1999.

structures, d'évaluer les difficultés rencontrées par les services qui répondent à la demande d'IVG et de faire des propositions concrètes susceptibles d'améliorer le sort des patientes qui, pour une raison ou une autre, recourent à l'IVG.

a. Les imperfections d'application de la législation. Après avoir observé l'efficacité des méthodes contraceptives[336] par la diminution des naissances non désirées et des naissances mal planifiées, le rapport fait état de l'existence d'inégalités sociales dans l'accès à l'IVG. Il l'explique notamment par certaines lacunes au niveau de l'information[337]. Le rapport observe que les raisons le plus souvent invoquées sont des grossesses trop rapprochées, un état de santé déficient, un logement trop exigu pour accueillir un nouvel enfant, l'instabilité conjugale ou financière. Au niveau des structures d'accueil, le rapport met en évidence des problèmes relatifs aux unités fonctionnant dans le cadre d'un service hospitalier et les activités d'IVG pratiquées par un service. Dans le secteur privé, plusieurs anomalies ont également été recensées : absence de remise du dossier guide, absence d'information sur le recours possible à l'aide médicale, non-respect de la semaine obligatoire de réflexion, grande difficulté d'obtenir en urgence l'attestation obligatoire d'entretien social, examens complémentaires superflus (échographies et examens biologiques répétés), recours très fréquent à l'anesthésie générale, durée d'hospitalisation plus longue que dans le public, absence complète de choix quant à la méthode, pratique de l'IVG déclarée K30 qui dispense de la procédure légale, entraîne la sous-déclaration de l'IVG et modifie le remboursement de l'acte par la sécurité sociale, en même temps qu'il permet l'addition d'honoraires supplémentaires. Le rapport a parallèlement constaté que certaines difficultés étaient fonction de l'intérêt porté par le chef de service à cette activité. La faible considération de la pratique des IVG aux yeux des médecins oblige certains hôpitaux à rémunérer trois vacations pour une seule effectivement réalisée pour que cette activité puisse se poursuivre. L'ensemble de ces facteurs rendent plus difficile l'accès à l'IVG en ce qu'ils créent des inégalités entre les femmes souhaitant avoir recours à une interruption de grossesse. La suppression de la clause

---

[336] Même s'il existe une évolution notable dans l'efficacité « moléculaire » de la contraception, ce serait davantage la motivation des utilisatrices qui conditionnerait l'efficacité réelle.

[337] Aux États-Unis, le pourcentage de grossesses non planifiées est plus élevé dans les groupes sociaux défavorisés mais, en cas de grossesse non planifiée, le taux d'avortement est plus élevé dans les groupes intermédiaires que dans les groupes défavorisés.

de conscience des chefs de service a été le choix du législateur pour remédier aux problèmes d'ordre fonctionnel.

b. La suppression de la clause de conscience des chefs de service. Attribuant une certaine responsabilité aux chefs de service dans les difficultés d'accès à l'IVG, un projet de loi proposa de supprimer la clause de conscience dont ils bénéficiaient depuis 1975[338]. Lors de la saisine du Conseil constitutionnel sur la conformité de la loi à la Constitution, les sénateurs requérants ont notamment soulevé la violation du principe de liberté de conscience[339]. Le Conseil constitutionnel rappelle que la liberté de conscience constitue l'un des principes fondamentaux de la République et bénéficie d'une certaine protection dans l'absence de répression en cas de refus. Le projet de loi permet à toute personne susceptible d'intervenir lors d'une IVG, qu'elle soit médecin, infirmière ou sage-femme, de respecter la liberté de conscience de chacun de ces intervenants. Si les nouvelles dispositions prévues par le projet de loi de 2001 entendent retirer aux chefs de service la possibilité de s'opposer à la pratique d'IVG au sein de leur unité, elles ne sauraient remettre en cause leur liberté de ne pas pratiquer personnellement une IVG. Selon le Conseil constitutionnel, cette suppression participerait davantage au principe de valeur constitutionnelle d'égalité des usagers devant la loi et le service public. En obligeant les chefs de service à respecter la liberté de conscience de leur personnel, le projet de loi entend également réduire les inégalités dans les lieux d'intervention et accorder aux femmes une certaine protection dans la liberté de mettre un terme à leur grossesse.

112. Une mise au point auprès des intervenants médicaux était d'autant plus nécessaire que la procédure préalable à toute interruption de grossesse était stigmatisante.

2. Une procédure préalable stigmatisante

[338] Pour une lecture plus large de la clause de conscience, *v.* Bouisson, S. « L'agent public entre l'allégeance et la tentation d'Antigone: la clause de conscience. », *Actualité juridique de la fonction publique* (2003), p.44.
[339] Ils ont également invoqué la violation du principe d'indépendance des professeurs d'université que le Conseil constitutionnel a succinctement écarté car seule était en cause « la liberté du médecin en sa qualité de praticien chef de service ».

113. Dissuasive, la procédure préalable à l'IVG s'est révélée être stigmatisante au regard notamment de l'obligation pour les femmes de s'entretenir au préalable avec un service social mis à leur disposition. Une étude menée par Sophie Divay, conseillère conjugale au sein d'une associationcompétente pour réaliser les entretiens préalables à l'IVG[340], s'est appuyée sur quatre-vingt-neuf comptes rendus issus de ces entretiens entre 1997 et 2000[341]. Ces derniers ont fait apparaître que la démarche sociale imposée à la femme enceinte souhaitant interrompre sa grossesse était stigmatisante, si bien que le caractère obligatoire de l'entretien préalable ferait de l'IVG une déviance morale légale. La réflexion était essentiellement portée sur le rapport entre avortement et déviance, rapprochement qui s'expliquerait par le poids des normes morales attachées à l'avortement.

a. L'IVG : une déviance morale légale. Au travers des différentes rencontres[342], trois types de femmes ont pu être observés : un peu moins de la moitié des femmes de l'échantillon a une attitude indifférente face à l'IVG[343], près de 40% des femmes la perçoivent comme un mal nécessaire[344] et enfin, certaines femmes sont très affectées par ce recours[345]. D'une

---

[340] Les membres de l'association dans laquelle l'étude s'est déroulée revendiquent une refonte de la loi de 1975 et notamment la suppression de l'entretien obligatoire, ainsi qu'un allongement des délais légaux.

[341] Divay, S. « L'IVG : un droit concédé encore à conquérir », *Travail, genre et sociétés* 9, n°1 (2003) : 197-222 et « L'avortement : une déviance légale », *Déviance et société* 28, n°2 (2004) : 195-209.

[342] L'étude a été menée dans un quartier populaire d'une ville française moyenne ; ce qui explique que plus d'un tiers des femmes entendues étaient des employées ou des ouvrières (seulement 5% de cadres) et près d'un quart était des étudiantes ou lycéennes. Ces femmes n'ont pas été prévenues de l'usage qui serait fait de leurs témoignages. S'agissant de l'obligation de remettre une attestation de consultation à l'issue de l'entretien, « papier » qui conditionnera l'intervention médicale, il a été décidé que cette attestation, dont le terme démontre le caractère contraignant de cet entretien préalable, serait remise par la conseillère conjugale à la femme dès le début de l'entretien. L'étude a ainsi pris le parti de réduire au minimum les contraintes institutionnelles.

[343] Les femmes qui affichent une attitude indifférente sont submergées par des problèmes dont la gravité minore la question de l'IVG. Elles sont discréditables et non d'emblée discréditées, dans la mesure où cet épisode peut se dérouler en toute confidentialité. L'étude reconnaît la difficulté à avancer des hypothèses dans ces situations car les femmes n'ont certainement pas voulu aborder ce sujet avec la conseillère. D'autant plus que l'absence de culpabilité ne pouvait faire l'objet d'investigation car elle aurait contenu en elle-même un sens normatif. « Comment demander à la personne, sans laisser poindre un jugement de valeurs, pourquoi elle ne culpabilise pas en ces circonstances ? ». « Pourquoi ne culpabilisez-vous pas de ne pas culpabiliser » ?

[344] Selon Sophie Divay, l'IVG traduit, en tant que « mal nécessaire », correspond à la mise en place « d'une autoprotection défensive ». Elle constate que la parole des ces femmes est mise en doute et c'est ce qui expliquerait qu'elles ressentent le besoin de se justifier en développant des « stratégies de contre-stigmatisation ». Ces stratégies révèleraient, selon l'auteur, un sorte de « déni de responsabilité » dans lequel « le déviant tend à démontrer qu'il ne saurait être tenu pour fautif puisqu'il n'est pas responsable des faits ». C'est notamment le cas lorsque l'IVG est assimilé par les femmes comme la réparation nécessaire de l'échec du stérilet, par exemple. Elle constate pareillement que ce déni de responsabilité se traduit par des « espoirs déçus dont la réalisation aurait apporté un soulagement : la fausse-couche, une anomalie qui autoriserait une intervention médicalement prescrite ». L'IVG serait alors devenue soit une interruption sur prescription

manière générale, le choix d'avorter recouvre des oscillations entre des sentiments complexes et contraires vacillant entre légitimité et culpabilité. La mise en place de parades défensives par les femmes traduirait des stratégies d'autoprotection visant davantage à justifier leur choix et non pas à prendre fait et cause pour le droit à l'IVG.

114. Une étude plus ancienne, menée en 1982, observait à ce titre que les conseillères de son corpus d'entretiens tentaient de dissuader les femmes car ces professionnelles partageaient un ensemble de présupposés à propos de l'IVG conçue comme la résultante d'un échec (de la contraception, du couple…)[346]. Très certainement, le caractère dissuasif de la loi du 17 janvier 1975 a conduit à ce que la demande d'IVG soit appréhendée de manière dramatique[347] car constituant nécessairement la conséquence de souffrances et de traumatismes, d'autant que par nature toutes les femmes sont supposées éprouver un désir conscient ou inconscient d'enfant. De ce fait, la conseillère se serait sentie chargée d'une mission, telle que définie par la loi de 1975, qui doit l'amener à prévenir la récidive et par là même à éviter la banalisation d'un acte jugé grave, et nécessairement exceptionnel. La démarche d'ensemble du conseil psycho-social est avant tout normative et l'appel aux travailleurs sociaux et, en particulier, à un corps de spécialistes des troubles du comportement parental et familial officialiserait ainsi l'avortement comme une anormalité, comme une déviance.

115. Selon l'étude de 2000, l'obligation d'un entretien préalable correspondrait à un contrôle social sur les demandes d'IVG et les termes de la législation laisseraient entrevoir

---

médicale, soit un avortement spontané. « Quand toute possibilité d'éviter une prise de décision s'est évanouie, reste encore la solution du déni de l'avortement » (Divay, S. (2003), (2004), *op.cit*.

[345] Sur l'ensemble de l'échantillon, seulement deux femmes très affectées étaient incapables d'autoprotection. Cette constatation a été possible qu'au travers de deux femmes qui n'ont pas réussi à se mettre à l'abri de la culpabilité et de la honte. Les jugements des autres les indiffèrent. Elles sont incapables de relativiser les normes morales intériorisées.

[346] Devreux, A.-M. et Ferrand-Picard M., « La loi sur l'avortement. Chronologie des événements et des prises de position ». *Revue française de sociologie* 23, nº 3 (1982): 503-518.

[347] La situation de détresse évoquant nécessairement une certaine fragilité et incapacité de la femme à gérer une grossesse.

une prise de position morale de la part du législateur[348]. En effet, par son article premier, la loi sur l'IVG précise avec force qu'elle constitue une atteinte exceptionnelle à l'existence d'un être humain lorsque la femme se trouve dans un état de détresse. L'introduction, en parallèle, d'une clause de conscience au bénéfice des médecins renforce l'idée que l'avortement est un acte grave qui justifie qu'un médecin puisse refuser de pratiquer une telle intervention. La femme peut s'estimer dans son droit si elle satisfait aux conditions requises, mais il lui est parallèlement signifié qu'elle choisit de détruire une vie humaine « dès son commencement ». Certains médecins généralistes ou spécialistes s'érigeraient en « entrepreneurs de morale » tendant, par leur action, à faire respecter et appliquer des normes auxquelles ils adhèrent. Certaines femmes disent avoir été victimes de pressions de la part du médecin consulté. Ils détiendraient une sorte de pouvoir sur les femmes qui sont prêtes à ne pas se plaindre pourvu que l'IVG ait lieu.

Enfin, toujours selon Sophie Divay, la plupart des femmes évoquerait tout un ensemble de raisons pour justifier leur décision : problèmes financiers, problèmes d'emploi, âge, pas de statut professionnel stable, difficultés conjugales, contre-indications médicales ou encore des pressions exercées par autrui. En définitive, pensant agir en contradiction avec la morale, les femmes ayant recours à une IVG « s'attendaient à une « leçon de morale » qui ne leur aurait pas paru incongrue »[349]. L'IVG relèverait ainsi d'une sorte de déviance morale légale qui expose les femmes à des formes de sanctions non institutionnelles les plongeant dans la solitude, le secret et la peur du jugement des proches et du monde médical. En effet, la très grande majorité des femmes insisterait sur le caractère secret que doit revêtir leur action. La décision serait connue seulement de quelques confidents, si ce n'est d'aucun dans certaines situations. Il s'agirait pour ces femmes d'éviter l'incompréhension, les jugements et reproches[350]. L'expression de cet ensemble de rationalisations afin de justifier leur choix traduirait l'acceptation par les femmes des normes stigmatisantes établies par la loi vis-à-vis de l'avortement.

---

[348] Que ce soit dans la loi du 17 janvier 1975 ou celle du 4 juillet de 2001.
[349] Divay, S. (2004), *op.cit.*
[350] L'emprise de la mère ou celle du compagnon semble être la contrainte la plus redoutée. Et pourtant, la réaction de l'entourage n'est pas toujours défavorable : certaines femmes découvrent que des années avant elles leur mère avait elle aussi avorté sans jamais rien en dire.

b. La suppression du caractère obligatoire des entretiens. Les conséquences stigmatisantes des entretiens préalables ont conduit le projet de loi à proposer la suppression de leur caractère obligatoire. Le texte définitif du 4 juillet 2001 exige que soit « systématiquement proposée, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés »[351]. Il précise que « pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation ». Cette consultation n'est désormais obligatoire que pour les femmes mineures non émancipées et sera simplement proposée aux femmes majeures. Le « dossier-guide » est toujours transmis à la femme désireuse de mettre un terme à sa grossesse lors de la première visite médicale. Toutefois, la loi nouvelle prévoit de ne plus y faire figurer « l'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître »[352].

Lors de leur saisine du Conseil constitutionnel, les sénateurs craignaient une remise en cause « des garanties légales qui étaient auparavant en vigueur pour assurer la sauvegarde de la liberté individuelle de la mère » et que ces nouvelles dispositions « n'assurent plus que la femme enceinte donnera un consentement libre et éclairé, inhérent à l'exercice de la liberté de ne pas avorter ». Ainsi, le caractère facultatif de la première visite et la suppression des informations relatives aux aides sociales constitueraient-ils des obstacles à la liberté de la femme de ne pas avorter. Cette approche des sénateurs n'est pas étrangère à l'esprit de la loi Veil qui se voulait, avant tout, exceptionnelle et dissuasive. Le Conseil constitutionnel considère, quant à lui, que cette modification respecte, à juste titre, la liberté de la femme enceinte qui souhaite recourir à une interruption volontaire de grossesse et que les informations relatives aux aides et secours dont peuvent bénéficier les mères et leurs enfants

[351] Art.L.2212-4,1 CSP.
[352] Énumération issue de l'article 4 de la loi n°75-17 du 17 janvier 1975 insérant un article L.162-3 dans le Code de la sante publique.

sont dispensées aux femmes majeures qui ont accepté la consultation préalable à caractère social ». Le Conseil constitutionnel estime que la simple proposition de consultation permet à la femme de prendre une décision en connaissance de cause, si bien que le consentement est acquis et la liberté de la femme qui découle de l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 pleinement respectée[353]. Nonobstant le caractère facultatif de l'entretien préalable à toute décision d'IVG, les indications d'ordre social seraient d'exigence constitutionnelle lorsque la femme souhaite avoir accès à des informations pouvant lui proposer d'autres issues que celle de mettre un terme à sa grossesse[354].

116. Ainsi, la liberté dont faisait mention les requérants ne se réfère-t-elle aucunement à la liberté de la femme enceinte de recourir à une IVG mais essentiellement à la liberté de la femme enceinte de mener à terme sa grossesse après avoir pu prendre conscience de la gravité de la décision par la lecture d'un « dossier-guide » à visée dissuasive. La peur de voir émerger un véritable droit à l'avortement les a conduit à considérer l'absence de caractère obligatoire de l'entretien préalable comme un détournement de l'objectif que s'était donné la loi Veil, c'est-à-dire autoriser l'IVG de manière exceptionnelle et favoriser au maximum la proposition d'autres solutions.

Suppression du caractère obligatoire de l'entretien préalable, suppression de la clause de conscience des chefs de service : l'autorisation de la loi ne glisserait-elle pas vers un droit à l'avortement ? L'exigence d'un délai légal de douze semaines apparaît, dès lors, comme le dernier rempart au droit de l'avortement et la dernière garantie de l'exception portée par l'IVG au principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie.

---

[353] Art.2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 :
« Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression ».
[354] Mathieu B. « Une jurisprudence selon Ponce Pilate (constitutionnalité de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse et la contraception) ». *D.* n°31 (2001): 2533.

B- L'équilibre des intérêts en présence respecté

117. Dans sa décision de 1975, le Conseil constitutionnel justifiait l'interruption volontaire de grossesse par l'existence d'une situation de nécessité renvoyant à l'état de détresse de la femme enceinte[355]. En 2001, il porte davantage l'accent sur l'expression d'une liberté telle qu'elle résulte de l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme de 1789 : « en portant de dix à douze semaines le délai pendant lequel peut être pratiquée une interruption volontaire de grossesse lorsque la femme se trouve, du fait de son état, dans une situation de détresse, la loi n'a pas, en l'état des connaissances et des techniques, rompu l'équilibre que le respect de la Constitution impose entre, d'une part, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme de dégradation et, d'autre part, la liberté de la femme qui découle de l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ».

1. Un allongement du délai légal dans le respect de la dignité de la personne humaine

118. Malgré les réticences médicales et juridiques, le passage du délai légal de dix à douze semaines semble rester le dernier point d'ancrage du refus d'accorder à la femme enceinte un véritable droit à l'avortement.

a. Les réticences médicales. « Si la notion de détresse et de maîtrise de la fécondité par les femmes a progressivement été admise par une grande majorité des médecins »[356], le corps médical est et reste hostile à une modification du délai pour des raisons principalement éthiques et techniques.

---

[355] Mathieu, B. (2001), *op.cit.*
[356] Nisand, I. (1999), *op.cit.*

119. La limite de douze semaines représente à leurs yeux le passage de la période embryonnaire à la période fœtale, comme la limite au-delà de laquelle seule une malformation fœtale ou un risque vital pour la mère peut justifier cet acte médical[357]. L'allongement du délai engendre également des questions de pratique : les méthodes chirurgicales qui consistaient en une aspiration passent à une expulsion provoquée. Même si près d'un tiers des demandes d'IVG hors délai sont prises en charge en France au bénéfice du doute sur l'âge gestationnel, le risque médical augmenterait, tout de même, par la complexité du geste liée à l'état d'avancement de la grossesse.

Certains praticiens préfèreraient au délai légal une référence à la taille du fœtus car les moyens de détermination de l'âge gestationnel ont une précision de sept jours ce qui laisse le bénéfice du doute pour les femmes qui ont dépassé de quelques jours le délai légal. D'autant plus que la procédure d'urgence permet de réduire à deux jours le délai de réflexion lorsque l'âge gestationnel est proche du délai légal. A défaut de modifier le critère d'accès à une interruption de grossesse, « une plus grande souplesse dans l'établissement de l'âge gestationnel recommandée aux praticiens et un recours éventuel, pour les situations les plus dramatiques, traitées au cas par cas, à l'interruption médicale de grossesse dans les structures régionales acceptant de recevoir ces cas désespérés seraient immédiatement efficaces »[358]. Selon le Professeur Nisand, le délai de douze semaines n'empêchera pas les femmes de se rendre à l'étranger puisque dans 40 à 50% des cas, ce même délai de douze semaines sera également dépassé. Cette demande de souplesse dans l'appréciation de l'âge gestationnel se justifie d'autant plus que, selon son rapport, la demande d'IVG au-delà de douze semaines correspond généralement à une situation de désir de grossesse secondairement altérée par un évènement intercurrent. C'est pourquoi, il propose d'accueillir toutes les femmes qui refusent une grossesse, quel que soit le délai, dans le cadre non pas de l'IVG, mais de l'interruption médicale de grossesse. Toutefois, les réticences médicales se sont parfois traduites par une mauvaise organisation des services d'orthogénie dans les hôpitaux accueillant l'IVG. En effet, certaines situations de dépassement des délais sont dues à un dysfonctionnement du système. La pratique de l'IVG reste largement méprisée du milieu médical, peu valorisante pour ceux

---

[357] Toutefois, quelques pays européens ont choisi d'autoriser l'IVG dans des délais bien importants. C'est notamment le cas du Royaume-Uni ou des Pays-Bas qui ont fixé un délai légal de 24 semaines (*V.* Les législations sur l'IVG en Europe : http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/europe.htm).
[358] Nisand I., 1999, *op.cit.*

qui s'y dévouent et pénalisante pour les femmes qui, mal aiguillées, mal accueillies, perdent un temps précieux ou avortent encore parfois dans un climat traumatisant. « Ce n'est pas de ma faute si tu es là »…

Fallait-il changer la loi de 1975 ou mieux l'appliquer ? La suppression de la clause de conscience des chefs de service n'a, en tous cas, que peu convaincu les syndicats de médecins : face à la fermeture croissante des plannings familiaux et des structures pouvant accompagner les femmes dans leurs démarches, les médecins s'interrogent sur l'utilité d'allonger les délais si l'on ne leur donne pas les moyens d'accueillir décemment les femmes dans un délai bref. Si le passage du délai légal de dix à douze semaines a pu susciter des réactions techniques et éthiques de la part des praticiens, il a également fait émerger de nouvelles inquiétudes juridiques relatives à la protection de la dignité humaine de l'embryon.

b. Les réticences juridiques. La nouvelle loi sur l'IVG a soulevé de nombreuses observations d'ordre juridique qui n'avaient que très peu été relevées lors du vote de la loi du 17 janvier 1975. Vraisemblablement due à l'émergence des lois bioéthiques de 1994 et de leur objet épineux que constitue l'embryon[359], la crainte d'« un risque certain de pratique eugénique tendant à la sélection des enfants à naître » fût soulevée par les sénateurs requérants.

Ils rappelaient à ce titre que le passage de la dixième à la douzième semaine correspondait à l'évolution de l'embryon en un fœtus au cours de laquelle le sexe de l'enfant à naître pouvait être connu, et que certaines anomalies pouvaient alors être décelées. Or, l'article 16-4 du Code civil interdit « toute pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes », et le Conseil constitutionnel affirme que les dispositions de la loi du 4 juillet 2001 ne correspondent en rien à une telle définition et que par conséquent, le moyen pris en la violation du principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie ne peut être entendu, la condamnation de l'eugénisme ne valant que pour les dispositions à finalité eugéniste. Ce qui n'est définitivement pas le cas des femmes souhaitant mettre un terme à leur grossesse. Interrogé sur la question, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) fait

---

[359] *V.* Mathieu B., « La dignité de la personne humaine : quel droit ? quel titulaire ? », *D.* (1996) : 282 ; Véron M., « Du constat de la mort et du constat de la vie », *DP* chronique n° 7 (1997) ; Labbée X., « Esquisse d'une définition civiliste de l'espèce humaine », *D.* (1999) : 437 ; Neirinck C., « L'embryon humain : une catégorie juridique à dimension variable ? », *D.* (2003) : 841 ; Peis-Hitier M.-P., « Recherche d'une qualification juridique de l'espèce humaine », *D.* (2005) : 865.

observer que « les demandes d'interruption volontaire de grossesse sont principalement fondées sur des détresses psychologiques et sociales »[360]. Il va, d'ailleurs, déplacer la réflexion au niveau des moyens techniques et sociaux susceptibles d'être mis en œuvre pour une meilleure pratique des IVG et éviter une certaine marginalisation des structures et personnels pratiquant de telles interventions médicales[361]. Il met l'accent sur la nécessité de renforcer les moyens d'écoute et de matériels pour permettre aux femmes enceintes en détresse de, tout de même, mener à terme leur grossesse.

120. Derrière cet argument eugénique, se profilaient les interrogations plus générales de l'atteinte portée au respect de tout être humain dès le commencement de sa vie, dès lors que la loi autorise « l'interruption du développement d'un être humain ayant accédé au stade du fœtus, lequel constitue une personne humaine en puissance et jouirait d'une protection juridique renforcée ». Sans vraiment répondre à la question, le Conseil constitutionnel a immédiatement précisé qu'il ne lui appartenait pas « de remettre en cause, au regard de l'état des connaissances et des techniques, les dispositions ainsi prises par le législateur » qui, lui seul, peut revenir sur des dispositions antérieures. Il précisa toutefois que l'exercice de ce pouvoir ne pouvait se faire qu'au travers de garanties légales visant à répondre aux exigences constitutionnelles. Si certains ont vu dans ce refus de se prononcer sur la protection de la vie de l'embryon devenu fœtus une dérive du contrôle de constitutionnalité[362], le Conseil constitutionnel estime, quant à lui, que la loi du 4 juillet 2001 respecte parfaitement l'équilibre que la Constitution entend garantir entre d'une part, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et d'autre part, la liberté de la femme. Les intérêts en présence sont ici clairement établis : la dignité de la personne humaine et la liberté de la femme. L'atteinte portée à la vie de l'embryon doit être justifiée par la liberté de la femme. En effet, le Conseil constitutionnel assure la protection de l'embryon *in vivo*, quelque soit son stade de

---

[360] « Avis n°66 du 23 novembre 2000 : réponse du CCNE aux saisines du président du Sénat et du président de l'Assemblée nationale sur l'allongement du délai d'IVG ». *Journal International de Bioéthique* 13, nº 2 (2002): 97-101.

[361] Tout comme le rapport d'Israël Nisand en 1999, certains ont proposé d'élargir le champ de l'interruption médicale de grossesse. Toutefois, selon le CCNE, transférer la responsabilité quant à l'appréciation de l'état de détresse aux médecins, reviendrait à « rapprocher la détresse du motif thérapeutique (ce qui) conduirait à fausser les repères juridiques inscrits dans la loi de 1975 et entraînerait des confusions graves et dommageables pour les femmes, sources de discriminations et de solutions aléatoires ».

[362] Mathieu, B. (1996), *op.cit.*

développement, sur le fondement du principe de la dignité de la personne humaine[363]. Si la protection de l'embryon devait évoluer en fonction de son stade de développement, le Conseil constitutionnel aurait été dans l'obligation de considérer l'équilibre rompu. En définitive, sa position revient à laisser au législateur toute liberté quant à l'apport d'éléments limitant le droit à la vie. Ce dernier serait, par voie de conséquence, devenu une sorte de droit secondaire dans l'ordre des droits fondamentaux[364]. Or, ce n'est pas parce que le législateur a entendu apporter une atteinte au principe qu'il ne reconnaît pas la qualité d'être humain à l'embryon[365]. L'autorisation faite à une femme enceinte de choisir l'issue de sa grossesse ne lui reconnaît aucunement un droit mais une liberté encadrée et garantie par la Constitution et la Convention européenne « et la loi d'un État doit protéger la liberté qu'elle reconnaît, pour éviter que celle-ci soit impunément bafouée ou ne puisse s'exercer »[366].

2. Les derniers remparts au droit à l'avortement

121. L'idée selon laquelle la femme enceinte bénéficierait d'un véritable droit à l'avortement se justifie difficilement au regard notamment du délai légal mais également de la persistance de certaines inégalités qui entourent encore aujourd'hui l'accès à l'IVG.

---

[363] Décision n°94-343/344 DC du 27 juillet 1994 sur la loi relative au respect du corps humain et sur celle relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic périnatal.

[364] Mathieu, B. (1996), *op.cit.* L'auteur estime que les positions adoptées par le Conseil constitutionnel en 1975 et en 1994 (décision n°94-344 DC du 27 juillet 1994) sont contradictoires. Alors qu'en 1975, l'acceptation de la dérogation portée par la loi au principe du respect de tout être humain dès le commencement de la vie supposait indirectement que l'embryon devait être considéré comme un être humain, le Conseil constitutionnel, en 1994, a fait de ce même principe l'une des garanties du principe de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Cette limitation du principe de dignité humaine par l'autorisation légale faite à la femme enceinte de mettre un terme à sa grossesse n'affaiblirait-elle pas la portée du principe ? En définitive, « la protection de la vie est une exigence constitutionnelle, à défaut d'être un principe constitutionnel autonome, à laquelle il peut être dérogé sous certaines conditions ». Le principe de dignité de la personne humaine ne serait plus « un principe fondateur des droits fondamentaux », mais un principe éthique doté de peu d'effets juridiques, « mal défini et plastique propre à couvrir toutes les dérives ».

[365] Les apports des lois bioéthiques de 1994 ont démontré le contraire.

[366] Rubellin-Devichi, J. « Le droit et l'interruption de grossesse ». *LPA*, nº 69 (7 juin 1996): 19.

a. Une autorisation légale limitée par l'établissement d'un délai légal. Si l'état de détresse inscrit dans la législation sur l'avortement ne peut être assimilé à un fait justificatif, l'interruption volontaire de grossesse n'en reste pas moins autorisée par la loi. Si la liberté dont dispose la femme semble aujourd'hui correspondre à la valeur constitutionnellement protégée, elle semblerait se détacher un peu plus de l'esprit initial du législateur de 1975. La suppression de la référence à l'état de détresse dans les intitulés du Code de la santé publique, la suppression de la clause de conscience pour les chefs de service, l'allègement des procédures ainsi que l'allongement du délai légal ont été entendus comme un pas supplémentaire sur le chemin d'un véritable droit à l'avortement. La protection de la liberté de la femme de recourir à une IVG doit-elle, pour autant, s'analyser en un droit à l'avortement ? L'autorisation légale qui est faite aux femmes enceintes de mettre un terme à leur grossesse ne relève aucunement de l'attribution de droits subjectifs, mais simplement de libertés individuelles[367]. Alors que tout droit subjectif emporte la reconnaissance par la loi d'une prérogative visant à satisfaire un besoin personnel, les libertés individuelles constituent des intérêts légitimes (non des droits) qu'aucun tiers ne saurait remettre en cause . A l'évidence, nous ne pouvons avoir de droits sur soi-même. Ainsi, le droit à la vie ou le droit de la femme sur son corps constitueraient-ils des intérêts légitimes, des libertés individuelles que le législateur entend protéger. Comme le souligne, à juste titre, Jacqueline Rubellin-Devichi, « les libertés garanties par la Constitution ou la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales (…) sont souvent plus précieuses que des droits »[368]. Reconnaître à la femme enceinte un droit à l'avortement serait trop attentatoire à la protection de la vie humaine. La liberté ainsi accordée devrait seulement renvoyer à une liberté personnelle, une sorte de « liberté-autonomie » et non d'une « liberté-droit »[369]. Il serait difficile d'accorder un droit à l'avortement à la femme tout en accordant, parallèlement, le respect de la dignité de l'embryon, sans rompre l'équilibre entre les intérêts en présence. C'est la raison pour laquelle le législateur a entendu limiter la liberté de la femme par une IVG autorisée dans un délai de douze semaines de grossesse. Le délai légal permet à lui seul d'affirmer que le recours à une interruption de grossesse ne constitue pas un droit, mais une liberté légalement autorisée et limitée dans le temps.

---

[367] Rubellin-Devichi, J. (1996), *op.cit.*
[368] *Ibid.*
[369] Mathieu, B. (1996), *op.cit.*

122. Le droit dénie-t-il pour autant la qualité d'être humain à l'embryon ? C'est, tout de même, la législation sur l'IVG qui a explicitement posé le principe du respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Cette position a, par la suite, été consacrée par les lois bioéthiques de 1994 par l'insertion d'un article 16 dans le Code civil[370]. Toutefois, le législateur ne se serait-il pas enfermé dans l'impossibilité d'affirmer que l'embryon était un être humain justement parce qu'il a donné la permission de donner la mort à un Homme ? En tout état de cause et même si certains auteurs estiment que l'équilibre prôné par le Conseil constitutionnel entre la dignité humaine de l'embryon et la liberté de la femme est « vertueux »[371], admettre cet équilibre éviterait certaines contrevérités comme celle consistant à réduire l'embryon à l'état de chose[372]. L'embryon est un être humain qu'il est permis de tuer à titre exceptionnel : dans un délai légal de douze semaines de grossesse. Admettre que l'autorisation légale de mettre un terme à une grossesse répond à l'exercice d'une liberté et non d'un droit, c'est admettre que l'État puisse autoriser l'IVG uniquement sous certaines conditions ; en l'occurrence, une intervention nécessairement pratiquée par un médecin dans un délai de douze semaines de grossesse.

123. L'absence de droit à l'avortement se confirme par les inégalités persistantes qui entourent, encore aujourd'hui, l'accès à l'interruption volontaire de grossesse.

b. La persistance des inégalités. Il ressort d'un rapport d'information de l'Assemblée nationale[373] et d'une étude menée entre 1990 et 2005 sur l'impact de la nouvelle loi sur l'interruption volontaire de grossesse[374], que certaines inégalités subsistent dans l'accès à

---

[370] L'article 16 du Code civil, introduit par la loi n°94-653 du 29 juillet 1994, énonce que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ».

[371] Mathieu, B. (1996), *op.cit.*

[372] Herzog-Evans, M. (2000), *op.cit.*

[373] Poletti, B. « N° 1206 - Rapport d'information de Mme Bérengère Poletti déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception », 22 octobre 2008. Rapport consulté le 30 mars 2011, sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1206.asp.

[374] Rossier C, L. Toulemon et F. Prioux, « Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 ». *Population* 64, nº 3 (2009): 495-529. L'hypothèse de départ de cette étude (basée sur les bulletins d'IVG) consistait à considérer la durée de gestation au moment de l'interruption comme l'indicateur des difficultés d'accès aux services d'IVG. L'application de la loi du 4 juillet 2001 a permis deux évolutions : le nombre d'IVG médicamenteuse a doublé entre 1997 et 2005 et la durée gestationnelle des IVG

l'IVG. Avec un peu plus de 200 000 IVG par an, la France présente un taux stable d'interruptions de grossesse et ce, malgré une contraception largement diffusée. Seuls les modes opératoires ont changé avec l'arrivée de l'IVG médicamenteuse qui représentait 46% des IVG en 2006[375]. Il ne semblerait donc pas que l'allongement du délai légal ait eu une incidence sur le nombre d'IVG même s'il se rapproche de la moyenne de quatorze semaines des pays européens[376]. Si l'allongement du délai a permis d'éviter que certaines femmes se rendent à l'étranger pour pouvoir bénéficier d'une IVG après dix semaines, seulement 8% des IVG déclarées ont été effectuées dans la période de la onzième à la douzième semaine[377].

124. Selon une étude de la D.R.A.S.S. menée en 2006 sur la région d'Île-de-France, les trois quarts des femmes avorteraient au cours des neuf premières semaines de grossesse et seulement 4% entre la treizième et la quatorzième semaine[378]. Certaines des personnes auditionnées par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité entre les hommes et les femmes ont fait observer que ce nouveau délai était, en réalité, assez mal accepté par les praticiens : la clause de conscience est plus souvent invoquée lorsque l'IVG doit intervenir dans les deux dernières semaines du délai légal. Aussi, en Île-de-France, trois demandes sur dix effectuées pendant le délai légal ne sont pas satisfaites soit faute de place, soit l'établissement n'effectuant pas d'IVG après douze semaines de grossesse et soit enfin en

---

chirurgicales a augmenté de près d'une semaine sur la même période. Ces évolutions concomitantes s'expliqueraient par une diminution des IVG chirurgicales précoces relayées par la méthode médicamenteuse dans ces situations ; l'IVG chirurgicale étant davantage utilisée pour les durées gestationnelles plus importantes.

[375] *Ibid.* Outre l'allongement du délai légal, la loi du 4 juillet 2001 avait également entendu faciliter l'accès à l'IVG en autorisant la pratique médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Mais cette autorisation n'a été possible qu'à partir de 2004 (décret 2004-636 du 1er juillet 2004) en raison de controverses médicales portées sur les recommandations de l'A.E.N.E.S. et le tarif forfaitaire de cet acte médical.

[376] Sur les vingt-sept États membres de l'Union européenne, la grande majorité autorise l'IVG dans les douze premières semaines de gestation, le Portugal limite l'autorisation à huit semaines, la Slovénie à dix semaines et la Suède, le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont quant à eux respectivement fixé un délai de dix-huit et vingt-quatre semaines. Chypre n'autorise l'IVG seulement en cas de viol ou sur indications médicales, l'Irlande l'admet qu'en cas de danger de mort de la femme enceinte. L'IVG est également illégal à Malte sauf en cas de viol ou d'anomalies du fœtus. Et enfin, la Pologne autorise l'IVG dans les douze premières semaines si la grossesse résulte d'un viol, délai qui sera prolongé en cas d'indications médicales. Pour une lecture plus approfondi de l'état des législations européennes : http://www.planning-familial.org/themes/theme03-avortement/fiche05Precision03.php.

[377] Vilain, A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2003*. Études et résultats. D.R.E.E.S., octobre 2005, consulté le 6 avril 2011 sur : http://www.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2003.html.

[378] *Les interruptions de grossesse en Île-de-France en 2006*. D.R.A.S.S., Île-de-France, n°26, mars 2008 et Vilain, A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2006*. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., septembre 2008.

raison de difficultés d'accès à l'échographie. Ainsi, l'allongement du délai légal n'a-t-il pas permis d'éradiquer les départs pour l'étranger de certaines femmes car ils ne sont pas uniquement dus aux règles applicables au délai légal mais aussi parfois à une mauvaise organisation des services que la suppression de la clause de conscience chez les chefs de service et l'allongement du délai ne pouvaient, à eux seuls, combattre. L'évolution des structures hospitalières explique pour partie le maintien de certaines de ces inégalités. En effet, le secteur privé se désengage toujours un peu plus en matière d'IVG. Beaucoup trop de cliniques pratiquant des IVG ferment et ce, malgré l'obligation imposée par la loi de 1975, et maintenue par celle de 2001, au service public hospitalier de s'organiser « pour assurer la mise en œuvre du droit à recourir à une IVG ». C'est notamment le cas de l'Île-de-France qui voit ses centres fermer les uns après les autres alors que c'est une région des plus touchées par le recours à l'IVG[379]. Ces difficultés d'accès s'accentuent également en matière d'IVG médicamenteuse en ville. Le rapport regrette les progrès trop limités dans le secteur libéral. Cela s'explique par le faible nombre de médecins ayant signé une convention avec un établissement de santé, condition indispensable à une telle pratique médicale.

Alors qu'une plus grande implication des médecins de ville est souhaitée, la loi de financement de 2008[380] et son décret d'application[381] ont étendu la pratique de l'IVG médicamenteuse aux centres de planification et de santé. L'avant-projet de la réforme hospitalière souhaitait autoriser les sages-femmes à prescrire des IVG médicamenteuses, ce qui participerait un peu plus à la volonté de rendre plus accessible l'IVG. Toutefois, cet amendement proposé par la députée UMP Bérengère Poletti a été jugé contraire à la Constitution, la grande majorité des sages-femmes ne souhaitant pas se voir attribuer une telle autorisation[382]. Afin de stopper au maximum le désengagement des établissements de santé, le forfait de l'IVG chirurgicale a successivement été augmenté de 30% en 2004 et avril 2008, cette augmentation tarifaire permettant également de garantir un accompagnement suffisant aux femmes.

---

[379] En 2006, le nombre total d'IVG en Île-de-France était de 56 255, soit environ 19 IVG pour 1 000 femmes contre 14 pour la France métropolitaine (*D.R.A.S.S.*, (2008), *op.cit.*).
[380] Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.
[381] Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.
[382] Décision n°2009-584 DC du 16 juillet 2009.

125. Il serait tout aussi primordial de former les médecins généralistes dans leur approche avec la contraception, l'IVG et les femmes. Il s'agit de mieux informer et prescrire la contraception car l'un des facteurs du recours à l'IVG résulte d'un échec du moyen contraceptif employé : deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes utilisant une contraception. Mauvaise utilisation du préservatif, oubli de pilule[383], lassitude dans la prise quotidienne et pilule vécue comme une contrainte…Ce serait finalement la motivation qui conditionne l'efficacité réelle de la contraception. A ce titre, le rapport d'information préconise une relance des campagnes d'information car depuis quelques années est apparu un stéréotype dans l'utilisation des différents moyens contraceptifs[384] : au début de la sexualité, c'est le préservatif qui est le plus souvent utilisé, puis lorsque le couple se stabilise, la pilule prend la place du préservatif et enfin, lorsque le nombre d'enfants souhaités est atteint, la plupart des femmes souhaitent l'utilisation d'un stérilet[385]. Or, le rapport rappelle, à juste titre, l'existence d'autres moyens de contraception tel que le patch, l'implant, l'anneau vaginal ou encore le diaphragme…Ces difficultés à promouvoir, notamment chez les jeunes femmes, une contraception qui fasse partie de la vie quotidienne avait déjà été soulevée en 1999 par le rapport d'Israël Nisand[386].

126. Si le nombre de grossesses non désirées diminue grâce à la plus grande performance de la contraception, trois femmes sur quatre ont recours à une IVG en cas de grossesse non désirée (contre quatre sur dix en 1975). Cet élément de grossesse non désirée vaut d'autant plus pour les femmes mineures qui sont en cours de scolarité, mais cette augmentation sensible met également en lumière différentes causes : une mauvaise information sur la contraception, une mauvaise utilisation, les échecs du moyen contraceptif (notamment avec

---

[383] 21% des femmes oublient au moins une fois par mois de prendre sa pilule.
[384] Poletti, B. (2008), *op.cit.*
[385] Selon l'enquête COCON menée en 2000 par une équipe conjointe de l'INSERM (Leridon H. *et al.* « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et sociétés*, 2002, n°381), la pilule était utilisée par 60% des femmes, le stérilet était utilisé à hauteur de 23% et 16% concernaient les autres moyens de contraception dont une place importante accordée au préservatif masculin. Seulement 5% des femmes avaient opté pour une stérilisation. L'étude a également mis en évidence que la pilule était très utilisée par les jeunes femmes (86% des femmes âgées de 20 à 24 ans) alors que l'usage du stérilet concernait des femmes plus âgées (40% des femmes âgées de 40 à 44 ans) et par celles qui ont déjà des enfants (40% des femmes qui ont 2 enfants).
[386] Nisand, I. (1999), *op.cit.*

les spermicides et les implants), un moyen de contraception mal adapté et un accès encore trop difficile à la contraception, même si le délai de prise en charge entre la demande et la réalisation de l'IVG est passé de neuf jours en 2003 à sept jours en 2006. Toutefois, un quart des demandes reste supérieur à quinze jours, si bien que les nouvelles dispositions n'ont pas permis de mettre fin aux inégalités malgré une relative diminution des difficultés d'accès. Dans la grande majorité des cas, l'IVG reste unique pour les femmes et les IVG à répétition assez rares. L'allongement du délai légal est à peu près rentré dans les pratiques mais il n'a cependant pas permis de faire face aux cas des femmes risquant de dépasser les nouveaux délais. Tout au plus, il a permis une meilleure organisation des services IVG sur un espace temps plus long, mais il n'a aucunement confirmé un quelconque droit à l'avortement.

127. L'avortement doit être compris comme l'expression d'une liberté de la femme, « qui ôte à la détresse son caractère de fait justificatif »[387], et pas nécessairement un droit à l'avortement qui lui attribuerait un véritable *jus vitae necisque*, un droit de vie et de mort qui était autrefois reconnu au *pater familias* sur ses esclaves, considérés comme de véritables choses. Face au conflit entre le droit du père d'avoir une descendance et le droit de la mère à disposer librement de son corps, le délai de douze semaines réduit davantage cette liberté qu'il n'étend la protection de l'enfant à naître. Si bien qu'un véritable droit à l'avortement doit être exclu. Le Conseil de l'Europe a adopté, le 16 avril 2008, une résolution 1607 relative à l'accès à un avortement sans risque et légal en Europe[388]. Il incite les pays membres à faire de l'avortement un droit et la Cour européenne à abandonner en la matière sa référence à la marge nationale d'appréciation. Il préconise une interruption de grossesse sur la seule convenance de la femme ; aucun contrôle sur la motivation des femmes ne devant être effectué. Pour parvenir à cet objectif d'un droit à l'avortement, le Conseil de l'Europe demande aux États membres de « garantir l'exercice effectif du droit des femmes à un avortement sans risque et légal ». Cette « invitation » n'est pas sans influence sur la législation française qui n'a aucunement instauré un droit à l'avortement pour convenance

[387] Dekeuwer-Defossez, F. (1982), *op.cit*.
[388] Paricard, S. « La consécration d'un droit à l'avortement ? . – Quelques réflexions sur la résolution 1607 (2008) du Conseil de l'Europe du 16 avril 2008 relative à un avortement sans risque et légal en Europe ». *Dr.fam.* n°6 (juin 2009) : étude 25.

personnelle, du moins en théorie[389]. Toutefois, la Cour européenne des droits de l'homme ne semble pas avoir décliné l'invitation en considérant, dans l'affaire A, B c/ Irlande du 16 décembre 2010[390], que l'article 8 de la Constitution irlandaise ne saurait être interprété comme consacrant un « droit à l'avortement », et que l'interdiction de l'avortement par l'Irlande respecte les dispositions de la Convention européenne des droits de l'homme. Ainsi, la Cour s'est-elle déclarée incompétente à créer un « droit à l'avortement » et a estimé que l'État irlandais n'avait pas « excédé la marge d'appréciation dont il jouit » en interdisant l'avortement « sur la base des idées morales profondes du peuple irlandais concernant la nature de la vie et la protection à accorder en conséquence au droit à la vie des enfants à naître ». Pour la Cour européenne, « la question de savoir à quel moment la vie commence relève de la marge d'appréciation des États ».

128. La permission de la loi faite aux femmes qui souhaitent mettre un terme à leur grossesse doit encore faire face à bon nombre de préjugés, alors que la stabilité du nombre de recours à une interruption de grossesse démontre qu'il ne s'agit pas là d'un acte d'habitude et qu'une nouvelle lecture du recours à l'IVG doit être diligentée. En effet, cet apparent « pouvoir exorbitant » des femmes sur le plan légal se vérifie difficilement sur le versant quotidien des couples français. Si les dispositifs législatifs entendent accorder à la femme la décision *in fine* d'interrompre sa grossesse, mais aussi de programmer cette dernière par la diffusion massive de la contraception moderne, la nouvelle norme procréative qui en est issue ne semblerait pas pour autant bouleverser les traditionnels attributs de la femme (**Section 2**).

[389] Paricard, S. (2009), *op.cit.*
[390] A, B et C c/ Irlande, déc. 16 décembre 2010, req.n°25579/05.

Section 2 : Une liberté aux injonctions contradictoires

129. Les débats publics sur l'avortement rappellent qu'aucune liberté n'est totalement à l'abri d'une remise en question. La liberté accordée à la femme enceinte de décider de l'issue de sa grossesse a, pour certains, réduit le pouvoir des hommes sur le contrôle de la fécondité des femmes et est, parfois, présentée comme une menace sur les relations entre les sexes. Cette possibilité de choisir a été entérinée par la loi : c'est à la femme de décider si elle désire ou non interrompre sa grossesse et les médecins doivent être les garants de l'authenticité comme du respect de cette décision. Si leur pouvoir de pression peut dans certaines circonstances participer à la détresse des femmes, un mari ou un partenaire ne peut ni imposer une IVG, ni s'y opposer[391] : pouvoir exorbitant de la femme ou contrepartie de l'inégale répartition de la charge des enfants entre les hommes et les femmes ?

La légalisation de l'avortement n'aurait jamais été possible sans la libéralisation de la contraception moderne. Elle a su accompagner les femmes dans une maternité « volontaire », les menant un peu plus vers des pratiques égalitaires entre les sexes. Entraînant avec elle une transformation des modalités de constitution de la famille, la contraception moderne a autorisé les femmes et les hommes à pouvoir décider du moment et du nombre d'enfants (**I**). Cette norme contraceptive a également conduit à une nouvelle norme procréative dont l'étude révèle la nécessité de porter un regard différent sur le recours à l'interruption volontaire de grossesse (**II**).

I- Une liberté normativisée

130. Avant que ne soit libéralisée la contraception, les politiques natalistes s'opposaient au contrôle des naissances renvoyant ainsi les femmes à la sphère reproductive et les pères au rôle de pourvoyeur financier. La libéralisation de la contraception a permis l'émergence d'une

[391] *V.* CE 31 octobre 1980, arrêt *Lahache* : *v.* notamment Dekeuwer-Defossez, F. (1982), *op.cit*. – CEDH Boso c/ Italie, déc. 5 septembre 2002, req.n°50490/99.

norme contraceptive offrant aux femmes qui le désirent la possibilité de concilier maternage et carrière professionnelle (**A**). Toutefois, l'analyse et le recul face aux années écoulées démontrent que la domination masculine reste de mise dans ce qu'il a été souvent nommé « la révolution contraceptive »[392] (**B**).

A- D'une maternité subie à une maternité volontaire

131. La loi Neuwirth du 28 décembre 1967 a autorisé la contraception orale et abrogé la loi du 31 juillet 1920 qui réprimait la vente et la propagande des produits anticonceptionnels[393]. Elle ne sera réellement appliquée qu'en 1972 en raison de nombreux obstacles administratifs[394]. Les débats parlementaires ayant précédé son adoption, étaient principalement basés sur les limites à la liberté de prescription : les uns souhaitant une liberté absolue, les autres la limitant dans le cadre de la contraception. Les tenants de ce dernier argument mettaient en avant les limites déjà existantes en matière d'interruption thérapeutique de grossesse, à savoir la consultation préalable de trois médecins. Finalement, il aura fallu attendre une loi du 4 décembre 1974[395], seulement quelques jours avant les débats sur la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, pour que la contraception soit effectivement libéralisée et remboursée par la sécurité sociale. Cette nouvelle loi est également intervenue pour corriger les imperfections de sa grande sœur et faciliter un peu plus l'accès à la contraception : suppression du carnet à souches, suppression du consentement parental pour obtenir des contraceptifs entre 18 et 21 ans et développement de l'information sur la contraception. Des années plus tard, la loi du 4 juillet 2001 entendait faire diminuer un peu plus le nombre de grossesses non prévues en intégrant dans ses dispositions la possibilité de prescrire la contraception aux mineures sans l'accord de leurs parents mais également en légalisant la pilule du lendemain et la stérilisation. Ces nouvelles possibilités ont

---

[392] *V.* Héritier, F. *Masculin/féminin. La pensée de la différence*. Odile Jacob, 1995.
[393] Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances.
[394] Pour une lecture plus approfondie des raisons administratives qui ont entraîné ce retard dans l'application de la loi, *v.* Chauveau, S. « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, n° 18, Mixité et coéducation, (2003) : 223-239.
[395] Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances.

essentiellement permis la reconnaissance de la sexualité des jeunes. Toutefois, le droit à la contraception a-t-il réellement opéré un changement dans les relations hommes/femmes ? La contraception a eu pour principale conséquence l'apparition d'une norme contraceptive alliant maternité volontaire et carrière professionnelle.

1. Une maternité volontaire empreinte de domination masculine

132. Si le droit à la maîtrise de la fécondité a permis de distinguer sexualité et maternité, il constitua cependant « l'un des facteurs de la persistance de la domination masculine »[396]. En effet, la contraception aurait conforté la fonction maternelle de la femme sous des formes plus diversifiées. Elle aurait permis le passage d'une maternité subie à une maternité volontaire en combinant trois impératifs : la maternité, l'épanouissement sexuel et l'engagement professionnel… impératifs difficilement accessibles lorsque le choix du moyen contraceptif est gouverné par une domination masculine certaine.

a. Sur le plan de la contraception. L'accès à la contraception a permis aux femmes de pouvoir décider du moment opportun pour avoir des enfants mais si elles se trouvent involontairement enceintes, leur responsabilité en est d'autant plus accrue que le législateur leur a octroyé cette liberté de choisir. Elles n'auraient, dès lors, plus le droit à l'erreur : maintenant qu'elles ont la maîtrise de leur fécondité, elles ne peuvent invoquer une quelconque excuse en cas de grossesse non prévue ; elles doivent assumer. Cette responsabilité est d'autant plus forte que l'efficacité des modes contraceptifs est théoriquement absolue. Les femmes qui ne souhaitent pas avoir d'enfant et qui n'utilisent aucun moyen de contraception sont alors considérées comme déviantes. Progressivement la norme contraceptive va prendre la typologie suivante : au début de la relation, c'est le préservatif qui est utilisé, puis lorsque la relation est stabilisée, la pilule le remplace et enfin, lorsque le nombre d'enfants souhaités est atteint, le stérilet est le plus souvent employé. Cette

---

[396] Bajos, N. et Ferrand M., « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences sociales et Santé* 22, n°3 (septembre 2004) : 117-142.

programmation des naissances « au bon moment » laissent supposer que les femmes sont responsables de la gestion du nombre et du moment de leur(s) maternité(s) et qu'elles ont la capacité de gérer leur vie sociale grâce à la maîtrise de leur mode de contraception. Or, plusieurs études ont pu mettre en avant une dépossession des femmes quant au choix de la méthode contraceptive à utiliser. Dès lors, les différents intervenants ont également une responsabilité dans l'échec de la contraception et dans le vécu de l'IVG en tant qu'échec de la contraception. Si le droit à la contraception a indéniablement permis l'émancipation sexuelle de la femme indépendamment de sa fonction reproductive, il n'a cependant pas permis de mettre fin au clivage entre la sexualité masculine essentiellement axée sur le désir et la sexualité féminine majoritairement tournée vers l'affectivité[397].

Ce modèle de sexualité n'a pas été sans influence sur la gestion et la pratique contraceptives en ce que le désir de satisfaire son partenaire l'emporte parfois sur le risque d'une grossesse non prévue[398]. Ce comportement a pu être interprété comme « une forme d'intériorisation de la domination masculine, de ce que les femmes « doivent aux hommes » »[399]. Or, le préservatif, qui pourrait être un moyen de responsabiliser les hommes dans leur fécondité, a une connotation négative ; si bien que ne pas l'utiliser traduirait une certaine forme de confiance à l'égard du partenaire. Les hommes n'ont pas nécessairement conscience de l'impact de leur comportement face à la gestion unilatérale par la femme de la contraception. Une étude menée en 2001 auprès de 27 hommes a permis de recueillir la parole des hommes face à l'IVG et à la contraception[400]. Six d'entre eux font référence à l'utilisation d'une contraception moderne, sept pratiquent la méthode du retrait et quatorze couples semblent pratiquer une contraception dont les contours sont assez flous voire inexistants. Il ressort de leur propos que la contraception est une « affaire de femmes ». Ils affirment faire confiance à leur partenaire ce qui, indirectement, opère une confusion dans leur propre responsabilité : « la confiance serait une labellisation jugée positive d'une démission partielle »[401]. De surcroît, dans les situations de grossesse imprévue, leur indifférence à l'égard de la méthode contraceptive conduit à reporter l'entière responsabilité de l'échec sur la femme.

---

[397] Groupe ASCF, A. Spira, et N. Bajos. *Les comportements sexuels en France*. La Documentation française. La Documentation Française, 1993.
[398] Equipe GINE, M. Ferrand, N. Bajos N. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues.* Inserm, 2002.
[399] Bajos, N. et *al.* (2004), *op.cit.*
[400] Cresson, G. « Les hommes et l'IVG, expérience et confidence », *Sociétés contemporaines* 61, n°1 (2006) : 65.
[401] *Ibid.*

133. Récemment, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a eu à débattre de l'irresponsabilité masculine en matière de contraception[402]. Il s'agissait d'un couple qui s'était rencontré par l'intermédiaire d'une annonce parue dans la presse. Il a fait l'amour, dès le premier soir, précise l'arrêt. Quelques neuf mois plus tard, la femme met au monde un enfant en bonne santé. La paternité de l'homme est établie près de dix années plus tard et une pension alimentaire lui est imposée. Révolté, il assigne la mère de l'enfant en responsabilité sur le fondement des articles 1382 et 1383 du Code civil pour avoir accepté des relations sexuelles sans utiliser de moyen de contraception. Après avoir essuyé deux échecs en première instance puis en appel, son pourvoi a également été rejeté par la Cour de cassation aux motifs qu' « ayant librement et pleinement consenti à avoir avec Mme Y…un rapport sexuel non protégé dès leur première rencontre, M.X…, homme sexuellement expérimenté, à qui il incombait, tout autant qu'à sa partenaire, de prendre les mesures propres à éviter une procréation, n'établissait ni la faute de la mère de l'enfant pour s'être prêtée à un tel rapport ou pour avoir ensuite agi en reconnaissance de paternité et en contribution à l'entretien de l'enfant, ni l'existence d'un préjudice direct ou indirect indemnisable ». Voici un arrêt qui ne manque pas de responsabiliser les hommes en matière de contraception masculine. En effet, pourquoi la femme aurait-elle à assumer seule la conciliation d'une activité professionnelle et la charge que représente l'éducation d'un enfant ? Néanmoins, lorsque la Cour de cassation précise qu'il s'agissait d'un « homme sexuellement expérimenté », elle entend certainement diminuer la portée de sa décision en conduisant, selon certains auteurs[403], la faute de la mère sur le terrain de la dissimulation, du mensonge voire de la violation d'une éventuelle obligation d'information, si l'homme avait été inexpérimenté. Si c'est la femme qui avait été, en l'espèce, inexpérimentée ? Aurait-elle pu invoquer la faute du partenaire si elle avait, tout de même, décidé de garder l'enfant indépendamment de sa liberté de recourir à une interruption volontaire de grossesse ? Sa demande aurait-elle abouti si elle l'avait fondée sur l'obligation d'information qui incomberait à son partenaire[404] ? Dès lors, « faudrait-il se

---

[402] Civ.2ème, 12 juillet 2007 : Hauser, J. « Un enfant quand je veux et même si l'autre ne veut pas ». *RTDciv.* (2008) : 91 ; Rouxel, S. « Absence d'utilisation d'un moyen de contraception et défaut de responsabilité de la mère à l'égard du père ». *Dr.fam.* 9, n°171 (septembre 2007).
[403] Rouxel, S. (2007), *op.cit.*
[404] Dans d'autres circonstances, la jurisprudence a pu considérer que l'absence d'utilisation d'un moyen de contraception était susceptible de constituer une faute. *V.* TGI Aix-en-Provence, 12 décembre 1974 : *JCP, G,*

ménager une preuve, sauf mariage dont la finalité légale (*quid* des clauses contraires ?), signer une décharge de parenté avant de copuler en liberté, une sorte de préservatif juridique à défaut d'autre ? »[405]. Certains expliquent cette indifférence apparente par les changements contradictoires qui sont intervenus ces dernières années dans le contrôle par les hommes de la procréation[406]. Les modèles contemporains de la famille les inciteraient à prendre davantage de responsabilités dans l'organisation conjugale ainsi que dans l'éducation du nourrisson et des enfants[407]. Si la libéralisation de la contraception a permis une dissociation entre l'acte sexuel et ses conséquences reproductives, son choix persiste à être influencé par la position du partenaire.

b. Sur le plan professionnel et domestique. Il est traditionnellement admis que la libéralisation de la contraception a conduit les femmes à entrer massivement sur le marché du travail. En autorisant une maternité choisie, elle aurait autorisé les femmes à envisager une carrière professionnelle. Or, le poids que peut représenter un enfant sur la carrière professionnelle d'une femme est plus important que celui qui pourrait peser sur l'activité professionnelle de l'homme. En revendiquant leur droit de choisir leur maternité, les femmes se seraient retrouvées dans l'obligation d'en assumer la conciliation avec leur activité à la fois professionnelle et domestique alors que l'arrivée d'un enfant a plutôt un effet positif sur la carrière du père[408]. Lorsque la carrière professionnelle n'est pas reléguée au second en raison de sa concurrence avec la maternité, elle doit être ajoutée au travail domestique et éducatif de certaines femmes déjà mères. La maternité « choisie » et l'arrivée des femmes sur le marché du travail n'ont malheureusement pas bouleversé les attributions relatives aux sphères privées et publiques. L'homme et le père sont toujours considérés comme les pourvoyeurs de la famille si bien que leur position sociale est largement privilégiée à celle de leur épouse. A titre d'exemple, les journées octroyées pour la réduction du temps de travail (RTT) ne sont pas occupées de la même manière par les hommes et les femmes. Alors qu'elles sont synonymes de loisirs pour les hommes, les journées RTT s'apparentent davantage à une journée de travail

---

1975, IV, 6511 (relatif à la contraception masculine) et Crim.10 janvier 2006 : Mayaud, Y. « L'obligation d'informer de sa séropositivité en cas de relations sexuelles non protégées, ou du relais pénal de l'administration de substances nuisibles ». *RSC* (2006) : 321.

[405] Hauser, J. (2008), *op.cit.*

[406] Equipe GINE, et al. (2002), *op.cit.*

[407] Devreux, A.-M. « Des hommes dans la famille ». *Actuel Marx* 37, n°. 1 (2005): 55-69.

[408] Bajos, N. et Ferrand M., « La condition fœtale n'est pas la condition humaine », *Travail, Genre et sociétés*, n°15 (2006) : 1766-182.

domestique pour les femmes[409]. Entre 1986 et 1998, la participation des hommes dans le travail domestique est passée de 29 à 31 %[410]. Cette faible augmentation est toutefois la simple traduction de minutes supplémentaires passées avec les enfants.

2. Une maternité volontaire empreinte d'une domination médicale

134. La domination médicale se réalise à deux égards : d'une part, les médecins sont peu attentifs aux besoins réels des femmes lors de la prescription d'un moyen de contraception adapté, et d'autre part, la prééminence de la pilule laisse entrevoir une prescription médicale restrictive au regard de l'éventail des contraceptifs actuellement proposé en France.

a. L'adaptation de la contraception. S'ajoute à la domination masculine, « l'impérialisme de la prescription médicale »[411], celui-là même qui avait retardé l'entrée en vigueur du droit pour les femmes à la maîtrise de leur fécondité[412]. Il semblerait que l'entretien médical permettant de choisir le mode de contraception ne soit pas des plus efficaces en termes d'adaptation. Davantage influencés par « l'efficacité moléculaire » de la contraception, les médecins ne seraient peu disponibles dans son adéquation à la vie sexuelle de la femme et du couple. A partir d'une étude menée par Hélène Bretin sur la contraception hormonale par injections[413], le démographe Henri Leridon a mis en évidence certains aspects des relations entretenues entre les divers intervenants médicaux et les utilisatrices de la contraception[414]. Cette méthode peu connue en France consiste à injecter un progestatif tous les trois mois et dont la protection contraceptive apparaît supérieure à celle de la pilule. L'étude s'est interrogée sur les motivations d'une telle relégation. Parce que proposée à des

---

[409] *V. infra*, p.151.
[410] Chenu, A. La charge de travail professionnel et domestique des femmes : cinquante années d'évolution. *Données sociales, La société française*. INSEE, 2002-2003.
[411] Bajos, N. et Ferrand M., « L'avortement à l'âge de raison », *Mouvements*, n°17 (septembre-octobre 2001) : 99.
[412] Chauveau, S. (2003), *op.cit.*
[413] Bretin, H. « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France ». *Sciences sociales et santé* 22, nº 3 (2004): 87-110.
[414] Leridon, H. « Contraception : les femmes entre médecins et maris (Commentaire) ». *Sciences sociales et santé* 22, nº 3 (2004): 111-115.

patientes françaises lorsque les modes de contraception traditionnels (pilule ou stérilet) ont échoué, la marginalité de cette méthode contraceptive en France démontre d'une part, le manque d'efficacité pratique des méthodes traditionnelles de contraception et d'autre part, un choix quant au moyen contraceptif pas systématiquement adapté à la situation personnelle de la patiente. Il a pu être constaté que c'était généralement après l'élimination de la pilule ou du stérilet que la méthode injectable a été proposée.

b. L'éventail des moyens de contraception. L'usage du stérilet n'est que très rarement prescrit aux françaises nullipares. Accusé d'accélérer les infections sexuellement transmissibles, ce moyen de contraception le plus ancien de l'humanité est boudé par les médecins au motif qu'il pourrait empêcher une maternité ultérieure en cas d'infection. Si bien que le stérilet ne représente que 30% des contraceptifs utilisés en France[415]. La place prédominante de la pilule est une spécificité du modèle français qui n'a pas d'équivalent à l'étranger[416]. Alors que les effets secondaires sont bien plus importants dans l'utilisation d'une contraception orale[417], l'usage du stérilet reste victime d'idées reçues très françaises. D'après une étude de l'Institut National de Prévention et l'Education pour la Santé (INPES), 50% des français interrogés pensent que le stérilet ne peut être prescrit qu'aux multipares[418]. Les recommandations de l'OMS mais aussi de l' Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé (ANAES) insistent sur le fait que « les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares »[419], que c'est une contraception qui peut être prescrite à toute femme dès lors qu'elle ne présente pas de contre-indications particulières, de risques infectieux ou de grossesse. La pilule est d'une grande efficacité théorique, mais en pratique elle l'est beaucoup moins. Elle est encore trop souvent assimilée à une contrainte

---

[415] Aubin, C. et D. Jourdain Menninger. *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*. IGAS, octobre 2009.

[416] En 2000, l'usage de la pilule atteignait 47% des françaises, contre seulement 2% en Chine, 4% au Japon, 19% au Canada et 20% aux États-Unis. Il faut également observer que la stérilisation ne représente que 11% du paysage contraceptif français contre 61% au Canada. Dépourvue de base légale jusqu'en 2001, elle est désormais autorisée par la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception sous certaines garanties, notamment un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale.

[417] Risques cardio-vasculaires, incompatibilité avec le tabagisme, migraines et autres qui, par ailleurs, pourraient conduire à la non-prescription de la pilule dans ces hypothèses.

[418] *Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux.* INPES, 2007. Il s'agissait d'une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon de personnes âgées de 15 à 75 ans et interrogées entre le 27 janvier et le 7 février 2007.

[419] *Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.* Service des recommandations professionnelles de l'ANAES, décembre 2004. Consulté le 11 avril 2011 sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme.

notamment lorsqu'elle est prescrite indépendamment du style de vie de la femme[420]. Si bien qu'en termes d'efficacité contraceptive, le stérilet devrait apparaître comme « LE » moyen de contraception. « La question essentielle n'est plus alors la « marginalité contraceptive » de ces situations (la contraception hormonale par injections) mais tout simplement le rôle assigné aux femmes dans un contexte culturel et une relation de couple fondés sur une forte domination des hommes »[421]. « En attendant « la » méthode masculine de substitution »[422], Henri Leridon entend ainsi dénoncer la place dominante occupée par la pilule et le stérilet en France et préconise une plus large information sur les diverses possibilités offertes, à l'heure actuelle, par les divers modes contraceptifs. Des médecins peu formés sur la prise en considération du désir de leur patiente et des femmes peu bavardes sur des aspects intimes de leur vie, tel est le constat d'une contraception pas nécessairement adapté au bien-être des patientes face à leur contraception.

135. L'ANAES, en partenariat avec l'Agence Française Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et l'INPES, recommande aux professionnels de santé :

- « d'adapter sa consultation et sa prescription à chaque consultante ;

- d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux en prenant en compte les déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ;

- d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception ;

- d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelle » [423].

Ils mettent ainsi l'accent sur l'importance de laisser le choix de la contraception et de la prise en considération du partenaire. Prendre le temps de discuter de ces points essentiels et

---

[420] « Un rapide calcul montre que la prise de la pilule par une femme pendant la durée de sa vie féconde, de 17 ans, âge moyen du premier rapport sexuel à 50 ans environ, représente la gestion au quotidien de plus de 8 000 comprimés. Ceux-ci doivent être absorbés trois semaines sur quatre sans aucun oubli, sans épisode de diarrhée ou de vomissement, sans décalage horaire et en respectant rigoureusement l'intervalle de temps entre 2 plaquettes » (J. Lamarche et N. Matet « l'accès en urgence : le dispositif actuel », le Concours médical tome 128 – 25/26 du 05 septembre 2006 cité par Aubin, C. et D. Jourdain Menninger. (2009), *op.cit*).
[421] Leridon, H. (2004), *op.cit.*
[422] *Ibid.*
[423] ANAES. (2004), *op.cit.*

accompagner la patiente dans le choix d'une contraception adaptée à ses besoins participerait certainement à la diminution des échecs liés à une contraception inadaptée[424]. De plus, le constat d'une domination écrasante des hommes dans la prescription et le suivi de la contraception a conduit le législateur à accorder une compétence toute particulière aux sages-femmes qui pourront désormais prescrire un contraceptif aux femmes qui le souhaiteront[425].

136. Alors que nous pouvions légitimement croire que la libéralisation de la contraception se traduirait par une plus grande liberté des femmes dans le choix de leur maternité, elle s'est finalement avérée soumise à une domination à la fois masculine et médicale. Cette domination persiste au sein d'une nouvelle norme contraceptive qui se doit de répondre également aux exigences d'un projet familial en accord avec les ambitions de chaque membre du couple.

B- Pas d'enfant sans père

137. Lorsqu'un projet familial est évoqué, la traditionnelle culture française exige implicitement l'existence et l'accord d'un père potentiel. C'est un élément déterminant dans la prise de décision quant à un une IVG mais les nouvelles normes établies par la contraception et l'interruption volontaire de grossesse ont fait émerger une toute autre catégorie de pères.

---

[424] La participation de 25 médecins à des entretiens semi-directifs a mis en évidence la nécessité de mettre en place des formations destinées à mieux conseiller les patientes dans le choix de leur mode contraceptif (*V.*Bertin-Steunou V, E. Bouquet, E. Cailliez E, M. Tanguy, et S. Fanello. « Le médecin généraliste et l'oubli de pilule ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 39, nº 3 (2010): 208-217.

[425] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

1. La faible implication des hommes

138. Si la contraception a permis de choisir le moment de l'entrée dans la parentalité, elle n'a pas bousculé pour autant le cadre affectif et social de la venue au monde d'un enfant. Le modèle de la famille nucléaire reste le modèle de référence et rares sont les femmes qui décident d'une maternité sans père[426]. La préférence pour une différence d'âge et de position sociale en faveur de l'homme montre bien que l'image de père pourvoyeur est toujours d'actualité. Lorsque la relation est éphémère ou occasionnelle, la décision de recourir à une IVG est, d'une certaine manière, déjà prise puisque le géniteur n'est pas considéré comme un père potentiel. Dans la grande majorité des cas, ce partenaire ne serait d'ailleurs pas intégré dans le processus de réflexion. Lorsque la relation est en cours de construction, le recours à une IVG est souvent justifié par la priorité donnée au couple en devenir. Enfin, lorsque le couple est en phase de rupture, la décision d'IVG est prise parce que la grossesse peut révéler des problèmes d'instabilité. Ainsi, l'absence de père potentiel ou l'absence des attributs nécessaires à une paternité chez les partenaires masculins constitueraient l'argument qui, aux yeux des femmes, serait le plus déterminant en faveur d'une IVG.

a. L'aspect biologique. Le peu d'implication des hommes autour de la question de l'interruption de grossesse trouve son explication, selon les médecins, à deux niveaux[427].

D'un point de vue strictement biologique, les premiers temps de la grossesse ne toucheraient pas encore l'homme directement et il aurait donc beaucoup de mal à se sentir concerné. Malgré leurs difficultés à s'inscrire dans le processus décisionnel de l'IVG, qu'en est-il de la contraception ? Pourquoi ne s'y impliquent-ils pas davantage ? La manière dont les hommes parlent de l'embryon ou du fœtus apporte quelques renseignements sur la manière dont ils perçoivent la contraception. Le désintérêt relatif pour la contraception pourrait se traduire par la faible importance accordée par les hommes aux conséquences qui pourraient être issues d'un échec de contraception. D'après les propos recueillis par Geneviève Cresson, la moitié des hommes qui se sont exprimés sur ce thème tiennent l'embryon ou le fœtus pour un enfant

---

[426] Shivo S, N. Bajos, B. Ducot, M. Kaminski and the COCON Group, 2003, "Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies", *Journal of Epidemiology and Community Health Care*, volume 8, n°57, p.631-647.
[427] Cresson, G. (2006), *op.cit.*

et les autres pensent que c'est une vie mais pas encore un enfant ou pas encore une vie humaine[428]. Ce qui semble prédominer dans leurs paroles, c'est l'ignorance de ce que représente réellement un embryon ou un fœtus. Les hommes semblent totalement perdus dans l'espace-temps qui leur permettrait d'affirmer s'il s'agit d'un embryon, d'un fœtus ou d'un enfant. Finalement, la difficulté de se le représenter rend plus difficile pour eux une prise de position dans la décision de poursuivre ou non la grossesse[429]. Toutefois, l'apparente ignorance des hommes face « au contenant » de l'IVG n'empêche pas le constat de l'importance qu'ils accordent au projet parental, dans ce qui fait qu'un embryon ou un « amas de cellules vivantes » peut devenir un enfant.

b. Le ressenti des hommes. Du côté du ressenti, la situation de l'homme serait difficile face à ce qui environne la conception et à tout ce qui fait obstacle à la nécessaire désignation par la femme de l'homme comme père. Un sentiment de culpabilité peut aussi troubler les hommes, en raison de la situation difficile dans laquelle l'IVG place leur partenaire. Certes, ils sont co-responsables de la situation, mais le simple fait qu'ils n'en souffrent pas directement les conduit à peu s'impliquer autour de l'IVG et à ne pas savoir en parler. Le développement physique de la grossesse ne constitue pas à leurs yeux le seul critère de transformation. Le désir, la possibilité de la prise en charge matérielle, la responsabilisation, l'insertion dans un avenir possible et dans des relations signifiantes sont autant de paramètres auxquels les hommes accordent une place importante dans le devenir de la conception. Ainsi, les hommes qui accompagnent les femmes dans le recours à une IVG semblent partagés sur le statut à attribuer au produit de la conception mais il est certain que ce n'est pas dans l'indifférence à ce « produit » qu'ils prennent leurs positions et décisions. Ce sont principalement les conditions de vie et d'accueil d'un futur enfant, fondées sur la qualité de la relation ou du projet parental, qui font qu'ils prennent ou acceptent la décision d'IVG[430].

---

[428] *Ibid.*

[429] Selon Geneviève Cresson, lorsque le terme de « bébé » est employé par les hommes, ils ne lui accordent pas d'importance particulière en raison essentiellement d'un « manque de repère ou de vocabulaire précis et satisfaisant » (Cresson, G.(2006), *op.cit*).

[430] L'étude observe également qu'aucun homme interviewé n'envisage de parler librement, ouvertement, de cette IVG dans son cercle relationnel. S'ils entendent se livrer, ils le font dans un cercle limité et émettent des restrictions très importantes à la parole sur l'IVG. Ils insistent sur l'obligation de n'en parler qu'avec leur épouse, mettant en avant le souci de respecter sa volonté de secret.

2. Une étroite place accordée aux hommes

139. S'il a été difficile pour Geneviève Cresson de recueillir la parole des hommes lors du recours à une interruption de grossesse[431], elle a pu observer que la place laissée semble plus réduite à l'organisation du travail ou aux habitudes médicales en matière d'IVG qu'à la nature de l'acte lui-même.

Selon les médecins, une typologie des partenaires masculins peut être proposée mais qu'il soit absent, envahissant, autoritaire, gentil, perdu ou culpabilisé, l'homme qui accompagne la femme est généralement perçu comme une gêne pour les médecins. Lorsque l'un de ces hommes se différencie des autres, c'est uniquement lorsqu'il représente une aide en matière de contraception ultérieure. Dans ces situations, la parole de ces hommes ne peut être entendue et c'est ainsi que Geneviève Cresson explique le mal-être des hommes interrogés, plus souvent habitués à tenir le rôle de sujet principal. Face à l'IVG, les hommes ne sauraient pas se situer. Les institutions de prise en charge médicale leur laisseraient une place secondaire, les considèraient, au pire comme une gêne, au mieux comme une aide ponctuelle dans leur propre activité. La position des médecins serait également ambigüe en matière de rapports de pouvoir ; ils seraient à la fois les garants des droits des femmes, y compris contre leurs partenaires et dans une situation de pouvoir à leur égard. Ce qui serait le cas lorsque les médecins classent les géniteurs en fonction de l'appui qu'ils reçoivent. Le contrôle de l'avortement, acte légal, mais encore fortement stigmatisé socialement et moralement, serait assuré par un dispositif contraignant. Contrairement à ce qui se passe pour la grossesse ou l'accouchement, les hommes n'y seraient pas invités à participer, et en même temps ils subiraient souvent le reproche de laisser la femme se débrouiller toute seule. Comme les femmes, les hommes ne voudraient pas d'un enfant sans père, c'est-à-dire en dehors d'une relation de couple « solide » et d'un projet parental. Les hommes seraient sensibles aux difficultés de leur compagne ou de la situation. L'une des conditions d'entrée dans la

---

[431] Cresson, G. (2006), *op.cit.* Vingt-sept hommes ont été entendus, dont huit étaient accompagnés de la femme. Cette étude ne tient pas compte des hommes non avertis de la grossesse ou de la démarche d'IVG, de ceux qui ont quitté la femme à cette occasion, des hommes qui n'ont pas accompagné leur amie ou conjointe à au moins l'un des trois moments de la démarche et enfin, de ceux qui n'ont pas souhaité répondre aux questions.

parentalité pour un homme, resterait sa capacité à assurer le bien-être social et financier de sa famille. En revanche, en matière de contraception, la domination masculine se manifesterait de façon plus subtile. En amont, en faisant de la contraception une « affaire de femmes », les hommes souligneraient surtout leur volonté de ne pas se responsabiliser, de ne partager ni la charge mentale ni les inconvénients des techniques disponibles. Ils imputeraient le plus souvent les échecs de la contraception à la femme, très rarement à eux-mêmes.

140. En définitive, les femmes restent responsables de la contraception et la liberté qui leur est reconnue de recourir à l'IVG se double de leur responsabilisation face à la contraception ou aux décisions à prendre. Le droit à la contraception est rapidement devenu un devoir au regard de la nouvelle norme procréative qui impose de savoir concilier plusieurs positions, parfois contradictoires dans leur application.

II- Une norme procréative aux injonctions contradictoires

141. Une étude menée entre 1999 et 2000 par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) propose une nouvelle lecture des recours à l'interruption volontaire de grossesse[432]. En plus d'un projet parental stable (**B**), les femmes seraient dans l'obligation de concilier intérêts professionnels et devoirs maternels (**A**). D'une certaine manière, l'acte par lequel une femme met fin à sa grossesse parce que sa situation ne « rentre » pas dans la norme procréative est considéré comme un acte de « déviance légale » et morale[433]. Parallèlement, la femme qui décide de garder son enfant indépendamment de la norme qui lui est contemporaine est considérée comme irresponsable.

---

[432] Bajos, N. et M. Ferrand. « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative ». *Sociétés Contemporaines*, n° 61 (2006): 91-117.
[433] Divay, S. (2004), *op.cit.*

A- La difficile conjugaison professionnelle

142. Dans les années 1960, les femmes entrent massivement sur le marché du travail. Si auparavant, elles avaient l'habitude de travailler à la sortie de la scolarité, elles s'en éloignaient lorsque la première naissance intervenait[434]. Entre 25 et 49 ans, 26% des femmes pratiquaient une activité professionnelle dans la période post baby-boom contre 76% en 2002[435]. La contraception aurait ainsi donné naissance à un autre aspect de la norme contraceptive : l'activité professionnelle. Présentée comme une victoire par les féministes françaises sur la domination masculine, la méthode du « bon moment » dans le choix de la maternité doit cependant faire face à une conciliation difficile entre materner et travailler notamment en raison d'une autre domination masculine que constitue l'inégalité entre les hommes et les femmes au sein de la sphère productive.

1. La difficile conciliation entre maternité et carrière professionnelle

143. La possibilité offerte par la contraception à la femme de pouvoir mener une activité professionnelle donne une autre dimension dans le recours à l'avortement. Il ne se décide pas uniquement en termes de stabilité conjugale. Les niveaux d'éducation des deux partenaires ainsi que les enjeux professionnels qui leur sont inhérents doivent également être pris en considération[436]. Lorsqu'une grossesse apparaît, la fonction de la femme se transforme en un rôle d'arbitrage : poursuivre ou non la grossesse et, dans la première hypothèse, pouvoir assumer la difficile conciliation entre la maternité et le travail.

---

[434] Battagliola, F. *Histoire du travail des femmes*. 3e éd. Éditions La Découverte, 2008.
[435] Ferrand, M. *Féminin, Masculin*. Repères. Paris: La Découverte, 2004.
[436] Bajos N. et Ferrand M. (2006), *op.cit.*

144. Selon Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, cette décision est gouvernée par les normes dominantes en matière de constitution de la famille[437]. Ce serait essentiellement chez les femmes les plus jeunes et les plus âgées que la dimension professionnelle joue le plus dans la décision de mettre un terme à une grossesse. D'une part, chez les femmes de moins de 25 ans, le recours à l'IVG dépend de leur entrée ou non dans le monde du travail et d'autre part, chez les femmes de plus de 35 ans, la prise en compte des enjeux professionnels semble davantage être reliée au bénéfice d'un capital social et culturel élevé. Ce mécanisme n'interviendrait pratiquement pas dans la décision des femmes qui ont entre 25 et 34 ans et pour qui seule la stabilité de la relation paraît être un élément décisif dans la décision d'avorter. Les auteurs formulent l'hypothèse selon laquelle les femmes s'autoriseraient une activité professionnelle tant qu'elle n'est pas en concurrence avec leurs devoirs maternels[438]. L'analyse inverse serait tout aussi vraisemblable : les femmes ne s'autoriseraient-elles pas une maternité tant qu'elle n'est pas en concurrence avec leurs ambitions professionnelles ? Selon l'analyse de Nathalie Bajos, lorsque le choix de mettre de côté sa carrière professionnelle est privilégié, il s'agit davantage de l'intériorisation par les femmes de « la moindre légitimité sociale du modèle de la femme qui fait le choix de sa carrière au détriment de la maternité »[439]. L'idée selon laquelle une femme sans enfant ne peut être pleinement épanouie se traduirait par la rareté des femmes qui préservent leur carrière professionnelle. Or, il s'agirait, en général, de femmes qui ont déjà eu des enfants et qui ont procédé à l'arbitrage pour les naissances précédentes. La diversité des réactions face au choix difficile entre materner et/ou travailler s'explique, notamment, par les bénéfices que les femmes pourraient éventuellement en tirer[440].

145. Les responsabilités des femmes vis-à-vis de la société s'en trouvent largement accrues : lorsqu'elles font le choix d'une maternité au détriment de leur carrière professionnelle, elles doivent assumer la « double journée » qui en découle. De surcroît,

---

[437] *Ibid.*

[438] Les auteurs ont pu relever, par ailleurs, que les femmes qui se maintiennent sur le marché du travail sont celles qui ont déjà eu des enfants, celles qui sont le plus diplômées et celles qui détiennent un emploi qualifié et bien rémunéré.

[439] Bajos, N. et M. Ferrand (2006), *op.cit.*

[440] Malgré la constatation de l'Observatoire des inégalités selon laquelle l'écart de salaires entre les hommes et les femmes serait de 27%. (« Les inégalités de salaires hommes-femmes : état des lieux ». Observatoire des inégalités. Rapport publié et consulté le 22 décembre 2011 sur : http://www.inegalites.fr/spip.php?article972&id_mot=104.

l'obligation d'une naissance désirée et programmée, imposée par la norme contraceptive, s'accompagne de lourdes responsabilités quant au choix de la maternité. Le droit à la contraception devient, dès lors, un devoir de contraception qui renvoie lui-même à des prescriptions précises concernant la taille et le temps consacré à la constitution de la famille et pesant davantage sur les femmes que sur les hommes[441]. En leur laissant la liberté de décider *in fine* du moment propice à la maternité, la contraception et l'avortement renvoient les femmes à la gestion quotidienne des charges qui découlent de la maternité. Même s'il arrive que la maternité l'emporte sur les enjeux professionnels, ces derniers sont la plupart du temps relayés au second plan lorsque l'enfant peut y trouver les conditions adéquates, lorsqu'il n'existe aucune raison « valable » de reporter la question de l'enfant. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une prise de position claire car certaines femmes y ont été poussées progressivement[442].

2. La persistance des inégalités hommes / femmes sur le marché du travail

146. « Les évolutions législatives, juridiques et sociales en faveur d'une plus grande égalité entre les hommes ne parviennent pas à modifier les représentations traditionnelles de la place

---

[441] Ce devoir de contraception peut également être renvoyé au devoir de loyauté qui incombe aux époux dans le cadre du mariage. Lors d'un arrêt du 21 mars 2007, la Cour d'appel de Nîmes a su rendre compte de la situation d'une femme qui a conçu un enfant à l'insu de son époux. Toutefois, les circonstances de l'espèce était très particulières : il s'agissait d'un couple au sein duquel deux enfants été décédés quelques mois après leur naissance. A la suite de ce traumatisme mais aussi de l'adultère de l'époux, le couple souhaite divorcer. La femme reproche l'adultère et l'époux, ne souhaitant plus avoir d'enfant, reproche à sa femme d'avoir, de son côté, attribuer une nouvelle chance à la nature. Statuant sur leur séparation, la Cour d'appel de Nîmes prononça le divorce aux torts partagés des époux car « ces faits constituent une violation grave des devoirs et obligations du mariage et rendent intolérable le maintien de la vie commune ». Elle précisa que « la conception d'un enfant à l'insu du mari dans ces circonstances très particulières constitue de la part de l'épouse un manquement au devoir de loyauté que se doivent les époux, le mari étant de surcroît réduit au simple rôle de géniteur ». Le devoir de contraception ne participerait-il pas, dans ces circonstances, du devoir de loyauté à l'égard du conjoint ? Mais il s'agit également d'affirmer la primauté du devoir de loyauté sur le devoir de procréation (*V.*Mauger-Vielpeau, L. « La conception d'un enfant décidée par la mère seule peut constituer une faute cause de divorce ». *Dr.fam.* n°10, comm.189 (2007) et Vassaux, J. « Le devoir de loyauté prévaut sur le devoir de procréation ». *JCP* II, n°10149 (2007)). *V.également*, sur le refus d'un époux de se soumettre à une opération de procréation médicalement assistée qui ne constitue pas une faute conjugale : CA bordeaux, 1er octobre 1991 : Hauser, J. « Divorce pour faute : refus de procréation assistée ». *RTDciv.* (1992) : 56 – CA Aix-en-Provence, 5 juillet 2005 : Larribau-Terneyre, V. « Le refus du mari de se soumettre à une fécondation in vitro n'est pas une cause de divorce ». *Dr.fam.* n°11, comm.247 (2005).

[442] L'Observatoire des inégalités estime que les femmes sont cinq fois plus en temps partiel que les hommes, ce qui va dans le sens d'inégalités salariales. (Observatoire des inégalités (2011), *op.cit.*).

des hommes et dès femmes dès que se pose l'enjeu de la reproduction »[443]. L'entrée des femmes sur le marché du travail n'a pas été contrebalancée par une augmentation de la prise en charge du travail domestique par les hommes. L'opportunité offerte par la généralisation de la réduction du temps de travail (RTT) ne semble pas avoir inversé la tendance : elle permet aux hommes d'augmenter leurs loisirs et aux femmes d'effectuer plus de travail domestique et de s'occuper plus de leurs enfants.

147. Alors même que se redéfinissent les représentations des rôles parentaux et qu'il est aujourd'hui valorisant pour un jeune père de s'occuper de ses enfants, l'inégalité du partage du travail familial et domestique s'accroît avec l'entrée dans la parentalité. Il n'est pas si facile de passer d'un modèle à l'autre, tant est ancrée dans les représentations la place différente des sexes vis-à-vis de l'enfant. Pour la grande majorité des femmes objet des études, les « capitaux universitaires » ne sont pas très élevés ou elles n'occupent pas des fonctions qualifiées, si bien que la rentabilité de leur salaire est mise en balance avec le coût de la garde des enfants. Dès lors, l'intérêt du travail paraît moins valorisant que l'éducation des enfants. Aujourd'hui encore, 80% des tâches ménagères sont effectuées par les femmes et les écarts de salaires sont toujours aussi importants alors que, statistiquement, les femmes sont plus diplômées que les hommes. La difficulté à préserver la carrière professionnelle résulte en conséquence de la place que l'on y réserve aux femmes. La capacité de programmation reconnue au droit à la contraception n'a, en effet, pas eu d'incidence sur les inégalités entre les sexes sur le marché du travail, que ce soit au niveau du salaire, du chômage ou du temps partiel imposé[444]. Le droit à l'emploi des femmes est constamment remis en cause par leurs responsabilités maternelles et familiales. En définitive, la redistribution des rôles entre les père et mère, qui aurait pu accompagner la libéralisation du contrôle des naissances, s'est traduite en une « double journée » pour les femmes qui ont souhaité enfanter. Les politiques sociales qui ont accompagné la législation sur la contraception et l'avortement, dont la finalité

---

[443] Bajos, N. et M. Ferrand. (2006), *op.cit*.
[444] Daune-Richard A.-M., « Hommes et femmes devant le travail et l'emploi », *in* Blöss T. (dir), *La dialectique hommes-femmes*, Paris, PUF, 2001. L'auteur observe que la moitié des femmes travaillant à temps partiel ne l'a pas choisi et près d'un tiers d'entre elles souhaiteraient travailler davantage.

annoncée était de favoriser la conciliation entre la sphère privée et la sphère publique, n'ont pas permis d'alléger la charge familiale au profit d'un épanouissement professionnel.

148. La contraception a indéniablement contribué à la diminution des grossesses non prévues mais la stabilité du taux d'IVG laisse à penser que l'échec de la contraception cache un malaise bien plus profond qu'un simple « oubli de pilule ». Absence de projet parental pour les uns, intériorisation de la norme contraceptive pour les autres, la nouvelle norme procréatrice aux injonctions parfois contradictoires apparaît incontestablement révélatrice de la difficulté des femmes à entrevoir sereinement leur maternité.

B- L'existence d'un projet parental

149. Comment interpréter l'interruption volontaire de grossesse ? Un échec de la contraception ? L'échec d'un projet parental insuffisant à la constitution d'une famille ? Ou celui d'une norme procréatrice trop rigoureuse ?

1. L'interruption volontaire de grossesse ou l'échec d'un projet parental

150. Qu'est-ce qui fait qu'un embryon ou un fœtus entre dans la société des hommes ? C'est une interrogation à laquelle Luc Bolanski a souhaité apporter des réponses au travers de l'interruption volontaire de grossesse [445]. Selon cet auteur, la législation sur l'interruption de la grossesse est le fruit d'arrangements permettant une pratique non légitime mais devenue nécessaire au maintien de l'ordre social. Ces arrangements consisteraient à déterminer qui décide du caractère unique ou remplaçable du fœtus, de son appartenance ou non à

[445] Boltanski, L. *La condition fœtale : Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement.* Éditions Gallimard, 2004, cité par Gardey, D. « Autour du livre de Luc Boltanski la condition foetale ». *La Découverte* 1, nº 15 (avril 2006): 161-162.

l'humanité : en l'occurrence, le projet parental. Si bien que l'interruption volontaire de grossesse serait le fruit de l'échec du projet parental. Entendu comme l'engagement réciproque d'un homme et d'une femme de mettre au monde un enfant, le projet parental serait l'unique condition de la singularisation du produit de la conception. Selon lui, c'est principalement le défaut de projet parental crédible qui n'a pas permis à la contraception de diminuer le recours à l'avortement et de réduire la stabilité du taux d'IVG depuis sa légalisation. Ainsi, le projet parental permettrait-il de distinguer le « fœtus authentique » du « fœtus tumoral ». Alors que le premier fait l'objet d'un projet de vie par ses géniteurs, le second serait destiné à ne pas naître car seule « l'adoption symbolique » du fœtus par ses géniteurs ferait de lui un être humain. Cette discrimination arbitraire entre les embryons « élus » et ceux « remplaçables » [446], suppose que pour faire des enfants, il est nécessaire de pouvoir s'inscrire dans ce qui est appelé un projet parental. Face à leur position ambigüe entre la « volonté de la chair » et la « volonté de maîtrise », les femmes feraient preuve de « volonté de légitimation » lorsqu'elles se sentent dans l'obligation de justifier leur choix. En procédant de la sorte, les femmes, selon Luc Boltanski, ne culpabilisent pas mais expriment davantage des excuses[447]. En l'absence d'un projet parental crédible, elles estiment qu'elles n'avaient pas d'autres choix possibles. L'énoncé de causes à l'IVG par les femmes permettrait d'arbitrer le conflit qui existerait chez elles entre la « volonté de la chair » et la « volonté de maîtrise » mais qui ne fait que retraduire celui opposant « les êtres engendrés par la chair et ceux confirmés par la parole »[448].

151. Toutefois « le fait de placer l'avortement au cœur de la sociologie de l'engendrement ne risque-t-il pas de faire peser sur les femmes l'essentiel d'une responsabilité dont l'initiative biomédicale dans le domaine de la procréation et des technologies de l'engendrement limite cependant la part ? »[449]. Pour certains auteurs, résumer l'histoire de ces femmes à des excuses ne participerait-il pas de la réintégration de « la contrainte morale comme horizon obligé de

---

[446] Bajos, N. et M. Ferrand. (2006), *op.cit.*
[447] *V.* également Divay, S. (2004), *op.cit.*
[448] *Ibid.*
[449] *Ibid.*

tout avortement »[450] ? Les contraintes ainsi évoquées par Luc Boltanski résulteraient essentiellement de « la tension morale liée à l'avortement telle qu'elle se manifeste dans notre société, compte-tenu en particulier de ce que nous savons sur le développement des fœtus »[451]. La principale critique qui a pu être apportée à l'œuvre de Luc Boltanski réside dans son postulat que toute conception est nécessairement pensée en termes de projet parental[452].

2. L'interruption volontaire de grossesse ou l'échec de la norme procréative

152. L'interruption de grossesse doit-elle nécessairement se résumer à l'échec du projet parental ? N'existe-t-il pas d'autres dimensions qui influeraient sur le processus décisionnel de l'IVG ? Si les facilités d'accès de la contraception ont contribué à la baisse du nombre de grossesses non prévues, elles n'ont eu aucune incidence sur le nombre de recours à l'IVG. Pour certains auteurs[453], ce serait davantage « la rigidification de la norme procréatrice » qui expliquerait ces chiffres : aujourd'hui, un enfant doit être programmé dans le cadre d'un couple stable, au bon moment des trajectoires familiales et professionnelles des futurs parents.

153. L'absence de projet parental peut expliquer une grande majorité des avortements pratiqués, mais ce constat n'empêche pas pour autant qu'un projet parental naisse lorsque la décision de ne pas interrompre la grossesse est intervenue. En effet, une grossesse sur trois n'est pas prévue et 40% de ces femmes vont quand même poursuivre leur grossesse[454]. Dès lors, la naissance du projet parental ne dépend pas uniquement de la stabilité de la relation, de l'âge de la femme ou des conditions strictement matérielles, il se doit également de prendre en considération l'absence de désir de maternité ou de paternité et l'absence d'un père possible.

---

[450] Akrich M., « Ne pas oublier l'avortement : parcours avec la « Condition Fœtale » ». *Travail, Genre et Sociétés* n°15 (2006) : 163-168.
[451] *Ibid.*
[452] *V.infra*, p.381 et s.
[453] Bajos, N. et M. Ferrand (2006), *op.cit.*
[454] Equipe GINE et al. (2002), *op.cit.*

Réduire le recours à l'avortement à un projet parental évite, selon Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, de prendre en considération les rapports sociaux. Le vécu à la fois corporel et psychologique de la grossesse ne pouvant à lui seul agir sur la décision d'interrompre sa grossesse, c'est l'ensemble de la vie de la future mère, projet parental ou non, qui va être bouleversé par l'arrivée d'un enfant, même s'il faut admettre que toutes les femmes ne sont pas systématiquement dans la rationalisation de leur grossesse. Etre mère a trop fréquemment un impact négatif sur la carrière professionnelle d'une femme alors que la paternité naissante est plutôt une chose positive pour les hommes. Ainsi, la conscience du poids de l'enfant sur la vie des parents peut-elle dès lors être à l'origine de certains refus de procréation chez les femmes, même si le père est, quant à lui, favorable. Ce refus « égoïste » de la femme est encore mal accepté ; si bien que certaines femmes mettent en avant l'absence de disponibilité maternelle et l'impossibilité de pouvoir contribuer au plein épanouissement de leur enfant. Elles seraient d'autant plus responsables qu'elles ont, en connaissance de cause, décidé de mettre au monde un enfant.

154. La thèse de Luc Boltanski procèderait, selon Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, d'une analyse psychologisante de la décision d'IVG. Or, 40% des femmes auraient recours à une IVG au cours de leur vie, ce qui démontre l'importance des difficultés pour les femmes de planifier un enfant. En définitive, même si la législation sur l'interruption volontaire de la grossesse semble à première vue protéger la liberté de la femme d'y avoir recours, c'est une décision qui reste difficile à vivre en ce qu'elle renvoie à leurs défaillances et leurs difficultés à « gérer des normes contradictoires » : faire un enfant au bon moment, tout en ayant réussi à la fois son couple et sa carrière professionnelle. L'IVG n'est pas uniquement difficile à vivre parce qu'elle semble illégitime, elle l'est également pour des raisons sociologiques. Le postulat proposé par Luc Boltanski renverrait la femme à l'injonction sociale consistant à penser celle-ci dans son rôle de mère. Les échecs de la contraception ne peuvent être résumés à une irresponsabilité de la femme qui met en opposition un « bon comportement » que constitue la maîtrise de sa contraception et un « comportement déviant » assimilé au recours à l'avortement…alors que leur finalité est identique : éviter une naissance.

155. Le droit à la contraception accordée à la femme lui a permis de pouvoir choisir sa maternité dans les conditions qu'elle estime les meilleures. Toutefois, la norme contraceptive a entraîné avec elle la naissance d'une norme procréative aux injonctions de plus en plus contradictoires. Cette nouvelle conception des « bonnes conditions » a émergé au même moment que l'entrée massive des femmes dans le salariat et, si les politiques publiques sont en faveur d'un tel cumul, une grande partie des femmes voit leur volonté de cumuler remise en cause par des injonctions contradictoires de réussite. En France, le travail extérieur représente l'unique valeur.

La constatation d'une diminution des grossesses non prévues et la stabilité du nombre de recours à l'IVG attestent de la transformation du modèle de la maternité consistant, pour la femme, à concilier la vie familiale et professionnelle. L'ensemble des études ainsi menées à partir du recueillement de récits de femmes et d'hommes a permis la révélation de normes de la « bonne maternité ». Puisque tout enfant doit être désiré, les femmes se doivent d'être les meilleures des mères pour cet enfant qu'elles ont décidé de mettre au monde. Comme si la contraception avait permis le passage d'une « maternité sous contrainte » à celle d'une « maternité idéale », proposant simplement des « habits neufs à un vieux modèle »[455]. Le poids de la disponibilité maternelle explique d'ailleurs que certaines femmes soient conduites à opter pour l'avortement lorsqu'elles ne peuvent aménager leur emploi du temps professionnel. Tout se passe comme si la contraception, en permettant une maternité uniquement souhaitée, avait consacré l'idée d'une responsabilité avant tout maternelle. Avec la contraception, le modèle de la mère disponible confirme celui de la bonne mère. Changent seulement les qualités dont elle se doit de faire preuve : un enfant bien élevé n'est pas seulement un enfant propre, bien nourri et en bonne santé, mais un enfant qui s'épanouit, qui réussit et qui est heureux. La ménagère efficace a laissé place à l'éducatrice présente, attentive et psychologue. L'injonction reste impossible puisque cette « nouvelle » mère continue de travailler.

156. La revalorisation de la spécificité maternelle, largement médiatisée, exige la nécessité d'une disponibilité de la mère (**Titre 2**). Ne constituerait-elle pas la nouvelle composante de

---

[455] Singly, F. « Le trompe l'oeil de l'allocation de libre choix ». *Dr.soc.*, n°1 (2003) : 128-130.

la norme procréative ? La montée simultanée de l'individualisme et de l'égalitarisme peut participer à une redéfinition des modèles de parentalité, au féminin comme au masculin. L'enfant n'est plus seulement désiré comme une continuation du lignage ou comme ciment du couple, mais également comme « expression de l'extension identitaire de l'adulte »[456], même si, pour l'instant, la contraception et l'avortement ont toujours le goût d'une révolution inachevée[457].

---

[456] Castelain-Meunier, C. *La Place des hommes et les métamorphoses de la famille*. Presses Universitaires de France - PUF, 2004.

[457] Comme en témoigne la fermeture de nombreux plannings familiaux, centre d'IVG ou d'hôpitaux de proximité mais également la récente mission confiée en avril 2011 à Israël Nisand par la secrétaire d'État à la jeunesse, Jeannette Bougrab, sur la contraception et l'avortement des jeunes filles, et notamment sur leur caractère anonyme et gratuit (*V.* Synthèse de l'actualité, 12 avril 2011. Direction générale de la cohésion sociale, Service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes. Action gouvernementale : http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_actualite_12-04-11.pdf).

TITRE 2 : L'ENFANT MEDICALISE

157. Nous avons pu constater que l'enfant à naître n'a aucune reconnaissance juridique au regard du droit pénal au prétexte que nous avons autorisé les femmes à mettre fin à leur grossesse dans les douze premières semaines. Malheureusement, le combat des femmes pour une IVG autorisée les a finalement enfermées dans une norme procréative dont elles éprouvent le plus grand mal à s'en départir. L'analyse du déroulement de la grossesse et des conditions contemporaines d'accouchement va-t-elle nous conforter dans l'idée selon laquelle la femme est aujourd'hui un peu plus dépossédée de sa grossesse et de la manière dont elle entend la mener (**Chapitre 1**) ? A l'heure où les spécificités maternelles réapparaissent, nous envisagerons dans une perspective évolutionniste l'impact de ces conduites sur les relations mère-enfant (**Chapitre 2**).

CHAPITRE 1 : L'INDUSTRIALISATION DE LA NAISSANCE

158. Après les normes contraceptive et procréative, la norme obstétricale du « risque zéro » a aggravé le sentiment selon lequel les femmes étaient encore un peu plus dépossédées de leur corps et de leur capacité de mettre au monde leur enfant (**Section 1**). L'état du droit attache un rôle spécifique à la naissance : c'est à la naissance que l'enfant acquiert la personnalité et une protection juridiques et c'est un certificat d'accouchement qui permet l'établissement d'un acte d'enfant sans vie. Si bien qu'en l'absence d'accouchement, le fœtus reste étroitement lié au bon vouloir de sa mère et n'a pas d'existence juridique propre.

D'un point de vue psychologique et physiologique, l'accouchement est l'un des plus grands bouleversements morphologiques et psychologiques dans la vie d'une femme et malheureusement pour certaines, il correspond au moment du passage à l'acte criminel, point déterminant des poursuites judiciaires pour homicide volontaire sur mineur de quinze ans et autres qualifications pénales. Il devient alors indispensable de connaître les conditions dans lesquelles les femmes dont la grossesse a été suivie accouchent et celles dans lesquelles les femmes néonaticides mettent au monde leur nouveau-né. Peut-on établir une distinction entre les accouchements médicalisés et ceux de femmes meurtrières ? Existe-t-il des différences si importantes qu'elles pourraient apporter des éléments de compréhension sur le mécanisme du crime de néonaticide ou du moins de s'en approcher au plus près ? A en croire les récits d'accouchements de femmes ayant mis au monde leur enfant en milieu hospitalier, à faire l'addition des précautions prises par le personnel médical lors des accouchements, il est permis de s'interroger sur cette capacité que les femmes néonaticides ont à accoucher seule, dans la plus grande clandestinité et sans aucune aide médicale. Comment font-elles pour accoucher et trouver la force de dissimuler les petits corps, d'aller chercher les enfants « survivants » à l'école et de retourner à leurs vacations quotidiennes dans les minutes qui suivent la délivrance ? Comment expliquer la prévention hospitalière des risques obstétricaux tant redoutés par le personnel médical et la clandestinité des accouchements de femmes néonaticides ? A l'heure où les accouchements médicalisés reçoivent de nombreuses critiques, le néonaticide pourrait constituer indirectement un argument en faveur de la prise en considération des besoins physiologiques des femmes. Si pendant des millénaires, la femme accouchait sans aucune forme de préparation, il est aujourd'hui admis qu'un accouchement

doit se préparer à la fois dans son corps et dans sa tête. C'est pourquoi il existe aujourd'hui différentes préparations à l'accouchement : chant prénatal, sophrologie, acupuncture, piscine, yoga, haptonomie[458]…Elles sont quasiment toujours faites dans l'optique d'un accouchement à l'hôpital ; cela permet de visiter la maternité, de rencontrer l'équipe médicale et d'apprendre à gérer le travail. Toutefois, seulement un peu moins de la moitié des futures mères suivent ces séances pourtant remboursées par la sécurité sociale…si bien que la naissance paraît aujourd'hui être réduite à sa seule dimension médicale. Le pouvoir médical aurait-il confisqué à la femme une partie de son accouchement ? Soit la naissance est analysée comme une situation à risque qu'il faut sécuriser par des interventions médicales, soit il s'agit d'un processus physiologique qui, sauf exception, se déroule naturellement. Il serait donc inutile de le perturber par des gestes médicaux systématiques. Lorsque les parents optent pour un accouchement à l'hôpital, le critère premier est celui de la sécurité, les éléments relatifs au confort, qu'il soit physique ou psychologique, sont secondaires. Toutefois, au regard des données chiffrées et des récits de parents qui mettent en avant le manque d'humanité, élément qui pourtant n'était pas *a priori* recherché par eux, la notion de sécurité à l'hôpital semble relative (**Section 2**).

[458] Inventée par Frans Veldman au lendemain de la seconde guerre mondiale, l'haptonomie permet à la fois à la mère et au père de rentrer en contact avec le fœtus dès le quatrième mois de grossesse grâce à différents exercices de toucher (*V.* Veldman, F. *Haptonomie Science de l'Affectivité : Redécouvrir l'Humain*. 9e éd. Presses Universitaires de France - PUF, 2007).

Section 1 : La course au « risque zéro »

159. Si toute grossesse peut présenter des complications nécessitant la mise en place d'un ensemble de mesures sécuritaires très invasives (**I**), le faible pourcentage de grossesses et d'accouchements à haut risque conduit à s'interroger sur cet impératif sécuritaire. L'analyse de chacune des mesures révèlera un argument sécuritaire qui s'avère finalement être une parade (**II**).

I- De la protection discrète à la prise en charge imposée

160. La douleur liée à l'accouchement est devenue une priorité de santé publique (**B**), mais l'encadrement de la grossesse est vite apparu comme un moyen de contrôler les femmes dans la gestion de leur grossesse. N'opérant plus aucune distinction entre les grossesses à risques de celles qui ne présentent aucune anomalie, l'importante surveillance prénatale et le recours systématique à la péridurale conduisent l'assimilation de la grossesse à une sorte de maladie dont il est impératif de suivre l'évolution (**A**).

A- Une grossesse strictement encadrée

161. L'annonce de l'arrivée prochaine d'un enfant déclenche la mise en œuvre de tout un ensemble de démarches administratives et médicales permettant à la femme que sa grossesse soit suivie et que les examens inhérents soient remboursés. Toutefois, il apparaît que cet imposant suivi socio-médical renvoie à une manifestation de l'enfant parfait dont le « contrôle qualité » est assuré par les nombreux examens prénataux.

1. Un imposant suivi socio-médical de la grossesse

162. Le premier signe annonciateur d'une dépossession est la surveillance très encadrée de la grossesse par les organismes sociaux. En effet, lorsqu'une femme découvre sa grossesse, elle est soumise à de multiples recommandations qui apparaissent très rapidement comme des injonctions auxquelles ne pas répondre relèverait d'une déviance voire d'un risque de maltraitance fœtale. Dans les quatorze premières semaines de grossesse, la femme enceinte se doit de la déclarer aux organismes sociaux si elle souhaite obtenir les allocations familiales correspondantes et le remboursement des nombreux examens prescrits[459]. Rédigée lors de la première consultation par un gynécologue-obstétricien, un médecin ou une sage-femme, l'attestation de grossesse doit être transmise à la Caisse d'Allocations Familiales et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. A la suite de cette déclaration, un carnet de grossesse est transmis à la femme enceinte lui indiquant l'ensemble des examens médicaux à effectuer et comportant des étiquettes permettant leur remboursement, la seule déclaration de grossesse étant manifestement insuffisante[460]. En théorie, cette protection apparente de la femme enceinte conditionne l'ouverture aux droits aux allocations et à la prise en charge des frais médicaux relatifs aux nombreux examens rendus obligatoires pour la grossesse et l'accouchement. Si bien que les femmes, si elles souhaitent pouvoir être accompagnées financièrement dans leur grossesse, sont enfermées dans l'obligation de déclarer leur grossesse mais aussi de suivre les examens médicaux. Parallèlement, cette armada d'examens périnataux est également rendue obligatoire d'un point de vue strictement réglementaire. En effet, l'article L.2122-1 du Code de la santé publique énonce que « toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux *obligatoires* pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme (…) Le nombre et la nature des examens

---

[459] L''article R.2122-1 du CSP énonce que « les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes prévus à l'article L.2122-1 sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme. Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement ». *V.infra*, Annexe 2, Examens prénataux, p.708 et s.
[460] Art.L.2122-2 du CSP.

obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire ».

Si à l'évidence, il apparaît difficile de sanctionner une femme qui ne respecte pas l'ensemble de ces injonctions, la société pointera du doigt les femmes qui ne font pas tout leur possible pour assurer la bonne santé de leur progéniture. En effet, lorsque la déclaration de grossesse et les examens médicaux n'ont pas été effectués dans les délais prévus[461], le médecin responsable de la protection maternelle et infantile a la possibilité d'intervenir. Dès lors, l'apparente protection de la femme enceinte peut s'analyser en une surveillance minutieuse de la grossesse de femmes qui seraient incapables de la mener dans de bonnes conditions. La suspicion insidieuse n'est d'ailleurs pas sans rappeler l'édit d'Henri II qui, pour réprimer l'infanticide autant que pour le prévenir, obligeait les filles mères à déclarer leur grossesse et leur accouchement : « Toute femme qui se trouvera dûment atteinte et convaincue d'avoir celé, couvert et occulté, tant sa grossesse que son enfantement, sans avoir déclaré l'un et l'autre, et avoir pris de l'un et l'autre témoignage suffisant, même de la mort ou de la vie de son enfant lors de l'issue de son ventre ; et après se trouve l'enfant avoir été privé tant du saint sacrement du baptême que de la sépulture publique et accoutumée ; qu'une telle femme tenue pour avoir homicidé son enfant, pour réparation publique, sera punie de mort et de dernier supplice, de telle rigueur que la qualité particulière du cas le méritera »[462].

163. La méfiance du gouvernement français à l'égard des femmes qui ne suivent pas à la lettre les recommandations normatives conduit le Haut Conseil à la Santé Publique à vouloir réduire à 2% le nombre de femmes n'ayant jamais consulté en maternité, de rendre obligatoire l'examen du septième mois et d'abaisser à 0,5% le nombre de femmes ayant assisté à moins de trois consultations[463]. Selon les premiers résultats de l'enquête nationale périnatale de

---

[461] En 2010, parmi les femmes qui ont déclaré leur grossesse hors du délai légal, 6,6% l'ont effectué au cours du second trimestre contre 4,3% en 2003. Seulement 0,5% des grossesses n'ont jamais été déclarées (*V. La santé des femmes en France. Périnatalité. Suivi de grossesse*. Études recherches et statistiques. D.R.E.E.S., n°26, 2009, p.136-137 et *La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale.* Études et résultats. D.R.E.E.S., n°775, octobre 2011).

[462] Ordonnance d'Henri II, février 1556, citée par Richard Lalou (« L'infanticide devant les tribunaux français (1825-1910) ». *Communications* 44, nº 1 (1986): 175–200).

[463] *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance: pour un nouveau plan périnatalité*, Haut Comité de Santé Publique, janvier 1994.

2010, près de 45% des femmes enceintes ont bénéficié à dix reprises d'une visite prénatale, contre seulement 28% en 2003[464]. Cette nette augmentation correspond, en partie, à la prise en considération, lors de l'enquête de 2010, des consultations en urgence, mais elle s'explique également par la multiplication des propositions de consultation. Cette « surconsommation médicale »[465] interroge les bénéfices qu'elle pourrait apporter aux mères et enfants, si ce n'est de contrôler un peu plus la « qualité biologique » de l'enfant à naître.

2. « Le contrôle qualité »

164. Si la déclaration de grossesse sous Henri II traduisait une volonté de lutter contre la suppression d'enfant ou l'infanticide, elle correspond davantage aujourd'hui à la mise en marche de la course au « risque zéro ». « Il y a comme un suspense qui commence avec l'échographie et avec le test sanguin »[466]. Née en 1969, l'échographie est aujourd'hui devenue systématique (dès la onzième semaine d'aménorrhée) et a donné une nouvelle dimension à la grossesse[467]. Cette identification de l'enfant à naître est parfois rassurante et a, dans d'autres situations, un goût de dépossession pour les femmes. Si elle constitue un progrès indéniable dans le diagnostic prénatal, l'échographie peut cependant refléter un asservissement des femmes « aux exigences d'un maternage qualifié, certifié par les experts médicaux »[468]. Le test sanguin participe également à ce « contrôle qualité ». S'il permet d'écarter certaines anomalies, il conduit parfois à la réalisation d'une amniocentèse traumatisante pour les futurs parents, dont les risques de fausse couche ne sont, par ailleurs, pas négligeables. L'attente que suppose un tel examen peut conduire à une mise à l'écart de l'enfant par les parents qui souhaiteraient prendre du recul par rapport à l'attachement qu'ils ont pu créer à son endroit. Pendant cette attente, des discussions sont engagées sur une éventuelle interruption médicale de grossesse entraînant avec elles des blessures parfois difficiles à cicatriser. Ce sentiment de

---

[464] *La situation périnatale en France en 2010* (octobre 2011), *op.cit.*
[465] *La situation périnatale en France en 2010* (octobre 2011), *op.cit.*
[466] Szejer, M. « Pour une médicalisation raisonnée de la maternité ». *Informations sociales* 132, nº 4 (2006): 54-63.
[467] L'enquête nationale périnatale de 2010 fait état de 20% des femmes qui ont eu plus de six échographies et 4% qui ont en eu plus de dix (*V. La situation périnatale en France en 2010* (octobre 2011), *op.cit.*).
[468] Montazeau, O. « L'industrialisation de la naissance ». *Spirale* 54, nº 2 (2010): 91-111.

culpabilité que peuvent éprouver certains parents à l'issue de cette réflexion trouve écho dans la comparaison qui a pu être faite de la mère à « une chaîne de production et le fœtus à un produit industriel »[469] : « lorsque la société encourage le développement des tests prénatals, la transformation en marchandise du fœtus transforme la grossesse. Ce processus – conseil, génétique, dépistage et diagnostic – sert de contrôle de qualité sur une ligne de production des produits de conception, triant les produits que nous voulons développer de ceux que nous abandonnons »[470]. Cette poursuite du « risque zéro » a conduit les femmes (mais aussi les hommes) à se centrer sur leur ventre et à toujours penser à l'enfant à naître, cet enfant qui, par l'évolution des techniques médicales, approche la perfection. L'impossibilité « morale » de s'opposer à l'ensemble des examens prénataux, aussi performants soient-ils, conduit un peu plus les parents vers une norme obstétricale de moins en moins individualisée.

165. Au stade de la grossesse, la conscience d'être soumis à une norme n'est pas encore très présente, l'appréhension d'un accouchement douloureux étant la principale préoccupation des futurs parents mais aussi du milieu médical.

B- La prise en considération de la douleur

166. Compétence originellement attribuée aux « matrones », l'apaisement de la douleur, une fois passé entre des mains essentiellement masculines, a laissé place à une gestion de la douleur beaucoup moins thérapeutique[471].

---

[469] *Ibid.*
[470] Traduction de Champenois-Rousseau B., « Éthique et moralité ordinaire dans la pratique du diagnostic prénatal », thèse sous la direction de M.Akrich, doctorat de socio-économie de l'innovation, ENSMP, 2003, cité par Odile Montazeau (2010, *op.cit.*).
[471] Cesbron, P. « Naître à la vie, en douleur ». *Spirale* 45, nº 1 (2008): 79-98.

1. La mise à l'écart des sages-femmes ou la domination masculine dans le savoir de la naissance

167. L'une des principales différences entre les mammifères non humains et les femmes réside dans l'assistance lors de l'accouchement. Pour Wenda Trevathan, deux principales raisons justifient cette différence majeure[472]. L'assistance d'une tierce personne représente un gage de sécurité chez les espèces qui ont conscience de leur vulnérabilité lors d'un accouchement mais également lorsque certaines considérations physiologiques l'exigent.

a. La sage-femme chez les mammifères. Les primates qui vivent le jour ont tendance à accoucher la nuit et ceux qui, à l'inverse, vivent la nuit accouchent le jour. Ceci leur permet à la fois de ne pas être délaissés par le groupe lors de la recherche de nourriture[473] et d'avoir à leur disposition tout le temps nécessaire pour reprendre leurs esprits et se découvrir[474]. Chez nos ancêtres, il a également été observé que les femmes qui accouchaient de nuit entourées de leurs proches étaient plus détendues que celles qui avaient accouché seules, de jour et sans les membres de leur clan dans les alentours[475]. L'anthropologue Wenda Trevathan émet l'hypothèse selon laquelle les femmes seraient plus détendues par le silence et le calme de la nuit, lorsque leur clan dort à côté. Par la suite, les femmes ont accouché près de leur mère ou de quelqu'un qui jouait le rôle de mère substitutive. En d'autres termes, elles accouchaient dans un sentiment de sécurité sans pour autant se sentir observée et jugée. La sage-femme contemporaine, à qui la professionnalisation à accorder un certain pouvoir dans la direction de l'accouchement, est passée d'un rôle protecteur à celui d'assistance. Or, les mammifères, comme les éléphants ou les dauphins, mettent en place certains comportements s'apparentant à ce que devrait être le rôle premier de la sage-femme : celui de protéger la femelle qui met bas tout en s'abstenant d'intervenir dans le processus d'accouchement. Chez les humains, la sage-femme se doit d'être la plus discrète possible pour permettre le changement d'état de conscience.

---

[472] Trevathan, W.R. *Human Birth: An Evolutionary Perspective*. 1er éd. Transaction Publishers, 2011, p.108.
[473] Jolly, A. « Hour of birth in primates and man ». *Folia Primatologica* 18 (1972): 108-120 et « Primate birth hour ». *International Zoo Yearbook* 13, nº 1 (1973): 391-397.
[474] Dunbar, R. I. M. et P. Dunbar. « Behaviour Related to Birth in Wild Gelada Baboons (Theropithecus gelada) ». *Behaviour* 50, nº 1/2 (1er janvier 1974): 185-191.
[475] Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.*

168. Des raisons physiques ou mécaniques peuvent conduire à l'intervention d'un tiers dans la naissance d'un enfant ou d'une progéniture. Pendant des millénaires, les femmes ont accouché seules mais la mortalité à la fois maternelle et infantile était très élevée, notamment dans les hypothèses d'une présentation de l'enfant par l'occiput postérieur. Chez les primates non humains, la progéniture naît sur présentation de l'occiput postérieur, face au sacrum de leur mère ce qui permet à cette dernière de l'attraper[476]. En cas contraire, la progéniture est capable de sortir toute seule pour ensuite grimper jusqu'à la mamelle. Chez les humains, la taille du cerveau oblige l'enfant à naître par présentation de l'occiput antérieur. Dans l'hypothèse inverse, une assistance devient nécessaire pour attraper l'enfant ; la mère ne pouvant pas utiliser ses mains avant le passage des épaules sans risquer de lui causer des blessures. Les problèmes obstétricaux que rencontrent les femmes contemporaines trouveraient principalement leur origine dans l'encéphalisation. Lorsque certaines femmes du monde donnent, seules, naissance à leurs enfants, elles restent surveillées de loin ou de près par d'autres femmes de la famille ou de la tribu en cas de problèmes.

b. La prise en charge de la douleur. La douleur de l'accouchement est présente chez tous les mammifères mais sa prise en considération chez les humains n'a réellement été étudiée qu'à partir de l'Empire romain. Certains écrits très précis ont ainsi permis aux sages-femmes d'être à l'écoute des parturientes et de soulager leurs douleurs au moyen de pratiques thérapeutiques[477] : massages, utilisation fréquente de plantes apaisantes… Autrefois appelées « matrones », les sages-femmes utilisent principalement des plantes visant à atténuer la douleur, ce qui va leur valoir une importante persécution sous la Renaissance et ce jusqu'au XVIIIème siècle. Près de 30 000 sages-femmes seraient ainsi mortes sur les bûchers[478]. Sous l'influence du christianisme, l'analgésie est enseignée par l'utilisation de narcotiques et de divers sédatifs et les femmes sont placées sous la coupe des Accoucheurs des hôpitaux afin

---

[476] Hopf, S. « Notes on pregnancy, delivery, and infant survival in captive squirrel monkeys ». *Primates* 8, nº 4 (1967): 323-332 ; Kadam, K. M. et M. S. Swayamprabha. « Parturition in the slender loris (Loris tardigradus lydekkerianus) ». *Primates* 21 (1980): 567-571 ; Kemps, A., et P. Timmermans. « Parturition behaviour in pluriparous Java-macaques (Macaca fascicularis) ». *Primates* 23, nº 1 (1982): 75-88 ; Stevenson, M.F. « Birth and perinatal behaviour in family groups of the common marmoset (Callithrix jacchus jacchus), compared to other primates ». *Journal of Human Evolution* 5, nº 4 (juillet 1976): 365-381.
[477] D'Éphèse, S. *Maladie des femmes*. Livre I. Paris: Les Belles Lettres, 2003. Texte établi, traduit et commenté par Paul Burguière, Danielle Gourevitch et Yves Malinas.
[478] Cesbron, P. (2008), *op.cit.*

que leur savoir soit combattu, non pas parce qu'il recouvrirait une certaine nocivité, mais pour qu'il soit attribué aux médecins hommes qui ignoraient beaucoup de l'obstétrique et, de manière générale, de l'anatomie féminine. C'est ainsi qu'aurait disparu le savoir de l'apaisement de la douleur par les sages-femmes. « Pratique exclusivement féminine, faite d'attentions visant principalement au soulagement par l'utilisation de multiples plantes, l'accouchement devient un acte technique aux mains des hommes-médecins qui considèrent désormais les douleurs de l'enfantement comme la manifestation la plus évidente du caractère pathologique de tout accouchement et l'expression naturelle et favorable de la contraction utérine »[479]. Dans les années 1840, le protoxyde d'azote, l'éther ou encore le chloroforme font leur apparition dans le traitement de la douleur obstétrique. En France, cette méthode n'a que très peu été utilisée en raison de son attribution à de nombreux décès. Son application présentait également quelques difficultés au regard de la physiologie du travail et des dépressions respiratoires qu'elle pouvait entraîner. C'est à la suite de ces « innovations » que l'idée d'un « accouchement sans douleur » est apparue. L'hypothèse d'un accouchement sous hypnose est avancée, l'efficacité d'une relaxation refait surface[480] et le recours aux drogues et anesthésiques est de plus en plus considéré comme dépossédant la femme de son corps. Grantly-Dick Read observera à cet égard que les femmes des pays sans lien avec les cultures occidentales accouchent sans crainte et sans souffrance[481]. En France, les années 30 sont marquées par la tuberculose, la syphilis ou encore la fièvre puerpérale. Si bien que les médecins vont avoir « une véritable obsession sociale autour de la maternité »[482] entraînant avec eux le savoir-faire bien particulier des sages-femmes. Le combat de la douleur et de la mortalité apparaît dès lors comme la préoccupation première de l'obstétrique contemporaine.

---

[479] *Ibid.*

[480] Read Grantly-Dick a pu constater lors d'une expérience médicale aux Indes l'absence de souffrances lors de certains accouchements et la tolérance physiologique de certaines femmes qui reprennent de lourdes activités physiques aussitôt après la naissance de leur enfant (*V.* Grantly-Dick, R. *Natural Childbirth*. N/A, 1933 et *Revelation of Childbirth*. William Heinemann Medical Books.Ltd, 1948).

[481] *Ibid.*

[482] Jacques, B. « L'expérience de la maternité sous influence médicale ». *Face à face*, nº 2. Les structures des soins (2000).

2. La péridurale

169. Dépendante d'une pluralité de facteurs (taille du fœtus, rapidité de la dilatation, intensité et durée des contractions, fatigue…), la douleur est une donnée essentiellement subjective. La pratique de la péridurale a bouleversé les modes d'accouchement. Elle représentait, en 1995, 48,6% des accouchements, contre 70% en 2010[483].

a. L'intérêt organisationnel. L'intérêt premier de la péridurale était de supprimer, ou du moins de diminuer la douleur en bloquant la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs provenant de l'utérus. Ce blocage se fait à proximité de la moelle épinière au moyen d'un cathéter introduit dans le dos et maintenu tout au long de l'accouchement. Elle a indubitablement facilité les accouchements de grossesses à risques en facilitant le déclenchement ; mais au-delà de ces hypothèses, la péridurale est essentiellement un agréable objet de travail pour le personnel obstétrique.

170. Dans les établissements hospitaliers où « le temps, c'est de l'argent », la péridurale permet des interventions plus rapides et, par voie de conséquence, une meilleure gestion du temps de travail pour l'équipe médicale puisque la femme n'a plus besoin d'accompagnement, la surveillance technique étant assurée. Lors des cours de préparation, une séance est réalisée avec l'anesthésiste qui vante les mérites de la péridurale que ce soit en termes de confort ou de sécurité pour la mère et l'enfant, renforçant un peu plus le doute de la femme sur l'éventualité d'un accouchement à risque. « La péridurale, c'est la sécurité pour nous. C'est plus facile pour nous s'il faut rapidement faire une césarienne ou des forceps. La femme peut mieux se maîtriser, si elle est déjà anesthésié du ventre jusqu'en bas, sinon on doit faire une anesthésie générale »[484]. Il est frappant d'observer que l'utilisation de la péridurale répond davantage à l'angoisse médicale face à une femme qui serait « incontrôlable » : « sous péridurale, la femme ne ressent plus rien, elle est soumise,

---

[483] *La situation périnatale en France en 2010* (octobre 2011), *op.cit.*
[484] Propos recueillis par Béatrice Jacques auprès d'une sage-femme (*V.* Jacques, B. (2000), *op.cit.*).

dépendante »[485]. Lorsqu'une femme décide de ne pas recourir à une péridurale, elle est très mal perçue par le personnel obstétrique. Selon les dires d'une sage-femme, « les femmes qui accouchent sans péridurale, c'est un acte de gloriole. Elles en font trop »[486]. Ainsi, les femmes qui ne souhaiteraient pas de péridurale désorganiseraient les services d'obstétrique : laisser la femme déambuler, lui enlever le monitoring et lui accorder une autonomie est synonyme de perte de contrôle pour les professionnels.

Pour éviter de telles situations, des ocytociques sont administrés pour obliger les femmes à demander en urgence une péridurale. En effet, cette administration entraîne des contractions douloureuses, car provoquées en dépit du pic naturel d'ocytocine[487]. L'avis de la femme est totalement ignoré, remis au second rang pour permettre aux médecins et sages-femmes de pratiquer dans des conditions techniques meilleures.

b. L'incidence néfaste sur le déroulement de l'accouchement. Les salles de naissance sont devenues plus calmes et la surveillance des femmes plus facile du fait, notamment, de leur immobilisation dorsale. Outre le risque d'effets secondaires liés aux produits morphiniques et anesthésiques[488], la péridurale peut avoir des incidences sur le déroulement de l'accouchement. Les muscles pelviens ne guident plus le bébé dans sa descente si bien que l'engagement du fœtus est plus difficile et le réflexe de poussée quasiment aboli. Le recours aux forceps, ventouses ou césariennes est ainsi multiplié par deux ou trois[489]. Enfin, les composés analgésiques ou anesthésiques de la péridurale sont présents dans la circulation maternelle et sont donc susceptibles de traverser le placenta et d'atteindre le fœtus. Cette incursion peut entraîner une modification du rythme cardiaque du fœtus et/ou des dépressions respiratoires à la naissance. Pareillement, 5% des fœtus dont la mère est sous péridurale présentent une température supérieure à 40 degrés. Or, un bébé naissant avec de la

---

[485] Jacques, B. (2000), *op.cit.*
[486] *Ibid.*
[487] *V. infra.* p.175 et s.
[488] Démangeaisons, nausées, rétention d'urine nécessitant la pose d'une sonde vésicale… Sous péridurale, la parturiente sent difficilement les contractions si bien qu'elle ne se rend pas compte que sa vésicule est pleine. C'est alors qu'une sonde vésicale est introduite entraînant pour 10% des femmes des infections urinaires de nature nosocomiale.
[489] « La médicalisation de la naissance en question ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº 255 (1997) ; « La péridurale vue autrement ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº 189 (1991) ; « L'analgésie péridurale augmente-t-elle les risques de césariennes ? » *Genesis*, (1999); Buckley, S. « Epidurals : Real Risks for Mother and Baby ». *Midwifery Today*. News (2000) ; Griffin, N. « The epidural express : real reasons not to jump on board ». *AAHCC* (2000). Article consulté le 17 juillet 2011 sur : http://www.birthrites.org/Epidural.html.

fièvre est suspecté d'infections néonatales et subira par conséquence de nombreux examens invasifs le séparant de sa mère. De surcroît, en fonction du degré de concentration des produits composant la péridurale, les contractions peuvent faiblir et imposer l'administration d'ocytocine artificielle pour relancer ou accélérer le travail. Cette perfusion peut faire naître une hypertonie conduisant à d'immenses souffrances fœtales dont une difficile alimentation en oxygène du fœtus, la position antiphysiologique conduisant l'utérus à comprimer les vaisseaux sanguins.

171. Il arrive que certaines femmes dénoncent la dépendance dans laquelle elles se sont retrouvées et souhaitent ne pas avoir recours à un accouchement sous péridurale pour la naissance du deuxième enfant[490]. Elles ont le sentiment d'avoir « mis le doigt dans un engrenage qui les a infantilisées »[491] et d'avoir été au cœur d'un déni de leurs souhaits par le personnel obstétrique. Une modération de la méthode est devenue indispensable pour éviter une utilisation systématique de la péridurale car l'enjeu de l'accouchement risquerait d'être réduit à l'enjeu de la douleur ; l'accouchement réussi serait celui au cours duquel la femme n'a rien senti[492]. Indéniablement, la péridurale entraîne avec elle des répercussions psychologiques sur le ressenti des femmes et le bien être psychique des bébés car indissociable de son bien être physique. Lorsque la péridurale entraîne un affaiblissement des contractions, de l'ocytocine est trop souvent administrée conduisant à une souffrance fœtale. Enfin, le lien mère-enfant en est d'autant plus fragilisé. En effet, la pose d'une péridurale empêche la femme de déambuler pendant le travail et d'avoir un rôle actif dans la mise au monde de son enfant ; si bien que son sentiment de compétence maternelle s'en trouve altéré. De surcroît, la perfusion d'hormones de synthèse parasite le rôle joué par les hormones naturelles dans l'établissement du lien mère-enfant. Ce triste constat traduit un peu plus la nouvelle norme obstétricale introduite par un impératif avant tout sécuritaire.

---

[490] Poitel B, et Femmes/Sages-femmes d'Aquitaine. « Péridurale : choisir en connaissance de cause ». Article à consulter sur : http://portail.naissance.asso.fr/docs/peridurale-choisir.pdf.
[491] *Ibid.*
[492] Szejer, M. (2006), *op.cit.*

172. Victime des évolutions médicales dans le domaine de la douleur, la future mère apparaît aujourd'hui comme enfermée dans une norme obstétricale qu'il lui est difficile de combattre tellement celle-ci est ancrée dans des considérations socio-économiques éloignées de ses aspirations (**II**).

II- La sécurité : un argument déguisé

173. Dans les années 1990, le mouvement de regroupement des maternités au sein des grands centres hospitaliers s'est opéré. Dès 1994, le Haut Comité de la santé publique rendait un rapport faisant état d'une sécurité insuffisante dans les maternités réalisant moins de trois cents accouchements par an[493]. Si les grands centres hospitaliers mettent à disposition, au sein de leurs établissements, des services de maternité, de pédiatrie, de réanimation néonatale, ils présentent, néanmoins, des risques plus importants d'infections nosocomiales et n'opèrent aucune distinction entre les grossesses à risques et celles qui n'en présentent que très peu. Justifiée par un argument sécuritaire, la suppression des petites maternités a entraîné avec elle une modification des pratiques dans la mise au monde des enfants et une industrialisation de la naissance (**A**). En effet, de tels regroupements ont été synonymes d'une surcharge de travail pour le personnel hospitalier, leur imposant une nouvelle organisation des naissances (**B**).

A- Un accouchement surmédicalisé

174. Dans 80% des cas, l'accouchement est considéré à faible risque. Or, rien ne permet aujourd'hui de distinguer dans les structures hospitalières un accouchement à haut risque de celui qui ne présente qu'un faible risque. Il est donc permis de s'interroger sur la nature de ce risque : correspond-il aux risques encourus pour les femmes et leur enfant ou s'agit-il des risques liés aux professions obstétricales ? Une posture inadaptée engendrant des actes

[493] *La santé en France*. Paris: Haut Comité de la santé publique, novembre 1994.

médicaux en cascade, la course après le temps sembleraient répondre à des intérêts organisationnels qu'à des besoins d'ordre médical.

1. Une posture inadaptée

175. Dans un souci de favoriser les manœuvres pendant l'accouchement, la position gynécologique (ou lithotomique) reste de mise depuis qu'elle a été introduite par le docteur Mauriceau au 17ème siècle.

a. Lors de la première phase de l'accouchement. Cette position dorsale, les pieds relevés par des étriers, ne facilite en rien l'accouchement, mais constitue pour les professionnels la position la plus pratique pour surveiller le déroulement de l'accouchement et éviter des « accidents » pouvant conduire à des poursuites judiciaires à l'encontre des praticiens. Cette position gynécologique a largement été dénoncée comme étant contraire à la physiologie des femmes pour mettre au monde leurs enfants. En s'imposant dans la direction des poussées, les médecins et sages-femmes font perdre aux femmes leur rôle actif dans la naissance de leur enfant[494], mais également dans leur rôle inactif. En effet, la position dorsale oblige l'enfant à « monter une côte » pour sortir si bien qu'elle épuise également la femme en poussées interminables[495]. Lors de la première phase du travail, les femmes ayant procédé au travail de manière verticale diminuent de 25% le temps nécessaire à l'expulsion[496]. Alors que les obstétriciens avançaient l'argument sécuritaire pour refuser de pratiquer des accouchements « verticaux », il a été démontré que la liberté de mouvements accordée à la parturiente pendant le travail n'engendrait aucun risque pour sa sécurité et celle de son enfant, notamment parce que le rythme fœtal était surveillé par un monitoring intermittent et les

---

[494] De Gasquet, B. *Bien-être et maternité*. Éditions Albin Michel, 2009 et *Trouver sa position d'accouchement*. Marabout, 2009.
[495] *V.* « Comment le déroulement physiologique de la naissance est sans cesse perturbé », article consulté le 21 novembre 2011 sur le site suivant : http://maternage.free.fr/naissance_naturelle.htm.
[496] Díaz, A.G., R. Schwarcz, R. Fescina, et R. Caldeyro-Barcia. « Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome ». *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 11 (1980): 1-7.

manœuvres obstétricales grandement réduites[497]. Le temps de travail ainsi réduit par la position verticale, le recours aux ocytociques ne devient nécessaire que dans un accouchement horizontal. Ainsi, hormis les cas dans lesquels il existe des contre-indications obstétricales ou médicales, la déambulation doit être encouragée pendant la première phase de l'accouchement. Plus confortable pour la réception des contractions utérines, la position verticale favorise la descente de l'enfant, permettant ainsi à la femme de diminuer sa demande d'analgésie péridurale. Ce n'est qu'à la fin de la dilatation que la femme ressent le besoin de s'allonger. Malgré la satisfaction des parturientes ayant opté pour une position verticale lors de la première phase du travail[498], la position dorsale constitue l'un des éléments de la norme obstétricale contemporaine.

b. Lors de la seconde phase de l'accouchement. La position horizontale entraîne, au cours de la seconde phase du travail, une flexion des hanches qui conduit à un étirement important du périnée, freine la descente de l'enfant et accentue la pression sur la veine cave, au risque de créer des souffrances fœtales importantes. Or, lorsque les femmes sont libres de leurs mouvements, elles marchent, se mettent debout, s'accroupissent, s'agenouillent, vont aux toilettes et mangent[499]. Cette liberté de position diminue ainsi un temps de travail mieux supporté. De surcroît, la femme a moins besoin d'analgésique, d'anesthésie, d'ocytocique, d'extractions instrumentales et son périnée est plus souvent intact. La comparaison réalisée entre des accouchements accroupis et des accouchements allongés a permis d'observer un temps plus réduit dans le travail et par conséquent, une diminution de la stimulation du travail par ocytocique et une baisse significative des lésions du périnée en position accroupie[500]. A

---

[497] *Ibid.*

[498] *V.* Roberts, J.E., C. Mendez-Bauer, et D.A. Wodell. « The Effects of Maternal Position on Uterine Contractility and Efficiency ». *Birth* 10, nº 4 (1983): 243-250 et Melzack, R., E. Bélanger, et R. Lacroix. « Labor pain: Effect of maternal position on front and back pain ». *Journal of Pain and Symptom Management* 6, nº. 8 (1991): 476-480.

[499] Chez les primates non humains, la déambulation permet au canal de s'agrandir et de rendre la sortie de la progéniture plus facile (*V.* Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.*).

[500] Golay, J., S. Vedam et L. Sorger. « The squatting position for the second stage of labor: effects on labor and on maternal and fetal well-being ». *Birth*, nº 20 (1993): 73-78. L'étude portait sur les différentes positions que les femmes adoptent pendant la phase d'expulsion et a ainsi comparé deux cents accouchements en position accroupie et cent accouchements en position demi-allongée. *V.* Racinet C, P. Eymery, L. Philibert, et C. Lucas. « L'accouchement en position accroupie. Essai randomisé comparant la position accroupie à la position classique en phase d'expulsion ». *Journal De Gynécologie, Obstétrique et Biologie De La Reproduction* 28 (1999): 263 ; De Jong P.R, R.B. Johanson, P. Baxen, V.D. Adrians, S. van der Westhuisen, et P.W. Jones. « Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104, nº 5 (1997): 567-571.

l'inverse, les positions « strictement » verticales engagent le meilleur taux de périnée intact[501], la position accroupie révélant des difficultés de maintien tout au long de l'accouchement et la position à genoux bénéficiant du meilleur confort exprimé par les femmes[502]. Il n'y a donc pas UNE posture, mais plusieurs que la femme peut user à son aise et au fur et à mesure de l'évolution de l'accouchement[503]. De manière générale, l'angle de poussée optimal est retrouvé en position verticale car les effets de la gravité sur le fœtus sont en synergie avec l'effet sur les contractions utérines[504]. Ces dernières sont, certes, plus intenses mais moins fréquentes, elles sont plus coordonnées et rendent le travail plus efficace et plus court. S'il est démontré que la position horizontale présente de nombreux inconvénients en termes de confort et de sécurité pour la femme et son enfant, qu'est-ce qui gouverne alors aujourd'hui le maintien de cette méthode ? La gestion du temps et la sécurité des professionnels de santé semblent être la priorité des centres d'obstétrique.

2. Un accouchement à contretemps

176. Position horizontale, péridurale, monitoring fœtal et absence de mobilité sont autant de facteurs qui ralentissent le travail. Or, si celui-ci apparaît trop long au regard des impératifs d'organisation du service, l'hormone d'ocytocine de synthèse est parfois injectée pour

---

[501] Borgotta L, S.L. Piening et Cohen W.R. « Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, nº 143 (1982): 186-189. L'étude, qui avait porté sur 241 femmes primipares dont l'accouchement était spontané, a évalué à 0,9% le taux de graves lésions du périnée lors d'un accouchement sans épisiotomie et sans étriers, contre 27,9% chez les femmes qui ont accouché avec une épisiotomie et des étriers.

[502] Gardosi J, S. Sylvester, et C. B-Lynch. « Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial ». *British Journal of Gynecology* 96, nº. 11 (1989): 1290-1296. L'étude portait sur 151 femmes primipares et 18 sages-femmes qui avaient pour mission d'évaluer la phase d'expulsion en fonction de la position verticale qui avait été adoptée par les parturientes (debout, assise, à genou, accroupi…) et de comparer leurs constatations avec les positions habituellement prescrites.

[503] L'étude d'Atwood a proposé de distinguer la position verticale de celle horizontale en fonction de l'angle que fait la ligne reliant les troisième et cinquième vertèbres lombaires avec l'horizontale. Lorsque cette ligne est supérieure à la bissectrice de l'angle droit, la position est considérée comme verticale et lorsqu'elle est inférieure, la position est horizontale. (Atwood, R.J. « Parturitional posture and related birth behavior ». *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica. Supplement* 57 (1976): 1-25).

[504] Cadeyro-Barcia, R. « The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of membranes, progress of labor and foetal head compression ». *Birth Fam J*, nº 6 (1979): 7-15; Mendez-Bauer C, J. Arroyo, et C. Garcia-Ramos. « Effects of standing position on spontaneous uterine contractibility and others aspects of labor ». *J Perinat Med*, nº. 3 (1975): 89-100.

accélérer le travail, contribuant trop souvent à la réalisation d'actes iatrogènes comme l'épisiotomie.

a. L'ocytocine. Cette « hormone de l'amour »[505] qui est connue pour ses dispositions tendant à optimiser la capacité d'aimer, a également la faculté de provoquer les contractions utérines et d'accélérer l'accouchement chez les mammifères[506].Or, cette administration rend les contractions plus rapprochées et plus intenses et conduit les femmes à demander une péridurale, notamment lorsque l'ocytocine de synthèse est injectée en dépit du pic d'ocytocine produit naturellement par la femme. En effet, l'administration de produits ocytociques peut entraîner une hypertonie utérine synonyme de souffrances fœtales et risque de causer une hémorragie du post-partum. Si une femme saigne pendant une délivrance difficile du placenta, c'est très fréquemment parce qu'elle n'a pas atteint au bon moment le pic d'ocytocine. Et, si de l'ocytocine a été injectée lors du travail, elle sera également nécessaire lors de la délivrance puisque le corps de la femme n'en sécrète plus naturellement. Or, un allaitement immédiat ou rapide permet de libérer de l'ocytocine naturelle et a également pour effet de faire expulser naturellement le placenta[507]. En définitive, l'injection d'ocytocine en fin de travail est rendue nécessaire par les effets néfastes engendrés par les actes antérieurement réalisés sans aucune considération thérapeutique[508]. L'hémorragie deviendrait alors la traduction d'un environnement inadéquat. Limiter les injections d'hormones de synthèse pourrait éviter la perturbation de ce cycle naturel. De telles administrations hormonales empêchent les tissus du périnée de se distendre et conduisent à la réalisation quasi systématique d'une épisiotomie et à la multiplication d'extractions instrumentales.

b. L'épisiotomie. L'épisiotomie, incision volontaire de la peau, de la muqueuse et d'une partie des muscles qui entourent la vulve et le vagin, devient dès lors l'intervention la plus commune de la norme obstétricale. En effet, cet acte chirurgical qui ne peut être posé que

---

[505] *V.* Moberg K.U, M. Odent, et J. Martin. *Ocytocine : l'hormone de l'amour : Ses effets sur notre santé et nos comportements.* Le Souffle d'Or, 2006.

[506] L'ocytocine provoque la contraction des muscles lisses de l'utérus et accélère le travail. Elle permet aussi à l'utérus de reprendre sa position initiale après la délivrance et l'éjection du lait pendant l'allaitement.

[507] Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.* et « Factors influencing the timing of initial breastfeeding ». *Medical Anthropology* 8 (1984): 302-307.

[508] L'accélération par l'ocytocine fait partie, au même titre que le monitorage électronique et la péridurale, de la catégorie établie par l'OMS des pratiques fréquemment utilisées à tort (Classification de l'OMS des pratiques utilisées pendant un accouchement normal, 1997).

par un médecin ou une sage-femme, connaît un taux très variable compris entre 3,6 et plus de 60%[509]. Utilisée pour diminuer le temps d'expulsion et le risque de souffrance fœtale, mais également en prévision d'une extraction par forceps ou par ventouse ou pour assouplir un périnée « rigide » ou endommagé, elle serait essentiellement réalisée pour éviter les déchirures du périnée, plus difficiles à réparer qu'une incision chirurgicale et pour protéger le sphincter anal et les muscles périnéaux en prévenant le relâchement du plancher pelvien, diminuant ainsi la fréquence des incontinences urinaires. Toutefois, la fréquence du recours[510] à l'épisiotomie n'apparaît aucunement justifiée par des données scientifiques confirmées[511]. Bien au contraire, plusieurs études ont démontré que l'épisiotomie ne prévenait aucunement les traumatismes du sphincter anal ou du rectum[512] ; il n'est pas non plus prouvé que « l'épisiotomie améliore la fonction du muscle après l'accouchement » et qu'il n'est donc pas justifié « de suggérer qu'un périnée intact pendant l'expulsion va entraîner des muscles déficients par un étirement trop important »[513]. D'autre part, les femmes qui ont subi une épisiotomie sont plus sujettes aux infections et la cicatrisation serait plus lente qu'en cas de déchirures spontanées. La lente distension des tissus pelviens serait moins traumatique qu'une coupure soudaine de la peau et du muscle. Il faut donc respecter une phase d'expulsion lente lorsque le fœtus ne présente pas de signes de souffrance fœtale car cela n'aggrave pas le pronostic vital de l'enfant et améliore le pronostic périnéal. Finalement, les causes des déchirures périnéales que l'épisiotomie prétend éviter sont à rechercher davantage dans les procédures obstétricales principalement gouvernées par un souci de gestion temporelle :

---

[509] Mangin M, R. Ramanah, Z. Aouar, L. Courtois, A. Collin, S. Cossa, A. Martin, R. Maillet, et D. Riethmuller. « Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 39, nº 2 (2010): 121-132.

[510] Pour une comparaison des traumatismes périnéaux liés aux épisiotomies de routine et sélectives : Carroli G, et L. Mignini. « Episiotomy for vaginal birth ». *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, nº 1 (2009): CD000081 et Fritel, X, J Schaal, A Fauconnier, V Bertrand, C Levet, et A Pigne. « Troubles périnéaux quatre ans après le premier accouchement : comparaison entre épisiotomie restrictive et systématique ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 36, n°10 (octobre 2008): 991-997.

[511] Thacker et Banta ont fait ce constat lors de leurs recherches sur les épisiotomies relatées dans la litérature anglaise entre 1860 et 1980 (Thacker S.B, et H.D. Banta. « Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980 ». *Obstetrical & Gynecological Survey* 38, nº 6 (juin 1983): 322-338).

[512] Thorp, J.M., et W.A. Bewes. « Episiotomy: can its routine can be defended? » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, nº 160 (1989): 1027-1030; Riethmuller, D. « Épisiotomie et extraction instrumentale : la mise à mort des RPC du CNGOF ? À propos de l'article Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. BJOG 2008;115:104–8 ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 38, nº 1 (2009): 9-10.

[513] Gordon, H. et M. Logue. « Perineal muscle function after childbirth ». *The Lancet* 326, nº 8447 (juillet 20, 1985): 123-125.

position d'accouchement imposée, poussées dirigées, « dopage » aux hormones…d'autant plus que le périnée peut être assoupli par des massages ou des serviettes chaudes.

177. Après des campagnes de sensibilisation au Royaume-Uni, le taux d'épisiotomie est passé de 52% en 1986 à 13% en 2001, en Suède, il n'est que de 6% et aux États-Unis, le taux d'épisiotomie est passé de 70% en 1983 à 19% en 2000[514]. En France, le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CGNOF) a émis plusieurs recommandations pour la pratique clinique notamment celle de mener une politique restrictive d'épisiotomie[515]. En effet, plusieurs études françaises et étrangères ont démontré que l'usage restrictif des épisiotomies ne se traduisait aucunement par une augmentation des complications périnéales[516], contrairement à ce qui était avancé pour justifier la systématisation des épisiotomies. En effet, dès 2006, le taux d'épisiotomies a diminué et le taux de déchirures simples a augmenté sans que les déchirures sévères se multiplient[517]. Il est indispensable de réduire les taux d'épisiotomies car trop souvent elle change le vécu des femmes qui ont aujourd'hui peur d'être « charcutées » sans leur consentement[518], se plaignant parfois plus de la souffrance après une épisiotomie que celle liée à l'accouchement[519].

---

[514] Site de l'Association Française pour un Accouchement Respecté: http://afar.naissance.asso.fr/episiotomie.htm.

[515] *Recommandations pour la pratique clinique*. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), 2005.

[516] *V.* Eckman, A., R. Ramanah, E. Gannard, M.C. Clement, G. Collet, L. Courtois, A. Martin, S. Cossa, R. Maillet, et D. Riethmuller. « Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 39, nº 1 (février 2010): 37-42.
Depuis que les praticiens ont admis qu'un usage systématique des épisiotomies n'était aucunement justifié par des impératifs de sécurité pour les femmes, plusieurs pays ont pu constater une nette diminution des épisiotomies de routine : *v.* Lai C.Y, H.W. Cheung, T.T. Hsi Lao, T.K. Lau, et T.Y. Leung. « Is the policy of restrictive episiotomy generalisable ? A prospective observational study ». *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 22, nº12 (décembre 2009): 1116-1121 et Frankman E.A., L. Wang, C.H. Bunker, et J.L. Lowder. « Episiotomy in the United States: has anything changed ? » *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 200, nº 5 (mai 2009): 573.e1-7.

[517] Koskas M, A.-L. Caillod, A. Fauconnier, et G. Bader. « Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Étude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37, nº 9 (2009): 697-702.

[518] Selon les résultats d'une synthèse réalisée par la D.R.E.E.S. sur les modes d'accouchement en France, une femme sur deux juge l'information fournie insuffisante en cas d'épisiotomie : 16% des femmes l'évalue à un simple manque alors que 31% parle d'absence totale d'information (*Périnatalité. Mode d'accouchement.* D.R.E.E.S., n°25, novembre 2009).

[519] Tacker, S.B. et *al.*, (1983), *op.cit.* ; Reading A.E, et C.M. Sledemene. « How women view post episotomie pain » *Britsh Medical Journal* 1, nº 284 (1982): 243-246.

178. Une surveillance disproportionnée de l'accouchement, une posture inadaptée et un accouchement trop fréquemment accéléré semblent répondre à des besoins étrangers à la sécurité des patientes et de leur enfant. Ces accouchements dirigés sont aujourd'hui largement déclenchés dans le sens d'une meilleure rentabilité, la tarification à l'activité aggravant ce mode organisationnel.

B- Les naissances sur rendez-vous

179. « Le temps, c'est de l'argent ». Cette expression reflète l'état d'esprit dans lequel se situe trop souvent l'accouchement en milieu hospitalier. Les récentes études ont pu observer une augmentation des accouchements et des césariennes dits de « convenance » au détriment parfois de l'individualisation de la naissance.

1. Le déclenchement de l'accouchement ou la maîtrise du temps

180. Le regroupement des maternités au sein des centres hospitaliers a rendu obligatoire la réorganisation des services obstétriques. Ce remaniement s'est traduit par la réalisation d'actes de plus en plus gouvernés par le confort de ses praticiens. En France, c'est environ un accouchement sur cinq qui est déclenché (22,7% en 2010)[520]. Une primipare sur trois et une multipare sur deux sont déclenchées. Si deux femmes sur trois sont plutôt opposées à un déclenchement en début de grossesse, deux sur trois y deviennent favorables lorsqu'elles abordent leur huitième mois de grossesse et près de 95% des femmes y sont nettement favorables à la veille de leur accouchement[521]. Si le nombre des déclenchements pour raison

---

[520] *La situation périnatale en France en 2010* (octobre 2011), *op.cit.*
[521] Goffinet, F. « Enquête sur la programmation de l'accouchement en France. Premières rencontres nationales sur la programmation de l'accouchement. » *Presse Médicale*, n°. 28 (1999): suppl. 3-4.

médicale reste stable, celui sans indication médicale a augmenté depuis les années 70 au cours desquelles il y avait environ 8% d'accouchements déclenchés contre 19,7% en 2003[522]. Dans un peu plus de la moitié des cas, la raison est médicale, pour le reste c'est une « naissance sur rendez-vous », « l'exemple caricatural de cette volonté de maîtriser le temps »[523].

a. La convenance des professionnels de santé. Les accouchements déclenchés sont parfois l'apanage de la politique de certaines maternités qui les pratiquent jusqu'à 60%[524]. Les déclenchements sur indications médicales vont dans le sens d'une réduction de la morbidité et de la mortalité fœto-maternelle. Toutefois, les accouchements programmés, dits de convenance, ont pour finalité d'améliorer les conditions médicales, psychologiques et organisationnelles. Pour ne pas être délétère, le déclenchement de convenance doit respecter certaines conditions dont, notamment, l'obtention du consentement libre et éclairé de la patiente et le respect de la maturité du col[525].

181. L'information relative au déclenchement d'un accouchement doit permettre à la femme de faire un choix en connaissance de cause. Selon l'article 35 du Code de déontologie médicale, « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose ». « Une information loyale est une information honnête. Une information claire est une information intelligible, facile à comprendre. Une information appropriée est une information adaptée à la situation du patient (…) La pertinence de l'information s'apprécie de deux points de vue, subjectif et objectif : en tant qu'elle s'adresse à un sujet particulier, elle doit être adaptée à sa situation personnelle – elle doit concerner spécifiquement son état de santé et/ou sa maladie – mais l'information délivrée doit s'appuyer sur des informations

---

[522] Vilain, A., C. De Peretti, J.-B. Herbet, et B. Blondel. *La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale.* Etudes et résultats. D.R.E.E.S., mars 2005.
[523] Montazeau, O. (2010), *op.cit.*
[524] Goffinet, F. (1999), *op.cit.*
[525] Le score de Bishop apprécie généralement les possibilités de déclenchement en ce qu'il s'appuie sur les caractéristiques du col utérin et la hauteur de la présentation fœtale. Un score supérieur à six est considéré comme favorable à un déclenchement et dans le cas contraire, des prostaglandines sont administrées sous forme de gel vaginal afin de maturer le col et entraîner des contractions (*V.* Marcovitch, J. *Manuel d'obstétrique à l'usage des professionnels du Droit*. L'Harmattan, 2007, p.56).

fondées, dont le contenu objectif a été validé »[526]. Or, il a été démontré que les conditions que posent un déclenchement de convenance ne sont que très rarement observées par les praticiens[527]. D'une part, la notion d'information loyale, claire et appropriée est vite apparue complexe notamment par la difficulté pour les médecins d'informer leurs patientes sur des données psychologiques pour lesquelles ils ne sont pas formés ainsi que sur des éléments peu accessibles pour une personne qui n'appartient pas au milieu médical. De surcroît, les médecins estiment que les informations relatives à un accouchement déclenché devraient être transmises en fin de grossesse. Cette volonté n'est pas sans incidence sur le choix de la parturiente qui, dans 95% des cas, souhaiterait au cours du troisième trimestre un déclenchement, non pas en connaissance de cause mais simplement parce qu'elles en ont assez d'être enceintes. Informer les patientes en fin de grossesse des conditions et conséquences d'un accouchement déclenché permettrait ainsi aux médecins d'imposer de manière plus aisée un accouchement de convenance. Toutefois, ce moment « propice » correspond-il nécessairement à celui de la femme enceinte ? Pas nécessairement car, trop souvent, les femmes opèrent un amalgame entre le recours à la péridurale, c'est-à-dire un accouchement sans douleur, et l'accouchement déclenché.

D'autre part, environ un tiers des obstétriciens déclenchent un accouchement indépendamment de la maturité du col[528]. Or, le déclenchement d'un accouchement peut ne pas se révéler iatrogène pour la femme si le col est suffisamment mûr[529]. A défaut, des actes invasifs seront nécessaires pour mener à bien la naissance de l'enfant. Ainsi, les avantages que représente le déclenchement d'un accouchement varient-ils en fonction de leur destinataire, mais il semblerait qu'ils soient nettement plus nombreux pour l'équipe médicale que pour la mère et son enfant. D'un point de vue économique, un accouchement déclenché permet une meilleure gestion du temps de travail en permettant une disponibilité plus importante de l'équipe pendant les jours et heures ouvrables ainsi qu'une meilleure rentabilité des lits. D'un point de vue juridique, la peur de poursuites judiciaires à l'égard du personnel

---

[526] Recommandations pour la pratique clinique - Information des praticiens. A.N.A.E.S., 2000.
[527] Goffinet, F. (1999), *op.cit.* ; Goffinet, F, R. Humbert, P. Clerson, H.J. Philippe, G. Bréart et D. Cabrol. « Enquête de pratique nationale auprès des obstétriciens sur le déclenchement artificiel du travail ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, n° 28 (1999).
[528] Goffinet F. et al. (1999), *op.cit*.
[529] A l'inverse, le déclenchement de l'accouchement en l'absence d'un col mûr peut conduire à la naissance d'un enfant autiste (*V. infra*, p.193 et s.).

hospitalier est également invoquée pour justifier la multiplication des actes lors d'un accouchement déclenché[530]. En effet, la grande majorité des actions en justice serait fondée sur l'absence de réalisation d'un acte qui aurait pu empêcher le dommage, si bien qu'en déclenchant les accouchements, les médecins sont amenés à pratiquer tout un ensemble d'interventions médicales empêchant le reproche d'abstention de leur part. L'ensemble du processus de la grossesse et de l'accouchement se trouve ainsi contrôlé par la constitution de preuves en cas de recours ultérieur. De manière générale, la responsabilité civile des acteurs de la naissance peut être engagée dans deux hypothèses bien distinctes. Lorsque l'évènement dommageable était imprévisible, la responsabilité pourra être engagée uniquement s'il est prouvé que la prise en charge du patient a été incorrecte et inadaptée à la résolution du litige. A l'inverse, lorsque l'évènement dommageable était prévisible, la responsabilité pourra être engagée uniquement s'il est démontré qu'il n'a pu être évité en raison de l'insuffisance de prise en considération des symptômes et signes d'alerte. Il reste, tout de même, une troisième hypothèse dans laquelle la responsabilité civile des acteurs de la naissance pourrait être engagée : l'absence d'information qui a privé la femme d'un choix thérapeutique différent de celui administré.

182. A l'instar de l'accouchement dirigé, la pratique des césariennes est commandée par la crainte de la responsabilité civile. Pour la patiente et l'enfant qu'elle met au monde, l'impact d'un accouchement déclenché sont bien plus importants.

b. L'impact sanitaire du déclenchement. Hormis l'avantage de pouvoir prévoir la présence du père ou la garde des aînés, les femmes subissent plus qu'elles n'agissent en matière de déclenchement des accouchements. Le déclenchement spontané, autrefois jugé naturel, devient l'ennemi principal des services gynécologiques car jugé trop aléatoire quant à l'impératif organisationnel et perçu comme une perte de contrôle qu'ils entendent éviter. Dès lors, l'accouchement déclenché devient un acte sans justification médicale et sans bénéfice en termes de santé de la mère et de l'enfant. Dans sa recommandation n°16, l'OMS indique que « l'accouchement ne devrait pas être provoqué par commodité et qu'il ne faudrait procéder au déclenchement artificiel du travail qu'en présence d'indications médicales précises. Aucune

[530] *V.* Marcovitch, J. (2007), *op.cit*.

région géographique ne devrait enregistrer des taux de déclenchement artificiel du travail supérieur à 10% »[531]. Pareillement, la Charte des droits de la parturiente mentionne le droit pour les femmes « d'accoucher au moment opportun, c'est-à-dire sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, et donc même en dehors des heures de travail normales du personnel, le dimanche, la nuit et les jours fériés »[532].

183. S'il apparait aux yeux de certains praticiens comme une réponse adaptée à leurs besoins, le déclenchement de convenance nécessite une assistance technique et médicamenteuse très invasive. En effet, dès l'instant que l'accouchement est artificiellement déclenché, les « normes obstétricales » s'imposent « naturellement »[533]. Lorsque le col n'est pas assez mûr, des prostaglandines sont souvent utilisées pour le faire mûrir avant une injection d'ocytocine de synthèse nécessaire pour le déclenchement des contractions[534]. Toutefois, ces dernières étant plus intenses, la péridurale devient quasi systématique. Le bébé doit être constamment surveillé au moyen d'un monitoring (continu ou intermittent). Le travail est en moyenne plus long et l'ocytocine risque de provoquer une hypertonie utérine[535]. Alors qu'un peu plus de temps accordé à la femme et au bébé permettrait d'éviter le recours à une épisiotomie, le déclenchement augmente la fréquence du recours à une extraction instrumentale[536] et l'apparition d'hémorragies lors de la délivrance[537]. L'impact sur l'enfant n'est pas non plus à négliger : souffrances fœtales, détresses respiratoires après extraction et ictères néonataux sont fréquemment observés après un accouchement déclenché[538]. Enfin, sur le long terme, le déclenchement d'un accouchement peut conduire à l'émergence d'un

---

[531] OMS. « Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement. Fortaleza Brésil, 22-26 avril 1985 », 1985.
[532] *Charte des droits de la parturiente du Parlement Européen*. Strasbourg: Parlement Européen, 8 juillet 1988. Consulté le 27 avril 2011 sur le site : http://www.amplitudeyoga.org/index.php?option=com_content&view=article&id=55:charteparturiente&catid=41:infosliens&Itemid=63.
[533] Szejer, M. (2006), *op.cit.*
[534] Poitel, B. « Programmation de l'accouchement: les sirènes de la toute puissance ». *Les dossiers de l'obstétrique* (2003): 316.
[535] Goffinet, F. (1999), *op.cit.* ; Goffinet F. et al. (1999), *op.cit.* ; « Prescriptions en salle de travail: thérapeutiques dans le déclenchement du travail. » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 28, nº 1 (2000): 61-72.
[536] Pour une analyse de l'utilisation des instruments obstétricaux : Mangin, M., *et al.* (2010), *op.cit.*
[537] Goffinet, F. (1999), *op.cit* ; « Le droit du patient hospitalisé à être acteur dans sa prise en charge (2) ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº 282 (2000).
[538] Goffinet, F. (1999), *op.cit.* ; « La médicalisation de la naissance en question ». (1997), *op.cit.* ; « Etude de l'impact de la préparation de la naissance sur la grossesse et l'accouchement ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº 284 (2000).

autisme chez l'enfant que le col soit mûr ou non. En effet, une étude parue en 1997 et portant sur 184 enfants autistes a pu observer que dans 23% des cas étudiés la naissance avait été le fruit d'un travail déclenché[539].

184. Alors qu'en 2003, les accouchements déclenchés représentaient 19,7% des accouchements, le taux de césariennes présentait une fréquence comparable dont 12,5% étaient pratiqués avant le travail[540]. Alors que le taux d'accouchements déclenchés reste stable, celui des césariennes ne cesse d'augmenter[541].

2. Le coût psychosocial des césariennes

185. A l'origine, la réalisation d'une césarienne répondait à une nécessité lorsqu'un accouchement par voie vaginale n'était pas possible, notamment dans les situations de détresse fœtale ou maternelle. Aujourd'hui encore lorsqu'une précédente césarienne a déjà été réalisée (52% des césariennes), lorsque l'enfant se présente par le siège (dans 51% des césariennes) ou en cas de dystocie (74% des césariennes) [542], la césarienne apparaît aujourd'hui comme indispensable à la survie de la mère et/ou de l'enfant. La césarienne d'urgence représente entre 3 et 4% de l'ensemble des césariennes pratiquées, deux tiers sont programmés avant le travail et un tiers décidé en cours d'accouchement[543]. Ainsi dans la grande majorité des cas une césarienne est réalisée pour des indications médicales relatives : dystocie (impliquée dans 30% des césariennes), utérus cicatriciel (30% des césariennes), présentation par le siège (15 à 20%), détresse fœtale (10%), bassin jugé trop étroit…autant de

---

[539] Fein, D. et D. Allen. « Pitocin induction and autism ». *American Journal of Psychiatry* 154, nº 3 (1997): 438-439.
[540] Vilain A, C. De Peretti, J.-B. Herbet, et B. Blondel. *La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale*. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., n°383, mars 2005.
[541] En 1995, le taux de césarienne atteignait 15,6%, 17% en 1998, 20,2% en 2003 et 21% en 2010 (*La situation périnatale en France en 2010* (octobre 2011), *op.cit.*).
[542] Baubeau, D. et G. Buisson. *La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001*. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., n°275, décembre 2003.
[543] « La césarienne ». *Accoucher autrement.* Article consultable sur : http://accoucherautrement.free.fr/Cesarienne.htm.

situations créées par la surmédicalisation de la naissance. Approchant, à l'échelle nationale, 20% des accouchements, le taux de césarienne peut atteindre jusqu'à 40% dans certaines cliniques privées qui font de cette méthode d'accouchement une réelle politique d'organisation de leurs services d'obstétrique[544].

a. La tarification « césarisée » de l'accouchement. Lorsque la politique est à la rentabilité, la gestion du temps devient une priorité dans l'organisation des services hospitaliers. Dans les hypothèses où l'accouchement serait trop long au regard des obligations temporelles, la césarienne semble constituer pour les professionnels de santé la solution adéquate pour mettre fin à un travail laborieux « qui n'entrait plus dans les normes de temps acceptables »[545]. Or, nous avons pu constaté précédemment que le travail peut parfois être très long en raison des actes iatrogènes pratiqués tout au long de l'accouchement : monitoring continu, perfusions, déclenchement, posture gynécologique....La césarienne est alors rendue nécessaire par l'ensemble de ces actes et traduit, lorsqu'elle ne répond pas à des indications médicales, l'absence de temps accordé aux femmes pour accoucher. Dans les années 1950, un accouchement qui durait vingt-quatre heures entre les premières contractions et la délivrance constituait la norme. Aujourd'hui, s'il dure plus de douze heures, des inquiétudes se manifestent et les médecins interviennent alors que la position pourrait être changée, l'intimité de la femme préservée avec la présence continue d'une sage-femme de confiance. En définitive, ce serait les protocoles hospitaliers qui détermineraient les délais « raisonnables » d'un accouchement en fonction de la rentabilité de leurs résultats.

---

[544] Montazeau, O. (2010), *op.cit.* Selon le rapport européen périnatal de santé de 2008, le taux de césariennes variait en 2004 de 14 % à 37,8 % dans les différents pays de l'Union européenne. L'Italie avait un taux de 37,8 % de césariennes, l'Allemagne avait un taux de 27,3 %, le Royaume-Uni pour l'Angleterre, avait un taux de 23 % et pour l'Irlande un taux de 27,6 % de césariennes. La France se trouvait parmi les pays à taux plutôt faible, mais se situait néanmoins au 13e rang, par ordre croissant des taux de césariennes, derrière notamment la Norvège (15,6 %) la Finlande (17,1 %) et la Suède (17,4 %) (« *European Perinatal Health Report* ». The Euro-Peristat Project, with SCPE, Eurocat, Euroneostat, 2008 : www.europeristat.com). Cette augmentation de la pratique de la césarienne est retrouvée à un échelon international. Aux USA, le *National Vital Statistics Reports* en 2009 a rapporté que le taux de césariennes a augmenté de 2 % en 2007 pour atteindre un taux de 31,8 %. Ce taux de césariennes avait augmenté de plus de 50 % en 10 ans aux USA (20,7 % en 1996) (*V.* Brady E, Ph.D. Hamilton, J.A. Martin, et S.J. Ventura. « Births : Preliminary Data for 2007 ». *National Vital Statistics Reports* 57, nº 12 (2009): 23).

[545] *Ibid.*

186. Des études parues en 2000 et 2003 ont constaté qu'il existait une grande variabilité du recours aux césariennes suivant les régions et les établissements hospitaliers français[546]. D'autres ont mis en évidence la différence de pratique entre les centres hospitaliers publics et privés[547]. A l'inverse des établissements privés, les établissements publics ne peuvent pas faire de profit et le personnel est assimilé fonctionnaire si bien que leur rémunération est fixée dans le cadre de la réglementation de la fonction publique. Pour les établissements privés, une distinction doit être opérée entre ceux participant au service public hospitalier et ceux à but lucratif dits sous « objectif quantifié national ». Alors que la rémunération du personnel des premiers établissements dépend de la gestion de l'hôpital et s'ils ne peuvent faire de profit sur les soins, rien ne les empêche de le faire sur la durée de séjour des patients. Pour les établissements privés à but lucratif, les honoraires des obstétriciens varient en fonction de la nature de l'acte si bien que leur pratique peut être grandement influencée par la réalisation de certains actes entraînant une rémunération plus importante. A ce titre, un écart important de rémunération entre la réalisation d'un accouchement par césarienne et un accouchement par voie basse a pu être observé[548]. Aux États-Unis, une meilleure tarification des césariennes en défaveur des accouchements par voie basse a permis d'expliquer l'augmentation du recours à cette pratique très invasive. La césarienne avait ainsi permis aux gynécologues-obstétriciens de garder, entre 1970 et 1982, un revenu stable malgré une pratique moindre d'accouchements[549]. D'autant plus que la pratique des césariennes est le fait des gynécologues obstétriciens et les accouchements des sages-femmes. En effet, un accouchement césarisé a l'avantage d'être plus rapide (environ 1h30) qu'un accouchement par voie basse dont la durée est aléatoire et facilite, dès lors, l'organisation des services hospitaliers. Une césarienne dure en moyenne une cinquantaine de minutes : deux à dix minutes pour extraire le fœtus et quarante minutes pour recoudre. Les modes de garde dans les établissements privés ont

---

[546]Badeyan G, M. Wcislo, E. Bussière, A. Lordier, et N. Matet. *La situation périnatale en France en 1998*. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., n°73, juillet 2000 ; Baubeau D. et al. (décembre 2003), *op.cit*.

[547] Milcent, C. et J. Rochut. « Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne en France. » *Revue économique* 60, nº 2 (2009): 489-506.

[548] Gruber J, J. Kim, et D. Mayslin. « Physician fees and procedure intensity: the case of cesarean delivery ». *Journal of Health Economics* 18, nº 4 (1999): 473-490.

[549] Gruber, J. et M. Owings. « Physician financial incentives and cesarean section delivery ». *Rand Journal of Economics* 27, nº 1 (1996): 99-123.

également une influence sur le taux de césarienne qui y est plus élevé[550]. C'est ainsi que la probabilité d'une césarienne augmente le vendredi soir[551]. Une autre explication à l'augmentation des césariennes se trouve être la protection médico-légale. La césarienne est une « *defensive medicine* » consistant à pratiquer des interventions plus intensives pour éviter des poursuites judiciaires en cas d' « accident obstétrique »[552] ; il ne sera pas reproché à une équipe d'avoir pratiqué une césarienne alors que l'inverse peut être fréquent. A ce titre, il a été démontré que le montant de la prime d'assurance avait une incidence sur la pratique médicale de l'obstétricien[553], si bien que la césarienne serait devenue un moyen de défense contre d'éventuelles poursuites administratives ou judiciaires.

b. Les conséquences sanitaires et sociales de la césarienne. Lors d'un communiqué de presse du 9 décembre 2008, le Collège national des gynécologues-obstétriciens français présentait comme l'une des raisons à l'augmentation de la pratique des césariennes : « la peur du gynécologue obstétricien devant une situation présentant un petit risque (gros enfant, bassin un peu étroit, enfant prématuré, jumeaux) : ce dernier opterait parfois pour la césarienne afin qu'on ne lui reproche pas, plus tard, devant les juges, un accouchement qui pourrait être difficile »[554]. Toutefois, quelle défense adopter lorsque la césarienne augmente cinq à sept fois le risque de mortalité périnatale[555] et multiplie le risque de maladies nosocomiales[556] ? En 2006, 2,4% des femmes qui ont accouché par voie basse ont contracté des infections nosocomiales contre 17,14% lorsqu'elles avaient été césarisées[557]. Par ailleurs, deux femmes sur trois ayant été césarisées le seront à nouveau pour une grossesse ultérieure,

---

[550] Naditch M, G. Levy, et J.J. Chale. « Césarienne en France: impact des facteurs organisationnels dans les variations de pratiques ». *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 26, nº 5 (1997): 484-495.
[551] Shelton Brown III, H. « Physician demand for leisure: Implications for cesarean sections rates ». *Journal of Health Economics* 15, nº 2 (1996): 233-242.
[552] Dubay, L. et R. Kaestener. « The impact of malpatrice fears on cesarean ». *Journal of Health Economics*, nº. 18 (1999): 491-522.
[553] *Ibid.*
[554] Lansac, J. et M.-A. Rozan. *Fait-on trop de césariennes en France ?* Communiqué de presse. Paris: Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), 9 décembre 2008.
[555] Lilford, R J, H A van Coeverden de Groot, P J Moore, et P Bingham. « The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 97, nº. 10 (octobre 1990): 883-892.
[556] Guerraz, F.T. « Incidence des infections nosocomiales chez les accouchées césarisées et non césarisées ». *Mimeo* (2006).
[557] *Ibid.*

notamment parce que la césarienne augmenterait la probabilité pour les grossesses suivantes une mauvaise insertion du placenta[558].

187. Les enfants nés à la suite d'une césarienne sont également moins actifs, dorment plus et pleurent moins durant la période du post-partum. Généralement, cette différence entre les enfants nés à la suite d'un accouchement vaginal et ceux nés à la suite d'une césarienne est attribuée aux effets de la médication maternelle sur l'enfant[559]. Des résultats comparables ont été observés chez les macaques rhésus dont les progénitures étaient plus actives, émettaient davantage de sons et d'interactions. Les chercheurs ont ainsi conclu que les hormones naturellement émises par la femelle lors d'un accouchement vaginal étaient responsables de cet éveil[560]. Au-delà de la perte importante de sang, des risques de phlébites, d'embolies et une convalescence plus longue et plus pénible, la césarienne augmenterait la détresse psychologique de la femme qui aurait le sentiment d'une part, d'avoir été privée de son accouchement et d'autre part, d'avoir échoué dans son premier rôle de mère. D'autant plus que l'allaitement sera rendu plus difficile par la césarienne qui peut perturber la mise au sein du nouveau-né en raison de la plus forte propension à la médication[561].

188. Le constat d'une politique périnatale sécuritaire et socio-économique doit faire réagir sur les conséquences catastrophiques que peuvent entraîner de telles mesures. L'Humanité doit désormais revenir au centre des préoccupations médicales si la France ne veut pas entacher le développement de ses enfants qui feront son avenir (**Section 2**).

---

[558] Usta I.M, A.A. Abu Musa, G.E. Gabriel, et A.H. Nassar. « Placenta previa-accreta: Rosk factors and complications ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193, nº 3 (2005): 1045-1049 ; Wu, S., M. Kocherginsky, et J.U. Hibbard. « Abnormal placentation: Twenty-year analysis ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 192, n°5 (2005): 1458-1461.
[559] Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.* p.139-140.
[560] Meier, G.W. « Behavior of Infant Monkeys: Differences Attributable to Mode of Birth ». *Science* 143, nº 3609 (28 février 1964): 968 -970.
[561] Brazelton, T.B. « Psychophysiologic reactions in the neonate: II. Effect of maternal medication on the neonate and bis bebavior ». *The Journal of Pediatrics* 58, nº 4 (avril 1961): 513-518. Sur la fréquence des tétés, *v.* Kron, R.E., M. Stein, et K.E. Goddard. « Newborn Sucking Behavior Affected by Obstetric Sedation ». *Pediatrics* 37, nº 6 (juin 1966): 1012 -1016.

Section 2 : Pour une maternité plus humaine

189. La médicalisation de convenance a fait l'objet de nombreuses études dont les résultats révèlent un risque très grand pour la société. Une singularité féminine oubliée et une dépendance aux drogues, des inhibitions et complications comportementales de l'adulte en devenir sont autant de conséquences criminogènes (**I**). Une étude comparative entre d'une part les accouchements médicalisés et d'autre part, les accouchements à domicile, les accouchements « surprise » et les accouchements clandestins permettra de démontrer que la naissance telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée en milieu hospitalier est loin de constituer la norme biologique (**II**).

I- Une singularité oubliée

190. L'environnement hostile (**A**) créé par les conditions surmédicalisées de l'accouchement conduit à se tourner vers des alternatives à ce qui est imposé au titre de la norme obstétricale (**B**).

A- La confusion sécuritaire

191. Combattre la morbidité fœto-maternelle a été l'un des premiers arguments invoqués pour le rassemblement des maternités au sein des grands centres hospitaliers. Toutefois, une confusion a été opérée par les professionnels de santé entre la sécurité affective dans laquelle la femme enceinte a besoin de se trouver pour mener à bien la mise au monde de son enfant, et leur sécurité physique.

1. L'omniprésence de la surveillance humaine

192. Pour mettre au monde un bébé, une femme libère un cocktail d'hormones (ocytocine, endorphines, prolactine…) issues de la partie la plus active du cerveau humain, celle dite primitive ou archaïque. C'est naturellement que la libération des prostaglandines va provoquer l'ouverture du col déclenchant ainsi l'accouchement. Parallèlement, les contractions utérines s'intensifient et les muscles de l'utérus se distendent. Dès que le diagnostic de début de travail est posé, la femme est déshabillée pour enfiler une blouse chirurgicale et conduite en salle de naissance ; une chambre très équipée en matériels de contrôle dont une surveillance constante grâce au monitoring fœtal.

a. La surveillance électronique. Dans sa recommandation n°15, l'Organisation Mondiale de la Santé fait remarquer qu'« il n'est pas prouvé que le monitoring fœtal de routine pendant l'accouchement ait un effet positif sur l'issue de la grossesse. On ne devrait avoir recours au monitorage électronique du fœtus que dans des cas médicaux soigneusement sélectionnés (lorsqu'il y a un risque de mortalité périnatale) et lorsque le travail est provoqué. Les pays qui disposent d'appareils de monitorage fœtal et d'un personnel qualifié devraient chercher à déterminer quels sont les groupes de femmes enceintes susceptibles de bénéficier des techniques de surveillance électronique du fœtus. En l'absence de ces données, les services de santé nationaux devraient s'abstenir d'acheter de nouveaux appareils de monitorage »[562].

193. Introduite dans les années 1960, la cardiotocographie est une technique électronique d'enregistrement du rythme cardiaque fœtal qui s'est substituée à une méthode, plus ancienne et très encadrée, consistant à ausculter de manière intermittente le rythme cardiaque du fœtus. Le principal argument en sa défaveur résidait dans la présence indispensable et continue d'une sage-femme au chevet de la parturiente. La surveillance électronique aurait ainsi permis la

---

[562] « Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement. Fortaleza Brésil, 22-26 avril 1985 » (1985), *op.cit.*

surveillance simultanée de plusieurs accouchements et de pouvoir *a posteriori* lire les tracés. D'autre part, cette nouvelle méthode permet une lecture et une interprétation à différents moments de l'accouchement et par plusieurs médecins. Enfin, la cardiotocographie constitue une preuve en matière médico-légale et permet ainsi de « couvrir » les professionnels en cas de décès de la mère et/ou de l'enfant[563]. En effet, la responsabilité de la sage-femme peut être engagée en cas de négligence, imprudence ou défaut d'observation des règles de bonne pratique qui aurait été à l'origine d'un retard diagnostic, entraînant par conséquent un retard dans la prise en charge de la parturiente. De surcroît, sa responsabilité peut être engagée lorsqu'elle a méconnu ou sous-estimé les signes d'alerte et en particulier les anomalies du rythme cardiaque fœtal ou toute autre anomalie du travail[564]. C'est ainsi que la première chambre civile de la Cour de cassation a estimé que la sage-femme qui n'avait pas procédé à un monitorage et n'avait pas eu recours à un obstétricien malgré une phase d'expulsion anormalement longue avait commis des fautes personnelles engageant sa responsabilité médico-légale[565]. Même si une mauvaise interprétation du monitorage ne peut engager la responsabilité de la sage-femme[566], nous comprenons, dès lors, l'impératif des équipes médicales à vouloir installer systématiquement un monitoring fœtal continu. La sécurité de l'enfant et de sa mère ne constituerait donc pas l'intérêt premier du monitoring continu.

194. Ce constat se vérifie aisément par les résultats d'une douzaine d'études qui remettent en cause le choix des professionnels de santé pour la surveillance électronique au détriment de l'auscultation intermittente[567]. Ces études n'ont pas accordé de qualité particulière à la

---

[563] Il est également utile pour savoir si l'enfant est décédé *in utero* ou à la naissance, ce qui a une influence non négligeable sur des poursuites judiciaires éventuelles : homicide involontaire ou classement sans suite faute d'incrimination pénale (*V.* nos développements sur le statut juridique du fœtus, p.19 et s.).

[564] Sur la responsabilité personnelle du médecin ou de la sage-femme salariés, *v.* Civ.1ère, 9 novembre 2004 (pourvois n°01-17.908 et 01-17.168).

[565] *V.* Civ.1ère, 30 octobre 1995 : Bull.1995, I, n°383, p.267.

[566] Civ.1ère, 10 juillet 2002 : Bull.2002, I, n°197, p.151.

[567] *V.* Haverkamp A.D, H.E. Thompson, J.G. McFee, et C. Cetrulo. « The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in hig-risk pregnancy ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 125 (1976): 310-320 ; Renou, P., A. Chang, I. Anderson, et C. Wood. « Controlled trial of fetal intensive care ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 126 (1976): 470-476 ; Kelso, I.M. « An assessment of continuous fetal heart rate monitoring in labor ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 131 (1978): 526-532 ; Haverkamp A.D, M. Orleans, S. Langerdoerfer, J.G. McFee, J. Murphy, et H.E. Thompson. « A controlled trial of the differential effects of intrapartum monitoring ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 134 (1979): 399-408 ; Wood C, P. Renou, J. Oats, E. Farrell, N. Beischer, et I. Anderson. « A controlled trial of fetal heart rate

méthodologie mais elles sont observé une augmentation du recours à des actes invasifs tels que la césarienne et les extractions instrumentales lorsque la méthode électronique de surveillance était employée. En effet, il semblerait que cette méthode entraînerait un nombre important de faux positifs ayant pour principale conséquence la réalisation d'actes inutiles. C'est ainsi que certains pays comme les États-Unis, le Canada ou l'Angleterre recommandent désormais aux centres obstétriques de ne recourir à la cardiotocographie que dans les cas d'accouchements à risque élevé et de privilégier l'auscultation intermittente pour les femmes ne présentant qu'un risque faible[568]. L'Organisation Mondiale de la Santé a également classé dans la catégorie des pratiques fréquemment utilisées à tort le monitorage électronique du fœtus[569]. De leur côté, les physiologistes mettent en garde contre la stimulation du néocortex de la femme lorsque ses fonctions corporelles sont monitorisées en ce qu'elle rendrait l'accouchement plus difficile et par conséquent plus dangereux[570]. Ainsi, ce ne serait pas tant l'inefficacité du monitoring fœtal à déceler rapidement d'éventuelles souffrances fœtales mais davantage une cause de ces souffrances fœtales. Notamment parce qu'il oblige la femme à rester allongée, les pieds à l'étrier[571], tensiomètre sur un bras et perfusion de l'autre pour apporter rapidement du sérum physiologique en cas de besoin ; tout ceci rendant un peu plus difficile l'appropriation de la salle de naissance.

b. Une surveillance inefficace. Les professionnels se méprennent sur la demande de « sécurité » des futurs parents. Les baisses de mortalité observées autour de la naissance ne sont pas la conséquence de l'utilisation du monitorage, si bien qu'ils ne peuvent plus

---

monitoring in a low-risk obstetric population ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 141 (1981): 527-534 ; MacDonald D, A. Grant, M. Sheridan-Pereira, P. Boylan, et I. Chalmers. « The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal rate monitoring ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 152 (1985): 524-539 ; Leveno K.J, F.G. Cunningham, et S. Nelson. « A prospective comparison of selective and universal fetal monitoring in 34 995 pregnancies ». *New England Journal of Medicine* 315 (1986): 615-619 ; Luthy, D.A., K.K. Shy, et G. van Belle. « A randomized trial of electronic fetal monitoring in preterm labor ». *Obstetrical and Gynecological Survey* 69 (1987): 687-695. Pour un résumé de ces études, *v.* Prentice, A. et T. Lind. « Fetal heart rate monitoring during labor - too frequent intervention, too little benefit ». *The Lancet* 330, nº 8572 (1987): 1375-1377.

[568] *Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque foetal au cours de l'accouchement normal*. Service évaluation des technologies. ANAES, mars 2002.

[569] « Classification OMS des pratiques utilisées pendant un accouchement normal » (1997), *op.cit*.

[570] *V.* Odent, M. *The Scientification of Love*. Free Association Books, 1999.

[571] Il existe, tout de même, des maternités dans lesquelles est utilisé un monitoring en discontinu qui permet la déambulation pendant le travail, ce qui est bénéfique car la marche stimule le travail. Cette initiative est encouragée par l'OMS dans sa recommandation n°17 lors de la conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement, Fortaleza Brésil, 22-24 avril 1985 : « Les femmes enceintes ne devraient pas être couchées sur le dos pendant le travail ou l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance ».

l'invoquer comme une réponse à l'enjeu sécuritaire[572]. Considérés comme une maladie source d'incapacité pour les femmes, la grossesse et l'accouchement sont systématiquement perçus comme étant potentiellement à risque. Le parcours singulier de chaque femme n'est aucunement pris en considération, si bien que les conséquences de cette industrialisation de la naissance peuvent parfois revêtir un caractère culpabilisant chez les femmes qui se sont senties dépossédées de leur corps.

195. Une position d'accouchement pas toujours adaptée, une épisiotomie devenue trop systématique et un taux de césarienne en perpétuelle augmentation ont conduit l'OMS à classer les pratiques de soins selon trois critères : l'utilité, l'efficacité et la nocivité. L'interdiction de boire et de manger, le rasage du pubis, la position dorsale, le monitoring continu, les touchers vaginaux répétés, l'accélération par l'ocytocine, le transfert de la femme en travail dans une autre pièce, l'analgésie épidurale, l'encouragement à pousser avant que la femme n'en éprouve elle-même le besoin, l'extraction instrumentale et l'épisiotomie sont des actes fréquemment utilisés à tort. L'ensemble de ces actes sont catalogués par l'OMS comme nocifs ou inefficaces et donc à éliminer. Par contre, sont perçus comme utiles et à encourager : la surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme, le respect du droit à l'intimité, le respect du choix des compagnons présents, les méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur (massage, relaxation…), une surveillance fœtale intermittente, la liberté de choisir sa position et de bouger et le contact dermique précoce entre la mère et l'enfant.

Il n'est aucunement question de regretter cet ancien temps où femmes et enfants risquaient davantage leur vie que de mettre au monde ou de naître. Il faut saluer l'obstétrique moderne notamment pour les accouchements à hauts risques. Toutefois, à l'heure actuelle, seule une faible partie des accouchements comporte des complications. Or, 100% des accouchements sont médicalisés, voire hyper médicalisés. « L'obstétrique traditionnelle consiste à surveiller un phénomène physiologique en se tenant prêt à intervenir à tous les instants. L'obstétrique

[572] *V.* Odent, M. *Le bébé est un mammifère*. Editions L'Instant Présent, 2011, p.23.

moderne consiste à perturber le dit phénomène de telle sorte que l'intervention médicale devienne indispensable à l'heure exacte où le personnel est disponible »[573].

2. Un développement altéré de l'adulte en devenir

196. Les conditions ainsi créées par la surmédicalisation de la naissance ont un impact non négligeable sur le long terme, notamment dans le domaine de la violence juvénile ou de comportements destructeurs car l'industrialisation et l'instrumentalisation de la naissance peuvent entraîner chez les enfants une dépendance aux drogues.

a. Une surmédicalisation aux conséquences comportementales. Le déclenchement entraîne inévitablement l'usage de « drogues » et des interventions instrumentales face à des femmes qui ne peuvent plus utiliser leurs muscles ni leurs compétences archaïques et instinctives. Toutefois, l'utilisation de ces substances de synthèse conduirait à des risques de dépendance aux stupéfiants. Ce serait le cas pour la dépendance aux amphétamines qui serait proportionnelle à la durée de l'exposition de l'enfant au protoxyde d'azote lors de sa naissance[574]. Le constat aurait été le même concernant la dépendance aux opiacés[575] ; la nature et l'importance de la dépendance étant fonction des substances administrées pendant l'accouchement.

197. Par ailleurs, les conditions d'accouchement auraient également une incidence sur le comportement futur de l'enfant. Une étude suédoise a pu observer que les suicides par asphyxie étaient étroitement liés à une asphyxie vécue pendant la naissance et que les personnes ayant mis fin à leur vie par des moyens mécaniques violents avaient vécu une

---

[573] Malinas, Y. *Le Dauphiné Libéré*, article paru le 8 mai 1994.
[574] Jacobson B, K. Nyberg, et G. Eklung. « Obstetric pain medical and eventual adult amphetamine addiction in offspring ». *Acta Obstet Gynecol Scand*, nº. 67 (1988): 677-682.
[575] Jacobson B, K. Nyberg, et L. Gröndlabh. « Opiate addiction in adult offspring through possible imprinting after obstetric treatment ». *British Medical Journal* 301 (1990): 1067-1070.

naissance instrumentalisée[576]. Chez les adolescents, un problème respiratoire à la naissance constituerait également un facteur de risque de suicide[577]. Une naissance multi-traumatique augmenterait de 4,9 fois le risque de suicide violent[578]. Enfin, des complications survenues lors de la naissance ainsi qu'une séparation précoce d'avec la mère ou un rejet maternel seraient autant de facteurs de la délinquance juvénile[579]. « Les études prouvent que plus une société a besoin de dominer la nature et de s'imposer par la violence, plus elle perturbe les rites et processus de la naissance »[580].

b. Surmédicalisation et maladies mentales. L'autisme est une des conséquences de la surmédicalisation de la naissance. Au Japon, l'étude d'une ancienne technique d'accouchement appelée *« Kisato method »* , qui consistait à déclencher l'accouchement une semaine avant le terme et à administrer aux femmes en plein travail une combinaison de sédatifs, anesthésiants et analgésiques, a révélé qu'un nombre élevé d'enfants nés à la suite de cette pratique étaient atteints d'autisme[581]. En 1997, une étude portant sur 184 enfants autistes a mis en évidence un déclenchement de l'accouchement dans une moyenne de 23% des cas étudiés[582]. Une méta-analyse britannique a confirmé cette corrélation mais pas uniquement avec le déclenchement ; la pose de forceps haute, la naissance sous anesthésie, la réanimation à la naissance ou encore le déclenchement du travail constituent également des facteurs pouvant conduire à la naissance d'un enfant autiste[583].

---

[576] Jacobson B. et K. Nyberg. « Perinatal origin of adult self destructive behavior ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76, n°4 (octobre 1987) : 364-371.
[577] Salk, L. « Relationship of maternal and perinatal condition to eventual adolescent suicide ». *Lancet* 325, n°8429 (mars 1985): 624-627.
[578] Jacobson, B. et M. Bygdemon. « Obstetric care and proneness of offspring to suicide as adults: case-control study ». *British Medical Journal* 317, n° 7169 (1998): 1346-1349.
[579] Rain A, P. Brennan, et S.A. Medink. « Birth complications combined with early maternal reject at age 1 year dispose to violent crime at 18 years ». *Arch. Gen. Psychiatry* 51 (1994): 984-988.
[580] Communiqué de presse d'Alter-Natives sur la conférence « Naissance : Besoins, rêves et réalités », 15 juin 2004, Louvain-la-Neuve.
[581] Hattori, R. « Autistic and developpemental disorders after general anesthesic delivery ». *Lancet* 337, n°8753 (juin 1991): 1357-1358. Cette étude a, par la suite, été confirmée par d'autres travaux menés en 2004 (Glasson E.J, C. Bower, B. Petterson, N. de Klerk, G. Chaney, et J.F. Hallmayer. « Perinatal factors and the development of autism: a population study ». *Arch. Gen. Psychiatry* 61, nº 6 (2004): 618-627).
[582] Fein, D. et D. Allen, (1997), *op.cit.*
[583] Tinbergen, N. et E.A. Tinbergen. *Autistic Children: New Hope for a Cure*. Unwin Hyman, 1986. Une étude canadienne plus récente a également établi un lien entre les naissances traumatiques et l'autisme : Zwaigenbaum, L., P. Szatmari, M.B. Jones, S.E. Bryson, J.E. MacLean, W.J. Mahoney, G. Bartolucci, et L. Tuff. « Pregnancy and birth complications in autism and liability to the broader autism phenotype ». *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 41, n°5 (mai 2002): 572-579.

198. De surcroît, les complications survenues lors de l'accouchement ont un impact sur la survenance d'une schizophrénie chez l'adulte[584]. Une étude internationale a, parallèlement, évalué l'âge auquel la schizophrénie survient. Pour une schizophrénie survenue avant 22 ans, il a été constaté 2,7 fois plus de présentation anormale de l'enfant à la naissance et dix fois plus de césariennes[585]. Enfin, d'autres troubles du comportement peuvent émerger à l'issue d'une naissance traumatique[586], tel que la bipolarité[587] ou l'anorexie[588].

L'ensemble de ces études raisonne comme l'échec de la surmédicalisation et de l'instrumentalisation d'une naissance dépossédée. La capacité des femmes à mettre leur enfant au monde a ainsi totalement été oubliée. Fréquemment, les femmes sentent que les infirmières obstétricales et les sages-femmes étaient de bonnes techniciennes, mais qu'elles avaient plusieurs accouchements à gérer en même temps. Dans ces situations, leur qualité d'écoute ne peut être maximale et les parents ressentent un réel manque d'accompagnement. Cette dépersonnalisation et cette industrialisation de la naissance sont une fuite en avant iatrogène et ruineuse. Les parents sont dépossédés de leur parentalité naissante. Les hôpitaux sont devenus des « usines à bébés »[589] ; ils ne sont plus à même de répondre aux attentes des femmes qui veulent un suivi plus personnalisé, une sorte d'accouchement « à la carte ». La femme devrait pouvoir faire tout son travail et accoucher dans la même pièce, elle devrait être autorisée à manger, à se rendre aux toilettes. Les salles de naissance devraient être une pièce chaleureuse, intime dont le matériel technique serait caché par exemple. Cette chambre devrait être silencieuse, dotée d'une baignoire, d'une lumière tamisée, d'un chauffage permettant de monter rapidement la température après l'accouchement ou encore d'un lit double. Ainsi, la maternité devrait-elle créer des conditions plus favorables au tissage des

---

[584] O'Callaghan E, T Gibson, H A Colohan, P Buckley, D G Walshe, C Larkin, et J L Waddington. « Risk of schizophrenia in adults born after obstetric complications and their association with early onset of illness: a controlled study ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 305, nº 6864 (1992): 1256-1259 ; Kendell, R.J., E. Juszczak, et S.K. Cole. « Obstetric complications and schizophrenia: A case control study based on standardised obstetric records ». *British Journal of Psychiatry* 168 (1996): 556-561.

[585] Verdoux H, J.R. Geddes, et N. Takei. « Obstetric complications and age at onset in schizophrenia: an international collaboration meta-analysis of individual patient data ». *American Journal of Psychiatry* 154, nº 9 (1997): 1220-1227.

[586] Hultman C.J, et Sparen P. « Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis and reactiv psychosis of early onset: case-control study ». *British Medical Journal* 318, n°7181 (1999): 121-126.

[587] Buka, S.L. « Association of prenatal and perinatal complications with subsequent bipolar disorder and schizophrenia ». *Schizophrenia Research* 39, nº 2 (1999): 113-119.

[588] Cnattingius, S., et C.M. Hultman. « Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls ». *Arch. Gen. Psychiatry* 56 (1999): 634.

[589] Roth, E. et N. Knezovic-Daniel. « Accoucher dans une « usine à bébés » ? » *Spirale* 54 (2010): 113.

liens mère-enfant, si importantes pour l'équilibre de l'enfant et de la société. Pour cela, les parents doivent aussi se sentir investis et ne pas tout faire reposer sur les épaules du personnel médical. L'enjeu ne réside pas moins dans la sécurité affective que dans celle médicale. Les femmes qui accouchent doivent se sentir en sécurité, c'est une condition préalable pour le changement d'état de conscience qui caractérise l'accouchement.

B- La sécurité de la réalité biologique

199. L'intérêt premier qui a été porté aux accouchements à domicile a été l'importance qu'ils accordaient au bien-être des femmes enceintes. Non seulement ils répondent à des réalités biologiques, mais ils apportent également aux femmes une sécurité à la fois physique et affective.

1. Le besoin naturel d'intimité

200. La réalité biologique d'un accouchement passe par le besoin naturel de se sentir dans une intimité non perturbée par une agitation parfois inutile et dénuée de toute obligation médicale. Cette intimité ainsi préservée permet à la femme de se laisser aller et de se faire entièrement confiance.

a. La prééminence primitive. La femme a besoin de se couper du monde, de changer d'état de conscience pour accoucher. Ce passage d'un état de culture à un état de nature serait dû à une réduction de l'activité du cortex, cette autre partie du cerveau dont la fonction est le raisonnement intellectuel. Cette réduction de l'activité du cerveau de l'intellect représenterait pour les physiologistes l'aspect le plus important de la physiologie de l'accouchement sur le plan pratique. En effet, alors que la caractéristique humaine du néocortex atteint sa maturité à l'âge adulte le cerveau primitif, que nous avons en commun avec l'ensemble des mammifères, se construit pendant la période primale, période de dépendance de l'enfant à la mère. Lors

d'un accouchement, ce cerveau agit comme une glande sécrétant les hormones nécessaires au déroulement de la mise au monde. A l'inverse, le néocortex, lorsqu'il est stimulé par des intervenants extérieurs, empêche le cerveau archaïque de jouer son rôle de libération hormonale. Si bien que la réduction de l'activité du néocortex doit être maximale lors d'un accouchement, permettant ainsi à la femme de se laisser-aller, de se couper du monde pour ne plus entendre que son seul cerveau primitif. Elle se sent ainsi en sécurité et sécrète des endorphines, antidouleurs naturels qui vont favoriser le lâcher-prise[590].

201. A cet égard, une étude américaine réalisée par le professeur Newton auprès de souris a mis en évidence les différents facteurs qui ne permettent pas l'intimité que nécessite un accouchement et qui conduisent, par conséquent, à un accouchement difficile. Placer la femelle dans un lieu qui ne lui est pas familier, la transporter d'un endroit à un autre lors de l'accouchement ou encore l'enfermer dans une cage en verre aux yeux de tous sont autant d'indications sur l'importance, pour ces mammifères, de se cacher pour mettre bas, de rechercher une intimité certaine[591]. Il en va de même pour les femmes. Au risque d'inhiber le processus de parturition, le néocortex de la parturiente ne doit pas être stimulé par différents facteurs environnementaux lors de l'accouchement. Michel Odent a pu vérifier les résultats de cette étude américaine et ainsi déterminer les circonstances qui permettent l'intimité et la mise au repos de l'intellect[592]. Il est, tout d'abord, primordial que la femme ne se sente pas observée pendant l'accouchement et qu'elle ne soit pas transportée dans différents lieux. L'intimité se trouverait renforcée lorsque l'accouchement a lieu dans un endroit familier, de préférence de petite taille, et dans lequel il existe un peu de désordre, évitant ainsi le sentiment d'être dans une salle inconnue et totalement aseptisée. Enfin, la lumière constituerait un élément important dans l'intimité d'un accouchement. Chez les mammifères, les femelles recherchent systématiquement un endroit sombre pour mettre bas. Cette nécessité pourrait être plus importante chez les humains en raison du développement conséquent du néocortex. Chez les humains, l'accouchement est un processus cérébral gouverné par un

---

[590] Un lâcher-prise qui, chez certaines femmes, se traduit par un orgasme lors de l'expulsion (*V.* Odent, M. (1999), *op.cit.).*
[591] Newton, N, D Foshee, et M Newton. « Parturient mice: effect of environment on labor ». *Science (New York, N.Y.)* 151, nº. 717 (1966): 1560-1561.
[592] Odent, M. (2011), *op.cit.*, pp.28-33.

cerveau primitif sécrétant les hormones nécessaires aux contractions utérines. Or, la lumière est l'un de ces nombreux facteurs pouvant stimuler le néocortex et conduire à la mise en place d'inhibitions sur le système archaïque[593]. En définitive, une femme doit pouvoir oser crier et se comporter d'une façon qui, dans le quotidien, paraît inacceptable.

b. La perturbation par la stimulation. Si, soudain, le personnel médical demande par exemple à une femme qui accouche l'heure à laquelle elle a mangé, son néocortex sera fortement stimulé. Toute personne présente lors d'un accouchement devrait être aussi silencieuse que possible. Or, de nombreux observateurs sont présents en salle d'accouchement : monitorings en continu, appareils photos et caméras…ils devraient tous être évités, du moins jusqu'à la fin de la délivrance du placenta[594]. La prise en charge médicale surabondante de la femme qui accouche conduit à la sécrétion d'hormones de la famille de l'adrénaline. Or, l'adrénaline peut représenter une stimulation supplémentaire du néocortex tendant à inhiber l'accouchement[595].

Alors qu'un taux bas d'adrénaline est la condition préalable pour que le véritable travail s'établisse, il convient de souligner que le rôle de l'adrénaline pendant l'accouchement est en fait très complexe puisqu'une intense décharge d'adrénaline fait partie des libérations hormonales spectaculaires dans les minutes qui précédent la naissance. La diffusion naturelle de cette hormone du froid et de la peur revêt chez les mammifères un double avantage dans le temps. D'une part, elle conduit à l'interruption temporaire de l'accouchement en cas de menace sur la femelle qui met bas. Si bien qu'elle permet à celle-ci de combattre ou de fuir. D'autre part, lorsque la menace intervient à un stade plus avancé de l'accouchement, l'adrénaline accélère l'expulsion permettant ainsi à la femelle de lutter et protéger sa progéniture. Chez les humains, lorsque l'adrénaline est libérée en fin d'accouchement, elle permet au réflexe d'éjection du fœtus de jouer correctement son rôle. Or, lorsque de l'adrénaline est libérée au début de l'accouchement, elle fait obstacle à la sécrétion par le cerveau primitif des hormones nécessaires au déroulement de l'accouchement. La présence d'un observateur imposant à la femme ses poussées conduit indubitablement à la libération

---

[593] C'est ainsi qu'une luminosité réduite permettrait de réduire le sentiment chez la femme qui accouche d'être observée.
[594] Odent, M. (2011), *op.cit.*, p.103.
[595] *V.* Lederman, R P, E Lederman, B A Work Jr, et D S McCann. « The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 132, nº 5 (novembre 1978): 495-500.

d'adrénaline à un moment où la femme n'en éprouve pas le besoin. Pour que l'efficacité du réflexe d'éjection du fœtus soit optimale, aucune interférence ne doit agir sur le processus. C'est ainsi que Michel Odent a mis en valeur différents indicateurs qui permettraient aux professionnels de la naissance de détecter l'expulsion du fœtus sans avoir à procéder à un toucher vaginal. Fréquemment, la femme va ressentir le besoin puissant de s'agripper et de plier les genoux. Elle a également envie de boire, a les pupilles dilatées et ses dernières contractions peuvent être accompagnées d'une certaine colère. Ces indices permettraient aux professionnels d' « observer » le moment d'expulsion sans avoir à le constater manuellement et éviteraient d'interrompre sans aucune raison médicale ce mécanisme naturel.

2. Les accouchements démédicalisés

202. Lors de ce demi-siècle de surmédicalisation, sont apparus de nouveaux modes d'accouchements plus soucieux de la volonté des parents de se réapproprier cette naissance comme un évènement plus naturel, plus humain : l'accouchement dans l'eau, les projets de naissance, l'accouchement à domicile…Toutefois, ces projets, au mieux, étonnent et le plus souvent choquent, faisant planer une sorte d'irresponsabilité sur ces femmes qui souhaitent y recourir.

a. La réalité française de l'accouchement à domicile. Il faut garder à l'esprit que 90% des bébés dans le monde naissent à domicile[596] : aux Pays-Bas[597], ce taux n'est jamais redescendu en dessous des 30% contre seulement 1% des naissances en France[598], ce qui

---

[596] De Mallevoüe, D. « L'accouchement à domicile fait des adeptes ». *Le Figaro*, article paru le 7 octobre 2008 et consulté le 26 novembre 2011 sur le site : http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2008/10/08/01016-20081008ARTFIG00038-l-accouchement-a-domicile-fait-des-adeptes-.php.

[597] *V.* Nizard, J. « Accoucher aux Pays-Bas : un must ? » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 37, nº 7 (novembre 2008): 634-636 ; Phan, E., M. Akrich, et B. Bel. « À propos de "Accoucher aux Pays-Bas : un must ?", le point du vue du Ciane, collectif d'usagers de la santé ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 38, nº 4 (juin 2009): 347-349.

[598] Ce taux est basé sur les extraits de naissance qui ne distinguent pas les accouchementss inopinés de ceux prévus et encadrés par une sage-femme ou un médecin (Pireyn-Piette, C.-A. « Accouchement à domicile, risque ou modèle ? » Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'Etat de sage-femme, 2005). Aux Etats-Unis, le taux d'accouchements à domicile est également inférieur à 1% (*v.* Malloy, M.H. « Infant outcomes of certified nurse

comprend aussi bien les naissances à domicile inopinées que celles choisies. En Grande-Bretagne, l'accouchement à domicile est recommandé par le NHS (la sécurité sociale britannique), déplaçant les sages-femmes hospitalières à domicile[599]. En France, seulement une trentaine de sages-femmes et de médecins accompagnent les accouchements à domicile et leur nombre se réduit par manque de soutien de la profession et par l'augmentation des coûts d'assurances. La Cour européenne des droits de l'Homme a récemment sanctionné la Hongrie, pour ne pas fournir aux femmes enceintes qui le souhaiteraient un cadre juridique et institutionnel leur permettant de faire le choix d'un accouchement à domicile[600]. Nous avons pu constater qu'en France, le postulat tient à considérer, jusqu'à la preuve du contraire, la grossesse comme une pathologie qui doit être prise en charge en gynécologie obstétrique. Renforcé par un souci d'économie, ce postulat a conduit à la rédaction de textes réglementaires dont la teneur est de prévenir autant que possible les risques éventuels et d'orienter en conséquence les femmes vers des structures adaptées et équipées en services de néonatologie[601]. Jugées insuffisamment sécurisées, les petites maternités sont parallèlement destinées à la fermeture et les structures hospitalières sont réparties en trois niveaux selon les équipements détenus. Toutefois, cette nouvelle répartition laisse peu de choix aux femmes qui souhaitent un accouchement peu médicalisé. En effet, la fermeture des petites maternités obligent les femmes à se déplacer au sein des grandes plateformes qui ne distinguent plus réellement les accouchements à risques de ceux qui n'en présentent aucun.

---

midwife attended home births: United States 2000 to 2004 ». *Journal of Perinatology* 30 (25 février 2010): 622-627).

[599] *V.* Janssen P. A, L. Saxell, L. A. Page, M. C. Klein, R. M. Liston, et S. K. Lee. « Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician ». *Canadian Medical Association Journal* 181, n°6-7 (15 septembre 2009): 377-383 ; Gyte, G, M Dodwell, M Newburn, J Sandall, A Macfarlane, et S Bewley. « Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: when the 'best' available data are not good enough ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116, n°7 (juin 2009): 933-9420 ; Johnson, K. C. « Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America ». *BMJ* 330, n°7505 (18 juin 2005): 1416-1420. *V. contra* : Mori, R, M Dougherty, et M Whittle. « An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003 ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 115, n°5 (7 mars 2008): 554-559.

[600] CEDH, 14 décembre 2010, n°67545/09, *Ternovsky c/ Hongrie* : Herzog-Evans, M. « Le droit d'accoucher à domicile, élément de la vie privée au sens de l'article 8 de la Convention EDH. Arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'homme ». *AJFam.* (2011): 104 et Roman, D. « L'accouchement non médicalisé devant la Cour européenne des droits de l'Homme ». *RDSS* (2011): 441.

[601] *V.* Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre 1er du livre VII du code de la santé publique et ralatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatologie ou la réanimation néonatale et décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

203. Par ailleurs, les sages-femmes libérales sont soumises à une tarification de leur assurance qui ne peut être inférieur à 25 000€ et qui est souvent bien supérieur à leurs revenus annuels[602]. Cette réalité conduit certaines sages-femmes à pratiquer sans assurance, au risque d'une radiation et d'une forte amende, ou de renoncer purement et simplement à cette activité d'accouchement à domicile. Malgré la proposition d'un projet de Maisons de Naissance attenantes depuis 2003, le gouvernement français ne semble pas enclin à développer cette alternative à l'accouchement surmédicalisé. Rappelant que l'accouchement est « un acte qui n'est pas dénué de risque », il souhaite privilégier « des alternatives médicalement sécurisées »[603]. De surcroît, il justifie ce choix par le mode de fixation des organismes assureurs qui se base sur un niveau de prime dépendant des risques inhérents à l'activité. A l'appui, selon lui, le dernier rapport de l'autorité de contrôle prudentiel qui considère l'activité des sages-femmes comme risquée au regard du nombre de sinistres constatés. Or, les accouchements à domicile ne présentent pas plus de risques que ceux réalisés en milieu hospitalier, conduisent à moins d'interventions médicales et se traduisent par un coût plus faible en termes de dépenses de sécurité sociale[604]. Le système juridique hongrois entourant la profession de sage-femme libérale présentée à la Cour européenne des droits de l'Homme est très proche de la situation française. Si bien qu'il peut être envisagé une condamnation de la France sur le fondement de l'article 8 de la Convention relatif au droit à la vie privée en ce qu'elle n'octroie pas d'alternatives légales aux accouchements hospitaliers[605]. Face à cette impossibilité de fait (si ce n'est de droit), les physiologistes ont souhaité la mise en place de projets de naissance sous forme de contrats individuels passés entre les parents et l'équipe soignante, bannissant ainsi les accouchements uniformisés. La mère peut y mentionner, par exemple, son souhait que le cordon ne batte plus lorsqu'il sera coupé, ou que la lumière soit tamisée (cela est très utilisé en Angleterre sous le terme de « *Birth Plan* »). En France, les

---

[602] En témoigne la question écrité n°96236 de François Brottes au Ministre de la Santé le 21 décembre 2010.
[603] Réponse du Gouvernement du 3 mai 2011 à la question du 21 décembre 2010 de François Brottes au Ministre de la Santé (http://www.nosdeputes.fr/question/QE/96236).
[604] *V.* OMS. (1997), *op.cit.*
[605] Herzog-Evans, M. (2011), *op.cit.*

maternités des Lilas et des Bleuets sont connues pour respecter les projets parentaux au sein desquels la sécurité et la satisfaction des couples sont les critères premiers[606].

b. L'accouchement démédicalisé : un accouchement en « toutes sécurités ». En France, il est très difficile d'obtenir un aperçu solide de la pratique de l'accouchement à domicile tant sa pratique est infime. A l'étranger, le recueil d'échantillons ne pose pas de problèmes particuliers, alors qu'en France persiste l'idée selon laquelle l'accouchement à domicile serait si dangereux qu'il devrait être considéré comme de la maltraitance infantile. Toutefois, l'ensemble des études en la matière garantit l'assurance d'une sécurité notamment par la sélection préalable de femmes dont la grossesse et l'accouchement sont considérés comme à bas risque[607]. La mortalité périnatale n'apparaît aucunement plus élevée lors d'accouchements à domicile[608]. Une revue de littérature portant sur neuf études en maisons et centre de naissance ainsi qu'à domicile a ainsi constaté une mortalité périnatale située entre 0 et 15%, une morbidité périnatale améliorée, des taux de césarienne de 0,4 à 10% ainsi que des taux d'extractions instrumentales variant de 0 à 11%[609] ; des taux tous inférieurs à ceux observés en structure[610]. Tout au moins, l'accouchement à domicile n'augmente pas les risques de mortalité périnatale et de morbidité maternelle pour les femmes à bas risques[611].

---

[606] *V.* Gamelin-Lavois, S. *Préparer son accouchement : Faire un projet de naissance*. Édition revue et corrigée. Jouvence, 2009.

[607] Marpeau, L. « Accoucher en toute humanité et/ou en toute sécurité ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37, nº. 2 (février 2009): 194 ; Colmant, C. et R. Frydman. « Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37, nº 2 (2009): 195-199 et Langer B, A. Gaudineau, A.-S. Weingertner, et E. David. « Contre la notion de grossesse et d'accouchement à bas risque ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37, nº 2 (février 2009): 200-203.

[608] OMS. (1997), *op.cit.*

[609] Les modalités mêmes de l'accouchement à domicile contribuent logiquement à une diminution de 25% du taux de lésions périnéales, à une réduction par deux ou trois du recours à l'épisiotomie et les hémorragies sont nettement moins fréquentes (Olsen, O. « Meta-analysis of the safety of home birth ». *Birth (Berkeley, Calif.)* 24, nº 1 (mars 1997): 4-13). Il faut également ajouter que l'hôpital entraîne quatre à cinq fois plus de déclenchements, deux à six fois plus de besoin d'analgésie, deux à quatre fois plus d'extractions instrumentales et deux à trois fois plus de césariennes (« Birth at home ». *The Practising Midwife* 2, nº 7 (août 1999): 35-39).

[610] Viossat, P. et J.-C. Pons. « Maisons de naissance : revue de la littérature ». *Journal De Gynécologie, Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 30, nº 7 (novembre 2001): 680-687. Pour une méta-analyse plus récente, *v.* Hodnett E. D, S. Downe, N. Edwards, et D. Walsh. « Home-like versus Conventional Institutional Settings for Birth ». *Cochrane Database Syst Rev* (2010) : CD000012. Voir également, Janssen, P. A. *et al.* (2009), *op.cit.* ; Johnson, K.C. (2005), *op.cit.* et de Jonge A, By van der Goes, A.C.J. Ravelli, M.P. Amelink-Verburg, B.X. Mol, J.G. Nijhuis, J.B. Gravenhorst, et S.E. Buitendijk. « Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116, n°12 (août 2009): 1177-1184.

[611] Et ce malgré les biais méthodologiques concernant les critères de séclection des femmes à bas risque et à l'utilisation seule du score d'Agpar dans l'appréciation de la mortalité périnatale dans les premières minutes de vie (*v.*Viossat, P. *et al.* (2001), *op.cit.*). Pour des études relevant un taux fréquent inférieur à sept au score

L'accouchement à domicile pour une primipare est aussi sûr qu'en polyclinique, si ce n'est plus sûr pour les multipares[612]. Ce constat malheureux explique très certainement le positionnement, en 2001, de la France au huitième rang européen quant au taux de mortalité périnatale, au sixième rang en ce qui concerne la mortalité infantile et onzième rang pour la mortalité maternelle, et ce malgré le faible de taux d'accouchements à domicile[613].

204. Au-delà des débats sur la sécurité des accouchements à domicile, la satisfaction des femmes autour de la naissance semble passer au second plan dans l'opportunité de favoriser les accouchements non médicalisés. Or, les taux de satisfaction des femmes qui ont accouché à domicile ou en Maison ou Centre de naissance sont extrêmement élevés[614]. C'est ainsi que les qualités humaines de la sage-femme, l'*empowerment* que suscite l'accouchement non médicalisé ainsi que l'implication du père et de la famille sont les éléments premiers de cette forte satisfaction[615]. Le fait de rester à la maison élimine le stress de la décision du moment du départ pour la maternité. Certains parents veulent vivre une aventure familiale, les autres enfants sont alors inclus dans cette expérience. Le besoin d'intimité et d'un lieu familier sont aussi très fréquemment évoqués. La sage-femme a suivi toute la grossesse et la future mère est à même de se sentir en confiance et moins inhibée. Elle est plus à l'aise pour s'exprimer de manière sonore, pour avoir une intimité avec son partenaire. De surcroît, le respect de la physiologie de l'accouchement lorsqu'il est pratiqué à domicile, autonomise et responsabilise les parents. Ce sont des femmes qui, appuyées par leur compagnon, sont prêtes à aller à l'hôpital en cas de problème, mais qui veulent donner du sens à cette naissance ; parfois, elles

---

d'Apgar : Klein M, I. Lloyd, C. Redman, et M. Bull. « A comparison of low-risk pregnant women booked for delivery in two systems of care : shared-care (consultant) and integrated general practice unit ». *British Journal of Gynecology* 90 (1983): 118-128 et Wax J.R, M.G. Pinette, A. Cartin, et J. Blackstone. « Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 202 (février 2010): 152.e1-152.e5).

[612] Cesbron, P. et Y. Knibiehler. *La Naissance en Occident*. Editions Albin Michel, 2004. *V.* Morel, M.-F. « Paul CESBRON et Yvonne KNIBIEHLER, La Naissance en Occident, Paris, Albin Michel, 2004, 363 p. ». *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, nº 21 (2005): 303-304.

[613] *Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité.* Novembre 2004.

[614] Rooks J.P, N.L. Weatherby, E.K.M. Ernst, S. Stapleton, D. Rosen, et A. Rosenfield. « Outcome of care in Birth Centers ». *New England Journal of Medicine* 321, n°28 (décembre 1989): 1804-1811 et MacVicar, J., G. Dobbie, L. Owen-Johnston, C. Jagger, M. Hopkins, et J. Kennedy. « Simulated home delivery in hospital : a randomised controlled trial ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 100 (1993): 316-323.

[615] Bouffard, M. et L. Grégoire. Bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en Maisons de naissance. Groupe Maman, Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement Naturel, février 1998.

veulent aussi réparer un vécu négatif. Les récits de femmes ayant accouché à l'hôpital prouvent que la sécurité matérielle n'est pas suffisante[616]. La « sécurité affective » fait parfois tellement défaut que certaines femmes utilisent des mots très durs sur leur vécu : humiliation, violence, déception, dépossession, frustration, regrets[617].

205. Pour certains, l'analyse des procédures obstétricales ne révèle pas de caractère iatrogène particulier, la conviction d'un accouchement à domicile conforme à la norme biologique ne leur est pas non plus totalement acquise, une étude comparative avec le récit d'accouchements spontanés ou « surprise » et les informations recueillies dans le cadre d'accouchements d' « enfants clandestins » permettra d'apporter un doute à leurs certitudes.

II- Accouchements illustrés

206. Que la grossesse ait été suivie ou non, qu'elle ait été consciente ou niée, elle mène parfois à un accouchement « surprise » (**A**) ou « clandestin » (**B**), loin des représentations d'accouchements médicalisés.

A- Récit d'accouchements en « solitaire »

207. Forts de leurs certitudes obstétricales, certains médecins ou gynécologues n'ont aucun scrupule à décourager de nombreuses femmes dans leur souhait de donner naissance à leur

---

[616] *V.* « Carrefour Naissance : doléances d'une accouchée vis-à-vis de son gynécologue-obstétricien et de l'hôpital », article paru le 24 novembre 2003 et consulté le 3 mai 2010 sur le site : http://users.swing.be/carrefour.naissance/doleances/NDBS_cilou.htm.
[617] *V* Gamelin-Lavois, S. (2009), *op.cit.*

enfant au sein de leur maison. Si bien que l'accouchement à domicile est parfois plus difficile à obtenir par choix que dans les situations d'un accouchement inopiné[618]…

1. Récit d'un accouchement à domicile par conviction

208. Céline, jeune femme en quête d'un accouchement à domicile, témoigne des difficultés qu'elle a pu rencontrer dans sa démarche d'un accouchement « naturel »[619]:

« Je suis comme certaine, persuadée que le médical n'est pas la meilleure solution et j'ai pris ma décision très tôt dans ma grossesse, je me suis beaucoup documentée, sites, livres…

J'ai pesé le pour et le contre, je sentais que je voulais rester dans un événement naturel et physiologique, ne pas perturber un tel moment de bonheur et d'intimité. Je suis allée voir un gynécologue traditionnel pour le début de la grossesse, car je cherchais alors une SF (sage-femme) ou un médecin pour faire un AAD (accouchement à domicile), mais je ne trouvais pas. J'ai été suivie par ce gynécologue les premiers mois, il me fait faire plein d'examens, dont celui de la trisomie, le test revient très inquiétant, il me fait peur, me dit que c'est grave, le risque est de 1/50.

A l'échographie tout va bien, mais il me fait limite du chantage pour que j'accepte l'amniocentèse, alors que moi dans ma tête tout va bien ! Je finis par faire cette amniocentèse, qui ne révèle rien d'anormal. Mes recherches sont enfin fructueuses, je trouve une gynécologue à une heure de chez moi, qui fait les AAD !! Je consulte cette femme, qui est extraordinaire, elle me met a l'aise de suite, me parle a moi et mon bébé comme une personne, et non pas comme une patiente limite malade (comme l'autre gynécologue), elle me parle d'hygiène de vie, d'alimentation pour que la grossesse se passe au mieux, sujet non abordé avec l'autre. Elle me dit que le test de trisomie n'est pas obligatoire, alors que l'autre m'avait

---

[618] CEDH, 14 décembre 2010, n°67545/09, *Ternovszky c/ Hongrie* : Herzog-Evans, M. (2011), *op.cit.* et Roman, D. (2011), *op.cit.*

[619] Témoignage consulté le 14 mai 2011 sur le site : http://www.eco-bio.info/forum/upload/topic/8549-recit-de-mon-accouchement-a-domicile/.

dit le contraire, que je n'aurais jamais du faire cette amniocentèse, vu que l'échographie était parfaite !! Ca fait marcher le commerce de la grossesse une amniocentèse !! Bref, quelques jours plus tard, vers février, l'échographie révèle un risque de MAP (menace d'accouchement prématuré), la tête appuie fort sur le col, et ma fille risque de se pointer plus tôt...je suis seulement a 22SA (semaine d'aménorrhée) !! Je dois avoir un suivi très important, et pour lui ma gynécologue n'est pas apte à le faire, pour lui un gynécologue qui accouche a domicile est un marginal !! Je me retrouve donc avec mon premier gynécologue, qui me suit de très près, interdit de se lever, pas de voiture, une liste de médicaments, échographie toutes les trois semaines, sage-femme à domicile avec monitoring deux fois par semaine et voire même, hospitalisation.

Je deviens folle et je garde en tête mon projet d'AAD. Je continu à voir parallèlement ma gynécologue n°2 (Florence), qui n'est pas affolée du tout, et pour elle tout va bien. Je ne prends pas le traitement prescrit et ne le dis pas au gynécologue n°1, je finis par refuser la sage-femme à domicile et finalement petit a petit j'espace les rendez-vous de gynécologue n°1, qui me stresse plus qu'autre chose. J'écoute ma gynécologue n°2, j'ai confiance en elle, je me sens super bien, elle me dit de vivre et d'arrêter de rester clouée au lit !!

22 JUIN 2009 : Me voici à sept jours du terme et mon dernier rendez-vous avec gynécologue n°1. La semaine d'avant s'est super mal passée, il n'était pas content, car je l'ai laissé tomber. Mais obligé d'aller le voir pour faire mon inscription quand même à la maternité.

Très déçu que je ne l'ai pas écouté, que je n'ai pas pris sont traitement, que j'ai refusé les monitorings et que je ne sois plus venue le voir pendant deux mois. Il connait mon projet de naissance à domicile, mais n'y adhère pas!! Je suis quand même ressortie de chez lui la boule au ventre, car il a essayé de me faire peur sur l'AAD et avec une date pour déclencher l'accouchement, alors ça c'est le comble du comble !!! Me voici aujourd'hui pleine de confiance, heureuse d'avoir pris cette décision d'AAD, mon projet tient plus que jamais, je vois à quel point je n'adhère pas à ce système de surmédicalisation, grâce à ma gynécologue n°2 je suis épanouie, je n'ai pris que sept kg avec son régime cru, j'ai pu débloquer certaines choses encrées en moi (car elle fait aussi de la psychologie) nous attendons toutes les deux un signe de ma fille !!

30 JUIN 2009 : Je me lève avec une grosse envie d'aller nager ! Je suis levée très tôt comme tous les matins. A 8h30 je descends a pied de chez moi pour aller a la piscine, et je nage quarante-cinq minutes sans m'arrêter…je suis en pleine forme ! Puis je remonte à pieds, un peu fatiguée, je m'endors sur ma terrasse à l'ombre. En me réveillant, j'ai un peu mal au ventre, comme des règles, je me dis que j'ai un peu trop forcé sur la natation et que ce sont les abdos qui travaillent.

Mon mari rentre manger, il est douze heures, je lui dis « c'est pour aujourd'hui »

Je perds le bouchon muqueux et les douleurs sont un peu plus intenses et une douleur plus forte vient faire des pics toutes les dix minutes, il est quinze heures. Mon mari part pour un rendez-vous…J'appelle Florence (gynécologue n°2) et lui raconte ce qui se passe, elle me dit de la tenir informer toute les heures. Je sens des pics de plus en plus souvent, je chronomètre et je suis presque a une contraction toute les cinq minutes, il est dix-sept heures. J'appelle Florence et elle me dit j'arrive de suite !! Elle pense que ça va aller vite, je suis dilatée à deux depuis trois- semaines !

Mon mari arrive enfin, il est dix-huit heures et je contrôle bien la douleur pour le moment, je me remémore mes cours de yoga, à quatre pattes ça passe bien !! Florence arrive, il est dix-neuf heures, elle m'examine et déception, je suis toujours à deux. Bon on a le temps me dit-elle.

Je suis sur le lit et je gère comme je peux, musique douce, respiration…mais j'ai chaud, j'ai envie d'aller dans l'eau, je vais dans la piscine, mais j'ai vite froid, le contact de l'eau froid (26°) me fait augmenter la douleur des contractions, puis je vais dans le jacuzzi, l'eau est a 38°. Ca va mieux !! Je reste 1 H environ, il est 21h30. Je voulais accoucher dans l'eau dans le jacuzzi mais je préfère la baignoire, je me sens mal a l'aise dehors.
Je retourne dans la chambre, je reste sur le lit, Florence me masse et mon mari dort, je perds beaucoup de sang, et je n'ai presque plus de répit entre deux contractions, bouger devient très dur !! Il est presque minuit, je suis dilatée à cinq. Les contractions deviennent très aigües, je ne sais plus comment me mettre, Florence me masse le dos, ça me soulage, Olivier m'apporte une serviette froide je me la mets sur le visage. J'ai envie d'eau chaude, je vais dans la baignoire, et là commence le plus dur, il est une heure, la douleur est continue, je ne connecte plus avec la réalité, je suis plongée au plus profond dans mes contractions, je suis presque liquide, je me mets a chanter a chaque expire « ooooooooooooommmmm » ça m'aide a

souffler lentement, et a me concentrer sur autre chose que la douleur et cette vibration me fait du bien dans tout le corps !! Florence me dit de changer de position je me mets en largeur dans la baignoire, comme si j'étais en rappel, elle regarde mon col, je suis à huit. Il est 2h30, elle me dit ça va pas tarder et me fait toucher, je sens la poche des eaux sous mes doigts, elle est encore là mais prête à éclater !! Elle se perse cinq minutes plus tard ! A ce moment la le travail ne progresse plus, le bébé ne descend pas malgré mes efforts et ceux de Florence qui va repousser le petit bout de col avec ses mains, et là j'ai vraiment hurlé, comme si elle m'arrachait les entrailles !!

Je dois sortir de l'eau car il y a un problème, le travail est bloqué et le cœur de ma puce ralenti trop, il faut vite qu'elle sorte maintenant. Nous voici dans la chambre, moi accroupie et Olivier qui me tient par les dessous de bras, j'ai une énorme envie de pousser, comme si je pouvais déplacer la maison !! Après quelques poussées très efficaces toujours rien, le cœur n'est pas bon, elle y va avec les mains, elle va la chercher en moi, et mon mari m'appuie sur le ventre, et enfin sa tête sort, Florence me dit de ne plus pousser, ma fille est retenue par le cordon qui est autour de son cou, elle ne respire plus…il est 3H40. Florence coupe très vite le cordon pour la libérer, très pro et sans paniquer, puis dans une dernière poussée c'est la délivrance, je sens son corps chaud et humide glisser hors de moi, ma fille arrive sur le sol, elle est bleue, inanimée. Florence prend les choses en main très vite et la réanime, moi je suis allongée sur le sol et je ne connecte toujours pas avec la réalité, je ne me rends pas compte de ce qui se passe, mon mari a eu très peur, mais elle a très vite repris sa respiration et pleuré, puis elle l'a mise sur moi. Je sors petit à petit du cosmos et j'oublie tout avec ma puce dans les bras !! Il est 3H55. C'est magique. On se regarde pour la première fois, mais je la connais déjà...

Puis reste à éjecter le placenta, je donne ma fille à son papa qui lui fait visiter la maison. En deux poussées il est dehors, il glisse c'est tout chaud sensation très bonne et très douce au passage du placenta. Elle me le montre, me le fait toucher, je vois la forme de ma fille dedans, c'était sa "maison " pendant ces neuf mois ! Florence m'avoue que j'ai été très courageuse, qu'à l'hôpital ils m'auraient fait une césarienne, puis elle me dit qu'il faut recoudre maintenant, car j'ai été déchirée au passage, trop de précipitations à cause de sa détresse respiratoire ; je n'ai rien senti !! Après les points la récompense, elle nous a mises toutes les deux dans le bain, c'était magique, ma poupée a gardé les yeux grands ouverts toute la journée, elle a tout regardé, elle est sereine depuis le premier jour, elle fait ses nuits depuis le premier jour, c'est

une pure merveille, mon mari me dit merci pour cette expérience, lui qui n'était pas pour au début, m'avoue avoir été très impressionné par la puissance des contractions, par ma capacité à gérer et surtout ne m'être jamais plainte…. Il a adoré être avec nous les premiers jours, rien que nous trois, prendre un bain avec sa fille, lui faire visiter la maison, dormir avec nous…

Elle a pris le sein dès le premier jour, j'ai eu du mal les premières heures, je me suis accrochée, malgré la douleur aux seins (je suis très sensible des bouts) et aux points (dur de s'assoir pour allaiter) !! Aujourd'hui ma poupée a un mois et c'est un pur bonheur, elle est très vive, très à l'écoute et très éveillée, je la porte dans l'écharpe et elle adore ça !! Nous sommes vraiment heureux de notre choix, et si c'était à refaire, demain je recommence !!

Les douleurs sont déjà oubliées, ma fille est épanouie et nous aussi et c'est ce qui compte ! Voici mon récit qui a était écrit il y a un an aujourd'hui, ma fille a eu un an le premier juillet 2010, et je pense bientôt recommencer cette expérience hors du commun et pleine d'émotion... ».

2. Récit d'un accouchement « inopiné » à domicile

209. Katleen, quant à elle, n'a pas eu le temps de se rendre à la maternité[620] :

« Lundi 11 octobre. La soirée se passe comme d'habitude. J'ai quelques contractions ; toutes les vingt minutes comme depuis quelques jours. C'est tout à fait gérable. Je vais me coucher vers 23H30 mais n'arrive pas à trouver le sommeil … comme d'habitude.

Mardi 12 octobre à 2h21, je ressens une contraction plus forte que les autres et là, j'ai vraiment mal. Ca passe. A 2h29, une autre contraction douloureuse associée à un grand coup dans le ventre, comme une implosion. Je suis pliée en deux et je me retiens de ne pas hurler ma douleur. J'essaie tant bien que mal de sortir du lit, à moitié à genoux tellement j'ai mal. Je

---

[620] « Récit d'accouchement "surprise" à domicile : Kathleen et Vaitea - On dort pas.....Mais on aime ça!!!! », consulté le 14 mai 2011 sur le site : http://ondortpas.over-blog.com/article-recit-d-accouchement-surprise-a-domicile-kathleen-et-vaitea-69858112.html.

me dirige vers la salle de bain pour m'isoler. Le bouchon muqueux est en train de partir et je perds beaucoup de sang. Les contractions reviennent toutes les deux minutes pour rester une interminable minute de souffrance intense … j'hurle ma douleur. Je vais fermer la porte du couloir pour atténuer mes cris et qu'Evan les entende moins. Puis, je vais dans la chambre pour prendre une culotte propre et je dis à Ioan « c'est parti » et qu'il doit appeler sa mère pour venir garder Evan. Je retourne « en courant » dans la salle de bain pour m'isoler à cause d'une énième contraction qui me cloue au sol. Je crie, j'hurle, j'essaie de respirer correctement car je sais que bébé a besoin de beaucoup d'oxygène. Je me penche en avant en me tenant au lavabo. Je me mets à quatre pattes mais rien ne me soulage. Je piétine, tout mon corps tremble… Je vais voir Ioan entre deux contractions (une minute de répit) et lui dit qu'il va devoir appeler les pompiers car je me vois pas aller à la maternité dans cet état là. Il n'a pas le temps de me demander quoique ce soit que je retourne dans la salle de bain … Ma belle-mère arrive mais je ne l'entends pas. Je crois qu'Evan est réveillé…en même temps, ça m'étonne pas avec le bruit que je fais. J'alterne en criant les « je ne veux pas avoir mal », « j'ai trop mal », « j'en peux plus », « j'y arriverai pas », « aidez-moi » … la douleur est d'une violence incroyable ! Je perds pied …

Il doit être environ 2h45 et je perds les eaux dans la salle bain. C'est à ce moment que les pompiers arrivent : trois jeunes hommes de moins de trente ans. L'un d'eux me dit que je ne dois pas rester là (dans la salle de bain) et que je dois aller m'allonger sur le lit. Sauf que ça ne me dit pas du tout ça. Je sais qu'il faut que je sois debout pour que la douleur soit moins forte et que le travail ne soit pas bloqué … Un peu naïve là fille sur le coup car le travail est quasi fini. Je sens que je n'ai pas le choix et je le suis en lui broyant la main au passage … polie, je m'excuse. Je marche pliée en deux et je sens que je continue à perdre du liquide amniotique. On pose une serviette sur le lit (elle ne servira pas à grand-chose car pas de bol, je n'ai pas remis l'alèse après un pipi au lit d'Evan quelques jours auparavant) et on me demande de m'allonger. Je refuse et dis que je ne veux pas accoucher sur le dos …

Les pompiers ne voient que la situation d'urgence. Ils sont perdus, désorientés par la situation. Je vois bien qu'ils ont peur eux aussi d'un accouchement imminent. Je suis allongée sur le côté, la tête reposant sur la table de chevet d'Ioan. Un pompier me demande de me mettre sur le dos et de poser ma tête sur les oreillers. Il a peur que je tombe. Sauf que moi, je me sens mieux comme ça donc je lui dis et le pauvre est déconcerté. Les contractions s'enchaînent, je tremble de tout mon corps, je sers la serviette sur laquelle je suis installée. Puis je me

remémore qu'il faut que je respire en soufflant longtemps, que je détende mes mains, ma mâchoire … je m'applique à faire en sorte que bébé soit le moins en souffrance possible et que je ne lui barre pas le passage en me crispant.

Un pompier a le médecin du Samu au téléphone ; il lui préconise qu'on me transporte à la maternité. Le pompier me dit que ça ne prendra que 30-45 minutes. Je le regarde étonnée : ne voit-il pas que c'est juste impossible pour moi ?! J'ai à peine trente secondes de répit entre les contractions. Il me dit qu'ils vont me descendre sur une chaise. Une contraction arrive et j'hurle. J'essaie de bien respirer tant bien que mal. Le médecin au téléphone comprend l'urgence et dit qu'il arrive…Les contractions continuent à s'enchaîner et je sens bébé près de la sortie. J'ai envie de pousser. Sauf que voilà, suis-je à dilatation complète ????? Personne n'est là pour me le dire !! Le pompier me dit ensuite que si j'ai envie de pousser, je ne dois pas retenir le bébé. Ok ! Sauf que je ne sais pas s'il va assurer derrière si je pousse ! A la prochaine contraction, je pousse ! La douleur, la souffrance est à son paroxysme ! C'est terrible et je sens (physiquement et avec ma main) la tête de bébé en partie dehors. La contraction cesse et la tête retourne à l'intérieur.

Contraction suivante : je pousse encore et la tête sort un peu plus … sauf que je sens qu'il faut que j'arrête de pousser pour ne pas déchirer mon périnée. Le pompier me dit lui de pousser, que la tête est presque sortie. Toute la différence est là ! Je sens que je dois faire une pause pour que mon col se dilate …

Le pompier appelle Ioan pour qu'il puisse assister à la naissance de bébé. La douleur ne s'estompe pas entre les contractions et une autre arrive. Je pousse en essayant de respirer correctement. Les pompiers m'encouragent et la tête sort entièrement ! Quel soulagement ! La douleur s'arrête net !

Je fais une pause.

Une contraction arrive et le pompier me dit de pousser. L'affreuse douleur est de retour. Je sens le pompier diriger bébé vers l'arrière ce qui accentue la douleur… Il a tout faux lui ! En fait, le pompier croyait que bébé avait le cordon autour du coup … ce qui n'était pas le cas.

Bébé sort complètement !

Je demande de suite l'heure qu'il est au pompier à côté de moi : **3h15**. Il n'y a que moi qui pense à ce genre de détail. On me pose bébé sur moi. La douleur, l'horrible douleur est partie

! J’en reviens pas de l’intensité de la souffrance et que j’ai accouché quasiment toute seule, à la maison, sur mon lit non protégé. Quasi de suite, le pompier qui m’encourageait à pousser me dit qu’il va clamper le cordon. Je le regarde et lui dis « déjà ?! ». Je suis déçue mais je prends en compte la situation d’urgence et le laisse faire. Il propose à Ioan de couper le cordon. Ce qu’il fait. On recouvre bébé d’une serviette et d’une couverture de survie. Les pompiers me demandent le prénom : Vaitea. Oui oui je sais, personne n’a compris le prénom.

Le médecin arrive et constate que bébé est déjà là.

La délivrance prendra beaucoup de temps ; le placenta ne sortira qu’à **3h55** dans d’horribles souffrances une fois encore. Le médecin appuiera plusieurs fois sur mon ventre pour faire sortir d’éventuels caillots de sang. On change la serviette de bébé. Je demande à Ioan comment va Evan. Apparemment, il va bien et il aimerait venir me voir. Mon petit cœur…

Le pompier qui était à côté de moi me dit que c’était son premier accouchement et il m’en remercie. Celui qui m’encourageait à pousser me dit que c’était son deuxième. Mon intuition était donc bonne : ils étaient perdus et désemparés devant la situation. Le troisième pompier… je ne l’ai quasiment pas vu d’ailleurs ; il était dans le salon. Il devait avoir trop peur, je ne sais pas. Les pompiers arrivent dans la chambre avec un brancard. Ils ont prévenu ma maternité que j’allais arriver. On m’installe sur le brancard avec bébé en peau à peau. On me fixe dessus comme un gigot ; je ne peux plus bouger. Les pompiers et Ioan me soulèvent et descendent les deux étages de l’immeuble puis m’installent dans le camion du Samu. Je savoure le moment présent dans le Samu : je n’ai plus mal !! Ma puce est avec moi. Je réalise à peine ce qui vient de se passer. J’ai eu l’impression que ça avait duré une éternité alors qu’au final entre la première contraction et la naissance, il ne s’est écoulé que 50 minutes !

Il est 4h25. A la maternité, on me félicite. Une sage-femme (enfin une !!) expérimentée me dit que si bb3 il y aura, il faudra envisager un AAD avec une sage-femme. Une autre sage-femme m’examine et me dit que je n’ai qu’une micro déchirure à l’endroit de mon ancienne épisiotomie. On endort la zone au « pschitt » et hop un point de couture mais vraiment trois fois rien. Je suis ravie !

Pendant ce temps, bébé est examinée dans la même pièce que moi : 3,440 kg ! Le placenta est entier apparemment. Par contre, elle appuiera à plusieurs reprises sur mon ventre pour vider l’utérus de caillots. C’est très douloureux.

Ioan arrive peu après avec la valise et mon oreiller ! ».

210. Les conditions de ces accouchements non médicalisés font preuve d'un certain différentialisme. Angoisse certaine mais capacité naturelle à gérer le travail et la délivrance. Qu'en est-il de ces femmes dont la grossesse n'a pas été révélée ? Quelles sont les conditions d'un accouchement dans un contexte de déni de grossesse ou d'un accouchement meurtrier ? La mort de l'enfant, parfois volontaire, laisserait entendre un accouchement traumatique…

B- Les conditions de naissance d'enfants clandestins

211. Les récits d'accouchements recueillis par Gaëlle Guernalec-Lévy[621] et Catherine Bonnet[622] auprès de femmes qui ont accouché à la suite d'un déni de grossesse et parfois dans un contexte néonaticide, ont fait apparaître certaines similitudes : des positions naturellement adoptées, un temps de travail réduit, des douleurs parfois supportables et une capacité à enchaîner les gestes. Ce constat n'apparaît pas sidérant si nous nous souvenons que, hors intervention culturelle et médicale, l'accouchement est piloté par le cerveau primitif reptilien.

1. Les accouchements dans le déni

212. Si le récit de femmes accouchées dans le cadre d'un déni de grossesse révèle une certaine rapidité de l'accouchement, la survenance de complications obstétricales lors de la levée du déni a parfois été constatée.

a. Récits d'accouchées. Estelle est une élève infirmière de vingt-quatre ans, légèrement en surpoids, devenue maman au même moment qu'elle découvrait sa

[621] Guernalec-Lévy, G. *Je ne suis pas enceinte. Enquête sur le déni de grossesse*. Stock, 2007.
[622] Bonnet, C. *Geste d'Amour. L'accouchement sous X*. Odile Jacob, 2001.

grossesse[623] : « Hugo est né à 8h21 du matin. Il pesait 3,3 kilos pour 51 centimètres. Avec le recul, il me semble que la douleur était supportable. Lorsque je suis arrivée à l'hôpital j'étais déjà dilatée à huit. Finalement, je ne regrette pas que ce soit arrivé comme ça, à l'improviste. Je n'ai pas eu le temps de demander la péridurale ! J'ai pu accoucher de façon tout à fait naturelle. Et le papa a pu assister à l'accouchement (…) J'ai en revanche regretté de ne pas avoir profité de ma grossesse (…) nous n'avons jamais touché la prime à la naissance de 800 euros. Elle est versée au septième mois de grossesse ». Estelle témoigne de la joie d'avoir eu un accouchement nullement médicalisé. Son témoignage met également en évidence la pugnacité de l'administration à enjoindre aux femmes enceintes l'obligation de faire suivre leur grossesse, sous peine de ne pouvoir bénéficier des aides sociales. Ce qui est tout de même un paradoxe lorsque la femme ne se sait pas enceinte. L'inquiétude face aux grossesses non suivies est également présente chez les professionnels de santé comme en témoigne David, trente-cinq ans, père de Camille, en couple avec Laetitia qui a accouché en urgence à l'hôpital après un déni de grossesse : « « J'ai assisté à l'accouchement mais je me suis senti un peu potiche. Tout est allé très vite. Comme la grossesse n'avait pas été suivie, les médecins étaient inquiets »[624].

213. Karine, quant à elle, s'inquiète d'un retard de règles d'une quinzaine de jours et fait une prise de sang qui s'avère négative. Les règles réapparaissent, mais un soir, quelques mois plus tard, elle éprouve de grandes difficultés à trouver le sommeil : « depuis le matin elle rencontre des difficultés pour uriner. Sa vessie semble pleine mais refuse de se vider. Elle se lève et se rend aux toilettes, dans la salle de bain attenante. La pression dans son ventre, au niveau du pubis, s'accentue, mais aucune goutte d'urine ne s'écoule. Karine n'a absolument pas mal, ni dans le ventre, ni dans le bas du dos. Elle est toujours assise sur la cuvette des toilettes, silencieuse, car rien ne justifie qu'elle se mette à crier. Au bout d'un quart d'heure elle comprend que la pression ressentie au niveau du périnée commence à changer de nature. Quelque chose de « démesuré » est en train de sortir. Elle regarde entre ses jambes et aperçoit une tête. Elle se sent incroyablement calme et pose des mots sur cette soudaine réalité. « Tiens, c'est une tête ». Parce qu'elle sent instinctivement que ce sera plus confortable pour

[623] Guernalec-Lévy G. (2007), *op.cit.*, p.46.
[624] *Ibid*, p.50.

elle, Karine se lève et, dans un même mouvement, le corps tout entier sort de son vagin. Elle l'attrape, le tient bien en main, se rassoit. Ce qui vient de sortir se met à crier. Karine comprend que la tête et le corps forment un tout, réalise que, oui, c'est bien un bébé (…) Lorsqu'elle raconte son histoire au médecin du Samu, lorsqu'elle explique qu'elle ne se savait pas enceinte, il refuse de la croire. « Ce n'est pas possible. Vous mentez. » Alors, pour la première fois depuis cet accouchement atypique, Karine se sent mal »[625]. Gaëlle Guernalec-Lévy constatera le décalage entre les deux grossesses et les deux accouchements de Karine. Pour son premier enfant, Karine évoque « la douleur, le sentiment de perte de contrôle malgré la préparation, cette colère, presque, d'avoir été obligée de s'en remettre à un personnel plus soucieux de maîtriser la technique que de prodiguer de l'empathie (…) ». En revanche, pour le second accouchement, elle le décrit comme « un accouchement indolore de bout en bout, sans médecin, sans sage-femme, sans aide. Un accouchement assumé seule, comme si, avec ce deuxième bébé très rapproché, elle avait pu se réapproprier une naissance dont elle s'était sentie dépossédée pour le premier ».

214. Traumatisée par la mort *in utero* de son premier enfant, Cécile, jeune avouée et mère de 42 ans d'un petit Paul, a des doutes sur une troisième grossesse mais n'y croit pas et ne veut pas y croire (la grossesse et la naissance de Paul avaient été très pénibles, constamment surveillées et surmédicalisées) : « D'un coup la réalité brute balaie le brouillard de ces quatre mois. C'était donc vrai. Ce n'était pas un cauchemar. Elle se lève et se rend aux toilettes. Elle n'éprouve pas le besoin de crier. Elle se sent étrangement paisible et calme, comme si toute la tension accumulée ces dernières semaines venait de s'envoler. Elle pousse deux ou trois fois au-dessus des toilettes et le bébé sort doucement, facilement »[626].

215. Certaines femmes n'ont eu que tardivement connaissance de leur grossesse et ont fait tout de même le choix de ne rien révéler. C'est le cas d'Irène, quarante ans, mère de cinq enfants, qui a découvert sa sixième grossesse au cinquième mois de gestation. Elle prépare,

---

[625] Guernalec-Lévy G. (2007), *op.cit.*, p.69.
[626] Guernalec-Lévy, G. (2007), *op.cit.*, p.159.

seule et soigneusement, sa chambre de naissance : « Dans ma chambre, je prépare le nid. J'installe par terre le matelas du lit pliant et les serviettes de plage. Je fais les cent pas, j'ai un peu peur. Les contractions s'intensifient, je marche, je m'allonge, je m'assois. En bas, j'entends le bourdonnement de la télévision. Ici, à l'étage, tout est calme. Les enfants dorment, moi j'accouche. Je sens le bébé qui s'engage. Il est un peu plus de minuit. Je me mets à quatre pattes. Et je trouve cet instant magique. Il sort de moi facilement. C'est un garçon. Il est très beau, bien formé, il a tous ses doigts »[627].

b. Complications obstétricales et levée du déni. Les déclarations tardives de grossesse, au-delà du troisième trimestre, ou les découvertes de grossesse à l'accouchement ont fait l'objet de quelques études et notamment celle du docteur Laporte qui a pu observer en 1993 que sur 9 815 accouchements français, cinquante-six grossesses ont été révélées tardivement, soit 5,7 révélations tardives pour 1 000 grossesses et dix-huit grossesses ont été découvertes à l'accouchement, soit un taux de 1,8 accouchement surprise pour 1 000 naissances[628]. Ces résultats, que l'étude française attribuerait au déni de grossesse massif, seraient sensiblement les mêmes aux États-Unis, en Allemagne et en Autriche (entre 0,5 et 3‰). Ces chiffres rendent compte de femmes qui, lors de la découverte de leur grossesse, peu important le moment auquel elles la découvrent, ont su trouver de l'aide et accoucher en milieu hospitalier. Quant au nombre réel d'accouchements clandestins, seuls les colonnes de la chronique judiciaire peuvent en faire état, en raison de leur issue souvent malheureuse : le néonaticide dont la principale particularité réside dans le moment singulier de son passage à l'acte[629].

---

[627] *Ibid*, p.100.
[628] Laporte, J.-L. « Déni de grossesse », Poitiers, thèse médecine, 1993.
[629] Catherine Bonnet, à travers la thématique des accouchements sous X a pu remarquer que l'accouchement avait également un impact considérable sur le processus décisionnel de la femme. En effet, selon la pédopsychiatre, les interactions sensorielles « forcées » par le personnel hospitalier gênent considérablement le processus décisionnel des femmes « abandonnantes ». Elles n'auraient un intérêt thérapeutique que lorsque l'on connaît le parcours de la femme. En effet, une grossesse non suivie, un accouchement non préparé, l'impossibilité de motiver clairement sa décision, sont autant d'indices qui permettraient de déceler un déni de grossesse et de respecter, par conséquent, le choix d'abandon et de ne pas forcer les femmes à des interactions sensorielles qui ne font que gêner la décision de ces femmes « abandonnantes ». Pour les femmes infanticides, certaines interactions sensorielles ont, par ailleurs, conduit à l'acte criminel. Alors, les issues pourraient varier en fonction de la manière dont l'accouchement s'est déroulé permettant ainsi l'établissement d'éléments de prévention. Plusieurs hypothèses sont envisageables : la garde de l'enfant avec toutefois des risques de maltraitance. Les femmes accouchent en « urgence », choisissent dans un 1er temps l'adoption mais reprennent ensuite leur enfant car le personnel a mis en place des interactions sensorielles. Malgré l'existence d'impulsions infanticides, ces femmes ont pu repartir avec l'enfant craignant ainsi son abandon progressif. Puis, l'adoption. La

216. Une étude autrichienne a pu observer que près de la moitié des femmes de son échantillon (11/27, soit 40%), qui aurait vécu une négation de grossesse, ont été surprises par le travail et ont réussi à faire appel à une aide médicale[630]. Brezinka a ainsi relevé un taux de morbidité plus élevé chez les nouveau-nés issus de grossesses qui auraient été niées partiellement. Lorsque la découverte de la grossesse s'est opérée entre la vingt-et-unième et la vingt-sixième SA, la fréquence des complications néonatales était la plus élevée. Ainsi, sur les sept enfants concernés, trois sont mort-nés (dont deux avec des malformations sévères), deux sont nés prématurément (deux menaces d'accouchement à la vingt-et-unième et la vingt-deuxième semaine - qui ont permis par ailleurs, la découverte de la grossesse – pour des enfants nés à la vingt-huitième et vingt-neuvième SA), un enfant né avec un retard de croissance et enfin, un enfant né à terme et en très bonne santé. Lorsque la grossesse a été révélée entre la vingt-septième et la trente-sixième SA, l'étude a fait état d'un décès intra-utérin, d'une naissance prématurée, qui est intervenue à la trente-deuxième semaine, immédiatement après l'annonce de la grossesse, d'une pré-éclampsie maternelle et de six enfants nés en bonne santé. Enfin, dans les hypothèses où le déni de grossesse aurait été total (jusqu'à l'accouchement), onze enfants seraient nés à terme et en bonne santé.

Une autre étude plus récente a également fait apparaître une nette augmentation des risques néonataux dans les dénis de grossesse : plus de césariennes et d'instruments, plus d'enfants dont le poids de naissance est inférieur à 250 grammes, plus de retards de croissance, plus de

---

majorité de ces femmes n'ont eu aucun contact sensoriel avec leur enfant. Elles avaient au préalable clairement exprimé leur volonté de ne pas voir leur enfant voire même de l'entendre. Et la situation la plus malheureuse, l'infanticide. Ces femmes accouchent seules, la dissolution du déni est très violente et provoque l'acte de violence. Le déni s'est alors prolongé jusqu'à la fin de l'expulsion. Ainsi, le passage d'une issue à une autre dépendrait de peu de choses : interactions sensorielles ou pas, accouchement avec assistance hospitalière ou seule, une fraction de seconde…Grossesse non suivie, absence de préparation à l'accouchement, demande d'IVG au delà du délai légal, demande déjà refusée, demandes d'IVG répétées, difficultés de verbalisation à la fois du traumatisme et de l'accouchement, autant de repères pour la mise en œuvre d'une prévention adaptée à chaque moment de la grossesse au cours duquel ils se manifesteraient. L'existence de ces indices laisse présumer l'existence d'un déni de grossesse, voire d'impulsions infanticides et Catherine Bonnet estime à cet égard que cette constatation pourrait être réalisée dès la demande d'IVG ou permettrait d'anticiper l'accouchement afin d'essayer d'éviter un geste malheureux.

[630] Brezinka, C., O. Huter, W. Biebl, et J. Kinzl. « Denial of pregnancy ». *Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, nº. 15 (1994): 1-8.

prématurés et de transferts en néonatologie[631]. Les auteurs ont attribué cette augmentation de morbidité aux conséquences des facteurs de risque présents dans toute grossesse non suivie médicalement et d'autre part, à l'absence d'adaptation normale des patientes à leur grossesse. Ces constatations n'ayant pas été vérifiées par une étude française menée à la même période[632], il est permis de s'interroger sur la prise en charge de ces femmes par les professionnels de santé. D'une part, étaient-elles dans un état de déni ou d'ignorance objective de leur grossesse[633] ? Ne pourrait-il pas s'agir de grossesses atypiques ? D'autre part, quand bien même les femmes auraient dans le déni, les complications obstétricales ainsi observées n'auraient-elles pas été créées par le mode d'accouchement surmédicalisé des centres hospitaliers ? D'autant plus que le contexte inhabituel dans lequel se présentent les femmes dans le déni suscite une crainte et une angoisse supplémentaires.

217. A cet égard, Gaëlle Guernalec-Lévy émet l'hypothèse d'un désir inconscient de certaines femmes dans le déni de vivre une grossesse non médicalisée. Selon elle, les premières grossesses vécues dans l'angoisse ou dans le sentiment d'avoir été dépossédée plongeraient les femmes dans un déni de grossesse leur permettant de ne pas avoir à résister à l'assaut des professionnels de santé[634]. Une toute autre approche peut également faire apparaître un parallèle entre les mammifères qui ignorent leur nouveau-né trop faible pour survivre et ces femmes qui n'ont pas investi une grossesse qu'elles « savaient » vouée à l'échec.

---

[631] Wessel J, J. Endrikat, et U. Buscher. « Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy : results of one-year prospective study compared with control group ». *J Perinat Med* 31, n°1 (2003): 29-35.
[632] Pierronne C, M.A. Delannoy, C. Florequin, et M. Libert. « Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité ». *Perspectives Psy* 41, nº 3 (2002): 182-188.
[633] *V. infra*, p.340 et s.
[634] Guernalec-Lévy, G. (2007), *op.cit.*, p.79.

2. De quelques accouchements meurtriers

218. En 1967, aux États-Unis, il a été observé que 45, 6% des infanticides recensés ont été commis à la naissance[635], étant entendu que ces chiffres comprennent l'ensemble des infanticides et pas uniquement les meurtres de nouveau-né[636]. Les récits d'accouchements ayant conduit à un néonaticide sont très difficiles à recueillir. D'une part, les femmes n'ont que très peu de souvenirs de ce moment traumatisant, de ce moment de passage à l'acte. D'autre part, les débats judiciaires en matière de néonaticide ne se penchent que très peu sur les conditions de tels accouchements. Seule l'objectivité du contexte spatio-temporel laisse émerger quelques éléments : accouchement sur les toilettes[637], accouchements dans la salle de bains, accouchements dans la forêt, accouchements rapides et quasi indolores[638], permettant un retour à la vie active seulement quelques heures après l'accouchement…

219. Céline Lesage, condamnée en mars 2010 à quinze années de réclusion criminelle pour le meurtre de six de ses nouveau-nés, a accouché dans sa chambre, la salle de bain attenante à celle-ci. Elle relate des accouchements très rapides, en moyenne inférieurs à une heure, tellement rapide que pour le cinquième accouchement, elle a du attraper le bébé pour qu'il ne tombe pas par terre. Enfin, le sixième accouchement apparaît rapide et indolore car réalisé dans la salle de bain attenante à la chambre conjugale dans laquelle son concubin dormait au moment des faits. Si ce dernier n'a rien entendu, c'est parce que cet accouchement ne

---

[635] Brozovsky, M. et H. Falit. « Neonaticide: Clinical and Psychodynamic Considerations ». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 10, nº 4 (octobre 1971): 673-683.

[636] Recensement qui devient difficile à établir en raison de la qualification juridique de meurtre sur mineur de 15 ans depuis la création du nouveau code pénal en 1994.

[637] Catherine Bonnet fait état de l'histoire de Claire, une jeune femme de 25 ans travaillant dans le secteur tertiaire et vivant maritalement avec un homme de 28 ans, employé de bureau. Au moment du recueil de son récit, elle est incarcérée pour le meurtre de quatre nouveau-nés et est enceinte pour la cinquième fois. Les quatre accouchements se sont déroulés de la même manière : « A chaque fois, j'accouche dans les W.-C…c'est d'instinct…je ne sais pas…je me mets sur les W.-C » (Bonnet, C. (2001), *op.cit.*, p.198).

[638] C'est le cas d'Hélène, une femme d'une trentaine d'années incarcérée pour avoir tué son enfant dès la naissance, qui décrit comme suit ce dont elle se souvient de ce terrible moment : « « c'est incroyable. Je ne pensais pas que mon accouchement serait comme celui-là, sans douleurs. Quand j'ai vu ma sœur accoucher, elle se tordait de douleur, elle avait mal. Et moi, c'est incroyable, quand j'ai accouché, je n'ai pas réalisé que c'était un accouchement. C'est incroyable…je n'ai rien senti…je ne sentais rien…C'est vraiment incroyable. Je ne sentais rien du tout…je ne comprends pas ce qui s'est passé » (Bonnet, C. (2001), *op.cit.*, p195).

présentait pas, selon les dires de Céline Lesage, de douleurs particulières. Par ailleurs, l'avocat général lui reproche d'avoir nettoyé la scène de crime. En effet, lors des constatations de police, aucune trace de sang n'a pu être mise en évidence. Toutefois, Céline Lesage a toujours affirmé ne pas avoir eu d'hémorragie. « La culture hémorragique » de l'obstétrique français a oublié qu'un accouchement n'était pas nécessairement hémorragique et ce, quand bien même il aurait été réalisé dans des conditions extrêmes[639]. C'est oublier que tous les accouchements ne sont pas nécessairement hémorragiques…Si Virginie Labrosse, condamnée à cinq ans de prison en octobre 2010 pour tentative d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans et meurtre de deux nouveau-nés, ne se souvient pas des accouchements, elle déclare que tout a commencé par une envie d'aller aux toilettes, puis le grand vide, « je n'ai même pas de souvenir de souffrance alors que pour mon fils, je pourrais raconter l'accouchement de A à Z ».

220. Qu'elles soient conscientes ou non de leur état, les femmes qui découvrent leur enfant au moment de l'accouchement (ou parfois bien avant) accouchent très fréquemment seules. Les salles de naissance correspondent à des pièces très intimes comme les toilettes, la salle de bain ou les chambres. Doit-on y voir une volonté de dissimuler la clandestinité de leur accouchement ou une sorte d'instinct naturel conduisant ces femmes vers des pièces où elles peuvent accoucher et se couper du monde ? Cette intimité qui manquerait tant aux accouchements médicalisés ? Le récit de ces femmes fait écho d'un accouchement rapide, indolore et parfois non hémorragique ce qui, au vu des accouchements physiologiques, ne paraît plus très étonnant. Que ce soit avec conviction, par obligation contextuelle ou par déni, ces femmes ont adopté des positions opposées à celles encore trop préconisées en milieu hospitalier, elles ont été capables de gérer leurs douleurs et de s'approprier leur accouchement en jouant les premiers rôles. De surcroît, l'hypothèse selon laquelle le déni de grossesse conduirait à un accouchement plus rapide et moins douloureux ne semble pas se vérifier. Il semblerait que ce soit davantage les conditions surmédicalisées des accouchements en milieu hospitalier qui conduisent aux complications.

---

[639] Sur l'émergence d'une hémorragie comme traduction d'un environnement hostile, *V.* p.175 et s.

221. La persistance des intervenants extérieurs toujours plus compétents que la femme elle-même à diriger sa maternité va se décaler sur le maternage. Après la conception, la grossesse et la naissance, l'allaitement est aujourd'hui menacé par cette envie de tout contrôler. La mainmise sur l'allaitement témoigne, en effet, des difficultés éprouvées par les femmes contemporaines à pouvoir s'approprier également le maternage de leurs enfants. En n'accordant que très peu d'importance à la capacité des femmes à mettre leur enfant au monde, la surmédicalisation de la naissance a mis le voile sur l'importance du bien-être des femmes qui pourrait réduire de manière considérable les temps de travail des accouchements. Les critiques adressées à la médicalisation des accouchements ont conduit les physiologistes à montrer du doigt les conditions de naissance actuelles comme des altérations de la capacité d'aimer pourtant capitale pour éviter les problèmes actuels de la société. Déni de la physiologie de l'accouchement, déni de la capacité humaine à aimer mais aussi déni de la capacité maternelle à allaiter, de telle sorte que l'industrialisation de la naissance a un poids considérable sur les conditions d'attachement et de maternage.

CHAPITRE 2 : LA NORME BIOLOGIQUE MENACEE

222. L'allaitement, depuis tout temps, est la norme biologique. Toutefois, face à la norme sociale du biberon, cet état de l'allaitement doit être constamment rappelé. Instrumentalisée par le lobbying du lait industriel, l'alimentation du nourrisson a suscité de nombreux débats au sein des groupes féministes. Ces discordances sont, en grande partie, à l'origine du faible taux d'allaitement en France[640] (l'un des plus faibles en Europe) et ce, malgré les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF qui préconisent un allaitement exclusif jusqu'à six mois et sa poursuite accompagnée de nouveaux aliments jusqu'aux deux ans de l'enfant[641]. La première raison évoquée pour justifier les difficultés de promouvoir l'allaitement maternel réside dans la culpabilisation qu'elle pourrait entraîner chez les femmes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas allaiter. Or, la norme biologique ne devrait pas faire l'objet d'une promotion puisqu'elle est « LA » norme. Le problème de santé publique que représente le non-allaitement et qui entraîne avec lui des débats sur l'instinct maternel et les théories de l'attachement (**Section 2**), contraint les institutions à procéder à de nombreuses campagnes d'information sur la supériorité de l'allaitement maternel (**Section 1**).

---

[640] Bonet M, L.F. L'Hélias, et B. Blondel. « Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité: la situation en France en 2003 ». *Archives de pédiatrie* 15, nº 9 (2008): 1407-1415.
[641] *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel*. Résolution WHA 45.34, 1990.

Section 1 : L'allaitement en conflit

223. La totale indifférence des années 1970-1980 face à la baisse de l'allaitement maternel a entraîné avec elle un certain nombre de facteurs conduisant inéluctablement à une dévalorisation de l'allaitement au sein. Parallèlement à l'installation d'un contrôle des laits industriels, il a été nécessaire de promouvoir les bienfaits de l'allaitement. Toutefois, si de telles actions ont pu amener certaines femmes à se rapprocher de l'allaitement maternel, celles qui s'en sont éloignées ne l'ont pas fait par méconnaissance de ses mérites mais davantage parce qu'elles ont été séduites par le pragmatisme des laits de substitution (**I**). Si bien qu'à l'heure actuelle, la nocivité du non-allaitement doit être clairement posée et mise à la disposition des parents afin qu'ils agissent de manière éclairée. Malgré cela, la France présente certaines particularités qui font que l'allaitement maternel est encore perçu comme un asservissement de la femme au service de son enfant ou du moins qu'il impose des contraintes liberticides d'autant plus néfastes qu'elles empêcheraient le bon développement psychique des enfants allaités trop longtemps (**II**).

I- Un allaitement maternel aux bienfaits insuffisamment convaincants

224. Le constat selon lequel le taux d'allaitement en France est outrageusement bas a conduit les autorités sanitaires à réagir par la promotion massive des bienfaits de l'allaitement maternel (**A**). Toutefois, les efforts consentis dans ce domaine se sont avérés insuffisants à l'encontre de la nocivité du non-allaitement, laissant ainsi toute latitude aux industriels des laits de substitution pour vendre les mérites de leurs produits (**B**).

A- Les apports nutritionnels du lait maternel ou les fondements du choix de l'allaitement

225. Au moment de choisir le mode d'alimentation, les femmes sont soumises à différentes influences extérieures : sociales, familiales mais aussi professionnelles par la reprise du travail. Les études observent qu'une vision positive de l'allaitement avant la naissance est un facteur de choix vers l'allaitement maternel[642]. Afin de vanter au mieux les mérites de l'allaitement maternel, divers groupes d'études ont souhaité connaître les raisons pour lesquelles les femmes décidaient ou non de donner le sein. Les raisons premières qui ont poussé les femmes françaises à choisir l'allaitement seraient de loin les apports nutritionnels et immunitaires qu'apporte le lait maternel aux nourrissons.

1. Le constat en France d'un allaitement très faible

226. Alors que les taux d'allaitement en maternité survolent les 90% dans les pays nordiques[643], la France ne présentait, en 2003, qu'un taux de 62,5%[644]. Si ce pourcentage varie d'une région à une autre quant à sa mise en œuvre (allaitement partiel ou exclusif) ainsi que dans sa durée, il est tout de même en progression[645].

---

[642] Pour une étude comparative, voir notamment : Losch M, I.D. Claibourne, D. Russell, et L.B. Dusdieker. « Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding, , ». *The Journal of Pediatrics* 126, nº 4 (avril 1995): 507-514.

[643] Cattaneo A, A. Yngve, B. Koletzko, et L.R. Guzman. « Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation ». *Public Health Nutrition* 8, n° 1 (2005): 39-46.

[644] Hercberg, S. « Rapport du Programme national nutrition santé 2006. Eléments du bilan du PNNS 2001-2005 et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2 (2006-2008) », 2006 et Blondel B, K. Supernant, C. du Mazaubrun, et G. Bréart. *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998.* Inserm, D.R.E.E.S., 2005.

[645] Le taux d'allaitement à la sortie de la maternité était de 52,5% en 1972 (Blondel B, K. Supernant, C. du Mazaubrun, et G. Bréart. (2005), *op.cit*.).

a. Données sociologiques. Près de quatorze pays européens avaient en 2003 un taux d'allaitement supérieur à 90%[646] et cinq autres avaient un taux qui vacillait entre 70 et 90%[647]. Les objectifs du Programme national nutrition-santé (2) étaient de passer d'environ 55% du taux d'allaitement maternel exclusif en 2005 à 70% en 2010 et d'augmenter la durée d'allaitement[648]. En 2007, le taux d'allaitement à la sortie des maternités françaises était de 66,3%[649].

227. Pour établir la meilleure façon de promouvoir l'allaitement, l'INPES a mené une étude sur la perception des femmes quant à l'allaitement et ses pratiques[650]. Il ressort de cette enquête que 70% des femmes interrogées ont déclaré avoir allaité ou tenté d'allaiter, dont 25% l'auraient fait exclusivement au sein au moins jusqu'aux six mois de l'enfant. La durée moyenne de l'allaitement exclusif était de douze semaines. Les raisons qui pousseraient les femmes à allaiter seraient à 56% la composition idéale du lait maternel et à 46% les bénéfices pour les défenses immunitaires. L'allaitement serait également choisi à hauteur de 29% des réponses en raison des bénéfices pour le lien mère-enfant. Les femmes n'invoquant aucune raison particulière étaient représentées à hauteur de 16% et celles considérant que c'est tout simplement un acte naturel à hauteur de 11%[651]. Près de 52% des femmes qui n'ont pas allaité l'expliqueraient par l'absence d'envie, 24% pour des raisons de santé, 10% par une mauvaise expérience passée, 7% à cause des douleurs ou de la fatigue, 5% parce que l'allaitement

---

[646] Dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal ou la Finlande.
[647] Dont l'Espagne, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne. *V.* Le Programme National Nutrition-Santé 2 est consultable sur le site du gouvernement : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf.
[648] *Ibid.*
[649] Collet, M. et A. Vilain. « Les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (CS8). Validités 2006 et 2007 ». *D.R.E.E.S.* (2010) sur : http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/MG/pdf/seriesource-method12.pdf.
[650] Enquête réalisée par l'INPES en 2009. L'échantillon portait sur 1 008 femmes âgées de 18 à 49 ans et ayant au moins un enfant âgé de moins de six ans. Elles ont été interrogées par téléphone et selon une méthode des quotas appliqués à l'âge de l'interviewée, la profession et la catégorie du chef de famille, après stratification par région et catégorie d'agglomération (Delamaire, C. « L'allaitement maternel. Vécu et opinions des mères en 2009. » *La santé de l'homme*, nº 409 (septembre-octobre 2010): 50-51).
[651] Une étude américaine fait état de résultats comparables. 245 mères ont été interrogées sur la base de vingt-huit questions portant sur leurs motivations quant au choix de l'alimentation de leur nourrisson. Les principales raisons qui auraient poussé les femmes à allaiter auraient été celles des bienfaits de l'allaitement maternel, son côté naturel et enfin l'attachement que procure l'allaitement envers leur enfant. Concernant les motivations des femmes qui ont choisi le biberon, l'attitude du père, la possibilité de contrôler les quantités de lait ingérées et la reprise du travail seraient les principales raisons évoquées (Arora S, C. McJunkin, J. Wehrer, et P. Kuhn. « Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply ». *Pediatrics* 106 (novembre 2000): 67).

excluait les autres membres de la famille, notamment le père, et 3% en raison de la gêne occasionnée par le regard des autres. Les raisons pragmatiques et économiques de l'alimentation de substitution ont été respectivement invoquées pour 12 et 7% des femmes.

Cette étude a parallèlement confirmé les données sociodémographiques de l'allaitement qui toucherait majoritairement les femmes éduquées et socialement intégrées[652]. En effet, les représentations de l'allaitement, ses conditions de réalisation ainsi que ses bienfaits variraient selon les milieux sociaux dans lesquels le recours aux écrits et la confiance envers les médecins ne seraient pas les mêmes[653]. L'étude des statistiques démontre également que les taux, les durées et le sevrage de l'allaitement varient en fonction des caractéristiques sociodémographiques des mères. C'est ainsi qu'émergeraient, selon Séverine Gojard, deux types d'allaitement : le modèle populaire et le modèle savant[654]. Dans le modèle savant, le discours autour de l'allaitement serait largement construit et argumenté sur ses bienfaits scientifiquement constatés, ce qui lui attriburait la qualité de norme. Les femmes qui allaitent sous ce mode mettraient en avant la santé de l'enfant et le lien qu'elles peuvent créer avec lui. A l'inverse, l'idée selon laquelle le lait maternel contiendrait des polluants et les études scientifiques feraient pression sur les mères serait un argument avancé par les femmes du même modèle qui refusent l'allaitement. Selon Sandrine Gojard, le discours normatif inhérent au modèle savant conduirait à nier les difficultés que certaines femmes peuvent rencontrer dans l'allaitement et conduirait, par voie de conséquence, à les stigmatiser. Les discours relatifs à la promotion de l'allaitement s'apparenteraient, dès lors, au modèle savant et risqueraient d'être voués à l'échec en ce qu'il stigmatiserait les femmes qui ne veulent ou ne peuvent pas allaiter[655]. L'allaitement maternel, dans le modèle populaire y serait une affaire de famille. Le poids des habitudes familiales prédominerait dans les sources de conseils et contribuerait à un allaitement de durée assez longue. L'allaitement y serait considéré comme un acte naturel au cours duquel le plaisir de la mère et de l'enfant est largement admis, si bien

---

652 *V. not.* Bonet, M., M. Kaminski, et B. Blondel. « Differential trends in breastfeeding according to maternal and hospital characteristics: results from the French National Perinatal Surveys ». *Acta Paediatrica* 96, nº 9 (septembre 2007): 1290-1295.
653 Gojard, S. « L'allaitement, une norme sociale ». *Spirale* 27 (2003): 133-137.
654 Gojard, S. (2003), *op.cit.* Voir également : Gojard, S. « Approche sociologique de l'allaitement maternel en France ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 17-18 et Pilliot, M. « La situation de l'allaitement maternel en France ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 19-20.
655 *V.* également : Chantraine, A. « Allaiter ou pas: accompagner le choix des mères ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 23-26.

qu'aucun discours justificatif ne l'accompagnerait. La norme biologique favoriserait ainsi l'allaitement sans aucune forme de stigmatisation. Dans cette même catégorie, « le déplaisir ou le dégoût suffit à justifier un refus d'allaiter »[656].

De surcroît, la durée de l'allaitement serait fonction de la variable socio-économique de l'activité professionnelle[657]. L'étude de l'INPES de 2009 a relevé que 69% des femmes ont arrêté d'allaiter à la reprise du travail, 58% d'entre elles affirmant qu'un congé de maternité plus long leur aurait permis de continuer l'allaitement de leur enfant. Parmi les femmes qui n'ont pas allaité, 19% d'entre elles estiment qu'elles l'auraient fait si le congé de maternité avait été plus conséquent[658]. Les raisons qui auraient poussé les mères à cesser l'allaitement seraient la reprise du travail à hauteur de 29%, une période jugée suffisante (24%), un manque de lait ou l'impossibilité de contrôler la quantité bue par le bébé (19%)[659] ou encore des douleurs et fatigue attribuées à l'allaitement (14%)[660].

b. L'inadaptation du droit de l'allaitement. Indépendamment du congé de maternité, le Code du travail a tenté de mettre en place des dispositions tendant à faciliter la poursuite de l'allaitement après la reprise d'une activité professionnelle. Au début du 20ème siècle, alors que le biberon causait la mort de millions de nouveau-nés, diverses dispositions ont accordé aux femmes une pause destinée à l'allaitement créant ainsi des chambres d'allaitement. Le fondement de leur création était, dans un premier temps, d'ordre sanitaire ; il s'agissait de sauver la vie de nombreux bébés. Aujourd'hui, le fondement des chambres d'allaitement est plus contemporain[661].

228. L'impossibilité pour certaines femmes de concilier allaitement et travail serait l'une des principales causes d'un non-allaitement initial, les femmes craignant à juste titre un tel

---

656 Pilliot, M. (2010), *op.cit.*
657 Gojard, S. (2003) et (2010), *op.cit.*
658 Delamaire, C. (2010), *op.cit.*
659 A cet égard, le manque de lait est physiologiquement impossible en soi. Ce sont essentiellement les interférences telles que la mise en place de la suce, du biberon, des bouts de sein et des horaires de travail rigides qui empêchent les femmes d'allaiter en toute sérénité.
660 Delamaire, C. (2010), *op.cit.*
661 Herzog-Evans, M. « Des chambres d'allaitement aux crèches d'entreprise ». *Revue de droit du travail* (2007): 14.

sevrage. La Charte sociale européenne du 3 mai 1996[662] et son décret du 4 février 2000[663] exigent que des pauses d'allaitement soient mises en place pour les femmes qui le désirent[664]. Toutefois, le Code du travail a limité les pauses d'allaitement à la première année, ce qui représente la moitié de la durée recommandée par l'OMS. Pourquoi ces pauses sont-elles si peu utilisées ? Tout d'abord, les mères n'en réclament pas le bénéfice du fait qu'elles sont peu informées de la possibilité de poursuivre l'allaitement en travaillant notamment en raison de la faible diffusion des textes en la matière. La pression sociale peut parfois constituer un frein pour les femmes car, lorsque certaines « osent » demander l'application de ces textes, elles doivent faire face à de multiples réticences, des difficultés matérielles liées à l'absence de locaux destinés à l'allaitement ou à tirer le lait et ce, même si « tout employeur de plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement »[665]. L'absence de rémunération des pauses d'allaitement peut également constituer un facteur important dans l'ineffectivité de ces dispositions sociales. Par ailleurs, en pratique, il n'est pas évident de trouver un mode de garde à proximité de son lieu de travail et il est parfois très complexe de faire venir son bébé pour lui donner le sein. Lorsque le mode de garde est à domicile, la femme peut imposer son lait maternel, mais lorsque la garde est attribuée aux grandes structures, plusieurs obstacles se dressent[666]. Les horaires réguliers et l'espacement des repas qui y sont pratiqués sont incompatibles avec la réalité biologique de l'allaitement. Le personnel est peu qualifié et informé sur la conservation du lait maternel si bien qu'ils craignent une contamination bactérienne. Malgré le risque de

---

[662] La Charte sociale est à consulter sur le site du Conseil de l'Europe à l'adresse suivante : http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/163.htm.

[663] Décret n°2000-110 portant publication de la charte sociale européenne (révisée) (ensemble une annexe), faite à Strasbourg le 3 mai 1996.

[664] Le Code du travail distingue deux types de lieux : les chambres d'allaitement, dont la création est imposée pour les entreprises qui emploient plus de cent femmes et qui s'apparentent à des crèches d'entreprise sécurisées et équipées de berceaux et d'un personnel qualifié, et les locaux d'allaitement prévus dans d'autres structures moindres.

[665] Art.L.1225-32 du CT.

[666] V. Herzog-Evans, M. (2007), *op.cit.* : « Lorsque l'enfant est gardé par une nourrice agréée ou par une employée au domicile de la mère, cette dernière peut naturellement imposer le don de son propre lait tiré et congelé, puisque les deux parties sont libres d'insérer dans leur contrat les dispositions adéquates à cet égard. Certes, cette situation n'est pas sans poser parfois des difficultés concrètes, les nourrices ne rencontrant que rarement ce type de cas. Signalons toutefois que certaines d'entre elles sont suffisamment déstabilisées par la nouveauté pour exiger de la mère la signature d'une « décharge » dont la valeur juridique est évidemment discutable, mais qui en dit long sur la situation de l'allaitement maternel dans notre pays ».

confusion sein-tétine[667], il reste réticent à donner le lait à la pipette, à la cuillère ou à la tasse. Si aucun texte ne permet de contraindre ces structures à accepter le lait maternel, aucune autorisation ne leur permet de le refuser. Pareillement, la durée du congé maternité est insatisfaisante au regard de l'allaitement, d'autant plus qu'elle est trop courte pour restaurer les capacités physiques de la mère et la contraint à imposer à son enfant un mode de sommeil pour éviter la fatigue lors de la reprise du travail[668]. Les premières semaines d'allaitement peuvent parfois faire apparaître certaines difficultés[669], si bien que seules les femmes pouvant ajouter à leur congé maternité des journées de congés auraient plus de chances de passer ce cap difficile. Le congé parental de trois années est souvent critiqué en ce qu'il éloignerait un peu plus les femmes du monde du travail. Il permet toutefois un allaitement prolongé ce qui, selon le professeur Martine Herzog-Evans, est tout de même digne d'un intérêt sanitaire et social[670]. Intérêt que les politiques gouvernementales ne semblent pas favoriser et ce malgré les nombreuses recommandations internationales sur la pratique de l'allaitement au sein.

229. La déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel énonçait en 1990 que « dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de quatre à six mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate, jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière ». La principale recommandation qui en découle repose à la fois sur la pratique et la durée de l'allaitement exclusif : un allaitement exclusif jusqu'à l'âge de quatre à six mois,

---

[667] V. l'article dédié à la confusion sein-tétine dans le Cahier de l'Allaitement n°1 « En maternité » : http://www.lllfrance.org/Feuillets-pour-les-professionnels-de-sante/La-confusion-sein-tetine-Cahier-de-l-Allaitement-n1.html.

[668] C'est à ce titre que l'article L.224-1 du Code du travail interdit d'employer des femmes dont le congé maternité serait inférieur à six semaines.

[669] Programme national nutrition santé. « Le guide de l'allaitement maternel », 2009, consultable sur le site : http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf.

[670] Herzog-Evans, M. (2007), *op.cit.*

suivi d'un allaitement accompagné par l'introduction d'autres aliments jusqu'aux deux ans de l'enfant. Or, la France ne dispose pas de données sur la durée de l'allaitement et lorsqu'elles existent, aucune distinction n'est effectuée entre l'allaitement exclusif et l'allaitement mixte. Une étude de l'UNICEF portant sur les années 1995-2000 a permis de pointer du doigt un taux d'allaitement (exclusif et mixte) à trois ou quatre mois extrêmement faible : seulement 15%. Au-delà de six mois, la France n'est pas en mesure de communiquer une quelconque information. « Les défauts de données quant à la durée de l'allaitement en France s'explique par le peu d'intérêt pour la question dans ce pays »[671].

230. De son côté, l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) initiée en 1991 par l'UNICEF et l'OMS s'adresse aux maternités indépendantes ou hospitalières dans l'accompagnement de l'allaitement maternel. Ce label est ainsi attribué aux maternités qui respectent les conditions exigées par les organismes internationaux[672]. En France, pour obtenir ce label les maternités doivent réunir quatre obligations supplémentaires : respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, avoir mis en place depuis plus d'un an un service de recueil de données sur l'alimentation des nouveau-nés[673], enregistrer un taux d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de la maternité supérieur à 75% et enfin, mettre en place un réseau en dehors de l'établissement afin d'assurer une formation prénatale optimale et un suivi postnatal. En 2001, une seule maternité française avait obtenu le label IHAB, contre onze maternités en 2011[674], ce qui est minime en comparaison avec Cuba qui, au début des années 1990, a conçu quarante-neuf de ses cinquante-six hôpitaux et maternités sur le modèle de l'IHAB[675]. A défaut de pouvoir imposer aux États les recommandations onusiennes, le label IHAB a le mérite d'offrir aux maternités

---

[671] *Ibid.*
[672] L'ensemble de ces recommandations est consultable sur le site de l'UNICEF : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24806.html.
[673] Abrahams, S.W. et M.H. Labbok. « Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding ». *International Breastfeeding Journal* 4 (2009): 11.
[674] Marchand, M.-C., C. Laurent, et K. Löfgren. « "Initiative Hôpitaux amis des bébés": pour la qualité des soins en maternité ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 32-33 ; « L'IHAB... pour la qualité des soins en maternité ». *Archives de Pédiatrie* 17, nº 6 (juin 2010): 804-805 et Marchand M.-C, M. Pilliot, et K. Löfgren. « Initiative Hôpital ami des bébés: une démarche de qualité actuelle et méconnue ». *Médecine & enfance* 26, nº 10 (décembre 2006): 585-589.
[675] V. Tableau comparatif des Etats ayant reçu le label IHAB sur le site : http://www.unicef.org/french/nutrition/files/nutrition_statusbfhi.pdf.

la possibilité d'agir en faveur de l'allaitement maternel. Les équipes de soins et les parents retrouvent ainsi leurs compétences respectives et une confiance dans leurs capacités à être parents. Le très faible nombre d'établissement français ayant reçu ce label est représentatif de l'état d'esprit qui entoure l'allaitement maternel en France. En recourant au mode d'alimentation du nourrisson par le biberon, la grande majorité des maternités françaises marque leur manque de confiance dans la capacité des mères à allaiter. De surcroît, lorsqu'elles souhaitent instaurer l'allaitement maternel, elles le font trop souvent sur le mode de l'alimentation au biberon. Or, l'information des parents sur l'allaitement maternel passe indéniablement par une formation aussi assidue que complète des professionnels de santé, que ce soit au niveau de la promotion de l'allaitement maternel avant et pendant la grossesse[676] ou dans sa pratique à la maternité et à sa sortie.

2. Les bienfaits de l'allaitement maternel

231. De nombreuses études ont mis en avant les avantages que peut représenter l'allaitement au sein que ce soit pour le bon développement de l'enfant ou la santé de la mère. Le premier effet de l'allaitement a été sa capacité à abaisser la mortalité infantile. Au XVIIIème siècle, bon nombre d'enfants n'étaient pas allaités par leur propre mère qui était obligée de travailler dans les champs puis dans les manufactures. Ils étaient en effet allaités par des nourrices tout comme les enfants des nobles et bourgeoises qui, pour tenir leur rang social et entretenir leur fertilité, donnaient également en allaitement leurs enfants[677]. La disparition progressive de cette autre manière d'allaiter a laissé place au lait animal et à un taux très élevé de mortalité infantile[678]. L'absence de normes d'hygiène concernant la chaîne du froid conduisait à la distribution massive de laits de vache contaminés. Les médecins ont

---

[676] Selon diverses enquêtes régionales, la durée de l'allaitement sera plus longue si la décision d'allaiter a été prise avant la grossesse (en toute autre chose) : Castetbon K, N. Duport, et S. Hercberg. « Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 52, nº 5 (2004): 475-480.
[677] Pilliot, M. (2010), *op.cit.* Voir également : Fildes, V. « The Culture and Biology of Breastfeeding: An Historical Review of Western Europe ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 101-126. New York: AldineTransaction, 1995.
[678] Herzog-Evans, M. (2007), *op.cit.*

ainsi encouragé les industriels à respecter certaines normes mais cette action a eu un effet inverse et le recours au lait de vache a augmenté. Si bien qu'il faut constamment rappeler les bienfaits de l'allaitement au sein sur le développement futur de l'enfant mais aussi de sa mère.

A travers l'allaitement maternel, certaines femmes ont vécu une expérience gratifiante et harmonieuse[679]. Très impliquées et investies dans le bien-être de leur enfant, elles ont vécu l'allaitement comme une récompense. L'allaitement leur a donné le sentiment de compétence et d'accomplissement. Elles ont aimé comprendre les besoins de leur enfant et de partager ces moments profondément intimes et privilégiés. D'autres femmes ont un avis mitigé sur leur expérience d'allaitement. Elles ont été partagées entre la proximité que procure l'allaitement, mais parallèlement, elles ont ressenti le besoin d'indépendance à l'égard de leur nourrisson. Enfin, certaines femmes ont mal vécu l'allaitement de leur enfant en ce qu'il impliquait de devoir s'occuper constamment de leur nourrisson au détriment de leur liberté personnelle. Elles invoquent également l'absence de reconnaissance quant aux efforts demandés par l'allaitement, si bien que l'arrêt de l'allaitement a constitué pour elles une véritable libération en ce qu'elles ont pu retrouver leur corps et leur liberté[680].

232. Le vécu de ces femmes allaitantes ajoute et n'enlève en rien à l'allaitement maternel ses bienfaits naturels[681]. Il augmente les réactions auto-immunes au cours de la première année de vie[682]. En effet, une étude s'est penchée sur le rôle que pouvait jouer l'alimentation des nourrissons sur leurs capacités à répondre positivement aux vaccins et a révélé que les anticorps des enfants allaités étaient plus élevés que dans le groupe des enfants nourris au lait industriel. Par ailleurs, l'allaitement maternel prévient l'obésité. Une étude allemande menée auprès de 134 577 enfants âgés de cinq à six ans a mis en évidence une relation inverse entre la durée de l'allaitement et la prévalence de l'obésité. C'est ainsi que l'obésité toucherait 4,5% des enfants qui n'ont jamais été allaités contre seulement 0,8% des enfants nourris au

---

679 Pilliot, M. (2010), *op.cit.*
680 Schmied V. et L. Barclay. « Connection and Pleasure, Disruption and Distress: Women's Experience of Breastfeeding ». *Journal of Human Lactation* 15, nº 4 (décembre 1, 1999): 325 -334.
681 Turck, D. « Les bénéfices santé de l'allaitement ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 21-23.
682 Pabst, H.E. et D.W. Spady. « Effect of breastfeeding on antibody response to conjugate vaccine ». *Lancet* (1990): 269-270.

sein pendant plus d'un an[683]. L'INSERM a, à ce titre, observé que les laits pour nourrissons étaient trop riches en protéines et que leurs apports constitueraient le double des apports recommandés chez près de 75% des nourrissons[684]. Le lait maternel prévient également les allergies[685] ainsi que les pneumonies[686]. L'allaitement présente des avantages nutritionnels non négligeables, notamment grâce à la présence d'acides gras essentiels dans le lait maternel qui permettent une croissance cérébrale optimale et nécessaires à la construction et à la maturation du cerveau[687]. Si de grandes différences existent entre le type d'allaitement (allaitement exclusif et prolongé, allaitement exclusif et court, allaitement alterné) et le non-allaitement[688], le lait en bouteille est nécessairement de synthèse pour obtenir de tels acides gras[689]. Les industriels du lait de substitution ne peuvent reproduire à l'identique le lait maternel dont la composition varie d'une femme à l'autre ou d'une tété à l'autre et a un impact irremplaçable en termes immunitaires[690]. L'apport nutritionnel du lait maternel a, par ailleurs, des répercussions sur le taux d'hospitalisation des enfants nourris au sein. Une étude menée en 1981 a fait le constat suivant : chez des enfants âgés de zéro à quatre mois et nourris au lait de substitution, 7,7% d'entre eux étaient hospitalisés contre seulement 0,5% chez les enfants allaités au sein[691]. C'est ainsi que les bébés nourris au sein développent beaucoup

---

[683] Von Kries R, B. Koleztko, et T. Sauerwald. « Breast-feeding and obesity: cross sectional study ». *Britsh Medical Journal* 319 (1999): 147-150.

[684] Arwidson, P. et M. Brodin. *Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver.* 2e éd. Expertise opérationnelle. Paris: Les éditions INSERM, 2009.

[685] *V.* Oddy W, P.D. Holt, A.W. Read, L.I. Landau, et F.J. Stanley. « Association between breast feeding and asthma in 6 year children: findings of a propective birth cohort study ». *British Medical Journal* 319 (1999): 815-819.

[686] *V.* Victora C.G, S.C. Fuchs, J.A. Flores, W. Fonseca, et B. Kirkwood. « Risk factors for pneumonia among children in a Brazilian metropolitan area ». *Pediatrics* 93, nº 6 (juin 1994): 977-985.

[687] Odent, M. « Allaitement et acides gras insaturés ». Actualité n°21, Laboratoire Biophytarom, 1989. Simopoulos, A.P. « Omega-3 fatty acids in health and desease and in growth and development ». *Am. Clin. Nutr.* 54, n°3 (septembre 1991): 438-463.

[688] Reynolds, A. « Breastfeeding and brain development ». *Pediatr. Clin. North Am.* 48, nº. 1 (2001): 159-171; Oddy, W.H. « Breastfeeding and cognitive development in children ». *Adv. Exper. Med. Biol.*, nº. 554 (2004): 365-369 ; Khedr, E.M., W.M. Farghaly, S.D. Amryn, et A.A. Osman. « Neural maturation of breastfed and formula-fed infants ». *Acta Paediatr.* 93, nº 6 (2004): 734-738.

[689] Reynolds, A. (2001) et Khedr, E.M. (2004), *ibid.*

[690] A ce titre, une étude de 1992 met en garde contre les effets nocifs que peuvent entraîner les laits de substitution sur la construction cérébrale des enfants en ce qu'ils ne peuvent reproduire les acides grades essentiels à un tel développement (Farquharson J, F. Cockburn, W.A. Patrick, E.C. Jamieson et R.W. Logan. « Infant cerebral cortex phospholipid fatty-acid composition and diet". *Lancet* 340, n°8823 (1992) : 810-813).

[691] Cunningham, A.S, D.B. Jelliffe, et E.F. P. Jelliffe. « Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review ». *The Journal of pediatrics* 118, nº 5 (1991): 659-666.

moins de maladies aigües, moins d'otites[692] ou encore d'infections respiratoires faibles[693]. Il est à noter que les mères peuvent également bénéficier des bienfaits de l'allaitement. Outre, la perte de poids dans les six premiers mois du *post-partum*[694], l'allaitement maternel aurait une incidence sur la diminution du cancer du sein[695], le risque d'ostéoporose et de dépression du *post-partum*[696]. Toutefois, la variabilité de leurs résultats n'a pas permis d'en tirer une analyse unanime en raison de la très courte durée d'allaitement des femmes occidentales[697].

233. En définitive, le choix d'un allaitement maternel est principalement fondé sur ses bienfaits en matière de santé primaire. Le choix du lait de substitution est quant à lui gouverné par des facteurs plus pragmatiques. Si les femmes qui choisissent l'allaitement maternel le font en raison de ses bienfaits pour la santé de leur enfant, ces derniers n'ont eu aucun impact sur les femmes qui ont opté pour le lait industriel[698]. La promotion massive de l'allaitement maternel a ainsi permis à certaines femmes d'opter pour l'allaitement mais il n'a pas convaincu pour autant l'ensemble des femmes qui, pour diverses raisons, ont choisi le lait industriel. Si bien qu'il est aujourd'hui admis qu'il ne suffit pas de promouvoir l'allaitement maternel mais qu'il est désormais temps de prévenir la nocivité du non-allaitement, notamment par une lutte contre la concurrence déloyale du lait industriel.

---

[692] Facione, N. « Otitis media: an overview of acute and chronic disease ». *Nurse Practit* 15 (1990): 11-22; Saarinen, U.M. « Prolonged breas-feeding as prophylaxis for recurrent otitis media ». *Acta Paediatr. Scand.* 71, n°4 (juillet 1982): 567-571.

[693] Howie P.W, J.S. Forsyth, et S.A. Ogston. « Protective effect of breastfeeding against infection ». *British Medical Journal* 300, n° 6716 (1990): 11-16 ; Pullan, C.R., G.L. Toms, et A.J. Martin. « Breastfeeding and respiratory syncytial virus infection ». *British Medical Journal* 281, n° 6247 (1980): 1034-1036 ; Wright A.L, C.J. Holberg, et F.D. Martinez. « Breastfeeding and lower respiratory tract ilness in the first year of life ». *British Medical Journal* 299, nº 6705 (1989): 946-949.

[694] Turck, D. (2010), *op.cit.*

[695] *V* : Micozzi, M.S. « Breast Cancer, Reproductive Biology, and Breastfeeding ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 347-384. New York: AldineTransaction, 1995.

[696] *V. infra* p.235 et s.

[697] Voir notamment les études suivantes : Enger S.M, R.K. Ross, A. Paganini-Hill, et L. Bernstein. « Breastfeeding experience and breast cancer risk among postmenopausal women ». *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 7, nº 5 (mai 1998): 365-369 ; Furberg H, B. Newman, P. Moorman, et R. Milikan. « Lactation and breast cancer risk ». *Int. J. Epidemiol.* 28, nº 3 (1999): 396-402; Newcomb P.A, K.M. Egan, et L. Titus-Ernstoff. « Lactation in relation to postmenopausal breast cancer ». *Am. J. Epidemiol.* 150, nº 2 (1999): 174-182; Lipwoorth L, L.R. Bailey, et D. Trichopoulos. « History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature ». *J. Nat. Cancer Inst.* 92, nº 4 (2000): 302-312.

[698] Venditelli F, J. Alain, et B. Dufetelle. « Motivations maternelles pour le choix du mode d'allaitement ». *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, nº 23 (1994): 323-329 ; Earle, S. « Why some women do not breast feed: bottle feeding and father's role ». *Wifery* 16, nº 4 (2000): 323-330.

B- La concurrence déloyale du lait industriel

234. Parallèlement à la promotion de l'allaitement maternel, il était indispensable de lutter contre la concurrence déloyale des laits industriels qui, forts de leur pragmatisme, ont su répondre aux attentes des femmes qui perçoivent l'allaitement maternel comme un ensemble de contraintes liberticides. Toutefois, la lutte engagée contre les laits industriels ne permet pas à l'heure actuelle de prévenir leur nocivité.

1. Un cadre législatif insuffisant

235. Alors que la sous-culture du biberon est envahissante et que la promotion de l'allaitement maternel ne représente aucun intérêt pour les entreprises, l'OMS et l'Union européenne ont tenté d'établir des prescriptions à l'encontre des industriels de laits de substitution. Dès 1981, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a entendu protéger l'allaitement au sein pour réduire la mortalité infantile due au non-allaitement[699] : « le but du présent code est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moment d'une commercialisation et d'une distribution appropriées ». Pour approcher au plus près de cette finalité, les dispositions du Code s'attaquent aux « substituts du lait maternel, y compris les préparations pour nourrissons ; autres produits lactés, aliments et boissons, y compris les aliments de compléments donnés au biberon, quand ils sont présentés (…) pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel »[700]. L'étiquetage des laits industriels de premier et de deuxième âge ainsi que les produits de croissance est également strictement encadré par l'article 9 du même Code en ce

---

[699] Résolution n°WHA.34.22.
[700] Article 2 du Code de commercialisation des substituts du lait maternel, consultable sur le site suivant : http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf.

qu'il se doit d'éviter un marketing propre à donner une image attractive des substituts du lait. Les industriels doivent également informer les utilisateurs sur la composition de leur lait et éviter certaines mentions telles que lait « humanisé » ou « maternisé ». Outre l'interdiction de toute publicité, les industriels ne peuvent faire de dons de matériels pour promouvoir les substituts de lait. Malgré une réelle volonté de la part des autorités onusiennes, Martine Herzog-Evans rappelle que l'ensemble des dispositions du Code de commercialisation des substituts du lait maternel n'a aucune valeur juridique contraignante ce qui, par ailleurs, a permis à la France de « reculer à la fois face aux lobbys industriels et face à la crainte de rebuter son électorat féminin encore fortement conditionné par la sous-culture du biberon »[701]. De valeur juridique supérieure, la directive européenne du 14 mai 1991 n'a pourtant pas été à la hauteur du Code de commercialisation[702].

236. Dans un souci d'harmonisation et de prévention sanitaire, elle a entendu empêcher les industriels de l'allaitement artificiel de procéder à une concurrence déloyale vis-à-vis de l'allaitement maternel. D'une part, au niveau de l'étiquetage et d'autre part, au niveau de la publicité. Pour mettre fin aux « appellations flatteuses »[703], la directive les oblige à mentionner sur les produits qu'ils commercialisent la supériorité du lait maternel. Toutefois, cette disposition ne concerne que les préparations et non celles de suite. Parallèlement, elle leur interdit de présenter des nourrissons ou des textes de nature à « idéaliser » les produits. S'agissant de la publicité, qui selon Martine Herzog-Evans, est « à l'origine de l'acculturation des mères occidentales »[704], la directive à imposer qu'elle soit uniquement destinée aux publics médicaux et de puériculture. Là encore, cette disposition ne concerne que les préparations et non celles de suite. A noter également qu'aucune interdiction n'est édictée pour la publicité du lait de vache considéré comme un substitut du lait maternel. Enfin, la directive interdit les dons de lait artificiel que les maternités pratiquent largement. La transposition étrangement incomplète en droit français se résume dans les grandes lignes à une interdiction de la publicité des préparations pour nourrissons, à l'obligation de mentionner

---

[701] Herzog-Evans, M. *Allaitement maternel et droit*. L'Harmattan, 2007, p.27.
[702] Directive n°91/321.C.E.E. du 14 mai 1991, J.O.U.E. n°L 175 du 4 juill. 1991, pp.35-49.
[703] Herzog-Evans, M. (2001), *op.cit.* Pour une analyse extrêmement complète, voir également : Herzog-Evans, M. (2007), *op.cit*.
[704] Herzog-Evans, M. (2001), *op.cit.*

la supériorité de l'allaitement maternel sur les publicités destinés aux professionnels de santé[705].

Par ailleurs, le décret du 30 juillet 1998[706], portant application de la loi du 4 juin 1994[707], prévoit des sanctions qui concernent que les dons de lait ou la publicité pour les préparations pour nourrissons. D'une part, les sanctions sont dérisoires pour les grandes entreprises et d'autre part, les poursuites pénales apparaissent difficiles. En effet, un premier frein empêche des actions en justice du simple fait que les associations n'ont pas la possibilité de se constituer partie civile. Ensuite, le principe d'opportunité des poursuites conduit au classement sans suite en raison notamment de l'absence de victimes directes, d'un péril suffisant et du filtrage de la DGCCRF. Si bien que s'en tenir à la limiter l'action des industriels est insuffisant et la dénonciation de la nocivité du non-allaitement devenue incontournable[708].

2. La nocivité du non-allaitement

237. Dans les pays du tiers-monde, ce sont près d'un million et demi d'enfants qui décèdent à cause du non-allaitement[709]. Toutefois de tels décès sont également observés dans le monde occidental. Une statistique américaine estime que sur 1000 décès d'enfants, quatre décès auraient pu être évités si les enfants avaient été nourris au lait maternel[710]. La majeure partie des décès d'enfants dans le monde ont pour cause plus ou moins directe l'alimentation avec un

---

[705] Seul un arrêté du 1er juillet 1976 n'avait pas oublié les aliments destinés aux nourrissons ainsi qu'aux enfants.
[706] Décret n°98-688 du 30 juillet 1998pris en application de l'article L. 121-53 du code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant (*J.O.* du 8 août 1998, p.12154).
[707] Loi n°94-442 du 3 juin 1994 modifiant le code de la consommation en ce qui concerne la certification des produits industriels et des services et la commercialisation de certains produits. (*J.O.* du 4 juin 1994).
[708] Ghisolfi J, D. Turck, M. Vidailhet, J.-P. Girardet, A. Bocquet, J.-L. Bresson, J.-P. Chouraqui, et al. « Promotion de l'allaitement maternel et informations destinées aux parents sur les préparations pour nourrissons : 2 politiques de communication incompatibles ? » *Archives de Pédiatrie* 16, nº 7 (juillet 2009): 971-975.
[709] International Baby Food Action Network (IBFAN) GIFA, CP 157, CH, 1211 Geneva, Suisse, http://www.ibfan.org/ (consulté le 31 août 2011).
[710] Cunningham, A.S. et al. (1991), *op.cit.*

lait de substitution[711]. Dans nos pays, elle est un facteur non négligeable de mort subite du nourrisson[712]. Une étude faite en Nouvelle Zélande a retrouvé, à la base de 79 % des morts subites du nourrisson, 3 facteurs : la tabagie maternelle, le décubitus ventral, l'alimentation avec un lait de substitution[713]. Cette augmentation de la mortalité et de la morbidité est source d'une augmentation des dépenses de santé qui, à l'échelle nationale, représente un total non négligeable.

Le coût humain, quant à lui, n'est pas mesurable. Quelques années plus tard, l'étude d'un groupe de travail de l'OMS s'est penchée sur le rôle préventif de l'allaitement sur la mortalité infantile[714]. Avant deux mois, le risque de décès par maladie infectieuse est multiplié par 5,8 si l'enfant n'est pas allaité. Entre deux et trois mois, le risque est multiplié par 4,1 si l'enfant ne reçoit pas le lait de sa mère et multiplié par 2,6 entre quatre et six mois. Au cours de la seconde année, le risque est encore présent et multiplié par 1,6 à 2,1 si l'enfant n'est pas allaité. A court terme, les enfants qui n'ont pas été allaités ont plus d'infections respiratoires[715], d'infections intestinales[716], de méningites néonatales[717], d'otites[718], de reflux gastriques[719]. Ils présentent également 10 fois plus de risques de mort subite du nourrisson[720]

---

[711] Ho M, R.I. Glass, et P.F. Pinsky. « Diarrheal deaths in American children, are they preventable? » *J. Am. Med. Assoc.* 260, n°22 (1988): 3281-3285.

[712] Hoffmann H.J, K. Damus, et L. Hillman. « Risk factors for SIDS; results of the National Institute of Child Health and Human Development SIDS Cooperative Epidemiological Study ». *Ann. NY Acad. Sci.* 533 (1988): 13-30.

[713] Mitchell E.A, R. Scragg, et A.W. Stewart. « Cot death supplement: results from the first year of the New Zealand cot death study ». *NZ Med. J.* 104 (1991): 71-76; Morrow-Tlucak, M., R.H. Houde, et C.B. Emhart. « Breastfeeding and cognitive development in the first two years of life ». *Soc. Sci. Med.* 26, n°6 (1988): 635-639.

[714] WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. « Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis ». *The Lancet* 355, nº 9202 (février 5, 2000): 451-455.

[715] Cunningham, A.S. « Breastfeeding: Adaptive Behavior for Child Health and Longevity ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 243-264. New York: AldineTransaction, 1995 et Cunningham A.S, Derrick B. Jelliffe, et E.F. Patrice Jelliffe (1991), *op.cit.*

[716] Ho M.S, R.I. Glass, P.F. Pinsky, N.C. Young-Okoh, W.M. Sappenfield, J.W. Buehler, N. Gunter, et L.J. Anderson. (1988), *op.cit.* et Victora, C.G., P.G. Smith, J.P. Vaughan, L.C. Nobre, C. Lombardi, A.M. Teixeira, S.M. Fuchs, L.B. Moreira, L.P. Gigante, et F.C. Barros. (1987), *op.cit.*

[717] Cunningham, A.S. « Morbidity in breastfed and artificially fed infants ». *Journal of Pediatrics* 95, n°5 (1979): 685-689 et Cunningham A.S, D.B. Jelliffe, et E.F.P. Jelliffe. (1991), *op.cit.*.

[718] Fallot C.H, J.L. Boyd, et F.A. Oska. « Breastfeeding reduces incidence of hospital admission for infections in infants ». *Pediatrics* 65, n°6 (1980): 1121-1124 et Cunningham A.S, D.B. Jelliffe, et E.F.P. Jelliffe (1991), *op.cit.*

[719] Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics. « Soy-Protein Formulas: Recommendations for Use in Infant Feeding ». *Pediatrics*, nº. 72 (1983): 359-363. Merrett, T G, M L Burr, B K Butland, J Merrett, F G Miskelly, et E Vaughan-Williams. « Infant feeding and allergy: 12-month prospective study of 500 babies born into allergic families ». *Annals of Allergy* 61, nº. 6 Pt 2 (décembre 1988): 13-20.

et de risques d'être hospitalisé pour une quelconque infection bactérienne sévère. Un développement intellectuel et moteur moins optimal, une moins bonne acuité visuelle de 4 à 36 mois et une moins bonne réponse immunitaire aux vaccins[721]. Plusieurs études ont également avancé l'idée d'une éventuelle corrélation entre le non-allaitement et les faiblesses de langage[722]. Ainsi, sur le long terme[723], ce sont plus d'allergies, plus de risque de cancer[724], de traitements orthodontiques coûteux, de diabète et de troubles du comportement alimentaire que les enfants non allaités risquent de développer. Le non-allaitement favorise également l'apparition de maladies cardio-respiratoires[725]. De surcroît, les risques liés au non-allaitement passent par l'usage de laits de substitution[726]. En effet, le lait maternel et le lait de substitution sont différents et ont des effets différents sur la santé. Si le lait humain est adapté à la bonne croissance des nourrissons, les enfants nourris au lait de substitution ont une croissance normale mais non optimale. L'utilisation plus coûteuse des laits de substitution entraîne avec elle toute une batterie de règles à respecter pour éviter les surdosages. Au-delà des risques que peut engendrer le non-allaitement, les laits de substitution soulèvent également des questions. Ce type d'alimentation n'est pas sans poser de problème quant à la composition[727] et à

---

[720] Hoffmann H.J, K. Damus, et L. Hillman. (1988), *op.cit.*

[721] Pabst, H.E. et D.W. Spady. « Effect of breastfeeding on antibody response to conjugate vaccine ». *Lancet* (1990): 269-270.

[722] Tomblin, J.B. « epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors ». *J. Commun. Disord.* 30, nº. 4 (1997): 325-344 ; Drane D, J.B. Tomblin, et J. Logemann. « The protective effect of breastfeeding on speech ang language impairment. Annual ILCA Conference 2003, 1-3 August, Sydney, Australia ». *J. Hum. Lact.* 20, nº 2 (2003); Ferguson, M. « Breast-fed infants process speech differently from botthe-fed infants: evidence from neuroelectrophisiology ». *Dev. Neuropsychol.* 31, nº 3 (2007): 337-347.

[723] Pour une revue de littérature sur les effets du non-allaitement sur le long terme : Cunningham, A.S. « Breastfeeding: Adaptive Behavior for Child Health and Longevity ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 249-255. New York: AldineTransaction, 1995.

[724] Davis, M K. « Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer ». *International Journal of Cancer. Supplement* 11 (1998): 29-33 ; Shu X.O, M.S. Linet, M. Steinbuch, W.Q. Wen, J.D. Buckley, J.P. Neglia, J.D. Potter, G.H. Reaman, et L.L. Robison. « Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia ». *Journal of the National Cancer Institute* 91, nº 20 (octobre 20, 1999): 1765-1772.

[725] Mathew, O.P. « Science of bottle feeding ». *The Journal of Pediatrics* 119, nº 4 (octobre 1991): 511-519. Mathew O.P, M.L. Clark, et M.H. Pronske. « Apnea, bradycardia, and cyanosis during oral feeding in term neonates ». *The Journal of Pediatrics* 106, nº 5 (mai 1985): 857.

[726] Walker, M. « A Fresh Look at the Risks of Artificial Infant Feeding ». *Journal of Human Lactation* 9, nº 2 (1993): 97 -107.

[727] Cornfeld, D. et R.E. Cooke. « Vitamin A deficiency: case report; unusual manifestations in a 5 1/2 month old baby ». *Pediatrics* 10, nº 1 (juillet 1952): 33-39 ; Coursin, D.B. « Convulsive seizures in infants with pyridoxine-deficient diet ». *Journal of the American Medical Association* 154, nº 5 (30 janvier 1954): 406-408 ; Davies, D. P. et R. Saunders. « Blood urea. Normal values in early infancy related to feeding practices ». *Archives of Disease in Childhood* 48, nº 7 (juillet 1973): 563-565 ; Grossman H, E. Duggan, S. McCamman, E. Welchert, et S. Hellerstein. « The dietary chloride deficiency syndrome ». *Pediatrics* 66, nº 3 (septembre 1980): 366-374 ; Kaleita T.A, M. Kinsbourne, et J.H. Menkes. « A neurobehavioral syndrome after failure to thrive on chloride-deficient formula ». *Developmental Medicine and Child Neurology* 33, nº 7 (juillet 1991): 626-635 ; Willoughby

l'utilisation de ces laits[728] et enfin, aux problèmes de contamination[729]. La nocivité du non-allaitement concerne également la santé de la mère. Cette dernière est plus exposée à des risques de cancer, notamment ovariens[730] et endométriaux[731] ou du sein, lorsqu'elle n'allaite pas ou que pour une très courte durée.

A, B.I. Graubard, A. Hocker, C. Storr, P. Vietze, J.M. Thackaberry, M.A. Gerry, M. McCarthy, N.F. Gist, et M. Magenheim. « Population-based study of the developmental outcome of children exposed to chloride-deficient infant formula ». *Pediatrics* 85, nº 4 (avril 1990): 485-490.

[728] Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics. « The use of whole cow's milk in infancy ». *Pediatrics* 89, nº 6 Pt 1 (juin 1992): 1105-1109 ; Hibbard, R.A. et R. Blevins. « Palatal burn due to bottle warming in a microwave oven ». *Pediatrics* 82, nº 3 (septembre 1988): 382-384 ; Jeffs, S.G. « Hazards of scoop measurements in infant feeding ». *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 39, nº 320 (mars 1989): 113 ; Keating J.P, G.J. Schears, et P.R. Dodge. « Oral water intoxication in infants. An American epidemic ». *American Journal of Diseases of Children (1960)* 145, nº 9 (septembre 1991): 985-990 ; Lubec G, C. Wolf, et B. Bartosch. « Aminoacid isomerisation and microwave exposure ». *Lancet* 334, nº 8676 (9 décembre 1989): 1392-1393 ; McJunkin J.E, W.G. Bithoney, et M.C. McCormick. « Errors in formula concentration in an outpatient population ». *The Journal of Pediatrics* 111, nº 6 Pt 1 (décembre 1987): 848-850.

[729] Acheson, L. « Family violence and breastfeeding ». *Arc. Fam. Med.*, nº 4 (1995): 650-652 ; Biering G, S. Karlsson, N.C. Clark, K.E. Jónsdóttir, P. Lúdvígsson, et O. Steingrímsson. « Three cases of neonatal meningitis caused by Enterobacter sakazakii in powdered milk ». *Journal of Clinical Microbiology* 27, nº 9 (septembre 1989): 2054-2056 ; Fytianos K, G. Vasilikiotis, L. Weil, E. Kavlendis, et N. Laskaridis. « Preliminary study of organochlorine compounds in milk products, human milk, and vegetables ». *Bulletin of Environmental Contamination and Toxicology* 34, nº 4 (avril 1985): 504-508 ; Havery, D.C. et T. Fazio. « Estimation of volatile N-nitrosamines in rubber nipples for babies' bottles ». *Food and Chemical Toxicology: An International Journal Published for the British Industrial Biological Research Association* 20, nº 6 (décembre 1982): 939-944 ; Howie, P.W, J.S. Forsyth, S.A. Ogston, A. Clark, et C.D. Florey (1990), *op.cit.* ; Köhler L, G. Meeuwisse, et W. Mortensson. « Food intake and growth of infants between six and twenty-six weeks of age on breast milk, cow's milk formula, or soy formula ». *Acta Paediatrica Scandinavica* 73, nº 1 (janvier 1984): 40-48 ; Koo, W.W. et L.A. Kaplan. « Aluminum and bone disorders: with specific reference to aluminum contamination of infant nutrients ». *Journal of the American College of Nutrition* 7, nº 3 (juin 1988): 199-214 ; Koo W.W, L.A. Kaplan, et S.K. Krug-Wispe. « Aluminum contamination of infant formulas ». *JPEN. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 12, nº 2 (avril 1988): 170-173 ; Muytjens H.L, H. Roelofs-Willemse, et G.H. Jaspar. « Quality of powdered substitutes for breast milk with regard to members of the family Enterobacteriaceae ». *Journal of Clinical Microbiology* 26, nº 4 (avril 1988): 743-746 ; Rowe B, N.T. Begg, D.N. Hutchinson, H.C. Dawkins, R.J. Gilbert, M. Jacob, B.H. Hales, F.A Rae, et M. Jepson. « Salmonella ealing infections associated with consumption of infant dried milk ». *Lancet* 330, nº 8564 (17 octobre 1987): 900-903 ; Shannon, M. et J.W. Graef. « Lead intoxication from lead-contaminated water used to reconstitute infant formula ». *Clinical Pediatrics* 28, nº 8 (août 1989): 380-382 ; Simmons, B.P, M.S. Gelfand, M. Haas, L. Metts, et J. Ferguson. « Enterobacter sakazakii infections in neonates associated with intrinsic contamination of a powdered infant formula ». *Infection Control and Hospital Epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America* 10, nº 9 (septembre 1989): 398-401 ; Steichen, J.J. et R.C. Tsang. « Bone mineralization and growth in term infants fed soy-based or cow milk-based formula ». *The Journal of Pediatrics* 110, nº 5 (mai 1987): 687-692.

[730] Siskind V, A. Green, C. Bain, et D. Purdie. « Breastfeeding, menopause, and epithelial ovarian cancer ». *Epidemiology (Cambridge, Mass.)* 8, nº 2 (mars 1997): 188-191.

[731] Rosenblatt, K.A. et D.B. Thomas. « Prolonged lactation and endometrial cancer. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives ». *International Journal of Epidemiology* 24, nº 3 (juin 1995): 499-503.

II- Les spécificités françaises dans l'échec de l'allaitement maternel

238. L'échec de l'allaitement maternel en France se caractérise également dans sa courte durée. Si les recommandations onusiennes prônent un allaitement exclusif jusqu'à six mois et l'ajout d'autres aliments jusqu'à deux ans[732], la courte durée du congé maternité conduit certaines femmes à mettre un terme de façon précoce à l'allaitement de leur enfant[733]. Outre ces préoccupations d'ordre professionnel, l'influence des théories françaises féministes prônant l'égalité des sexes et dénonçant l'asservissement des femmes au travers de l'allaitement a indiscutablement contribué à l'établissement d'une présomption d'incompatibilité faisant ainsi la part belle à de nombreux psychanalystes dans la prévention des sevrages tardifs (**B**). Or, c'est faire totalement abstraction des réalités biologiques de l'allaitement long que de le dénoncer (**A**).

A- Allaitement prolongé et « déterminants intrapsychiques »

239. Certains psychologues et psychanalystes français affirment que l'injonction médicale d'un allaitement prolongé peut avoir des conséquences à court terme sur le vécu de la mère et sur un plus long terme sur le développement de l'enfant[734], notamment lorsque des « déterminants intrapsychiques »[735] ont influé la prise de décision quant à l'allaitement. Parmi

---

[732] Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel, Assemblée mondiale de la Santé, 1er août 1990, Résolution WHA 45.34.

[733] L'article L.1225-17 du Code du travail prévoit un congé maternité de seize semaines réparties en six semaines avant la date présumée de l'accouchement et dix semaines en postnatal. Pour un aperçu de la législation des Etats membres de l'Union européenne en la matière : http://www.touteleurope.eu/fr/actions/social/emploi-protection-sociale/presentation/comparatif-le-conge-maternite-dans-les-etats-membres.html.

[734] *V.* Lighezzolo-Alnot, J., F. Boubou, C. Souillot, et C. de Tychey. « Allaitement prolongé et ratés du sevrage: réflexions psychodynamiques ». *Cliniques méditerranéennes* 72, nº 2 (2005): 265-280.

[735] Delaisi de Parceval, G. « Le don du lait ». Dans *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre.*Toulouse: érès, 2003.

les différences interculturelles dans la pratique de l'allaitement maternel figure notamment l'approche différente du féminisme selon les cultures[736].

1. Le rôle du féminisme sur le regard sociétal de maternité

240. Le combat des femmes pour la libéralisation de la contraception et l'accès à l'IVG a masqué les enjeux de l'allaitement maternel.

a. L'affrontement des mouvements féministes. Les années 1970, qui voient s'affronter la *Leche League* et le Mouvement de Libération de la Femme (MLF), témoignent des contradictions entre l'épanouissement du courant féministe essentialiste et la dénonciation d'une maternité esclave. Le baby-boom a entraîné avec lui une accélération de la médicalisation de l'accouchement et son corollaire d'un accueil médiocre dans des établissements surpeuplés et dominés par le pouvoir médical, nettement masculin. Parallèlement, l'essor économique qui a succédé au baby-boom (les Trente Glorieuses) dont l'appel de main d'œuvre attire les femmes vers le secteur tertiaire, conduit à une certaine démocratisation de l'enseignement secondaire. Enfin, les couples du baby-boom souhaitent maîtriser leur fécondité alors que la contraception n'est pas encore autorisée et les avortements clandestins. Il ne faut pas non plus négliger l'influence de l'œuvre de Simone de Beauvoir, *Le Deuxième sexe*, paru en 1949 et qui se lit sous le manteau[737]. L'auteur y dénonce le caractère aliénant de la maternité alors que « le propre de l'humain c'est le dépassement de soi, l'accès à la transcendance »[738]. En réponse au fléau des avortements clandestins, l'association « Maternité heureuse », créée en 1956, plaide en faveur d'une contraception qui va finalement arriver sur le marché et stimuler le militantisme qui rallie aussi bien les femmes que les hommes, essentiellement médecins de profession. Au début des années 60, le planning

---

[736] Blin, D. et S.M. Cerruti. « Le tiers: prémices au sevrage ». Dans *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre*, 263-272. Toulouse: Erès, 2003 et « Mon lait est bon, mon lait n'est pas bon. Le lait est maternel: reflet des passions et des projections ». Dans *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre*, 13-18. Toulouse: Erès, 2003 ; Thirion, M. *L'allaitement*. Nouvelle. Editions Albin Michel, 2004.
[737] De Beauvoir, S. *Le Deuxième Sexe*. Gallimard, 1949.
[738] Knibiehler, Y. (2007), *op.cit.*

familial ainsi que des centres de consultation sont ouverts en toute illégalité, mais permettent, tout de même, l'émergence de débats passionnés avec les associations telles que le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF), le MLF et le Mouvement pour la Libération de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) et la promulgation des lois Neuwirth et Veil. L'ensemble de ces actions constituent un réel « *habeas corpus* »[739] autour duquel le Code civil élabore l'autorité parentale au détriment de la puissance paternelle. Les slogans « Un enfant si je veux, quand je veux » sont ceux d'une nouvelle génération de féministes qui récusent la maternité passive, vécue comme un devoir, un destin soumis au patriarcat. Selon le féminisme égalitariste, une femme est une femme selon sa liberté et non plus selon sa nature : dissociation entre le féminin et le maternel, dissociation entre sexualité et maternité. Les féministes égalitaristes souhaitent une stricte égalité hommes-femmes car, pour elles, tout ce qui est propre à la femme est une calamité. Elles dénoncent l'esclavagisme de la maternité et souhaitent centrer le débat féministe sur la contraception et l'avortement.

b. La Leche League et l'allaitement. La *Leche League*, créée en 1956 aux États-Unis, a pour objet d'informer et de soutenir l'allaitement de « mère en mère » et dont l'idéologie est basée sur le principe que seules les mères ayant déjà allaité sont capables d'aider une femme à réussir son allaitement et son maternage. Parfois qualifiée de secte, la *Leche League* n'a pas reçu l'accueil escompté en France, notamment parce qu'elle s'y est installée dans une période où l'accouchement devenait de plus en plus médicalisé. En effet, une étude a permis d'évaluer à 98,5% le taux des femmes qui accouchaient à l'hôpital en 1974, essentiellement dans une politique de sécurisation des naissances. En 1981, la dimension internationale de l'association l'a conduite à collaborer avec l'UNICEF pour la promotion de l'allaitement maternel dans les pays du tiers monde. Aujourd'hui, elle revêt un statut de conseiller dans le bureau des ONG des Nations Unies.

241. Son approche naturaliste de la maternité redonne à la femme une autonomie face à « l'intrusion des experts scientifiques et du pouvoir médical dans la famille »[740]. L'objectif des réunions est de réveiller chez les femmes « un instinct maternel endormi par l'usage

---

[739] *Ibid.*
[740] Sandre-Pereira, G. « La Leche League : des femmes pour l'allaitement maternel (1956-2004) ». *Clio*, nº 21 (2005): 174-187.

abusif de la technologie »[741]. En grande majorité, les femmes qui participent aux rassemblements de la *Leche League* sont des femmes qui ont vécu l'échec d'un premier allaitement ou celles qui recherchent un soutien dès leur premier enfant auprès d'autres femmes expérimentées. Si le contexte français constitue un des facteurs du mauvais accueil de l'association, certains auteurs y voient d'autres explications[742] : la faible information des français sur l'allaitement maternel, le manque de formation des professionnels de santé, la routine installée dans les maternités, les discours et actes contradictoires de la politique autour de la naissance ainsi que l'ambiguïté des publicités. En France, les politiques gouvernementales en la matière sont balbutiantes et le travail des femmes est socialement valorisé. Or, les recommandations de la *Leche League* supposent que les mères et les enfants ne se séparent pas, ce qui les éloigne du monde du travail. Jusque les années 1970, l'association ne prenait pas en considération l'insertion des femmes sur le marché du travail. En 1981, son manuel estimait que seul un impératif d'ordre économique pouvait justifier que la femme travaille au détriment d'un allaitement maternel de son nouveau-né. Toutefois, en 1987, la position de la *Leche League* a quelque peu bougé en ce qu'elle établissait des conseils pour aider les femmes à maintenir l'allaitement après la reprise du travail. C'est ainsi que le taux d'allaitement se trouverait plus élevé chez les femmes diplômées de l'enseignement supérieur que chez les femmes ouvrières ou salariées[743]. Si bien que la *Leche League* a procédé à certaines inflexions sur leur discours relatif au travail des femmes. Finalement, ces inflexions correspondent à celles des sociétés occidentales industrialisées avec leurs contradictions et ambiguïtés.

Dès lors, le discours pragmatique de l'association n'est pas opposé à celui des féministes ; il s'agirait davantage d'« empowerment », de cette capacité à assurer le contrôle de son environnement. En choisissant l'allaitement maternel, les femmes confirment leur autonomie et contestent la domination masculine et les intérêts économiques qui entourent l'industrie du lait en poudre. Néanmoins, en France, la domination est aux égalitaristes de sorte à ce que « le géniteur perd son prestige » : la femme est seule responsable de sa maternité. Sur le plan social, cette situation renvoie à un certain « droit de vie et de mort sur les sociétés

---

[741] *Ibid.*
[742] *Ibid.*
[743] Gojard, S. (2003), *op.cit.V. Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers moids de vie de l'enfant*. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, mai 2002.

occidentales »[744]. Cette obligation pour les hommes de nécessairement passer par les femmes pour se reproduire les conduirait à entretenir le souci permanent de dominer les femmes pour garder le contrôle de la procréation. Ce semblant de libération sexuelle a été relativement court avec la découverte du SIDA au début des années 1980. Les femmes ont pris conscience qu'arrêter la pilule entraîne des réactions en chaîne d'effets imprévisibles sur lesquels elles ont difficilement la main mise : « la maîtrise de la fécondité invite à décider rationnellement ce qui échappe à toute raison »[745]. L'ambivalence des femmes face à la maternité s'est alourdie et les maternités tardives se sont multipliées.

Face au phénomène, les élaborations théoriques et scientifiques s'opposent. D'un côté les « universalistes »[746] qui remettent en cause la différence des sexes en ce qu'elle ne serait pas naturelle, mais socialement construite. L'amour maternel n'étant pas naturel, mais une composante supplémentaire de la féminité, pourrait être déconstruit. Selon leur théorie, tout ce qui est propre à la femme est nié et doit être entendu comme un mode d'esclavage des femmes. Alors que les égalitaristes combattent pour une libéralisation de la contraception et la légalisation de l'avortement, les « essentialistes » ou les « différentialistes »[747] refusent cette assimilation de la femme à l'homme. Selon elles, le maternel doit être entendu comme l'essence même de la femme avec tout ce qu'il y a d'exaltant dans la maternité et l'allaitement maternel[748]. Ainsi, l'allaitement rendrait-il bien au contraire la femme indépendante du commerce lié à la nutrition infantile et confiante dans ses capacités maternelles[749]. Leurs actions se fondent principalement sur la création de droits spéciaux pour les femmes qui travaillent et allaitent[750]. Ainsi, la position essentialiste voit-elle en la maternité une réelle

---

[744] Knibiehler, Y. (2007), *op.cit.*
[745] *Ibid.*
[746] Groupe féministe représenté notamment par Christine Delphy et Elisabeth Badinter (*L'Amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVIIè-XXè siècle)*. Paris: Flammarion, 1980 - *Le conflit, la femme et la mère*. Paris: Flammarion, 2010). Source : Wikipedia : http://fr.wikipedia.org/wiki/Diff%C3%A9rentialisme#Le_f.C3.A9minisme_diff.C3.A9rentialiste.
[747] Groupe féministe représenté notamment par Antoinette Fouque, Hélène Cixous, Luce Irigaray, Julia Kristeva. Source : Wikipedia : http://fr.wikipedia.org/wiki/Diff%C3%A9rentialisme#Le_f.C3.A9minisme_diff.C3.A9rentialiste.
[748] Didierjean-Jouveau, C. « L'allaitement est-il compatible avec le féminisme ? » Spirale 27, n° 3 (2003): 139-147.
[749] *Ibid.*
[750] Loi du 5 août 1917 instaurant la mise en place d'une heure d'allaitement au sein d'une chambre sur le lieu de travail ou encore la loi du 24 octobre 1919 introduisant des allocations supplémentaires pendant les douze premiers de l'allaitement.

fonction sociale[751] à propos de laquelle les recherches en sciences sociales ont pu observer une domination masculine qui, en instrumentalisant cette fonction maternelle[752], aurait réduit les femmes aux travaux de la sphère privée. C'est à ce titre que les « essentialistes » revendiquent une maternité respectée.

2. L'approche psychologique de l'allaitement prolongé

242. Les transmissions intergénérationnelles, la relation de couple et notamment de la fonction paternelle de séparation, mais aussi des deuils non élaborés auraient un poids sur la décision de l'allaitement[753]. D'une part, l'expérience passée des femmes de la famille bénéficierait d'une place importante dans ce choix. Selon les psychologues, en plus du conseil médical préconisant un allaitement minimum de six mois, deux autres contextes devraient être pris en considération : lorsque la mère a elle-même vécu la dominance de l'allaitement sur l'échange verbal, elle risquerait de rechercher ce même plaisir avec son propre enfant en omettant d'user de substituts satisfaisants pour son autonomie. A l'inverse, lorsque la mère a elle-même vécu une rupture traumatique précoce et brutale, elle risquerait de reproduire cette violence voire même de refuser l'allaitement. Elle pourrait également éprouver le désir inconscient de réparer le préjudice avec un allaitement prolongé. Ces considérations conduiraient, dès lors, à voir dans l'allaitement une contradiction avec l'inconscient de la femme et les injonctions professionnelles auxquelles elle peut être soumise ; ce qui pourrait représenter une conflictualité et une culpabilité pour la mère. Néanmoins, le conseil des médecins quant à un allaitement de six mois doit être nuancé dans son intensité. En effet, il nous paraît difficile de considérer ce conseil comme une injonction médicale « traumatisante ».

D'autre part, plusieurs études ont mis en avant l'importance de la fonction paternelle de séparation dans la construction d'individuation du bébé, passant par la possibilité de se

---

[751] Didierjean-Jouveau, C. (2003), *op.cit.*
[752] Blaise, S. « Réflexions sur le féminisme ou pour un féminisme critique ». *Genre, sexualité & société* 3 (2010) : Révolution / Libération.
[753] Lighezzolo-Alnot J, F. Boubou, C. Souillot, et C. de Tychey (2005), *op.cit.*

détacher du sein maternel[754]. Le sein occuperait simultanément deux fonctions : celle de mère nourricière et celle d'une partie érogène de son corps de femme ; si bien qu'il y aurait parfois une confusion entre ces deux finalités[755], voire une conciliation impossible[756]. Selon une autre analyse[757], la fonction du tiers assurée par le père serait aujourd'hui fragilisée par l'accroissement du contexte monoparental dans lequel le père n'est plus l'objet du désir maternel et pourrait perdre « sa valeur d'attracteur génital »[758]. C'est ainsi qu'un allaitement prolongé serait synonyme de mise à l'écart du père en faveur d'un lien plus fort entre mère et enfant. L'injonction médicale accentuerait, dès lors, le risque de conduire les femmes à rechercher auprès de leur enfant ce qui aurait pu leur manquer avec leur ancien partenaire. C'est ce que certains ont pu nommer le « danger de l'intimité »[759], notamment pour l'individuation de l'enfant.

Enfin, un deuil récent ou à venir pourrait influencer sur le désir de procréer, si bien que l'enfant possèderait une valeur antidépressive contribuant à prolonger le corps à corps ; la séparation ravivant le deuil dénié et douloureux. S'ajoute un deuil fantasmatique lors de l'accouchement qui peut se compliquer à l'occasion d'une séparation brutale causée par les conditions de l'accouchement[760]. En effet, le désir d'un allaitement prolongé pourrait être la traduction du rétablissement de cette fusion car l'allaitement permet de maintenir cette fusion mère-enfant, de prolonger « le vécu de la symbiose de la grossesse »[761]. L'injonction médicale serait donc invoquée pour rationaliser le désir inconscient de maintenir le corps à corps et se mettre à l'abri d'une angoisse. Ce caractère antidépressif de l'allaitement risquerait finalement d'entacher le lien mère-enfant. Si l'enfant a pour fonction de pallier l'angoisse de séparation de sa mère, il ne pourrait pas élaborer sa propre séparation d'avec sa mère. Dans une telle

---

[754] Hurstel, F. « La fonction paternelle aujourd'hui ». *Enfance*, nº 1-2 (1987): 163-179 ; Cupa D, D. Perard, I. Moinet, F. Chassin, N. Thoret, C. Bel, et L. Valdes. « Devenir père ou la grossesse du père ». *Revue de médecine psychosomatique*, nº 37-38 (1994): 85-106 ; Golse, B. et A. Aubert. « L'allaitement. Réflexions à propos d'un décret ». *Le Carnet Psy*, nº 43 (1999): 23-25 ; Parat, H. « Sein de femme, sein de mère: d'une difficile rencontre ». Dans *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre*. Toulouse: érès, 2003 ; Siksou, J. « Allaiter: au sein ou au biberon? ». Dans *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre.* Toulouse: érès, 2003.
[755] Golse, B. et A. Aubert (1999), *ibid.*
[756] Parat, H. (2003), *op.cit.*
[757] Hurstel, F. (1987), *op.cit.*
[758] Lighezzolo-Alnot J, F. Boubou, C. Souillot, et C. de Tychey (2005), *op.cit.*
[759] Daws, D. « Les dangers de l'intimité: proximité et distance au cours de l'alimentation et du sevrage ». *Devenir* 13, nº 1 (2001): 7-30.
[760] Bécache, S. *La maternité et son désir*. Lyon: Cesura, 1993 et Dolto, F. *L'image inconsciente du corps*. Paris: Le Seuil, 1984.
[761] Siksou, J. (2003), *op.cit.*

hypothèse, l'attachement deviendrait insécurisant et nécessiterait pour cet enfant devenu adulte le rétablissement d'un corps à corps. Si de telles motivations sont présentes chez certaines femmes, l'allaitement prolongé, tel qu'il est prescrit par l'OMS et les autorités sanitaires, aurait ainsi une influence néfaste sur le développement de la mère et de son enfant[762]. Le plaisir du corps à corps empêcherait la femme d'initier son enfant au plaisir à distance d'elle.

243. Les ratés d'un sevrage à la suite d'un allaitement prolongé pourraient conduire à des manifestations physiques (difficultés alimentaires, difficultés d'apprentissage, troubles du sommeil, succion du pouce ou encore une sollicitation permanente de l'enfant à être porté) et psychologiques[763]. Selon Joëlle Lighezzolo-Alnot, en majorant la dépendance réciproque entre la mère et l'enfant, l'allaitement prolongé risquerait de créer une certaine insécurité pour l'enfant et sa mère lors du lâcher du corps à corps. Un certain appauvrissement de l'imaginaire et de l'aire transitionnelle et du développement langagier pourrait être ainsi observé. C'est ainsi que Françoise Dolto a préconisé une séparation progressive et unique afin que l'enfant puisse se construire un nouvel espace de sécurité au sein duquel sa mère nourricière et sa mère de cœur seraient présentes[764]. A ce titre, la séparation devrait être « symboligène » : représentée et acceptée par l'enfant. Lorsque l'allaitement est prolongé, mais qu'une reprise du travail est imminente, il serait à craindre que deux séparations simultanées soient ressenties par l'enfant : l'absence de sein et l'absence de présence maternelle. La reprise du travail, trop souvent synonyme de sevrage brutal, rendrait difficile le sevrage progressif. Ainsi, Françoise Dolto conseille-t-elle à la mère de renoncer au plaisir du corps à corps pour le remplacer par l'introduction d'échanges langagiers d'un plaisir à distance. « La construction de l'imago maternelle sera d'autant plus simplifiée et l'enfant n'aura plus besoin de la présence physique permanente de sa mère mais simplement de la représentation imaginaire qu'il en aura fait »[765].

---

[762] Lighezzolo-Alnot J, F. Boubou, C. Souillot, et C. de Tychey (2005), *op.cit.*
[763] *Ibid.*
[764] Dolto, F. (1984), *op.cit.*
[765] *Ibid.*

244. A notre sens, ces considérations d'ordre psychologique oublient les connaissances anthropologiques et scientifiques à propose de l'allaitement.

B- La norme biologique de l'allaitement long

Alors que les psychologues français mettent en garde contre les dangers d'un allaitement prolongé, l'anthropologie fait état d'une norme biologique de l'allaitement maternel long située entre 2,5 et 7 ans[766]. D'autres études en ce sens ont également démontré que l'initiation et la pratique de l'allaitement rendaient, au contraire, plus forts les liens mère-enfant.

1. L'approche anthropologique de l'allaitement long

245. Pour expliquer la disparition des dinosaures, l'hypothèse la plus répandue a été celle d'une famine massive due aux changements du climat. Les mammifères, dont la particularité première était la lactation, auraient ainsi survécu grâce à la nourriture maternelle par l'allaitement qui les aurait épargnés des dangers relatifs à la recherche de nourriture. Les dinosaures disparaissant, les mammifères auraient ainsi occupés le « devant de la scène »[767]. Les mises en garde d'ordre psychologique ne remettent nullement en cause la norme biologique que constitue l'allaitement maternel, mais s'attaquent davantage à sa durée. Selon eux, l'allaitement long pourrait apparaître néfaste lorsque des « déterminants intrapsychiques » interviennent dans la décision de prolonger l'allaitement. Or, les travaux anthropologiques de l'allaitement chez les primates, catégorie de mammifères dont nous faisons partie, démontrent que la norme est à l'évidence la longévité[768]. L'interrogation qui

---

[766] Dettwyler, K.A. « A Time to Wean: The Hominid Blueprint for the Natural Age of Weaning in Modern Human Populations ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 39-73. New York: AldineTransaction, 1995. *V.* également : Piovanetti, Y. « Breastfeeding beyond 12 months. An historical perspective ». *Pediatric Clinics of North America* 48, nº 1 (février 2001): 199-206.
[767] Blaffer, H.S. *Les Instincts maternels*. Payot, 2002, p.46.
[768] Dettwyler, K.A. (1995), *op.cit*.

prévalait dans ces travaux était la suivante : à quelle durée correspondrait l'allaitement maternel chez les humains s'il n'avait pas été modifié par les aspects socioculturels[769] ? Afin de répondre à cette question, les anthropologues se sont basés sur l'allaitement chez les hommes préhistoriques et les primates. Ces derniers, en comparaison avec les autres mammifères, ont beaucoup de points communs avec les humains : une durée de gestation plus longue, un poids à la naissance plus élevé, un cerveau plus lourd, une durée de dépendance à l'adulte plus longue, une maturité sexuelle plus tardive, une durée de vie plus longue et un âge du sevrage complet plus tardif.

246. Katherine A. Dettwyler a pu observer que le sevrage intervenait chez les mammifères selon plusieurs variables : lorsque l'enfant a atteint quatre fois son poids de naissance augmenté de quelques mois[770] (entre trois et quatre ans pour les humains), lorsqu'il atteint le tiers de son poids adulte[771] (entre six et sept ans pour les humains), lorsque la durée de la gestation est multipliée au minimum par six[772] (chez les primates les plus proches de l'Homme, à savoir les chimpanzés et les gorilles, la durée de l'allaitement est égale à plus de six fois la durée de la gestation), ou enfin lorsque les premières molaires définitives sont apparues[773] (5,5 à 6 ans pour les humains, qui est aussi l'âge où le système immunitaire arrive à maturation). Face à autant de similitudes entre les primates et les humains, les anthropologues ont ainsi pu situer la durée normale de l'allaitement chez les humains entre 2,5 et 7 ans. Si aujourd'hui l'approche psychologique fait de l'allaitement prolongé un comportement humain anormal voir dangereux pour le développement psychique de l'enfant,

---

[769] Pour une analyse complète de l'impact de facteurs socio-culturels sur l'allaitement maternel, voir : Stuart-Macadam, P. et K.A. Dettwyler. *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*. New York: AldineTransaction, 1995.
[770] *V.* Lee P.C, P. Majluf, et I.J. Gordon. « Growth, weaning and maternal investment from a comparative perspective ». *Journal of Zoology London*, nº 225 (1991): 99-114.
[771] Charnov, E.L. et D. Berrigan. « Why do female primates have such long lifespans and so few babies? » *Evolutionary Anthropology* 1, nº 6 (1993): 191-194 et Dettwyler, K.A. « Growth status of children in rural Mali: Implications for nutrition education programs ». *American Journal of Human Biology* 3, nº 3 (1991): 447-462.
[772] Harvey, P.H. et T.H. Clutton-Brock. « Life history variation in primates ». *Evolution* 39, nº 3 (1985): 559-581.
[773] Smith, B.H. « Age of weaning approximates age of emergence of the first permanent molar in non human primates (abstract) ». *American Journal of Physical Anthropology Supplement*, nº 12 (1991): 163-16 ; « Dental development and the evolution of life history in the Hominidae ». *American Journal of Physical Anthropology*, nº 86 (1991): 157-174 ; « Dental Development as a Measure of Life History in Primates ». *Evolution* 43, nº 3 (1989): 683-688 ; « Life history and the evolution of human maturation ». *Evolutionary Anthropology* 1, nº 4 (1992): 134-142.

c'est parce qu'elle se fonde sur des croyances liées notamment à l'industrialisation de nos sociétés occidentales[774]. En effet, depuis plus de deux millions d'années, les humains modifient le modèle des primates pour le conformer à leurs croyances. L'adaptation de notre médecine face aux maladies et à la mortalité, notre capacité à modifier la nourriture face aux besoins de l'Homme et notamment de sa progéniture par la production de céréales et de laits de substitution ont conduit à croire que l'allaitement long ne pouvait constituer la norme et n'était pas adapté au développement physique et psychique de l'enfant. Les pratiques actuelles de l'allaitement maternel sont fortement influencées par notre évolution culturelle. Parmi ces croyances, celle selon laquelle seuls les pays du tiers monde, ceux-là mêmes qui n'ont pas accès à l'eau potable et aux laits industriels, seraient concernés par l'allaitement maternel notamment lorsqu'il est prolongé. S'il est vrai qu'ils ont moins de possibilité de remplacer le lait maternel par des substituent, ils tentent néanmoins de modifier leur héritage des primates par d'autres croyances que celles des pays industrialisées. Toutefois, dans les pays où l'allaitement long est resté la norme biologique, la lactation est entendue comme la fonction première des seins et ces derniers ne sont pas uniquement considérés comme un objet sexuel. Dès lors, les considérations selon lesquelles les deux fonctions du sein (nourricière et érogène) créeraient une conciliation impossible sont elles mêmes affectées par le poids des cultures.

247. S'agissant de la peur d'une trop grande fusion mère-enfant entraînant avec elle des risques majeurs pour le développement psychique futur de l'enfant, il est inversement reconnu qu'un allaitement prolongé, outre ses capacités à transmettre ses bienfaits autant de temps qu'il est exercé, permet à l'enfant d'être indépendant, autonome et en bonne santé sur le plan à la fois physique et psychique. L'ensemble des preuves apportées par les études sur les primates non humains devraient avoir plus de poids que les données culturelles en ce qu'il est communément admis que les primates non humains n'ont pas de croyances qui affecteraient leur comportement face à l'allaitement et au sevrage. Il ne faut pas oublier que nous sommes des mammifères qui, comme tous les autres, mangeons, respirons et dormons. Nous les

---

[774] Quandt, S.A. « Sociocultural Aspects of the Lactation Process ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 127-143. New York: AldineTransaction, 1995.

humains, tout comme les primates, avons la plus longue gestation, la plus longue durée de croissance avant l'âge adulte, l'âge de maturité sexuelle le plus élevé, pourquoi serions-nous différent pour l'allaitement[775] ? Comprendre l'héritage que nous ont transmis les primates devrait nous aider à protéger les femmes d'accusations erronées en ce qu'elles infantiliseraient leurs enfants et les empêcheraient de se développer normalement, de manière indépendante, en allaitant de manière prolongée. « La seule injonction médicale à l'allaitement prolongé entre nécessairement en résonnance chez la femme avec des facteurs multidimensionnels complexes, d'ordre à la fois culturels, économico-sociaux et intrapsychiques, lesquels sont susceptibles de générer des conflictualités malaisées à élaborer chez la (jeune) mère »[776]. D'une part, informer les parents de la norme biologique ne constitue en rien une injonction médicale. Lorsqu'une femme souhaite abréger l'allaitement de son enfant, cela « implique une bonne connaissance des raisons pour lesquelles son enfant souhaite continuer à téter : pas parce que c'est un tyran qui manipule sa mère, mais parce qu'il en a encore besoin »[777]. D'autre part, les raisons invoquées au soutien d'une éventuelle dangerosité n'ont pas été créées par la durée de l'allaitement mais par des facteurs culturels divers. A l'heure actuelle, ce n'est pas tant la faible durée de l'allaitement qui pose réellement problème mais davantage la prise de décision sans réelle connaissance de ce que constitue la norme biologique. A ce titre, Katherine A. Dettwyler prend un exemple saisissant : « Tout le monde trouve normal qu'une grossesse dure neuf mois. Il est certes possible de faire vivre un bébé né plus tôt, mais je crois qu'il ne viendrait à l'esprit d'aucune mère de vouloir faire naître son bébé avec trois mois d'avance uniquement pour être enceinte moins longtemps, étant donné les risques pour l'enfant. Par contre, s'il était répété aux femmes qu'il n'y a aucune raison pour qu'elles assument jusqu'au bout la « corvée » des neuf mois de grossesse quand l'environnement des services de néonatalogie est presque aussi bien que l'utérus, un certain nombre d'entre elles choisiraient certainement d'accoucher à six mois. Donc, si une femme souhaite allaiter seulement pendant six semaines, libre à elle ; je n'y vois personnellement rien à redire dans la mesure où elle a reçu toutes les informations sur les

---

[775] Interview de Katherine A. Dettwyler par K. Griffith – Extended nursing : the human norm. Résumé de l'interview est à consulter sur le site de maternage.free.fr (http://maternage.free.fr/liste_des_etudes.htm).
[776] Lighezzolo-Alnot J, F. Boubou, C. Souillot, et C. de Tychey. (2005), *op.cit.*
[777] D'après l'interview de K.A. Dettwyler par K. Griffith, *op.cit.*

avantages d'un allaitement durant le temps prévu pour notre espèce, et les possibles inconvénients à ne pas respecter cette norme »[778].

2. L'allaitement maternel et les liens mère-enfant

248. Malgré les apports anthropologiques, l'impact de l'allaitement maternel sur le développement des enfants est encore trop souvent sous-évalué. Indéniablement, l'allaitement maternel renforce le lien mère-enfant. Trop souvent, l'accouchement médical enlève l'enfant pour le nettoyer, le peser…Or, plusieurs études ont démontré l'impact néfaste d'une telle séparation précoce dans les quatre premières heures de l'accouchement.

249. Une épidémie de tuberculose en Finlande dans les années 1950, a conduit à de longues séparations entre les enfants et leur mère dès leur naissance. Sur 2 906 personnes nées entre 1945 et 1965, il a pu être constaté une corrélation, davantage significative pour les hommes, entre ces longues séparations et un futur comportement criminel[779]. Une autre étude finlandaise de 2004 a également précisé qu'il existait un lien fort entre ces longues séparations et un état dépressif, notamment chez les hommes[780]. Enfin, une étude menée sur des rats a établi que la séparation à la naissance entraînait chez les femelles une mise à distance d'avec leurs petits et une intervention plus lente lorsqu'ils étaient victimes d'agression[781]. L'allaitement réduirait aussi le risque pour l'enfant d'être victime de sa mère. En effet, les études ont démontré que les mères qui allaitent abandonnent moins leur enfant[782].

---

[778] *Ibid.*
[779] Maki P, H. Hakko, M. Joukamaa, M. Laara, M. Isohanni, et J. Veijola. « Parental separation at birth and criminal behaviour in adulthood-a long-term follow-up of the Finnish Christmas Seal Home children ». *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 38, nº 7 (2003): 354-359.
[780] *Ibid.*
[781] Boccia, M.L. et C.A. Pedersen. « Brief vs. long maternal separations in infancy: contrasting relationships with adult maternal behavior and lactation levels of agression and anxiety ». *Psychoneuroendocrinology* 26, nº 7 (2001): 657-672.
[782] Lvoff N.M, V. Lvoff, et M.H. Klaus. « Effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a Russian hospital ». *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 154, nº 5 (2000): 474-477.

Néanmoins, cette étude ne prend pas en considération l'impact du *co-sleeping*[783] et l'attachement dans la première heure de la naissance. Une autre étude parue en 2003, a suivi 7 695 mères et leurs enfants pendant 14 ans et a observé que le risque pour ces enfants d'être négligés ou abusés par leur mère était plus élevé lorsque les mères n'avaient pas allaité ou que l'allaitement avait duré moins de quatre mois[784]. Confirmant une étude antérieure de 1995[785], elle sera également corroborée par une étude plus récente qui a suivi 7 223 mères et leurs enfants pendant quinze ans et a constaté que le risque d'être abusé était multiplié par cinq lorsqu'il n'y avait pas eu d'allaitement ou du moins lorsque sa durée était inférieure à quatre mois[786]. Or, pour que l'attachement soit optimal entre une mère et son nourrisson, l'allaitement doit être le plus long possible. A cette fin, il doit être initié dès les premiers instants de la naissance. En effet, les tentatives de succion du nouveau-né stimulent la libération d'ocytocine qui permet à la nouvelle mère de se remettre un peu plus des efforts accomplis lors de l'accouchement. Il a également été observé une concentration de prolactine quatre à six fois plus élevée lorsque le nouveau-né lèche le bout des seins de sa mère, ce qui a pour effet premier de conduire à la sécrétion du lait maternel[787]. Or, la surmédicalisation de l'accouchement peut, dans certaines situations, empêcher la libération d'ocytocine lors de la première mise au sein[788]. En effet, lorsque de l'ocytocine artificielle a été injectée lors du travail, il devient difficile pour la femme d'en sécréter naturellement au moment lors de la première tétée et de l'expulsion du placenta. Lorsque le nouveau-né est immédiatement placé sur le sein de sa mère, il stimule la libération d'ocytocine qui, en permettant la délivrance du placenta, contribue à une meilleure remise sur pied de la femme après l'accouchement[789]. La libération fulgurante de l'hormone dite de « l'amour » conduit certains à penser qu'elle

---

[783] McKenna J.J, S.S. Mosko, et C.A. Richard. « Bedsharing Promotes Breastfeeding ». *Pediatrics* 100, nº. 2 (août 1997): 214-219 et McKenna, J.J., et N.J. Bernshaw. « Breastfeeding and Infant-Parent Co-Sleeping as Adaptive Strategies; Are They Protective againts SIDS? » Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 265-303. New York: AldineTransaction, 1995.

[784] Strathearn L, M.J. O'Callaghan, J. Najam, G. Williams, W. Bor, M. Anderson. « Breastfeeding and mother-infant separation: Independent predictors of child abuse and Neglect ». National Conference of the Academy of Pediatrics. Louisiana: New Orleans. Novembre 2003 sur : http://www.aap.org/breastfeeding/2003NCEabstracts.pdf

[785] Acheson, L. (1995), *op.cit*.

[786] Strathearn L, A.A. Mamun, J.M. Najman, et M.J. O'Callaghan. « Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study ». *Pediatrics* 123, nº 2 (2009): 483-493.

[787] Klaus, M.H. et J.H. Kennel. *Maternal-infant Bonding*. St. Louis: MO:Mosby, 1976.

[788] *V. Supra*, p.175 et s.

[789] Trevathan, W.R. « Factors influencing the timing of initial breastfeeding in 954 out-of-hospital births ». *Medical Anthropology* 8, n°4 (1984): 302-307.

stimule encore un peu plus l'attachement d'une mère envers son nouveau-né[790]. C'est ainsi que plus tôt la mise au sein se fera, plus longue la durée de l'allaitement sera, notamment lorsque la mise au sein s'est effectuée dans les deux premières heures de la naissance[791]. De la même manière, les mères sont davantage capables d'exprimer des sentiments positifs à l'égard de leur nourrisson lorsqu'elles ont allaité immédiatement après la naissance et donné le sein de manière plus longue dans le temps[792]. Malheureusement, la mise au sein précoce est loin d'être la norme dans nos sociétés occidentales notamment en raison de pratiques obstétricales enlevant trop tôt l'enfant à sa mère pour être nettoyé ou pesé[793].

250. Les conflits sociaux-politiques qu'engendrent l'allaitement ne doivent pas dissimuler les enjeux liés à l'attachement et à l'instinct maternel. Or, l'allaitement n'est pas uniquement un moyen de nourrir un bébé, il permet également de l'apaiser, de l'aider à se détendre et de lui exprimer son amour. S'il fait partie des principales pratiques de l'attachement, d'autres réalités biologiques conduisent les interactions mère-enfant à être optimales à condition d'être respectées dès les premiers instants de la naissance (**Section 2**).

---

[790] *Ibid*.

[791] Chateau, P. et B. Wiberg. « Long-term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hours postpartum ». *Acta Paediatrica* 66, nº 2 (mars 1977): 145-151 ; Elander, G., et T. Lindberg. « Short Mother-Infant Separation during First Week of Life Influences the Duration of Breastfeeding ». *Acta Paediatrica* 73, nº 2 (mars 1984): 237-240 ; Johnson, D.B. « Breastfeeding at one hour of age ». *American Journal of Maternal and Child Nursing* 1 (1976): 12-14 ; Klaus, M.H., et J.H. Kennel. *Parent-Infant Bonding*. St. Louis: MO:Mosby, 1982 ; Thomson M.E, T.G. Hartsoch, et C. Larson. « The importance of immediate postnatal contact: Its effect on breastfeeding ». *Canadian Family Physican* 25 (1979): 1374-1378.

[792] Thomson M.E, T.G. Hartsoch, et C. Larson. (1979), *ibid.*

[793] Lozoff, B. « Birth and bonding in non-industrial societies ». *Developmental Medicine and Child Neurology* 25, n°5 (1983): 595-600.

Section 2 : Les théories de l'attachement

251. Au-delà des bienfaits que procure l'allaitement maternel sur la santé des enfants et de leur mère, il facilite l'attachement qui peut exister entre une mère et son enfant. De la même manière, si le biberon ne fait aucunement obstacle à une évolution normale chez l'enfant, il reste en lui-même insuffisant en matière d'attachement. Par ailleurs, le contrôle du corps médical sur l'entier processus de la naissance : une alimentation avec des horaires stricts, prises de poids et mesures fréquentes et injonctions diverses et variées. Cette omniprésence médicale a entraîné la perte de maîtrise et de compétence des femmes, une fois de plus écartées de leur instinct et de leurs compétences corporelle et psychique intrinsèques. C'est ainsi que les interrogations qui entourent les capacités d'abord féminines à mener une maternité responsable, puis maternelles quant à l'accouchement et l'allaitement, renvoient indubitablement aux concepts d'attachement et d'instinct maternel.

252. « Une mère naît-elle instinctivement nourricière et protectrice ? Est-ce que quelque chose se modifie en elle pendant la grossesse et la rend maternelle ? Cette réactivité accrue est-elle due à la stimulation du nourrisson ? Une femelle est-elle progressivement préparée à devenir une mère par une suite d'expériences ? Pour les souris du moins, la réponse à cette série de questions est : tout à la fois. « Instinctif » est une façon raisonnable de décrire leur comportement maternel, tant que l'on comprend que les mères mammifères ne montrent pas nécessairement un attachement systématique et complet aux nouveau-nés juste après leur naissance. Disons plutôt que leur « instinct maternel » se développe progressivement, par petites étapes qui impliquent également le nourrisson. La nature ne peut être distinguée de la culture, et pourtant quelque chose dans l'imagination humaine nous prédispose à installer cette dichotomie. Nature contre culture, inné contre acquis (..). La découverte récente que les souris femelles dépourvues d'un gène particulier ne s'occupent pas de leurs petits a inévitablement suscité de nouveaux commentaires sur le gène de « l'essence de l'instinct maternel », comme si elles l'avaient avec le gène et en étaient dépourvues sans lui. Le « sens inné du maternage » n'a peut-être rien d'inné, mais c'est à se demander si le besoin d'organiser l'information entre des oppositions binaires comme nature et culture ne l'est

pas »[794]. L'attachement qui unit un enfant à sa mère n'est possible que s'il s'effectue dans la réciprocité des échanges (**I**). Les réponses maternelles, quant à elle, ne pourront être apportées de manière adaptée si elles succombent sous la pression d'un environnement hostile à l'établissement de liens déjà très fragiles (**II**).

I- L'établissement de liens dans la réciprocité

253. En 1958, Bowlby fût le premier à décrire l'attachement par la proposition de cinq modèles instinctuels chez le nouveau-né encourageant l'attachement[795] (**A**). L'agrippement, les pleurs, les sourires, le regard ainsi que la succion constitueraient des comportements attirant la mère, servant à maintenir la proximité avec elle tout en assurant leur survie. La théorie de Bowlby suppose une base biologique à ce comportement qu'il décrit en termes « d'adaptation aux dangers et contraintes de l'environnement » [796]. Par comparaison avec les singes, les enfants humains ne peuvent pas s'agripper à leur mère si bien qu'ils usent d'autres systèmes comme les pleurs (comportement de signal), le sourire (prolonger l'interaction) ou la succion (prolonger l'interaction même en l'absence de faim). La spécificité de ses résultats réside dans le fait que le petit est attaché à une figure maternelle qui n'est pas nécessairement représentée par sa mère biologique mais par une personne qui joue le rôle de donneurs de soins (*caregiver*). Cet attachement se réalisera pleinement par les réponses maternelles ainsi sollicitées (**B**). Pour Bowlby, le lien serait enraciné dans des comportements bien spécifiques des espèces, dans un système environnemental stable s'exprimant comme une adaptation de chaque espèce à son environnement.

---

[794] Blaffer Hrdy, S. (2002), p.77.
[795] Bowlby, J. « The nature of the child's tie to his mother ». *International Journal of Psycho-Analysis* 39 (1958): 350-373. Auparavant, différentes théories distinctes les unes des autres faisaient état des relations précoces des enfants, notamment Imre Hermann avec sa théorie de l'agrippement, Konrad Lorenz avec sa théorie de l'empreinte ou encore Harry Harlow avec ses études à partir des réactions suscitées chez les singes dont les mères étaient constituées de fil de fer ou de cotton (Harlow, H.F. « The nature of love ». *The American Psychologist* 13 (1958): 673-685 et Harlow H.F, M.K. Harlow, R.O. Dodsworth, et G.L. Arling. « Maternal Behavior of Rhesus Monkeys Deprived of Mothering and Peer Associations in Infancy ». *Proceedings of the American Philosophical Society* 110, n°1 (18 février 1966) : 58-66).
[796] Bowlby, J. (1958), *op.cit.*

A- Les liens enfant-mère ou la théorie de l'attachement

254. L'attachement est « un lien particulier, sélectif, que l'enfant établit au départ de sa vie avec un adulte et dont le but pour lui est de maintenir une proximité physique avec cet être de référence qui génère le sentiment de sécurité »[797].

1. L'établissement de la proximité physique

255. Si l'agrippement à sa mère n'apparaît pas à première vue comme l'une des manifestations propres de l'humain, ses pleurs semblent davantage correspondre à une spécificité du nouveau-né contemporain dans l'établissement d'un lien de proximité avec sa figure maternelle.

a. L'agrippement. L'agrippement est un mécanisme quasi universel chez les primates non-humains. S'il permet l'acquisition de nourriture, sa fonction première consiste à répondre aux principalement aux besoins émotionnels de la progéniture. Dans les situations de fuite et de peur intense, la progéniture se dirige vers sa mère et se met en position d'agrippement[798]. Cette théorie, émise par Imre Hermann dans les années trente, suppose l'existence d'un syndrome d'agrippement chez les humains. Elle consiste en un « comportement instinctif du bébé singe – son agrippement à la mère – est une tendance instinctive qui existe aussi chez les humains, mais sous une forme inhibée. La satisfaction de cet instinct chez le nourrisson humain échoue dès l'instant de la naissance, du fait des données biologiques, mais la nostalgie pour l'état originaire subsiste, état où l'enfant vivait encore dans une unité duelle indissoluble

---

[797] Phélip, J. *Le Livre noir de la garde alternée.* Dunod, 2006.
[798] Les expériences d'Harlow ont, à ce titre, observé que lorsqu'ils étaient apeurés, les singes rhésus s'agrippaient à la fourure de la mère artificielle (Harlow H.F, M.K. Harlow, R.O. Dodsworth, et G.L. Arling (1966), *op.cit.*).

avec la mère »[799]. Chez les humains, le nouveau-né ne peut soulever son poids pour s'agripper sans assistance. Cette impossibilité se justifie par un système nerveux, des muscles et un squelette peu développés chez le nouveau-né humain. De surcroît, la femme ne possède pas de longs poils facilitant l'agrippement et le nouveau-né a perdu sa capacité à utiliser ses pieds depuis l'apparition du bipédalisme. Si bien que, lorsqu'un nouveau-né veut s'agripper au corps de sa mère, il ne peut le faire qu'avec son assistance ou lors de l'allaitement en se cramponnant à la poitrine de sa mère.

b. Les pleurs. Selon Bowlby, les pleurs d'enfants sont le moyen pour eux de contrôler les activités de sa mère. Cette dernière apprend ainsi à distinguer les différents pleurs afin de pouvoir par la suite y répondre de manière appropriée. A cet égard, des changements physiologiques chez la mère ont pu être observés lorsqu'elle entend les pleurs de son enfant. En effet, le flux sanguin augmenterait sensiblement comme il le fait, par ailleurs, dans les moments qui précèdent le réflexe d'éjection du lait maternel. Les pleurs rempliraient ainsi une double fonction : attirer d'une part l'attention de la mère et, d'autre part, conduire à l'allaitement. Or, pleurer pour réclamer le sein n'apparaît pas comme une manifestation universelle du nouveau-né. En effet, si dans la plupart des pays occidentaux, allaiter à la demande signifie donner le sein dès que l'enfant le réclame au moyen de pleurs, au commencement, les femmes initiaient l'enfant à la tétée qui, par la suite, trouvait le sein de lui-même dès qu'il en ressentait l'envie. Cette approche de l'allaitement soulève l'observation selon laquelle les enfants ressemblent davantage aux primates non humains qui ne pleurent qu'en cas de douleur ou lorsqu'ils sont séparés de leur mère. Selon Wenda Trevathan, plusieurs arguments sous-tendent l'idée que le nouveau-né pleure le moins possible[800]. Tout d'abord, lorsque les humains faisaient partie de la catégorie des êtres vivants les plus vulnérables, les pleurs d'un enfant annonçaient très clairement la présence d'un groupe d'humains les mettant, par conséquent, en situation de danger. C'est ainsi que les enfants qui pleuraient le moins et les femmes qui permettaient le sein à tout moment étaient ceux qui survivaient le mieux. Si l'absence de pleurs pouvait protéger le groupe social humain des agressions extérieures, elle permettait également aux enfants de se protéger de ses propres parents car les pleurs incessants constituent vraisemblablement l'un des premiers facteurs

---

[799] Nemes, L. « Importance de la théorie de l'agrippement dans la psychologie du développement et dans la psychothérapie d'enfant ». *Le Coq-héron* 188, nº 1 (2007): 73-79.
[800] Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.*, p.131et s.

déclencheurs du geste criminel parental. D'une manière générale, il est difficile pour les adultes de rester, pendant un temps prolongé, dans un lieu étroit avec un nouveau-né pleurant perpétuellement. Outre le fait qu'il devient difficile de distinguer les différents pleurs lorsque ceux-ci sont incessants, les pleurs d'enfants constituent pour eux une importante dépense d'énergie, notamment dans les premières semaines de leur vie. Or, un enfant prend moins bien le sein après une crise de pleurs. A l'inverse, si la mère répond aux demandes de faim et de douleurs dans le but de diminuer autant que possible les pleurs « inutiles », elle sera dans la capacité de sauvegarder l'énergie nécessaire pour elle et son enfant dans des situations plus dangereuses.

256. Ainsi, l'agrippement et les pleurs sont-ils les moyens par lesquels les nouveau-nés ont accédé à l'établissement d'un lien de proximité avec leur figure maternelle. Désormais, ils ont à cœur de maintenir cet attachement par des modes universels de séduction.

2. Le maintien de la proximité

257. Une fois que la proximité d'avec la mère est approchée, encore faut-il pouvoir la maintenir au moyen de sourires, de regards et d'échanges lors de la mise au sein.

a. Par le visuel. Le nouveau-né va maintenir la proximité avec sa mère, notamment sur le plan visuel, avec d'une part, l'émergence de sourires sur son visage et d'autre part, avec des regards.

L'ensemble des distinctions opérées sur le sourire du nouveau-né permet de mettre en évidence certaines prédispositions biologiques, comme les gaz ou autres réflexes conduisant à l'apparition d'un sourire. Le sourire « social », davantage stimulé par la voix que par un

visage ou stimulus visuel[801], contribue principalement à attirer l'attention de la mère[802]. L'apparition de ce sourire dépendrait de la durée de la gestation : plus la grossesse est courte, plus le sourire « social » serait tardif. En moyenne, il n'apparaîtrait qu'aux environs de la cinquième semaine de vie[803]. Le nouveau-né tente ainsi de conserver le lien en émettant des sourires dus à des réflexes biologiques dans un premier temps, puis dans un but de « socialisation ».

Le contact visuel dans le maintien de la proximité enfant-mère passe indubitablement et essentiellement par le champ visuel du nouveau-né. Dès la naissance[804], il s'étend sur environ trente centimètres, c'est-à-dire la distance moyenne qui existe entre les yeux et la poitrine de sa mère lorsqu'elle le regarde prendre le sein[805]. Lors des premières minutes, le regard du nouveau-né est stimulé par le visage humain de sa mère. Empreinte de jeux d'ombre et de lumière[806], le visage humain constitue pour un nouveau-né, plus que tout autre stimulus visuel, un stimulus parfait. L'organisation des mécanismes « information-acquisition » est innée mais sa mise en marche est acquise par l'expérience, si bien qu'il devient important de laisser l'enfant explorer visuellement sa mère. Chez les primates, plus l'usage de l'agrippement diminue, plus le contact par les yeux prend de l'importance. Ainsi, l'attachement visuel remplacerait l'attachement physique et l'importance du contact visuel devient fonction du bipédalisme. Dès lors, l'échange de regards est primordial dans le développement de l'attachement chez les humains.

b. Par la succion. Selon Peter Stratton, l'allaitement correspond parfaitement à la définition du comportement génétiquement programmé par la sélection naturelle en termes d'adaptation[807]. Outre sa composante alimentaire, l'allaitement est le moyen le plus fort et le

---

[801] A l'inverse, le sourire d'enfants plus âgés est, quant à lui, coordonné par la vision et l'écoute (Trevarthen, C. « Facial expressions of emotion in mother-infant interaction ». *Human Neurobiology* 4, n°1 (1985): 21-32).
[802] Bowlby, J. *Attachment and Loss. Vol.I: Attachment*. New York: Basic Book, 1969.
[803] Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.*
[804] Goren C.C, M. Sarty, et P.Y. Wu. « Visual following and pattern discrimination of face-like stimuli by newborn infants ». *Pediatrics* 56, nº 4 (octobre 1975): 544-549.
[805] Brazelton T.B, M.L. Scholl, et J.S. Robey. « Visual responses in the newborn ». *Pediatrics* 37, nº 2 (1966): 284 -290.
[806] Stratton, P. « Biological Preprogramming of Infant Behaviour ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 24, nº 2 (1983): 301-309.
[807] *Ibid.*

plus efficace à la création et au maintien de l'attachement[808]. L'observation de la méthodologie employée par les nouveau-nés dans le déroulement des tétées a très certainement contribué l'émergence ce constat. Deux modèles complémentaires et non dichotomiques ont ainsi été mis en valeur : la tétée « nutritive » et la tétée « non nutritive »[809]. Alors que la première consiste à téter, avaler et respirer, la seconde est davantage caractérisée par des pauses visant à créer un contact avec la mère. Ainsi lorsque le nouveau-né tète, la mère reste-t-elle passive et à l'inverse, lorsque le nouveau-né fait une pause, la mère interagit. Ce mode d'allaitement contribue également à apaiser le nouveau-né, le libérant ainsi dans des interactions plus longues sur la durée. Cette deuxième fonction de la tétée conforte Wenda Trevathan dans l'idée selon laquelle les nouveau-nés ne devraient pas avoir à pleurer lorsqu'ils ont faim. En effet, moins l'enfant pleure pour téter, plus il prend le sein et est à même de procéder à des pauses laissant place au jeu des interactions avec sa mère[810].

258. Les stratégies de séduction de l'enfant peuvent conduisent à l'établissement d'un lien lorsqu'elles s'inscrivent dans un échange « donnant-donnant » avec sa mère.

B- Perspectives éthologiques du lien mère-enfant (*Bonding*)

259. En 1972, une théorie du lien sur son versant maternel a été ébauchée par deux pédiatres américains[811]. A partir de leurs observations, Klaus et Kennel ont décrit un *pattern* particulier de comportements maternels qui apparaîtrait aussitôt après la naissance. Pour établir le contact avec leur progéniture ou leur nouveau-né, les mammifères et l'homme contemporain réalisent, à certains égards, des actes similaires.

---

[808] *V.* le modèle de la naissance et l'attachement inhérent au cycle de la vie humaine établi par Wenda Trevathan (Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.*, pp.235-239). L'auteur fait de l'allaitement maternel le point central de son argumentation en ce que lui seul permet à la fois de répondre aux besoins réciproques de survie et d'attachement.
[809] Wolff, P.H. « Sucking patterns of infant mammals ». *Brain, Behavior and Evolution* 1 (1968): 354-367.
[810] Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.*
[811] Klaus M.H, R. Jerauld, N.C. Kreger, V. Mc Alpine, M. Steffa, et J.H. Kennel. "Maternal attachment importance of the first postpartum days". *New England Journal of Medicine* 286, n°9 (2 mars 1972): 460-463.

1. Les interactions de survie et d'identification

260. Tout comme les mammifères le font en léchant leur progéniture, les mères humaines utilisent leurs mains dans les interactions immédiates après la naissance.

a. Les interactions tactiles. Les interactions tactiles ont d'autres fonctions : elles permettent la reconnaissance et facilitent l'attachement. A cet égard, certaines études ont observé que le toucher pouvait être plus important que la faim[812]. De surcroît, la stimulation induite du peau à peau peut être tout aussi avantageuse que le vernix caseosa. Elle permet, en effet, d'apporter de la chaleur à l'enfant tout de suite après sa naissance. Un ordre dans la découverte des corps entre une mère et son nouveau-né a également été relevé. Les mères utiliseraient d'abord le bout de leurs doigts, puis la main entière et enfin leurs bras. SelonWenda Trevathan, ces comportements variraient selon le sexe de l'enfant, la parité ou encore le milieu socioculturel et socioéconomique de la mère[813]. Il n'existerait pas, selon l'anthropologue, de modèle invariable du comportement tactile dans les dix premières minutes de la naissance. L'observation selon laquelle la découverte des corps entre une mère et son nouveau-né constituerait une spécificité humaine s'expliquerait par le fait que les cas ainsi observés l'ont été dans un milieu hospitalier qui suppose une brève séparation entre la mère et l'enfant. Dans l'étude de Klaus et Kennel, le contact commençait lorsque l'enfant était placé dans un lit à côté de sa mère. Or, dans l'étude de Trevathan, les enfants étaient constamment portés par leur mère. Le modèle typique de l'interaction mère-enfant résiderait davantage dans le fait pour la mère de prendre son enfant dans ses bras dès les premières minutes de sa naissance et de pratiquer des petits massages pour le réchauffer et stimuler les premiers mouvements respiratoires. L'exploration du visage, des mains et des extrémités s'ensuit si rien ne distrait la femme dans ce rituel. En définitive, le toucher est une réponse typiquement humaine envers son nouveau-né, même s'il ne suit pas nécessairement le modèle de Klaus et Kennel.

---

[812] Harlow, H.F. (1958), *op.cit.* Harlow H.F, M.K. Harlow, R.O. Dodsworth, et G.L. Arling (1966), *op.cit.*
[813] Trevathan, W.R. « Maternal touch at first contact with her newborn infant ». *Developmental Psychobiology* 14 (1981): 549-558.

261. Certaines études ont pu observer que les mères avaient tendance à tenir ou à mettre leur nourrisson de préférence du côté gauche dès les premiers moments de la naissance. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart d'entre elles sont droitières mais cette préférence soumettrait les enfants aux battements de cœur de leur mère, ce qui les apaiserait et leur permettrait de reprendre plus vite leur poids de naissance[814]. D'autres études ont expliqué ce phénomène en raison de la réduction qu'il entraîne sur l'anxiété maternelle, notamment en raison de l'apaisement de l'enfant[815]. D'autres auteurs ont également observé que cette préférence était également due au fait que les enfants tournent le plus souvent leur tête vers la droite[816]. C'est ainsi que lorsque les enfants préfèrent regarder à droite, leur mère les positionne sur leur gauche, et *vice versa*[817]. Dès lors, il semblerait que le comportement maternel face au placement du nourrisson serait influencé par les préférences du nourrisson lui-même. Si bien que les mères qui répondent de manière appropriée aux préférences de leur nourrisson qui, satisfait de sa position sur le corps de sa mère dès les premiers moments, aura plus d'opportunités à interagir avec sa mère et son environnement, seraient plus sensibles aux besoins de leur enfant[818]. La parité, le statut marital ou le milieu socio-économique dans lequel vivent les parents ne semblent pas avoir d'incidence sur la manière de porter son enfant, du moins durant la première heure de sa naissance[819]. En définitive, la préférence pour le côté gauche lorsqu'il s'agit de tenir son nourrisson dans les bras apparaît comme un comportement naturel des premières secondes de la vie. En effet, cette préférence est

---

[814] Salk, L. « The effects of the normal heartbeat sound on the behavior of the newborn infant: Implications for mental health ». *World Mental Health* 12 (1960): 168-175.

[815] Weiland, K.F., et Z. Serber. « Patterns of mother-infant contact: The significance of lateral preference ». *Journal of Genetic Psychology* 117 (1970): 157-165.

[816] Turkewitz B, T. Moreau, et H.G. Birch. « Relation between birth condition and neuro-behavioral organization in the neonate ». *Pediatric Research* 2 (1968): 243-249 et Miranda, S.B. « Visual abilities and pattern preferences of premature and full-term neonates ». *Journal of Experimental Child Psychology* 10, n°2 (octobre 1970): 189-205.

[817] Ginsburg H.J, S. Fling, M.L. Hope, D. Musgrove, et C. Andrews. « Maternal holding preferences: A consequence of newborn head-turning response ». *Child Development* 50, n°1 (mars 1979): 280-281.

[818] Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.* Voir également Salk, L. « The critical nature of the postpartum period in the human for the establishment of the mother-infant bond: A controlled study ». *Diseases of the Nervous System* 31 (1970): 110-116 ; De Chateau P, H. Holmberg, et J. Winberg. « Left-side preference in holding and carving newborn infants ». *Acta Paediatrica Scandinavia* 67 (1978): 169-175 ; Bogren, L.Y. « Side preference in women and men when holding their newborn child: Psychological background ». *Acta Paediatrica Scandinavica* 69, n°1 (janvier 1984): 13-23.

[819] Trevathan, W.R. « Maternal lateral preference at first contact with her newborn infant ». *Birth* 9 (1982): 85-90.

totalement indépendante de l'idée que la mère est droitière ou gauchère mais également de l'aspect socioculturel ou socio-économique et d'autres variables associées à la grossesse et à l'accouchement. Il ne s'agit nullement d'un comportement issu de l'apprentissage.

262. Alors que les mammifères lèchent leur progéniture pour stimuler et maintenir la respiration, les mères ou les sages-femmes procèdent à des massages. Si bien que le bain donné aux nouveau-nés remplace d'une certaine manière le « léchage » opéré par les mammifères non-humains[820]. Or, lorsque l'enfant est retiré à sa mère pour être lavé, l'échange des premiers regards dans les tous premiers moments de la naissance devient difficile voire parfois impossible.

b. Les interactions de reconnaissance. Outre l'initiation à la tétée, la communication verbale contribue au maintien d'une proximité entre une mère et son nourrisson en facilitant la reconnaissance de l'autre en tant qu'individu. Les sons émis permettent à la mère de localiser son enfant et à l'enfant d'attirer sa mère. Chez les primates, la communication n'est pas fréquente car ils ne sont que très rarement séparés et leurs accouchements étonnamment calmes. A l'inverse, chez les humains les premiers cris apparaissent pendant l'accouchement pour la mère et lors de l'expulsion du corps entier pour le nouveau-né[821]. Les premiers cris et sons transforment les comportements. La mère répond aux cris de l'enfant en le mettant sur sa poitrine et en émettant des sons pouvant l'apaiser. C'est ainsi que les travaux de Nadler portant sur des gorilles ont contribué à établir les interactions vocales comme le prélude à l'établissement de l'allaitement[822]. L'une des caractéristiques qui met en lumière la spécificité des mammifères humains c'est, nous l'avons vu, leur capacité à parler. Avant même la naissance, le fœtus répond aux sons émis au-delà de l'utérus de sa mère. Ce langage a impact

---

[820] Lindburg, D.G. et L.D. Hazell. « Licking of the neonate and duration of labor in great apes and man ». *American Anthropologist* 74, n°3 (juin 1972): 318-325.

[821] Il faut toutefois remarquer que les accouchements qui se déroulent en dehors du milieu hospitalier ne sont pas particulièrement bruyants. Si bien que la différence entre un accouchement de primates et celui de l'Homme n'est pas si flagrante. *V.* Trevathan, Wenda. *Human Birth: An Evolutionary Perspective*. 1er éd. Transaction Publishers, 2011, p.170.

[822] Nadler, R.D. « Periparturitional behavior of primiparous lowland gorilla ». *Primates* 15, n°1 (mars 1974): 55-73.

sur la potentialité du fœtus à interagir avec les sons après sa naissance[823]. C'est ainsi que la mère élève la voix lorsqu'elle communique avec son nourrisson. Ces conversations précoces arborent une place importante dans l'introduction du nouveau-né au sein de la société culturelle qui va désormais l'entourer. Appeler son nouveau-né par son prénom ou lui trouver des ressemblances avec d'autres membres de la famille c'est une manière d'identifier la place que le nouveau-né occupera désormais. Le temps des conversations varie selon le milieu socioculturel auquel appartiennent les parents[824].

263. Si elle intervient de manière plus anodine chez les hommes, l'odeur permet aux petits des mammifères non humains, notamment primates, de reconnaître à la fois leur environnement et leurs mères dont les mamelles dégagent de la phéromone. Toutefois, l'odeur particulière du colostrum constitue, autant chez les hommes que chez les mammifères, l'un des nombreux facteurs guidant le nouveau-né au sein de sa mère (notamment la légère différence de température avec la peau alentour)[825].

264. Indéniablement, le contact visuel est l'un des comportements fondateurs de l'attachement. S'il est sous le contrôle direct de l'enfant, il constitue une véritable attraction pour la mère. Lorsque l'un des deux partenaires est aveugle l'attachement serait moins rapide. Certaines études ont affirmé que la durée du contact visuel avait un impact sur la qualité de l'attachement[826]. Toutefois, le temps passé face-à-face entre une mère et son nouveau-né varie considérablement en fonction de leurs données socioculturelles et socio-économiques. Dès lors, les circonstances du travail et les conditions dans lesquelles s'est déroulé l'accouchement deviennent primordiales dans le développement optimal des premiers contacts visuels[827].

---

[823] Condon, W.S. et L.W. Sander. « Neonate movement is synchronised with adult speech: Interactional participation and language acquisition ». *Science* 183, n°4120 (11 janvier 1974): 99-101.
[824] Trevathan, W. R. (1983), *op.cit.*
[825] Pour de plus amples développements sur l'importance du colostrum, v. Odent, M. *Le bébé est un mammifère*. Editions L'Instant Présent, 2011, p.83 et s.
[826] Robson, K.S. « The role of eye-to-eye contact in maternal-infant attachment ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 8 (1967): 13-25 et Klaus, M.H. et J.H. Kennel. *Mother-infant Bonding*. St. Louis: MO:Mosby, (1976), *op.cit.*
[827] Trevathan, W.R. « Maternal en face orientation during the first hour after birth ». *American Journal of Orthopsychiatry* 53, n°1 (janvier 1983): 92-99.

L'étude de Wenda Trevathan a observé une moyenne de vingt-trois minutes de face-à-face entre une mère et son nouveau-né dans la première heure qui suivait l'accouchement[828]. Malgré les variations temporelles, l'exercice du face-à-face est universel. De manière générale, les mères qui ont passé le plus de temps en tête-à-tête avec leur enfant étaient celles qui entretenaient de bonnes relations avec le père et n'avaient pas reçu d'ocytocine artificielle.

2. Les actions hormonales

265. Parmi les changements biologiques observés dans la mise en place du *bonding*[829], deux hormones paraissent jouer un rôle non négligeable : l'ocytocine et la vasopressine[830].

Précédemment, nous avons noté que de l'ocytocine se libère pendant l'accouchement pour assurer les contractions utérines, nous avons également relevé qu'elle faisait de même, quelques instants plus tard, dès la première succion du mamelon par le nouveau-né[831]. L'ocytocine ainsi sécrétée pendant la lactation renforcerait le comportement maternel. En étudiant les zones d'activation du cerveau en lien avec l'amour maternel et l'amour romantique, des chercheurs ont constaté qu'elles correspondaient à des zones cérébrales riches en ocytocine et vasopressine[832]. De la même manière, « le système hormonal impliqué dans la gratification et la récompense interagisse également avec l'ocytocine et la vasopressine pour favoriser le *bonding* »[833]. En effet, répondre aux besoins de son enfant encourage la mère à renouveler les expériences plaisantes. Parallèlement, la sécrétion

---

[828] *Ibid.*
[829] Terme anglophone définissant la formation de liens affectifs et employé pour caractériser le lien d'une mère envers son enfant.
[830] La vasopressine est considéré comme la version « mâle » de l'ocytocine car dépendant essentiellement de la testostérone.
[831] *V. supra*, p.186 et s.
[832] Bartels, A. et S. Zeki. « The neural correlates of maternal and romantic love ». *NeuroImage* 21 (2004): 1155-166.
[833] Guédeney N, C. Lamas, V. Bekhechi, A. Mintz, et A. Guédeney. « Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère ». *Archives de Pédiatrie* 15, nº 6 (2008): S12-S19.

d'ocytocine permet la désactivation de certaines zones cérébrales associées à des émotions négatives telles que la colère, la peur, l'anxiété ou encore le jugement social[834].

266. Ainsi, les hormones contribuent-elles à un *stimulus* approprié, mais la manière dont la mère répond à ce signal dépend de son expérience de vie, du nombre d'enfants, de son état physique et peut être de la personnalité de son nourrisson et des autres *stimuli* environnementaux. Les opiacés naturels sont primordiaux dans le processus d'attachement. Or, certains facteurs empêchent la production normale et naturelle d'hormones comme la peur et l'anxiété lors du travail inhibant ainsi les contractions et intensifiant la douleur[835]. L'anxiété a également tendance à inhiber la production de prolactine et d'ocytocine ce qui a un impact fort sur la lactation et les plaisirs de l'allaitement. De l'ocytocine artificielle est disponible pour encourager l'expulsion du placenta et réduire les hémorragies postnatales, si bien qu'il ne devient plus nécessaire que le nouveau-né lèche le sein de sa mère afin de libérer de l'ocytocine naturelle. Des injections de Vitamine K sont alors fréquemment administrées lors des naissances en milieu hospitalier, si bien que l'enfant n'a pas nécessairement besoin d'ingérer le colostrum du sein de sa mère. Si la mise au sein n'est pas immédiatement réalisée à la naissance, des laits de substitution seront toujours disponibles.

267. L'ocytocine a ainsi la capacité de pouvoir gérer l'angoisse de la naissance et du *post-partum* qui, à défaut de quoi, pourrait venir fragiliser le *caregiving*. « Hormone de l'amour » ou « hormone de l'altruisme », l'ocytocine permet à la femme de s'oublier et de se rendre totalement disponible aux demandes de son enfant. Toutefois, cette capacité biologique est parfois soumise à de lourdes pressions environnementales (**II**).

---

[834] *Ibid.*
[835] Kimball, C.D. « Do endorphin residues of beta lipotropin in hormone reinforce reproductive functions? » *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 134, n°2 (15 mai 1979): 127-132.

II- Le maintien de liens dans la fragilité

268. Les difficultés à maintenir les liens entre une mère et son enfant tiennent en partie à l'intrusion du monde médicale dans le processus de la grossesse et de l'accouchement (**A**) mais également à la grande complexité psychologique du processus de *caregiving* (**B**).

A. Perspectives socio-médicales

269. Les interactions mère-enfant ont deux fonctions principales : d'une part, réduire la mortalité infantile et maternelle et, d'autre part, développer l'attachement. Aujourd'hui, la technologie a remplacé avec plus de succès les comportements naturels qui contribuaient à la survie. Depuis la période néolithique, mères et enfants ont sans doute été séparés lors de la période du postpartum pour éviter les investissements émotionnels d'une mère en un enfant qui va mourir ou être tué[836]. Ainsi, les bénéfices de l'interaction pour la réduction de la mortalité ont-ils été dépassés par les possibles conséquences négatives de la seconde fonction consistant à l'amélioration de l'attachement. Aujourd'hui peu importe ce qui se passe lors des premiers moments de l'attachement, les enfants survivent et tissent des liens sociaux acceptables, en grande majorité, au sein d'une culture dans laquelle ils ont appris. Les accouchements en milieu hospitalier sont assistés par du personnel qualifié et des machines modernes. Leur médicalisation permet aux femmes d'éviter les douleurs du travail et de l'accouchement. Pour des questions de survie, les enfants sont fréquemment placés en *nursery* sous monitoring pendant les premières heures du postpartum alors que leur mère retourne dans leur chambre. Plusieurs heures ou plusieurs jours après la naissance, mère et enfant sont enfin réunis et les mères doivent apprendre à interagir avec leur nourrisson. Les mères occidentales typiques nourrissent leur enfant au biberon et les font dormir dans une chambre à part. Ils sont nourris toutes les trois ou quatre heures et leurs pleurs entre les prises de lait sont

[836] Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.*

ignorés à moins que des suspicions de maladie existent. Des mobiles sont installés au-dessus de leur lit et les mobiles peuvent être accrochés à leur chaise. Ces enfants grandissent normalement pour devenir des adultes en relative bonne santé.

270. Toutefois, l'accouchement surmédicalisé met entre parenthèses les capacités des femmes à devenir mères : injection d'ocytocine artificielle, enfant lavé et enlevé à sa mère dans les premiers moments de sa naissance empêchant ainsi les premiers regards d'être échangés, l'allaitement est contrarié pour les raisons que nous avons déjà exposées, une péridurale qui rend l'enfant somnolent dont les manifestations classiques d'éveil sont absentes et qui, au surplus, ne tête pas bien, des taux de césarienne qui ne baissent pas… Dans la plupart des pays industrialisés, si le massage ne permet pas la stimulation de la respiration, les machines s'en occupent. De nombreuses huiles et crèmes industrielles remplacent le vernix qui humidifie la peau du nouveau-né et prévient la déshydratation. Si les bras de la mère ne gardent pas l'enfant au chaud, les appareils de chauffage le feront. Il y a beaucoup de jouets émettant des sons et musiques pour calmer les enfants s'ils n'entendent pas le son du cœur de leur mère. Très peu de ces substitutifs auraient fonctionné il y a des dizaines de milliers d'années. A cette période, les seuls enfants qui survivaient étaient ceux dont le lien avec leur mère commençait dès les premiers moments de la naissance et continuaient jusqu'à un âge où la nourriture, la protection et l'éducation pouvait être donnée par d'autres sources que celles maternelles. La sélection naturelle favorise les mécanismes, hormonaux et autres, qui assurent que chaque couple mère-enfant puisse avoir l'opportunité optimale d'enclencher le processus d'attachement, même lorsque l'enfant est encore *in utero.*

271. Depuis que les parents ont commencé à s'interroger sur l'impact que peuvent avoir les pratiques actuelles de naissance sur le développement de leurs enfants et sur leurs propres dommages émotionnels, se sont ajoutées à la survie et la santé de l'enfant, la socialisation de l'enfant afin qu'il puisse être économiquement indépendant à l'âge adulte et l'acquisition de valeurs culturelles comme la morale ou le prestige. Dans les pays où le taux de mortalité infantile est élevé, les parents favorisent la survie de l'enfant. Dans les pays comme le nôtre où la mortalité est faible, la survie est complètement acquise, la socialisation l'est presque.

Ainsi, la grande majorité de l'investissement parental se dirigerait-elle vers l'acquisition de valeurs[837] qui, par ailleurs, peut être influencée par le poids culturel et familial du milieu dont les parents sont issus. Dès lors, la mère va devoir compter sur son être social et culturel pour adopter son propre enfant avec le temps où les hormones de l'accouchement et de l'allaitement auraient donné le coup de foudre pour son nourrisson.

272. La première heure de la naissance a souvent été qualifiée de période critique, puis d'une période sensible pour, enfin, être considérée comme une période sans réelle importance. C'est à ce titre que les premières raisons qui ont été invoquées en faveur d'une séparation immédiate après la naissance étaient d'ordre médical mais les conséquences psychologiques et émotionnelles sont aujourd'hui devenues prépondérantes[838].

B- Perspectives psychologiques du lien mère-enfant (*Caregiving)*

273. Tout comme chez l'animal, les composants de l'attachement sont fragiles et il suffit d'une interférence environnementale nuisible pour que l'ensemble s'effondre. De nombreux troubles ont été répertoriés comme étant le fruit d'un attachement ainsi contrarié.

1. Les représentations cognito-émotionnelles

274. A notre sens, la complexité de l'établissement d'un lien dans la réciprocité des comportements réside essentiellement dans l'état de santé psychologique dans lequel la mère se trouve lors de sa grossesse et dès les premiers moments de la naissance. En effet, les représentations des femmes sur la manière dont elles entendent répondre aux besoins de leur

---

[837] Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.*
[838] Voir notamment : McBryde, A. « Compulsory rooming-in in the ward and private newborn service at Duke Hospital ». *Journal of the American Medical Association* 145, n°9 (mars 1951): 625-627.

enfant sont propres à chacune car elles-mêmes issues d'une construction psychique fondée sur une histoire d'attachement unique. Le *caregiving* est l'expression anglophone pour désigner cet aspect psychologique de l'établissement du lien mère-enfant. Il correspond à « l'ensemble des comportements au sens large organisés par un système de représentations qui permet au parent de répondre aux besoins d'attachement du bébé »[839]. La manière dont une femme réagit face à la grossesse et à son nouveau-né est le reflet de notre héritage humain évolutionniste, de sa constitution génétique, de sa propre naissance et précoce socialisation, des attitudes de la société face à la naissance et aux enfants, ses relations avec le père de l'enfant, le rôle accordé aux mères par la société et ses propres rêves et attentes[840]. De la même manière, les circonstances de la naissance et les heures qui l'ont suivie peuvent avoir de profonds effets sur chaque étape du développement d'un enfant, mais aussi sur la manière dont il va agir à la naissance de son propre enfant. Les fortes émotions présentes chez la mère immédiatement après la naissance et dans les premières heures qui la suivent jouent un rôle essentiel dans le développement du lien. Si bien que les évènements de la vie d'une mère peuvent affecter la qualité des interactions avec son enfant. Le soutien de la famille, des amis et des professionnels de santé ainsi qu'un environnement serein lors de la naissance contribuent au développement d'un fort attachement.

275. Par ailleurs, « le désir d'enfant, qui peut paraître la plus naturelle et la plus universelle des valeurs humaines, est en réalité un processus complexe où se retrouvent les souhaits conscients d'immortalité et d'identification aux parents qui nous ont précédés. A ces vœux conscients se combinent les représentations inconscientes et pour certaines transgénérationnelles de chacun des deux parents, tout spécialement de la mère, physiquement engagée dans le processus. La combinaison va se faire dans un processus d'organisation imprévisible par avance »[841]. Cette influence des imagos parentales[842], qui ne sont pas les parents réels, mais les parents traversés par les sentiments de l'enfant, la distinction entre le

---

[839] Guédeney N, C. Lamas, V. Bekhechi, A. Mintz, et A. Guedeney. « Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère ». *Archives de Pédiatrie* 15, nº 6 (2008): S12-S19.
[840] Trevathan, W.R. (2011), *op.cit.*
[841] Bydlowski, M. *Je rêve un enfant*. Odile Jacob, 2000.
[842] Expression empruntée à Marinopoulos Sophie et Nisand Israël (Marinopoulos, S. et I. Nisand, « 9 mois et cætera », Fayard, 2007).

« bébé image » et le « bébé réel » pourraient mettre en difficulté le lien jusque-là établi biologiquement si de tels sentiments se confondent[843]. Parallèlement à l'enfant fantasmatique, cohabite l'enfant mythique qui est l'enfant de notre culture à travers, notamment, les magazines pour parents. L'enfant fantasmatique qui ne correspondrait pas à cet enfant mythique pourrait entraîner l'impossibilité de tisser du lien. Ce bébé mythique serait alors en rivalité directe avec le bébé imaginaire. Selon Sophie Marinopoulos, définir l'instinct maternel comme un déclic ressenti par la femme à la naissance de son enfant la rendant immédiatement mère connaissant les gestes et les mots de l'amour maternel renverrait au diktat de la mère sans faille. Un tel positionnement rendrait impensable tout échec maternel. La femme ne deviendrait pas mère par un acquis indiscutable[844]. A notre sens, il s'agit avant tout d'un processus biologique qui, s'il n'est pas brisé par des interférences iatrogènes, permettra à toutes les femmes de vivre le bonding avec leur enfant. La psychanalyste ajoute que chaque naissance est une adoption qui ferait du « sentiment maternel chez les humains un corps-pensées pensant. La maternité n'est donc pas instinctive, mais historique »[845]. Lorsqu'une mère se retrouve face à certaines difficultés, notamment dès la maternité, la mère serait en proie à d'obsédants doutes sur sa capacité à répondre aux demandes de son nouveau-né. Or, réduire le lien maternel à sa dimension historique revient, selon nous, à nier l'ensemble des comportements éthologiques que nous avons pu constater dans la mise en œuvre du versant maternel[846] ainsi qu'à faire abstraction des conséquences dommageables d'un attachement contrarié.

---

[843] Le bébé image correspondrait à l'enfant attendu, imaginé par sa mère et avant toute chose ; ce serait l'enfant connu. Le bébé réel, quant à lui, ne correspondrait pas à l'imaginaire et deviendrait un bébé inconnu, un bébé étranger.
[844] Marinopoulos, S. et I. Nisand. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes*. Les liens qui libèrent, 2011.
[845] Marinopoulos, S. et I. Nisand, 2007, *op.cit.*, p.26.
[846] C'est notamment la principale critique qui peut être adressée à la position adoptée par certaines féministes. Ces dernières estiment que la notion d'instinct maternel est une construction socioculturelle visant à enfermer les femmes dans leurs rôles de mère (*V.* Badinter, E. (1980) et (2010), *op.cit.*).

2. Les troubles d'un attachement contrarié

276. La théorie de l'attachement a contribué à l'élaboration de protocoles permettant la validation d'hypothèses relevées dans le développement difficile de l'attachement chez certains enfants.

a. La *strange situation*. Dans la continuité des travaux de John Bowlby[847], Mary Ainsworth a établi un protocole, nommé *strange situation*, qui a permis de distinguer trois types d'attachement selon les réactions de l'enfant séparé de sa mère[848]. Ce protocole a, dans un premier temps, observé les réactions d'enfants âgés de douze mois, dans une séquence d'épisodes de trois minutes, face à des séparations et à des retrouvailles avec l'adulte qui est assimilé au dispensateur de soins, autrement dit la mère ou le père, ainsi qu'avec une personne jusque là inconnue, dans un lieu qui ne lui est pas familier…procédé qui peut poser, par ailleurs, quelques problèmes déontologiques. La catégorie la plus fréquente regroupe les enfants « sécure » qui protestent lors de la séparation et qui montrent leur plaisir au retour de l'adulte connu. Une seconde catégorie qui regroupe les enfants « insécure » est sous-divisée en deux sous-catégories : le groupe des « insécure-évitant » qui donnent l'apparence d'un sentiment d'indépendance et les enfants « insécure-résistant » qui, quant à eux, sont mal à l'aise du début à la fin de la séquence. Un quatrième groupe d'enfants sera ajouté par Mary Main en 1986 : les enfants « insécure-désorganisé » qui donnent le sentiment d'une désorganisation regroupant des conduites de chacun des groupes précédents, sans toutefois constituer une stratégie cohérente[849].

b. Les troubles consécutifs. Lorsqu'il est conseillé à une mère de laisser pleurer son enfant pleurer sous prétexte que la séparation future, nécessaire à son indépendance, sera d'autant plus difficile, il est totalement fait abstraction des conséquences que peut entraîner

---

[847] Pour une lecture approfondie de l'ensembles des références bibliographiques sur le sujet, *v.* Tereno S, I. Soares, et E. Martin. « La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique ». *Devenir* 19, n°2 (2007): 151-188 et Guédeney, N, C Lamas, V Bekhechi, A Mintz, et A Guédeney. (2008), *op.cit*.
[848] *V.* Ainsworth, M.D.S. « L'attachement mère-enfant ». *Enfance* 36, nº 1 (1983): 7-18.
[849] Main, M. « Categories of response to reunion with the parent at age of 6 : predictable from infant attachment classification and stable over one - month period ». *Developmental psychology* 24, n°3 (mai 1988): 415-426 ; « De l'attachement à la psychopathologie ». *Enfance* 51, nº 3 (1998): 13-27.

l'absence de « base de sécurité »[850]. Car, laisser pleurer son enfant à titre de mode éducatif présenterait le risque de pressions intracrâniennes et d'hémorragies cérébrales que peut entraîner cette « méthode du laisser pleurer » [851], s'ajoutent les conséquences néfastes sur le développement des poumons[852]. Plus le lien d'attachement est sécurisant, plus les enfants sont compétents intellectuellement et socialement, ce qui est moins fréquent chez les enfants dont l'attachement était anxieux[853]. De la même manière, lorsque la mère est distante et ne répond pas aux besoins de l'enfant, le risque que l'adulte devienne stressé et anxieux est plus grand[854] ; le même constat est apparu pour l'apparition de dépression chez l'adulte[855]. Les « attachements désorganisés et les expériences traumatiques précoces »[856] contribuent incontestablement à la formation de troubles dissociatifs de la personnalité tels que les troubles de mémoire ou de dépersonnalisation[857].

277. En définitive, les sociétés dans lesquelles les mères sont le plus proches de leur enfant sont des sociétés plutôt pacifistes. A l'inverse, les pays qui prônent la mise à distance de la mère et de son enfant auraient une criminalité plus significative. Après avoir comparé quarante-neuf « cultures primitives » et occidentales, J.W. Prescott est arrivé aux mêmes conclusions mais en précisant que les violences et abus sexuels étaient plus élevés dans nos sociétés qui pratiquent la méthode de *distal mothering*[858]. Face à l'ensemble de ces

---

[850] *Ibid.*

[851] Hayden, C.K. « Subependymal germinal matrix hemorrhage in full term neonates ». *Pediatrics*, nº. 75 (1985): 714-718 et Brazy, J.E. « Effects of crying on cerebral blood volume and cytochrome ». *J. Pediatr* 112, n°3 (mars 1988): 457-461.

[852] Klaus, M.H. « Lung volume in the newborn infant ». *Pediatrics* 30, n°1 (1 juillet 1963): 111-116.

[853] Goldberg, S. « Attachment in infants at risk : theory, research and practice ». *Infants and Young Children* 2, nº 4 (1990): 11-20.

[854] De manière générale, lorsqu'une séparation avec la mère se fait trop importante, lorsque les figures maternelles se suivent ou lorsque l'apport des soins n'est pas de bonne qualité, des comportements antisociaux peuvent apparaître si ces insuffisances ont eu lieu au cours de la période critique de l'enfance (*V.* Phélip, J. (2006), *op.cit.*).

[855] Hall L.A, A.R. Peden, M.K. Rayens, et L.H. Beebe. « Parental bonding: a key factor for mental health of college women ». *Issues Ment. Health Nurs.* 25, nº 3 (avril-mai 2004): 277-291.

[856] Phélip, J. (2006), *op.cit.*

[857] Zanarini M.C, J.G. Gunderson, M.F. Marino, et E.O. Schwartz. « Childhood experiences of borderline patients ». *Compr Psychiatry* 30, n°1 (janvier-février 1989): 18-25 ; Liotti, G. « Understanding the dissociative processes : The contribution of attachment theory ». *Psychoanalytic Inquiry* 19 (1999): 757-783. *V. infra* nos propos sur les troubles dissociatifs, p.503 et s.

[858] Prescott, J.W. « Early Somatosensory Deprivation as on Ontogenetic Process in Abnormal Development of the Brain and Behaviour ». Medical Primatology (ed. by I.E. Goldsmith and Moor-Jankowski, Eds) Karger S., Base, New York, 1971.

observations sur l'établissement et le maintien du lien réciproque entre une mère et son enfant, nous nous interrogeons sur leurs liens avec notre sujet. Les femmes néonaticides sont-elles empreintes d'un système défaillant en matière d'attachement ? Seraient-elles la preuve que l'instinct maternel est bien moins inné qu'un phénomène d'adaptation ? Les puissants motifs biologiques suffisent-ils à faire de toutes les femmes des mères aimantes et attentionnées ? Néanmoins, venir au soutien de l'ensemble des ces éléments biologiques nécessaires est une prévention particulièrement utile contre la négligence, la distance ou la maltraitance de certaines mères à l'égard de leurs enfants. Certaines préfèrent un enfant à un autre, se choisissent des souffre-douleur et certaines commettent l'infanticide. Dans beaucoup de sociétés primitives, c'est une pratique courante lorsque l'enfant est handicapé. Dans l'Antiquité, tout comme en Asie encore aujourd'hui, l'infanticide des petites filles a été pratiqué de façon massive. L'évolution de la médecine dans le suivi des grossesses, notamment au travers de l'imagerie médicale, a paradoxalement conduit à l'émergence du foeticide en Chine[859]. L'échographie permettant de connaître dès le cinquième mois de grossesse le sexe de l'enfant attendu, emporte également certitude de l'issue à donner à la grossesse si l'enfant à naître s'avère être de sexe féminin.

278. Les liens qui unissent une mère et son enfant opèrent une série continue de détonateurs qui peuvent, ou non, s'amorcer selon les circonstances et les réactions de son entourage : « au lieu des vieilles dichotomies entre nature et culture, il faut s'intéresser aux interactions complexes entre gènes, tissus, glandes, expériences passées et signes de l'environnement, y compris les signaux sensoriels lancés par les nourrissons et les individus proches »[860]. Dans les situations de néonaticide, l'aspect *caregvinig* du lien est, par définition, totalement absent car impossible. Les représentations maternelles n'ont pas permis l'établissement d'un lien affectif malgré la possibilité d'un *bonding* extrêmement fort du à la clandestinité de l'accouchement.

---

[859] *V.* Attané, I. *Une Chine sans femmes ?* Librairie Académique Perrin, 2005.
[860] Blaffer Hrdy, S. (2002), *op.cit*, p.105.

DEUXIEME PARTIE : L'INTENTION : UNE CONDITION DISCUTABLE

279. L'ensemble des développements précédents a mis en évidence une sorte de *continuum* dans les « ratés » de l'attachement et des processus naturels de l'accouchement du fait du contexte social, médical et psychologique. La dimension biologique de la maternité nous a conduit à nuancer la magie de la naissance notamment en raison du fragile cocktail hormonal qui peut conduire dans les cas les plus extrêmes à la mort du nouveau-né.

280. Dès lors, nous ne pouvons pas passer outre les interrogations que soulève indéniablement le néonaticide sur la notion d'intention. En effet, pour que le crime de meurtre sur mineur de quinze soit constitué, la condition préalable d'autrui doit être complétée par un élément intentionnel. Toutefois, l'intention juridique exigée par le droit est-elle synonyme d'intention psychique ? Est-elle adaptée au crime bien spécifique du néonaticide ? Le déni de grossesse s'invitant depuis quelques années dans les Cours d'assises (**Titre 1**), le traitement pénal des meurtres de nouveau-nés nous interroge sur l'application juridique de l'intention à des situations qui feraient davantage appel à une nuance intentionnelle (**Titre 2**).

TITRE 1 : DE L'INTENTION DANS LES REPRESENTATIONS

281. L'application parfois très théorique du droit de l'intention nous a conduit à constater l'impuissance du monde judiciaire à adapter certaines de ses règles à des hypothèses qui semblent « hors-cadre » (**Chapitre 1**). A notre sens, cette insuffisance s'est consolidée par l'émergence du déni de grossesse et, de manière générale, de la psychologie mais aussi de la biologie de la maternité, dans l'enceinte des Cours d'assises (**Chapitre 2**). En effet, comment concilier une pratique judiciaire adaptée en termes de réponse pénale et une théorie juridique restrictive lorsque les règles qui les régissent ne permettent pas l'insertion de nouveaux éléments dans une approche réelle du crime de néonaticide ?

CHAPITRE 1 : L'OBJECTIVITE DE L'INTENTION JURIDIQUE

282. Les femmes néonaticides avaient-elles l'intention de donner la mort à leur enfant nouveau-né ?

283. L'acte néonaticide témoigne de très grandes souffrances et d'immenses désarrois psychiques chez les femmes qui le commettent, « mais le manquement à la loi commune que constitue le crime peut-il être admis du seul fait de ces souffrances et désarrois » [861]? La doctrine juridique traditionnelle reste négative à ce sujet. Cette position, qui a été explicitement décrite par la Cour d'appel de Nancy à la fin du XIXème siècle[862], se justifiait par la simple raison que le désordre personnel n'excusait pas le crime et que l'intention de tuer découlait des faits eux-mêmes. Il s'agissait, en l'espèce, d'une jeune fille, catholique de surcroît, qui avait jeté un jupon sur son enfant nouveau-né pour que sa famille, à laquelle elle était très attachée, ne l'entendît pas puis l'avait étouffé de ses propres mains. La crainte du mépris public l'avait poussée à commettre ce crime, mais les motifs invoqués par l'accusée ne pouvaient enlever à l'acte son caractère volontaire puisque « la volonté se détermine et ne se meut que par l'effet de l'impulsion des motifs qui agissent sur elle ». L'enchaînement logique des faits néonaticides (absence de révélation de la grossesse, précautions prises pour que l'enfant ne soit pas entendu et actes positifs) établit leur caractère volontaire dès lors qu'au travers de cet enchaînement « on n'aperçoit aucun symptôme, aucun indice de nature à faire soupçonner l'altération ou l'absence de volonté »[863]. Cet arrêt, qui date pourtant de la fin du XIXème siècle, reste contemporain sur la manière dont le droit criminel se saisit du caractère volontaire de l'acte néonaticide au XXIème siècle. Nonobstant l'amélioration des conditions de vie et de la situation socio-économique des femmes infanticides, pour ne plus figurer dans les causes premières de l'acte infanticidaire, la qualification pénale d'infanticide devenue aujourd'hui celle de l'homicide volontaire sur mineur de quinze ans est révélatrice de la difficulté à juger l'impensable.

---

[861] Schaffhauser, D. « Un crime sans nom », *Enfances et Psy* 3, n°44 (2009) : 75-83.
[862] CA Nancy, 29 juillet 1846 : *S.* 2 (1848) : 18.
[863] *Ibid.*

284. La position actuelle du droit quant à l'élément intentionnel de l'infraction de meurtre est ancrée dans la construction historique et objective de la notion de faute (**Section 1**). Toutefois, ce fondement objectif est aujourd'hui mis à mal par les spécificités du meurtre du nouveau-né. La disparition des mauvaises conditions de vie des accusées ne permet plus de justifier l'intention sur une analyse objective des actes matériels de l'infraction, une approche plus subjective de l'intention criminelle dans l'acte spécifique du néonaticide apparaît, dès lors, de plus en plus nécessaire que ce soit au service de l'économie pénale ou de la justesse de la qualification juridique (**Section 2**).

Section 1 : L'approche théorique de l'intention

285. En l'absence d'incrimination précise réprimant le crime de néonaticide, nous sommes contraint de l'analyser sous l'angle intentionnel de la qualification d'homicide volontaire sur un mineur de quinze ans. Jusqu'en 1994, date de suppression du crime d'infanticide, le Code pénal ne consacrait aucun texte à l'intention, si bien que seules les théories doctrinales permettaient d'établir une définition plus précise de la notion. Cette dernière était déduite des termes utilisés par le législateur dans la définition de certaines infractions, tels que « volontairement », « frauduleusement », « sciemment », « par maladresse ou imprudence ». Dès lors, l'infraction était considérée comme pleinement constituée même en dehors de la faute intentionnelle ou de la négligence. Cette théorie de la culpabilité a été reprise par le législateur dans le Code pénal de 1994, opérant ainsi la distinction entre les infractions intentionnelles et non intentionnelles (**I**). Toutefois, le laconisme législatif quant à la définition de l'intention conduit, une fois de plus, la doctrine à en dessiner les contours (**II**).

I- Les composantes de l'intention

286. L'incrimination d'homicide volontaire exige que l'auteur ait volontairement donné la mort à autrui[864]. D'une manière générale, l'absence de précision quant au contenu de l'intention a, dans un premier temps, laissé libre cours aux théories doctrinales (**A**). Dans un second temps, le législateur, inspiré par les écrits et la jurisprudence, inséra dans le Code pénal de 1994 un article121-3, tout aussi laconique que le silence entretenu pendant des décennies (**B**), énonçant qu' « il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre ».

[864] Crim.8 janvier 1991 : Bull.crim., n°14 ; Croisier-Nérac, R. « Il n'y a coups mortels que si la mort est la conséquence des violences exercées et non d'une cause étrangère : défaillance d'un appareil de réanimation ». *D.*(1992) : 115 ; Levasseur, G. *RSC* (1991) : 760 et (1992) : 748.

A- Les composantes de l'intention

287. L'intention, entendue comme « la direction de la volonté vers l'action ou l'action incriminée »[865] ou comme « la volonté de l'agent de commettre le délit tel qu'il est déterminé par la loi (…), la conscience, chez le coupable, d'enfreindre les prohibitions légales (qu'il est toujours réputé connaître) »[866] révèle deux principales composantes : la conscience et la volonté infractionnelles[867].

1. La conscience infractionnelle

288. La conscience infractionnelle réside dans la conscience qu'a l'agent de commettre des faits sujets à incrimination. Pour cela, il faut que « l'agent se représente concrètement les faits tels qu'ils sont abstraitement décrits par la loi »[868]. En application de l'adage « nul n'est censé ignorer la loi », corollaire du principe de la légalité des délits et des peines[869], il est présumé que l'agent a eu conscience de l'illicéité de son acte, qu'il avait conscience de transgresser la loi pénale, quand bien même il n'en aurait pas eu connaissance. Cette présomption de connaissance de la loi oblige la partie poursuivante d'apporter la preuve que l'agent avait connaissance de l'interdit. Cette difficulté a conduit certains auteurs à considérer que « toute ignorance établie sur ce plan ne peut que faire échec à la culpabilité »[870]. D'autant plus que l'inflation législative que connaît le droit français rend le principe très sévère[871]. En définitive, la conscience de l'illicéité tout en présumant que l'auteur avait connaissance de la loi rend

---

[865] Garraud, R. « Traité théorique et pratique du droit pénal français ». *Sirey*, n°287 (1913-1935).
[866] Garçon, E. « Code pénal annoté ». *Sirey* art.1, n°77 (1952-1959).
[867] Merle, R. et A. Vitu. « Traité de droit criminel ». 579. Cujas, 1997. *V. également* Maréchal, J.-Y. « Elément moral de l'infraction ». *JCl.pén.* Fasc.20, art.121-3 (2010).
[868] Maréchal, J.-Y. (2010), *ibid.*
[869] Art.111-3 CP : « Nul ne peut être puni pour un crime ou pour un délit dont les éléments ne sont pas définis par la loi, ou pour une contravention dont les éléments ne sont pas définis par le règlement.
Nul ne peut être puni d'une peine qui n'est pas prévue par la loi, si l'infraction est un crime ou un délit, ou par le règlement, si l'infraction est une contravention ». *V. not.* Giudicelli, A. « Le principe de la légalité en droit pénal français ». *RSC* (2007): 509.
[870] Mayaud, Y. *Droit pénal général*. 2e éd. PUF, 2007, n°236.
[871] D'où la naissance de l'erreur de droit au titre des causes subjectives de non-responsabilité.

plus difficile la distinction établie par le législateur entre infractions intentionnelles et celles qui ne le sont pas. En effet, cela revient à imposer une condition supplémentaire : la conscience de l'illicéité de l'acte. Ce point faible de la composante a poussé certains à proposer une intention davantage fondée sur la volonté de porter atteinte à une valeur sociale, définition qui permettrait ainsi d'éliminer la condition exigeante de la conscience de l'illicéité[872]. Certains auteurs nuancent parfois cette proposition, estimant que l'agent ne peut avoir conscience de violer une valeur sociale que si cette dernière est insérée dans un texte juridique[873]. Fort heureusement, toutes les valeurs sociales n'ont pas à faire l'objet d'une protection systématique de la part du législateur. L'existence d'une volonté infractionnelle est donc nécessaire, car l'intention, entendue comme la conscience de l'illicéité d'un acte, ne peut être réduite à la seule connaissance de l'élément légal de l'infraction.

2. La volonté infractionnelle

289. Fondée sur la démonstration que l'agent avait la volonté de commettre l'infraction, la volonté infractionnelle suppose la volonté du comportement, indissociable de celle du résultat[874].

a. La volonté du comportement et du résultat. La volonté du résultat ne peut être abordée sans transiter par celle du comportement, c'est-à-dire par « la détermination orientée vers le résultat à atteindre, par le choix délibéré de moyens à même d'y parvenir »[875]. Le comportement de l'agent doit être en adéquation avec le résultat escompté pour que l'intention coupable soit retenue ; il doit adapter son comportement en fonction du résultat qu'il souhaite atteindre. L'*animus necandi* serait alors l'aboutissement d'une double volonté : celle à la fois du comportement et du résultat : « il ne suffit pas d'avoir la volonté du coup

---

[872] Dana, A.C. *Essai sur la notion d'infraction pénale*. Paris: LGDJ, 1982, n°475.
[873] Maréchal, J.-Y. (2010), *op.cit.*
[874] Mayaud, Y. « La volonté à la lumière du nouveau Code pénal », *Mélanges Larguier : Presses universitaires de Grenoble,* 1993, n°238 à 240 et *Rép.pén.*, février 2006.
[875] *Ibid*.

porté, il faut également celle du résultat inhérent à ce coup et donc vouloir l'atteinte à la vie de la victime »[876]. Dans un arrêt du 2 octobre 1996[877], la chambre criminelle a reproché aux juges du fond de ne pas avoir suffisamment établi la volonté du comportement. L'issue tragique d'un simple conflit de voisinage a amené la justice à se pencher sur les problèmes de qualification qui existent très fréquemment à propos du caractère volontaire ou involontaire des violences mortelles pour enfin apporter une contribution intéressante à la théorie de l'intention. Demandant à son voisin de baisser le son de la musique, Charles X est rapidement rejoint par son fils armé d'une carabine. Les choses s'enveniment très rapidement et, parmi toute cette agitation, un premier coup de feu est accidentellement tiré. Puis, alors que le père de l'agresseur tente de désarmer son fils, un second coup de feu est tiré touchant mortellement un invité. Le père et son fils sont alors poursuivis pour homicide involontaire devant le tribunal correctionnel après que les juges aient écarté l'exception d'incompétence soulevée par les parties civiles qui estiment que l'intention homicide était, en l'espèce, caractérisée. Le Ministère public et les parties civiles font appel de la décision et sont suivis par la Cour d'appel d'Aix-en-Provence qui accueillent leur demande en considérant que la version des faits selon laquelle le coup mortel serait partie au cours d'une manipulation de l'arme indépendamment de toute intention de mort « n'emportait pas sa conviction ». Sur pourvoi des accusés, la chambre criminelle prend clairement position en reprochant aux juges du fond « qu'en se déterminant par ce seul motif, sans s'expliquer sur le caractère volontaire de l'acte de tirer avec l'arme à feu sur la victime, lequel constituerait une présomption sérieuse d'un fait criminel, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision ». Au travers de cet attendu dans lequel elle s'abstient de trancher sur la qualification à retenir, la chambre criminelle reconnait qu'un coup mortel, même volontaire, peut ne pas être intentionnel. L'action de tirer peut être volontaire et la volonté de donner la mort parallèlement défaillante. Dès lors, la Cour de cassation distingue, à partir d'un acte mortel de violence, entre la volonté de l'acte et l'intention du résultat, entre la volonté du coup et l'*animus necandi*. Selon elle, c'est d'abord sur l'action à l'origine de l'atteinte à la vie que s'apprécie la volonté et, ce n'est que dans un second temps, une fois celle-ci bien établie, que l'intention du résultat doit être

[876] *Ibid*, n°240.
[877] Crim.02 octobre 1996 : *Bull.crim.* 1996, n°342, p.1014 ; Mayaud, Y. *RSC* (1997): 108.

utilement recherchée[878]. Une fois la volonté du comportement établie, l'analyse de la volonté du résultat peut être à son tour réalisée.

b. Les limites de la distinction. En cas de résultat mortel, les difficultés d'ordre juridique peuvent apparaître. En effet, l'ensemble des atteintes à l'intégrité corporelle relève d'une présomption d'intention correspondant au dommage réalisé et notamment au regard du nombre de jours d'interruption totale de travail prescrit dans le domaine des violences volontaires. En revanche, lorsqu'il s'agit de la mort d'une personne, deux attitudes peuvent être adoptées : soit les juges estiment que le décès n'est que le résultat d'une détermination certaine et l'action sera alors synonyme d'intentionnalité et pourra recevoir la qualification de meurtre ; soit ils estiment, à l'inverse, qu'elle n'est que la conséquence fâcheuse et incontrôlée du comportement volontaire de l'agent et l'infraction alors entendue comme *praeter* intentionnelle recevra la qualification pénale de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner. « N'est meurtrier que celui qui, par les violences qu'il exerce, adhère psychologiquement aux conséquences qu'elles vont générer, pour les rechercher et les vouloir dans leur effectivité », c'est « la clef de la qualification »[879]. Par l'effet de la loi du 10 juillet 2000, force est de constater que la volonté n'est aucunement absente de l'homicide involontaire, tout n'est qu'une histoire de sémantique. En effet, cette loi a permis l'élaboration d'une trilogie dans les fautes pénales d'imprudence : la faute simple, la faute caractérisée et la faute délibérée. Cette dernière « fait entrer la volonté dans la non-intention »[880] : ce qui est délibéré ne peut être que volontaire et, par voie de conséquence, la volonté reste éloignée de la notion d'intention ; volonté et intention ne sont pas synonymes. Malgré sa gravité, la faute délibérée ne franchit pas le seuil de l'intention, étant seulement associée au comportement et non au résultat ; la volonté n'est pas psychologiquement orientée vers la mort, elle reste rivée au seul comportement. « La faute délibérée n'est rien d'autre qu'une attitude volontaire dans une conduite négligente ; elle est la part du vouloir dans l'imprudence »[881]. Dès lors,

---

[878] A cet égard, la chambre criminelle, dans un arrêt du 19 février 1997 (*Gaz.Pal.* 1 (1997): 115), a rendu compte de l'ordre des questions qui devaient être posées aux jurés d'assises qui ont à juger de violences mortelles :
1° l'accusé est-il coupable d'avoir volontairement exercé des violences sur la personne de la victime ?
2° les violences ont-elles occasionné la mort de celle-ci ?
3° l'accusé avait-il l'intention de donner la mort à ladite victime ?
[879] Mayaud, Y. (2006), *op.cit.*
[880] *Ibid.*
[881] *Ibid.*

l'intention commence là où la volonté du résultat apparaît. C'est toute la distinction des infractions intentionnelles de celles qui ne le sont pas.

290. Ainsi, l'absence de volonté du résultat conduit-elle à une qualification d'infraction non intentionnelle alors que les infractions intentionnelles doivent réunir volonté du comportement et volonté du résultat. Cette obligation d'indissociabilité n'est pas négligeable quant au choix des qualifications pénales en termes de meurtre de nouveau-né. Lorsqu'une femme, qu'elle ait ou non dissimulé sa grossesse, accouche clandestinement dans ses toilettes et incapable de réactions, laisse son enfant ainsi, il n'est pas rare[882] qu'elle soit condamnée du

---

[882] Sur un total de 20 condamnations, quatre femmes ont été condamnées par les instances judiciaires du chef d'infractions non intentionnelles : une pour délaissement de mineur ayant entraîné la mort (« Quinze ans de réclusion pour une mère accusée d'avoir laissé mourir ses nouveaux-nés ». *EasyDroit.fr*, article paru le 8 juin 2010 et consulté le 10 juin 2010 ; « Riom : une mère infanticide jugée en appel ». *Europe1.fr*, article paru le 24 mars 2011 et consulté le 18 août 2011sur : http://www.europe1.fr/Faits-divers/Riom-une-mere-infanticide-jugee-en-appel-469561/ ; « Double infanticide à Montluçon : la mère condamnée à 8 ans en appel ». *www.lamontagne.fr*, article paru le 26 mars 2011 et consulté le 18 août 2011 sur : http://www.lamontagne.fr/editions_locales/riom/double_infanticide_a_montlucon_la_mere_condamnee_a_8_ans_en_appel_direct_termine_@CARGNjFdJSsBExwBBB8-.html), une seconde pour homicide involontaire et deux pour violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner (« Infanticide et non déni de grossesse ». *france3.fr*, article paru le 24 novembre 2010 et consulté le 18 août 2011 sur : http://picardie.france3.fr/info/infanticide-et-non-deni-de-grossesse-65984224.html ; « La jeune maman condamnée à 5 ans de prison ». *fmcradio*, article paru et consulté le 24 novembre 2010 sur : http://www.fmcradio.info/index.php?dd1=6&news=14312 ; « Acquittement d'une mère poursuivie pour infanticide à Toulouse ». *LeParisien.fr*, article paru et consulté le 27 octobre 2010 ; « Acquittement d'une mère poursuivie pour infanticide à Toulouse ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 27 octobre 2010). De la même manière, sur un échantillon de 31 dossiers, cinq femmes ont été initialement renvoyées du chef d'infractions non intentionnelles : une pour délaissement de mineur ayant entraîné la mort (« Le corps d'un bébé retrouvédans un congélateur à Metz ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 20 mai 2009 ; « Bébé retrouvé dans un congélateur. La mère mise en examen ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 21 mai 2009), une seconde pour homicide involontaire, une pour violences sur un mineur de quinze ayant entraîné la mort sans intention de la donner (« Infanticide et non déni de grossesse ». *france3.fr*, article paru le 24 novembre 2010 et consulté le 18 août 2011 sur : http://picardie.france3.fr/info/infanticide-et-non-deni-de-grossesse-65984224.html ; « La jeune maman condamnée à 5 ans de prison ». *fmcradio*, article paru le 24 novembre 2010 et consulté le 18 août 2011 sur : http://www.fmcradio.info/index.php?dd1=6&news=14312) et enfin, deux femmes ont été renvoyées du chef de privation de soins suivie de mort (« Assises du Bas-Rhin : un déni total de grossesse ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 15 décembre 2009 sur : http://www.lalsace.fr/fr/offresemploi/article/2471800/Assises-du-Bas-Rhin-un-deni-total-de-grossesse.html ; « Assises du Bas-Rhin : sursis requis pour l'accusée ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 16 décembre 2009 sur : http://www.lalsace.fr/actualite/2009/12/16/assises-du-bas-rhin-sursis-requis-pour-l-accusee ; « Déni de grossesse : Valérie Goeller acquittée à Strasbourg ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 16 décembre 2009 sur : http://www.lalsace.fr/actualite/2009/12/16/deni-de-grossesse-valerie-goeller-acquittee-a-strasbourg ; « Un infanticide jugé aux assises ». *Le Figaro - Flash actu*, article paru et consulté le 14 décembre 2009 sur : http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2009/12/14/01011-20091214FILWWW00498-un-infanticide-juge-aux-assises.php ; « Le procès de Virginie Labrosse entre crime et déni ». *La Savoie*, article paru et consulté le 15 octobre 2010 ; « Savoie : une mère infanticide aux assises ». *TF1 News*, article paru et consulté le 17 octobre 2010.
Une autre étude parue en février 2011 fait état de résultats silmlilaires : sur 34 dossiers, neuf d'entre eux ont conduit à neuf condamnations pour des faits non intentionnels (une pour homicide involontaire, une pour des

chef de privation de soins (art.224-2 CP) et de violences (art.222-7 CP) ayant entraîné la mort sans intention de la donner, d'homicide involontaire (art.221-6 CP) ou de délaissement de mineur (art.227-2 CP). Le point commun de toutes ces hypothèses réside dans l'impossibilité d'établir la volonté du résultat.

Par ailleurs, dans notre hypothèse singulière d'homicide involontaire, le Tribunal correctionnel a considéré que l'absence de suivi médical devait être entendue comme une volonté du comportement susceptible de sanction pénale au titre des infractions non intentionnelles : « attendu qu'elle est prévenue d'avoir à (…), en tous cas sur le territoire national, le 1er avril 1999 et depuis temps non couvert par la prescription, par maladresse, imprudence, inattention ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, involontairement causé la mort d'un enfant nouveau-né non dénommé, en l'espèce en ne prenant pas les précautions nécessaires au suivi de sa grossesse et aux conditions de son accouchement »[883]. Si ce montage juridique était en réalité le fruit d'un accord entre les parties pour éviter à l'accusée le renvoi devant une cour d'assises, qu'est-ce qui, dans cette hypothèse, caractérise la volonté du comportement ? Il paraît difficilement acceptable que l'absence de déclaration publique de grossesse constitue la volonté du comportement. En effet, nous nous refusons de voir dans l'absence de déclaration et de suivi de la grossesse la traduction d'un comportement maladroit, imprudent, négligent ou contraire à une obligation de sécurité ou de prudence, tel qu'il est exigé par l'aticle 221-6 du Code pénal. A notre sens, raisonner de la sorte aggraverait l'idée très forte selon laquelle il est particulièrement et culturellement irresponsable de mener à terme une grossesse sans en avoir déclaré l'existence et de surcroît, sans l'avoir faite suivre par le corps médical. Les dispositions non répressives des articles D532-1 et suivants relatifs à la déclaration de grossesse attestent de la réalité de ce constat : « une déclaration de grossesse *doit* être adressée par l'allocataire dans les quatorze premières semaines de la grossesse », à défaut de quoi les

---

violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, trois pour non-assistance à personne en danger, trois pour privation de soins suivie de mort et enfin une pour délaissement de mineur ayant entraîné la mort) (Tursz A, L. Simmat-Durand, P. Gerbouin-Rérolle, N. Vellut, et J. Cook. *Les morts violentes de nourrissons: trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. Implications pour la prévention*. Inserm-CNRS, février 2011, p.65).

[883] Dossier que nous avons pu consulter sur autorisation du conseil de l'accusée et auprès duquel nous nous sommes engagés à ne pas divulguer les circonstances de lieu et d'état civil.

femmes enceintes ne peuvent bénéficier de la prise en charge financière du suivi de leur grossesse.

De la même manière, retenir la qualification d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans, en l'absence d'actes positifs, à l'égard d'une femme qui n'a pas déclaré sa grossesse et qui s'est comportée comme si elle ne l'avait jamais été, c'est aussi commettre l'erreur qu'un tel comportement puisse emporter valeur de volonté du résultat, en l'espèce la mort de l'enfant nouveau-né. Très certainement, cette volonté du comportement doit davantage correspondre, dans le meurtre, aux actes positifs commis ; ce qui revient, par ailleurs, à attribuer aux faits matériels la valeur de volonté comportementale. Or, l'incrimination d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans suppose la réunion d'une volonté de comportement et de résultat. En d'autres termes, la femme néonaticide doit, tout d'abord, avoir été consciente de son comportement, propre à atteindre la mort de son enfant nouveau-né par une volonté du résultat homicide. La volonté du comportement pourrait ainsi recouvrir les situations où les femmes néonaticides ont apposé par exemple leur main sur les voies respiratoires de leur enfant ou l'ont directement placé dans un sac plastique, auxquels cas la volonté du résultat serait directement liée à celle du comportement. Il faut, toutefois, se mettre en garde de ne pas y voir un lien systématique. En effet, mettre la main sur les voies respiratoires d'un enfant peut certes, mettre en lumière une volonté de lui donner la mort, mais il peut également constituer une manière de faire taire les cris de l'enfant.

B- Les conceptions de l'infraction

291. La responsabilité pénale, à la différence de la responsabilité civile qui est une responsabilité objective attachée au fait commis, est en théorie une responsabilité subjective appréciée par référence à l'auteur de l'acte. La responsabilité pénale a un fondement moral dont l'imputabilité rend compte. La culpabilité, quant à elle, suppose la commission d'une faute dans laquelle on s'attache à reconnaître notamment l'élément moral de l'infraction ; faute qui peut être intentionnelle ou non intentionnelle. Toutefois, l'existence de l'élément matériel de l'infraction doit être doublée de l'appréciation d'un facteur psychologique, éminemment rattaché au sujet. Le comportement répréhensible adopté par l'agent doit

pouvoir lui être reproché ; c'est parce qu'il a transgressé un texte incriminateur, une règle établie pour le bon fonctionnement de la société, qu'il devra répondre de cet acte antisocial. Cette répression ne saura possible qu'à la condition que l'acte puisse lui être imputé. Si la culpabilité s'analyse en un rapport entre le sujet et l'acte commis, l'imputabilité est une notion extérieure à la faute, elle relève du sujet lui-même. Il s'agit là de ne pas réduire l'agent coupable aux seuls actes commis. Sans être rattachée à la faute, l'imputabilité conditionnera les conséquences de celle-ci pour l'agent car elle sera prise en compte au moment d'apprécier sa responsabilité pénale.

1. La conception matérielle de l'infraction

292. Lorsque le législateur a introduit au sein du nouveau Code pénal de 1994 l'article 121-3, il n'a aucunement précisé les contours de l'intention, si bien que la chambre criminelle use fréquemment de la formule suivante pour la caractériser : « la seule constatation de la violation en connaissance de cause d'une prescription légale ou réglementaire implique de la part de son auteur l'intention coupable exigée par l'article 121-3, al.1er du code pénale »[884]. En matière de meurtre, la chambre criminelle a pu déduire l'intention coupable notamment à partir de la nature de l'arme utilisée pour réaliser l'infraction[885] ou encore de la partie du corps qui a été visée ou de la profondeur des coups portés à la victime[886]. Toutefois, une partie de la doctrine voit en cette définition minimaliste de l'intention une présomption qui dispense le juge de dire comment il a déduit l'intention coupable. En effet, c'est en principe à la partie poursuivante d'établir les éléments de l'infraction et par voie de conséquence l'intention. Dans certains cas, la preuve est facilitée par la nature même des actes réalisés ; la volonté de

---

[884] Crim.8 juin 1995, Bull.crim. 1995, n°211 ; Crim.30 octobre 1995, Bull.crim. 1995, n°335 ; Crim.25 janvier 1996, Bull.crim. 1996, n°50 ; Crim.10 octobre 1996, Bull.crim. 1996, n°358 ; Crim.4 décembre 1996 ; Crim.03 mars 1998, Bull.crim. 1998, n°81 ; Crim.28 juin 2005, Bull.crim. 2005, n°196 : Fardoux, O. « Erreur de droit et intention délictueuse ». *D* (2006): 561 ; Crim.27 septembre 2005 : Martinon, A. *JCP, entreprise* (2006): 1469 ; Crim.22 mars 2006, Bull.crim. 2006, n°85 ; Crim.17 juin 2008, Bull.crim. 2008, n°155 ; Crim.15 décembre 2009 : Robert, J.-H. « Rien, en jurisprudence, n'est jamais acquis ». *Dr.pén.* comm.41 (2010) ; Eréséo, N. et J. Lasser Capdeville. « Le délit de pratiques commerciales trompeuses est une infraction intentionnelle ». *AJPénal* (2010): 73.
[885] Crim.18 juin 1991 : Levasseur, G. *RSC* (1992): 73.
[886] Crim.09 janvier 1990, Bull.crim. 1990, n°15.

réaliser l'infraction devient alors indissociable de sa matérialisation. Dans les cas où les actes ne permettent pas de prouver l'intention, la preuve se fera par présomptions ; si bien que dans certaines espèces l'intention homicide ne reposera que sur des présomptions. Même si pour certains[887], cette critique apparaît quelque peu excessive en raison de la nature même des présomptions qui consiste à tirer d'un fait connu, un fait inconnu[888] et pour qui la formule jurisprudentielle reproduirait la véritable définition de l'intention coupant court à toute idée de présomption critiquable, cette définition laconique laisse le champ libre à la partie poursuivante quant à l'établissement de la faute intentionnelle[889].

2. La conception subjective de l'infraction

293. L'approche purement matérielle de l'infraction ne peut, à elle seule, entraîner une condamnation. C'est ainsi que l'imputabilité va jouer son rôle d'appréciation de la sanction également fondée sur la volonté de l'auteur.

a. L'imputabilité : une conception subjective de l'infraction. L'imputabilité révèle deux facettes quant à son essence. L'imputabilité objective, matérielle, proche de l'imputation[890], permet de relier la faute et ses conséquences ; l'imputabilité subjective, morale, correspond à la capacité de comprendre et vouloir l'acte, et renvoie donc à l'aptitude à recevoir la sanction[891]. Ainsi envisagée, l'imputabilité constitue non seulement un élément de la responsabilité, mais encore un facteur d'appréciation de la sanction. L'articulation entre les notions de culpabilité, d'imputabilité et de responsabilité montre l'importance du concept

---

[887] *V. not.* Maréchal, J.-Y. (2006), *op.cit.*
[888] Article 1349 du code civil : « Les présomptions sont des conséquences que la loi ou le magistrat tire d'un fait connu à un fait inconnu ».
[889] En effet, à titre comparatif, la faute d'imprudence apparaît plus difficile d'appréhension lorsqu'elle doit être justifiée par la constatation d'une violation manifestement délibérée ou d'une faute caractérisée.
[890] L'imputation est le fait de mettre sur le compte de quelqu'un une action, un comportement. En droit, l'imputation consiste à appliquer à une personne les conséquences juridiques d'un acte, il s'agit d'une restitution des faits.
[891] Levasseur, G. « L'imputabilité en droit pénal ». *RSC* (1983): 1.

d'imputabilité dans cette trilogie[892]. Si l'imputabilité est une condition nécessaire en amont de la responsabilité, ses effets se feront sentir en aval, au moment d'envisager la responsabilisation par la sanction : l'imputabilité subjective trouve un prolongement dans la capacité pénale. Le principe de l'imputabilité de l'infraction à l'individu afin de pouvoir prononcer une sanction pénale à son encontre fut dégagé par la jurisprudence avant de recevoir l'aval du législateur, ce qui atteste son caractère opérationnel : le juge ne peut se passer de la référence à l'imputabilité. L'arrêt *Ladoube*, rendu par la Chambre criminelle de la Cour de cassation le 13 décembre 1956[893], est certainement un arrêt fondamental en ce qu'il rejette la conception purement matérielle de l'infraction [894]. En d'autres termes, il ressort de cette solution la consécration de la conception subjective de l'infraction : il ne suffit pas que l'acte matériel ait été établi pour que la culpabilité soit retenue et qu'une sanction soit prononcée. En effet, « toute infraction même non intentionnelle, suppose que son auteur ait agi avec intelligence et volonté ». En l'espèce, le jeune Ladoube, âgé de six ans, blessa grièvement un camarade de jeu et fut poursuivi devant le Tribunal pour enfants de Strasbourg à la suite de la constitution de partie civile de son père[895]. Reconnu coupable du délit de blessures involontaires, il fait l'objet d'une remise à sa famille. La Cour d'appel de Colmar maintient la mesure tout en estimant que, « faute de raison suffisante », il ne pouvait répondre du fait qui lui était reproché. Sur pourvoi dans l'intérêt de la loi, cette décision aux motivations contradictoires fut censurée par la Chambre criminelle : la reconnaissance de la responsabilité pénale du mineur, qui seule peut fonder le prononcé de mesures pénales, implique que ce dernier « ait compris et voulu » l'acte reproché, et non le résultat de celui-ci.

b. L'imputabilité indépendamment de tout élément moral. Au travers de sa jurisprudence[896], la chambre criminelle a fait de la volonté un élément indispensable à l'imputabilité de l'infraction mais indépendamment de l'élément moral qui est presque toujours défini par rapport à cette même notion de volonté. Ainsi, l'imputabilité dévoile-t-elle une interrogation sur l'existence chez l'auteur d'une conscience et d'une volonté libre. Elle implique la reconnaissance de l'aptitude de l'individu à commettre l'infraction ; l'agent doit

---

[892] Ottenhoff, R. « Imputabilité, culpabilité et responsabilité en droit pénal ». *Archives de politique criminelle*, nº 22 (2000): 71.
[893] Patin, M. *D.* (1957): 349.
[894] Voir notamment Pradel, J. et A. Varinard. *Les grands arrêts du droit pénal général*. Dalloz, 2009.
[895] C'est une possibilité offerte par l'article 6 de l'ordonnance du 2 février 1945 depuis la loi du 24 mai 1951.
[896] *V. not.*: Crim.27 mai 1959 : *Bull.crim.*1959, n°279 ; Légal, A. *RSC* (1960): 71.

avoir mesuré la portée de ses actes pour en répondre pénalement. L'aptitude à l'infraction est considérée d'un point de vue moral et fait référence au libre-arbitre, « clé de voûte du droit pénal classique »[897]. Toutefois, là où les questions de libre arbitre comptent assurément parmi les plus importantes du droit pénal, le législateur se contente de singulières présomptions. En effet, lorsque la conscience ou la volonté font défaut, le juge est invité à repenser la question de l'imputabilité et, le cas échéant, à retenir des causes de non-imputabilité[898]. Car, finalement, dans la pratique, l'imputabilité est déduite de l'absence de causes d'irresponsabilité : si le trouble mental ou la contrainte irrésistible[899] sont absents de la personne de l'agent, le juge décidera de rentrer en voie de condamnation, estimant que l'agent, en plus d'être coupable des faits qui lui sont reprochés, est également responsable de ses actes. Parallèlement, derrière cette référence aux causes de non-imputabilité se profile l'idée que, tout en étant objectivement criminel, l'acte n'est peut être pas subjectivement imputable à son auteur.

294. Afin d'éviter toute confusion sémantique autour de la notion de volonté (à la fois utilisée en matière d'intention et de responsabilité), il faut davantage entendre l'imputabilité comme la référence au discernement qu'à la volonté elle-même. Il s'agirait principalement de la manière dont la volonté a été utilisée. L'imputabilité ne doit donc pas être considérée comme l'élément moral de l'infraction que la doctrine a subdivisé en différents degrés d'intensité (**II**).

II- Les distinctions doctrinales

295. A la lecture des discussions doctrinales, le champ d'appréhension de l'intention apparaît suffisamment large pour que puissent s'engouffrer des discordances d'appréciation. Que ce soit en termes de dol ou de volonté et de conscience infractionnelles, la disharmonie est constante. Traditionnellement, les infractions intentionnelles requièrent un dol général au

---

[897] Merle, R. et A. Vitu. (1997), *op.cit.*, n°616, p.773.
[898] Le trouble mental (article 122-1 CP) et la contrainte (article 122-2 CP).
[899] *V. infra*, p.490 et s.

titre de la volonté d'accomplir un acte que l'on sait défendu par la loi[900] ; c'est la volonté dirigée vers un but. Le législateur exige des infractions intentionnelles qu'elles aient été accomplies avec l'intention de les commettre. Lorsque la loi inclut dans l'élément matériel de l'infraction la production d'un résultat, la volonté d'atteindre celui-ci est requise au titre de l'élément moral. Lorsqu'une personne est renvoyée devant la Cour d'assises du chef d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans, le droit exige de la partie poursuivante qu'elle démontre, outre l'élément matériel de l'infraction, l'intention qu'avait l'agent de mettre un terme à la vie d'un mineur de quinze ans. L'agent doit avoir eu l'intention d'obtenir le résultat incriminé : la mort de l'enfant. C'est au titre de l'intention criminelle qu'un dol spécial y est exigé. En d'autres termes, il s'agit, ici, de démontrer chez l'agent, non seulement une volonté libre et éclairée d'agir mais également une volonté mise en œuvre spécialement en vue de porter atteinte à une valeur sociale protégée par la loi pénale : la vie. Toutefois, comme beaucoup d'autres notions, celle du dol est le fruit de longs débats doctrinaux sur la notion d'intention. Faute d'avoir pu se mettre d'accord sur une définition unanime, les auteurs se sont néanmoins entendus sur l'existence de différents degrés d'intention (**A**). Cette discordance doctrinale perpétuelle a inévitablement conduit certains auteurs insatisfaits à proposer une nouvelle théorie de la culpabilité (**B**).

A- Le dol : une notion d'inspiration doctrinale

296. La notion de dol est répartie en deux composantes qui font d'elle une notion à la fois objective et subjective.

[900] Garçon, E. (1952-1959), *op.cit.*

1. Le dol général ou l'élément moral objectif de l'infraction

297. Pour certains auteurs[901], l'article 121-3, al.1er du Code pénal, qui érige l'intention au rang d'élément indispensable et nécessaire à la constitution de tout crime ou délit, ferait référence à un dol spécial. Et le dol général correspondrait alors à la volonté libre et éclairée d'agir ; ce qui reviendrait à considérer dol général et imputabilité comme des notions équivalentes. Pour d'autres[902], le dol général correspondrait davantage à l'aspect objectif de l'élément moral de l'infraction et le dol spécial, à l'aspect subjectif. Pour Pinatel[903], la théorie de l'intention en droit pénal n'est qu'une coquille vide qui conduit à une intention présumée chez l'auteur de l'acte matériel ; la matérialité des faits laissant supposer l'existence d'un dol général. En conséquence, les infractions intentionnelles n'exigeant qu'un dol général, conduisent à une responsabilité objective pour laquelle il suffit que l'acte ait été conscient et voulu. Dès lors, l'aspect objectif du droit pénal résiderait-il dans le dol général et l'aspect subjectif dans le dol aggravé ? Dans pareil cas, quid du dol spécial ? Revêt-il un aspect objectif ou subjectif ? Mickaël Benillouche[904] classe en trois catégories les infractions intentionnelles : celles purement « objectives », dépourvues de tout aspect subjectif ; les infractions intentionnelles mixtes dont la nature serait totalement subjective et composées à la fois d'un dol aggravé et d'un dol spécial et enfin, les infractions intentionnelles subjectivement dissociées : soit un dol spécial, soit un dol aggravé. Jean-Yves Maréchal[905], quant à lui, établit quatre degrés d'intention : l'intention aggravée, l'intention spéciale, l'intention indéterminée et l'intention dépassée[906] ; l'intention étant manifestement la plus

---

[901] Biguenet, J. « L'élément intentionnel dans les infractions formelles et obstacles depuis la loi du 13 mai 1996 ». *Gaz.Pal.* 2, Doctr. (2003): 3712.
[902] Benillouche, M. « La subjectivisation de l'élément moral de l'infraction : plaidoyer pour une nouvelle théorie de la culpabilité ». *RSC* (2005): 529.
[903] Pinatel, J. « La théorie générale de l'intention devant les sciences de l'homme ». Dans *L'évolution du Droit criminel contemporain. Recueil d'études à la mémoire de Jean Lebret*. PUF, 1968, p.181.
[904] Benillouche, M. (2005), *op.cit.*
[905] Maréchal, J.-Y. (2010), *op.cit.*
[906] D'autres auteurs parlent de nocivité voulue, nocivité assumée, nocivité sous-évaluée et nocivité ignorée (Demichel, A. « Le droit pénal en marche arrière ». *D* chron. (1995): 213).

voulue étant celle de la préméditation[907] pour laquelle une réflexion a précédé l'action de l'agent.

2. Le dol spécial ou l'élément moral subjectif de l'infraction

298. L'intention spéciale, également connue sous les termes de dol spécial, recevrait plusieurs acceptations : certains considèrent qu'elle consiste dans la volonté d'obtenir le résultat de ses actes[908] alors que d'autres estiment que l'intention spéciale consiste dans la prise en compte d'un mobile au titre de l'élément moral de l'infraction[909]. Davantage dans la nuance, certains considèrent que l'intention spéciale est requise lorsque le législateur (et plus exceptionnellement la jurisprudence) inclut un mobile particulier dans l'intention et notamment pour les infractions de droit pénal spécial[910] ; aux risques parfois que, par initiative non fondée, la jurisprudence ajoute un mobile dans l'élément intentionnel, comme cela a pu être le cas dans l'affaire dite du « sang contaminé »[911]. A noter, enfin, que l'intention indéterminée relèverait principalement du domaine des violences volontaires pour lesquelles l'agent n'est pas en mesure de connaître à l'avance le résultat de ses actes. La qualification évolue alors en fonction du résultat des actes et non en fonction de l'intention de l'agent. Cette intention indéterminée est en étroite liaison avec l'intention dépassée pour laquelle les conséquences des actes ont dépassé l'intention de leur auteur et ne doivent pas être entendues comme ayant été voulues. C'est le cas de l'agent qui a porté des coups à une femme enceinte alors qu'il ne connaissait pas son état gravide. Il s'ensuit que la qualification d'avortement

---

[907] Article 132-72 du Code pénal : « La préméditation est le dessein formé avant l'action de commettre un crime ou un délit déterminé ».
[908] Merle R. et Vitu A. (1997), *op.cit.*, n°596 ; Pradel, J. et A. Varinard. (2009), *op.cit.*, n°507 ; Desportes, F. et F. Le Gunehec. *Droit pénal général*. 16e éd. Economica, 2009, n°474.
[909] Robert, J.-H. *Droit pénal général*. 4e éd. Thémis. PUF, 1999, n°323 ; Conte, Ph. et P. Maistre du Chambon. *Droit pénal général*. 4e éd. U. 234 et s. Armand Collin, 1999, n°384.
[910] Maréchal, J.-Y. (2010), *op.cit.*
[911] Pour des commentaires, *v. not.* : Crim.18 juin 2003 : *Bull. crim.* 2003, n°127 ; Rebut, D. « Nécessité d'une intention de donner la mort pour caractériser l'élement intentionnel de l'empoisonnement ». *D* (2004): 1620 ; Mirabail, S. « Affaire du sang contaminé : suite et fin ». *D* (2004): 2751; Prothais, A. « Sang contaminé – Justice malade- Droit pénal avili ». *D* (2005): 195 ; Rassat, M.-L. « Aucune des qualifications retenues par le juge d'instruction ou proposées par le Parquet n'est susceptible d'être aplliquée aux faits relatifs à « l'Affaire du sang contaminé » ». *JCP* II, nº 10121 (2003).

sans le consentement[912] de l'intéressée devra être écartée au profit, par exemple, de celle de violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours[913].

B- Vers une nouvelle théorie de la culpabilité ?

299. Le fait que le dol soit un terme purement doctrinal, aucunement usité par les textes législatifs ou la jurisprudence, témoigne de l'embarras qui plane sur la difficulté de cerner l'intention en droit pénal. Certains auteurs, avides d' « innovation » en matière d'intention, ont plaidé en faveur d'une nouvelle théorie de la culpabilité entendue dans ses causes à la fois objective et subjective[914].

1. Une théorie fondée sur la subjectivisation de la cause

300. En substituant une appréciation *in concreto* à une appréciation *in abstracto* de l'élément moral, les lois du 13 mai 1996 et du 10 juillet 2000 auraient instauré une prise en compte supérieure de la personne et permis une subjectivisation de l'élément moral. C'est à partir de la jurisprudence à la fois de la chambre criminelle et de la chambre sociale que cette nouvelle théorie a été dégagée. Cette « culpabilité innovante » serait appliquée aux hypothèses dans lesquelles la transgression objective de la norme n'a pas été justifiée par un mobile légitime. Par le mécanisme d'un parallèle avec le droit des contrats, Mikaël Benillouche affirme qu'une analyse causaliste permettrait de « simplifier et de généraliser la présentation de l'élément moral de l'infraction ». En comparaison avec le droit civil, dans

---

[912] Article 223-10 du Code pénal : « L'interruption de la grossesse sans le consentement de l'intéressée est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende ».
[913] Article 222-11 du Code pénal : « Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ».
[914] Benillouche, M. (2005), *op.cit.*

lequel s'installe une subjectivisation de la cause de l'obligation[915], c'est-à-dire l'obligation pour le juge de rechercher la raison subjective pour laquelle l'individu est venu à contracter, la loi et la jurisprudence pénales prennent en compte essentiellement les motifs (et non les mobiles) de la transgression qui sont propres à chaque personne.

2. Une culpabilité au service du principe de l'individualisation de la peine

301. Ainsi, la nouvelle théorie de la culpabilité consisterait-elle en deux types d'intention : d'une part l'intention objective qui serait ni plus ni moins qu'un dol général et d'autre part, l'intention subjective qui serait composée d'un dol spécial et d'un dol aggravé. Si Mikaël Benillouche envisage le risque d'une prolifération de textes érigeant certains mobiles en circonstances aggravantes de culpabilité sans qu'une réflexion d'ensemble sur la notion même de culpabilité ne soit menée, il considère que l'évolution des notions d'intention et de faute vers une subjectivisation permettraient une meilleure recherche du niveau de culpabilité des délinquants. Une sanction adaptée pourrait, dès lors, être appliquée. En définitif, soit l'élément moral réside dans une intention et l'intention subjective aggrave la peine encourue ou prononcée, soit l'élément moral réside dans une faute et le juge devra s'interroger sur la culpabilité ou à défaut sur l'existence d'un fait dommageable. Dans l'hypothèse où l'individu

---

[915] Pour des exemples jurisprudentiels, *v.not.* : Com. 3 juillet 1996, arrêt *Point Club Vidéo* : « Est nul pour absence de cause le contrat de location de cassettes vidéo pour l'exploitation d'un commerce, dès lors que l'exécution du contrat selon l'économie voulue par les parties était impossible, situation démontrant l'absence de contrepartie réelle » ; Bull. civ. I, n°286 ; Reigné, Ph. « De l'absence de cause à la cause impossible ». *D* (1997): 500 ; Labarthe, F. « Droit des obligations. Formation du contrat ». *JCP* I, nº 4015 (1997) ; Delebecque, Ph. « Contrats et conventions ». *Defrénois*, nº 17 (1996) : 1015 ; Mestre, J. « L'économie du contrat ». *RTDCiv.* (1996): 901 - Com. 22 novembre 1996, arrêt *Chronopost* : « Viole l'art.1131 C.civ., la cour d'appel qui fait application d'une clause limitative de responsabilité, alors qu'en raison du manquement du débiteur à une obligation essentielle, cette stipulation qui contredit la portée de l'engagement pris doit être réputée non écrite » ; Bull. civ. 1996, IV, n°261 ; Sériaux, A. « L'affaire *Chronopost* : arrêt de principe ou accident de parcours ? Variations sur le bon usage de la notion d'obligation essentielle ». *D* (1997): 121 ; Delebecque, Ph. « La clause limitative de responsabilité contenue dans un contrat de transport rapide ne saurait porter sur l'obligation essentielle du transporteur à savoir le délai d'acheminement prévu au contrat ». *D* (1997): 175 ; Cohen, D. « Inefficacité d'une clause limitative de responsabilité en raison d'un manquement à une obligation essentielle ». *JCP* II, nº 22881 (1997) ; Viney, G. « Le manquement à « l'obligation essentielle » et le sort des clauses limitatives de responsabilité ». *JCP* I, nº 4025 (1997) ; Fabre-Magnan, M. « Des obligations essentielles de Chronopost dans la délivrance des plis : donner et retenir ne vaut ». *JCP* I, nº 4002 (1997) ; Martin, D.R. *Gaz.Pal.* 2 (1997): 519 ; Mazeaud, D. « Au nom de la clause : feu la liberté contractuelle des maîtres du temps… ». *Defrénois* (1997): 333.

est subjectivement coupable, il se verra appliquer une peine ; mais si l'acte est seulement et objectivement dommageable, il faudra se tourner vers le juge civil pour obtenir réparation[916]. La culpabilité, ainsi défendue par l'auteur, participerait à l'individualisation de la peine et deviendrait un principe directeur du droit pénal.

302. Parce que tous les comportements ne procèdent pas d'une même démarche psychologique et qu'il est des fautes qui peuvent se distinguer sur le critère d'une gravité subjective plus marquée, des sanctions spécifiques se justifient. Cette volonté du comportement, qui doit s'apparenter à la volonté des moyens employés, constitue la première composante de l'intention constitutive du meurtre. Elle doit, par ailleurs, être complétée par la volonté du résultat. L'intention meurtrière se caractérise dès lors par une adhésion intellectuelle au résultat : elle n'a pas sa place lorsque la mort est la conséquence d'une action, serait-elle intentionnelle, sans aucune détermination quant à sa réalisation[917]. Cette adhésion intellectuelle au résultat a, semble-t-il, conduit la jurisprudence à tenir une répression quasi-systématique à l'égard de l'acte manifestement antisocial mais dont la base légale fait défaut.

303. Le silence du législateur quant à une définition « certaine » de l'intention a conduit la jurisprudence à étendre considérablement son champ d'application jusqu'à lui fabriquer un costume trop grand pour elle. En effet, en cas d'impossibilité de consommation d'une infraction, la Cour de cassation use, depuis déjà quelques années, de la théorie de la tentative, désormais véritable bastion de l'intention (**Section 2**).

---

[916] A ce titre, l'auteur met en évidence trois paliers de culpabilité : la faute subjective (culpabilité la moins grave), l'intention objective (aggravation législative) et l'intention subjective (atténuation si mobile légitime).

[917] A noter, toutefois, que la mise en œuvre de cette position devient difficile en raison de son incompatibilité avec la dichotomie opérée entre l'élément matériel des infractions et les infractions formelles ; d'autant plus que la jurisprudence n'y fait aucunement référence (voir notamment en matière de violences volontaires : Crim.29 novembre 1972 : Bull. crim. 1972, n°368 ; Levasseur, G. *RSC* (1973): 408 – Crim. 15 mars 1977 : Bull.crim. 1977, n°94 *;* Roujou de Boubée, G. *JCP* II, nº 19148 (1979) ; Levasseur, G. *RSC* (1977): 817 – Crim. 08 décembre 1992 : Véron, M. *Dr.pén.* comm. nº 128 (1992) – Crim. 16 février 2005 : *JurisData* n°2005-027871.

Section 2 : L'insuffisance de « l'intention juridique » dans le meurtre du nouveau-né

304. Lorsque le résultat recherché n'a pas été atteint par l'agent, la théorie de la tentative permet de réprimer un acte dont l'intention criminelle ne faisait aucun doute (**I**). Néanmoins, l'application de la théorie de la tentative d'une infraction impossible par la jurisprudence, lorsque l'un des éléments constitutifs de l'infraction fait défaut, est hautement critiquable en ce qu'elle ne permet pas, notamment en termes de meurtre de nouveau-né, de mettre en évidence de façon certaine l'*animus necandi* de l'auteur (**II**).

I- La notion de tentative au secours de la notion d'intention

305. Le principe de la légalité des délits et des peines interdit que toute personne soit poursuivie pour des faits qui ne caractérisent pas la constitution d'une infraction telle qu'elle est exigée dans le texte de loi. Néanmoins, il existe de ces hypothèses où le besoin de répression se fait ressentir, notamment lorsque l'acte dénote une dangerosité certaine chez son auteur et ce, indépendamment du fait que légalement la consommation de l'infraction n'a pu se faire. C'est par une construction juridique fondée sur la théorie générale de la tentative (**A**) que la majorité de la doctrine et la jurisprudence détourneront l'obstacle ainsi posé (**B**).

A- La théorie générale de la tentative

306. Réprimer la tentative[918], c'est fonder l'action sur l'intention coupable et ce même en dépit de l'impossibilité de consommer l'infraction.

---

[918] *V. not.* : Savey-Casard, P. « Le repentir actif en droit pénal français ». *RSC* (1972): 515 ; Rozes, S. « L'infraction consommée ». *RSC* (1975): 603 ; Larguier, J. « La notion de tentative ». *RSC* (1979): 539 ;

1. Le fondement de la tentative

a. Naissance de la tentative. Le droit romain a refusé de subordonner la répression à la seule survenue du résultat de l'infraction et réprimait seulement quelques cas de tentative. Puis, les criminalistes de l'Ancien Régime étaient presque tous favorables à la répression de la tentative[919], ce qui s'expliquait notamment par la position subjective de l'Ancien droit qui entendait la tentative comme la volonté coupable plutôt que comme une atteinte à l'ordre public. Cette punition généralisée de la tentative de l'Ancien régime fût abandonnée par les révolutionnaires et, c'est sous l'influence de Beccaria[920] que le code pénal de 1791 réprimait uniquement la tentative d'empoisonnement et celle d'assassinat. Ces hésitations entre impunité et répression ont très largement trouvé leur explication dans le conflit qui oppose, encore aujourd'hui, les tenants de la conception subjective aux défenseurs de la théorie objective de la tentative. La conception subjective, qui attache la peine à la mentalité criminelle, réclame la répression de la tentative parce qu'elle révèle une intention coupable indépendamment de l'échec de l'infraction. La conception objective, qui subordonne la peine à une atteinte matérielle à l'ordre public, c'est-à-dire à la consommation de l'infraction, s'oppose à cette répression parce qu'elle dissocie la peine du trouble qui a effectivement porté atteinte à l'ordre public et sanctionne une simple intention. Toutefois, le code pénal de 1810 est parvenu à concilier ces deux conceptions en ne punissant que la tentative des infractions les plus graves qui témoignent d'une intention coupable particulièrement dangereuse pour l'ordre public. La solution apportée par la loi du 22 prairial an VI[921], qui instituait la répression de toutes les tentatives de crime, fût reprise par l'article 2 du code pénal de 1810 qui posait le principe du caractère punissable des tentatives de crime[922], et l'article 3 d'énoncer que « les tentatives de délit ne sont considérés comme délits que dans les cas

---

Deveze, J. « Le commencement d'exécution de l'infraction en jurisprudence ». *RSC* (1981): 777 ; Prothais, A. *Tentative et attentat*. LGDJ, 1985, n°132 et s.

[919] Laingui, A. « La responsabilité pénale dans l'Ancien droit ». *LGDJ* (1970): 127 et s.

[920] Beccaria, C. *Des délits et des peines*. Paris: Flammarion, 1991.

[921] Loi du 10 juin 1796 portant des peines contre la tentative de crime.

[922] Article 2 du code pénal de 1810 : « Toute tentative de crime qui aura été manifestée par des actes extérieurs, et suivie d'un commencement d'exécution, si elle n'a été suspendue ou n'a manqué son effet que par des circonstances fortuites ou indépendantes de la volonté de l'auteur, est considérée comme le crime même ».

déterminés par une disposition spéciale de la loi ». En vertu de ces dispositions, l'existence d'une tentative « qui aura été manifestée par des actes extérieurs » était subordonnée à un commencement d'exécution constituant une extériorisation matérielle suffisante de l'intention de l'auteur.

b. La tentative en droit pénal contemporain. Cet équilibre a été conservé dans le Code pénal de 1994 qui a scrupuleusement reproduit les dispositions des articles 2 et 3 du Code pénal de 1810. Le nouvel article 121-5 du code pénal exige que la tentative soit manifestée par un commencement d'exécution et qu'elle n'ait « été suspendue ou n'a manqué son effet qu'en raison de circonstances indépendantes de la volonté de son auteur »[923]. Cette disposition distingue très nettement la tentative interrompue et la tentative manquée mais elle n'établit aucunement le moment à partir duquel la tentative est caractérisée. Quel est cet instant « t » de *l'iter criminis* à partir duquel la répression est admise ? De la simple pensée criminelle à la consommation, en passant par la résolution criminelle et les actes préparatoires, les dispositions du code pénal ont finalement fixé cette limite au stade du commencement d'exécution. A noter, bien entendu, que cette limite doit être complétée par la condition cumulative selon laquelle la tentative a été suspendue en raison de « circonstances indépendantes de la volonté de son auteur ». L'établissement des éléments constitutifs de la tentative affirme la position du législateur d'établir avec clarté sa volonté d'inciter les criminels à abandonner leur action tant qu'ils le peuvent encore. Parallèlement, il s'agit de réprimer chez l'agent l'intention irrévocable de commettre une infraction.

2. Les éléments constitutifs de la tentative

a. Le commencement d'exécution. Toute tentative doit être manifestée par « un commencement d'exécution »[924]. Se situant entre les actes préparatoires et la consommation

---

[923] Article 121-5 du code pénal : « La tentative est constituée dès lors que, manifestée par un commencement d'exécution, elle n'a été suspendue ou n'a manqué son effet qu'en raison d'une circonstance indépendante de la volonté de son auteur ».

[924] *V.* notamment : Crim.5 juillet 1951 : Bull.crim.n°198 ; Légal, A. *RSC* (1952): 439 – Crim.9 mai 1956 : Bull.crim.n°362 – Crim.25 octobre 1962 : Bull.crim.n°292 (arrêt *Lacour*) et 293 (arrêt *Benamar et Schieb*) ; Bouzat, P. *D* (1963): 221 ; Vouin, R. *JCP* II, nº 12985 (1963) – Crim.29 décembre 1970 (*arrêt Palais Royal*) : Bull.crim.n°356 ; Bouzat, P. *JCP* II, nº 16770 (1971) ; Légal, A. *RSC* (1972): 99 – Crim.8 novembre 1972 : Bull.crim.n°331 – Crim.3 janvier 1973 : Larguier, J. *RSC* (1974): 577 – Crim.18 août 1973 : Bull.crim.n°339 –

de l'infraction, le commencement d'exécution révèle chez son auteur le désir d'atteindre le résultat projeté. C'est dans cet esprit de mise en lumière de l'intention que le législateur a entendu appliquer le commencement d'exécution à la théorie générale de la tentative. Selon la conception objective, le commencement d'exécution doit être réduit à la constatation d'un acte caractérisé de l'agent. Selon certains auteurs[925], cet acte doit uniquement porter sur « l'une des opérations matérielles qui figurent parmi les éléments constitutifs du crime ou du délit consommé »[926]. En d'autres termes, le commencement d'exécution se doit de correspondre à un simple commencement de consommation ; la tentative n'est caractérisée qu'à partir du moment où son auteur a commencé à exécuter l'acte puni par l'incrimination.

Cet aspect trop restrictif de la théorie objective du commencement d'exécution a laissé place au développement d'une conception plus souple, dite subjective qui propose d'étendre le commencement d'exécution à des actes qui ne participent pas nécessairement de la constitution matérielle de l'infraction. Le commencement d'exécution n'est plus alors celui de l'infraction, mais seulement celui de la tentative de sorte qu'il n'y aurait aucun obstacle à le caractériser avec un acte différent de celui qui est incriminé, mais un acte suffisamment proche de la consommation de l'infraction. Cette conception du commencement d'exécution a la volonté de mettre en exergue l'intention de l'agent et se doit de servir de critère de reconnaissance de la tentative punissable. Néanmoins, l'exigence selon laquelle l'acte doit être en relation proche de cause à effet avec l'infraction rend cette théorie dite subjective dangereuse. En effet, elle situe le commencement d'exécution à un stade peu avancé de l'*iter criminis*, à un instant où l'agent peut encore renoncer à son projet sans dommage. Nous avons pu le vérifier au travers de l'une des femmes de notre échantillon qui a été condamnée pour tentative de meurtre sur un de ses nouveau-nés[927]. Alors qu'elle faisait des courses dans une grande surface en compagnie de son époux, elle a été prise de maux de ventre la conduisant dans les toilettes du magasin. L'impatience et les interrogations du mari l'ont convaincu de

---

Crim.4 janvier 1974 – Crim.2 mai 1974 : Bull.crim.n°156 – Crim.3 mai 1974 : Bull.crim.n°157 – Crim.11 juin 1975 : Bull.crim.n°150 ; Larguier, J. *RSC* (1976): 407– Crim.15 mai 1979 : Bull.crim.n°175 ; Puech, M. *D* IR (1979): 525 ; Cambassedes, J. *D* (1980): 409 ; P.L.G. *Gaz.Pal.* 1 (1980): 88 ; Larguier, J. *RSC* (1980): 969 – Crim.5 juin 1984 : Bull.crim.n°212.

[925] Notamment Joseph Ortolan dont la théorie a été reprise par Roger Merle et André Vitu (1997, *op.cit.*).

[926] Merle R. et Vitu A. 1997, *op.cit.*, n°495.

[927] *V.* Annexe 6 : cas n° 27, p.697 et s.

laisser l'enfant au fond de la cuvette des toilettes. Une autre femme a découvert le nouveau-né et a prévenu rapidement les secours qui ont pu le sauver. En l'espèce, quel a été l'élément a pu convaincre les magistrats de retenir un commencement d'exécution de la tentative ? L'absence de déclaration de grossesse ne peut, à notre sens, constituer ce commencement d'exécution, non seulement pour les raisons que nous avons évoquées précédemment, mais également parce qu'elle se situe beaucoup trop en amont du passage à l'acte. Le simple fait de se rendre aux toilettes ne peut, à notre sens, raisonnablement constituer ce commencement d'exécution puisqu'il s'agit d'un geste naturel lors des accouchements physiologiques. Eventuellement, l'absence de recours au secours pourrait constituer un commencement d'exécution traduisant la volonté de tenter de donner la mort au nouveau-né. Néanmoins, certaines femmes ont eu l'expérience d'accoucher dans des lieux plus insolites les uns que les autres sans pour autant avoir eu à appeler les secours et sans que cela ait pu avoir une incidence sur la capacité de la mère à créer des liens avec son nouveau-né. Indéniablement, nous rencontrons des diffucltés à l'égard d'un commencement d'exécution qui trouverait son origine dans des actes qui ne tendraient pas nécessairement au crime de néonaticide.

307. L'opposition doctrinale dans le domaine a parallèlement nourri et été nourrie par la difficulté qu'éprouve également la jurisprudence à saisir le concept de commencement d'exécution[928]. En effet, certains auteurs interprètent la jurisprudence de la chambre criminelle comme la mise en œuvre de leur définition subjective[929], tandis que d'autres soutiennent l'inverse d'une façon tout aussi convaincante[930]. La définition la plus fréquemment usitée par la Cour de cassation est celle qui considère que le commencement d'exécution doit correspondre aux « actes qui tendent directement au crime ou au délit avec intention de le commettre »[931]. La mention de l'intention signifie simplement que le commencement d'exécution comporte un élément moral au même titre qu'une infraction et, de fait, elle est le plus souvent établie par la matérialité de l'acte constitutif du commencement d'exécution et ne fait donc pas l'objet d'une constatation distincte. Toutefois,

---

[928] Pour des exemples jurisprudentiels du commencement d'exécution, *v. not.* : Rebut, D. « Tentative ». *Rép.pén.*, 2009, p.1 à 12.
[929] Deveze, J. (1981), *op.cit.* ; Bouloc, B. *Droit pénal général*. 20e éd. Précis Dalloz, 2007, n°237 ; Robert, J.-H., (1999), *op.cit.* p.215.
[930] Conte, Ph. et P. Maistre Du Chambon (1999), *op.cit.*, n° 324 et s.
[931] Crim. 29 décembre 1970, arrêt *Palais Royal, v. supra*, n° **Erreur ! Signet non défini.**.

en cas de doute, la chambre criminelle autorise les juges du fond à constater l'intention à partir d'autres éléments comme les aveux[932] ou les circonstances de l'acte[933]. Si cette dernière définition inclut à la fois l'intention et l'acte, une formulation postérieure a pu introduire dans la notion de commencement d'exécution une exigence supplémentaire d'ordre temporel. La chambre criminelle a, en effet, considéré qu'un commencement d'exécution était constitué « par tous les actes qui tendent directement et immédiatement à la consommation du délit, le prévenu étant ainsi entré dans la période d'exécution »[934]. Une relation de causalité « directe et immédiate » entre les actes reprochés et l'infraction tentée doit, selon cette jurisprudence, être établie. Par conséquent, les actes qui n'ont pas la consommation de cette infraction pour conséquence directement prévisible et ceux qui sont trop éloignés de la consommation doivent être écartés. Dans la pratique, cette position conduit à une application assez souple, au gré des espèces présentées, nonobstant quelques lignes directrices tenant précisément à la présence d'un lien de causalité direct et immédiat[935] entre l'acte constaté et l'infraction supposée. En définitive, il ressort de la combinaison de la jurisprudence « Docteur Lacour » du 25 octobre 1962[936] et de « Palais Royal » du 29 décembre 1970[937], qu'un commencement d'exécution est caractérisé, si l'agent a réalisé des actes « ayant pour conséquence directe et immédiate de consommer le crime », et s'il a eu « l'intention de commettre l'infraction ». Dès lors, le commencement d'exécution doit comporter un élément objectif caractérisé par un acte qui a un lien direct avec la réalisation de l'infraction et un élément subjectif qui tient à l'intention criminelle. Cette précision jurisprudentielle permet de ne pas confondre le commencement d'exécution avec les actes préparatoires qui peuvent parfois être équivoques.

---

[932] Crim.27 mars 1968 : Bull.crim.n°107.
[933] Crim.22 janvier 1963 : *D*.1963, p.389.
[934] Crim.3 mai 1974 : Bull.crim.n°157.
[935] Pour des exemples jurisprudentiels, *v. not.* : Crim.28 octobre 1959 : Bull. crim. 1959, n°455 ; Chavanne, A. *D* (1960): 314 ; Chambon, P. *JCP* II, nº 11343 (1959) – Crim.29 juin 1960 : *D* (1960): 617 – Crim.7 décembre 1960 : Bull. crim. 1960, n°575 ; Chambon, P. *JCP* II, nº 11964 (1961) – Crim. 6 avril 1994 : Bull. crim. 1994, n°135 – Crim. 20 juillet 1993 (2 arrêts) : Bull.crim. 1994, n°156 et 157 – Crim. 14 juin 1977 : Bull.crim. 1978, n°215 – Crim. 7 janvier 1980 : Bull.crim.1981, n°8 ; Puech, M. *D* IR (1980): 521 ; Larguier, J. *RSC* (1981): 365 – Crim. 22 février 1996 : Bull. crim. 1996, n°89 – Crim. 26 juin 1997 : *D* IR (1997): 194 – Crim. 8 septembre 2004 : Véron, M. « Tentative d'escroquerie à l'assurance ». *Dr.pén.* comm. nº 13 (2005).
[936] Dans les arrêts *Lacour* et *Schieb* (*v. supra*, n° **Erreur ! Signet non défini.**), la chambre criminelle a estimé q ue le commencement d'exécution n'était caractérisé que par des actes devant avoir pour conséquence directe et immédiate de consommer le crime, celui-ci étant ainsi entré dans la période d'exécution. Dans l'affaire *Lacour*, la chambre criminelle avait estimé que le fait de recruter, payer et fournir des instructions à un tueur à gages ne constituait que « des actes préparatoires » d'un meurtre et non un commencement d'exécution. Toutefois, l'impunité était plus due au caractère impunissable de la tentative de complicité qu'à la qualité d' « actes préparatoires » des faits relevés.
[937] Crim. 29 décembre 1970, *v. supra*, n°**Erreur ! Signet non défini.**.

Ainsi, le commencement d'exécution ressort-il d'un acte univoque qui ne laisse aucun doute sur l'intention de l'agent et trouve sa caractérisation principalement dans le *modus operandi*.

b. Le désistement involontaire. La seconde exigence posée par l'article 121-5 du Code pénal demande que la suspension de la tentative soit due à « des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur ». En d'autres termes, l'agent a été empêché d'atteindre le résultat par une circonstance indépendante de sa volonté ; il n'a pas délibérément choisi de renoncer à l'action qu'il avait commencé à commettre[938]. A travers cette notion de désistement involontaire, le législateur laisse la possibilité à l'agent de se rétracter avant de commettre l'infraction. Si un individu décide d'arrêter volontairement ses agissements, avant toute consommation, il est assuré de son impunité. En revanche, si l'agent se désiste volontairement, mais après la consommation de l'infraction, ce comportement est qualifié de repentir actif[939]. Dans cette dernière hypothèse, l'agent sera poursuivi, mais pourra bénéficier, sous certaines conditions, d'une réduction de peine. Pour s'assurer de l'impunité, l'agent doit s'être désisté spontanément, librement, et antérieurement à la consommation de l'infraction. Néanmoins, il est de ces hypothèses où la spontanéité du désistement a suscité quelques difficultés. En effet, lorsqu'un individu a réussi à dissuader l'agent de réaliser l'infraction, doit-on considérer le désistement comme ayant été volontaire ? Dans ce cas, la jurisprudence détermine si l'intervention du tiers a été contraignante ou non dans le choix de l'agent. Dans l'affaire *Berchem* de 1973[940], il s'agissait d'un individu qui se sentait épier. Cet élément extérieur a conduit l'individu à abandonner son action, car il savait qu'il pourrait être dénoncé. En revanche, dans l'affaire *Weinberg* de 1974[941], il s'agissait d'un individu, qui au moment de commettre un vol, a changé d'avis sur les conseils d'un ami. Dans cette affaire, l'agent savait que son ami ne le dénoncerait pas, l'intervention extérieure n'a donc pas été

---

[938] Pour des exemples de désistement involontaire : Crim.20 juillet 1933 (deux arrêts) : Bull.crim.n°157 et 158 – Crim.16 mars 1961 : Bull.crim.n°172 ; Larguier, J. *JCP* II, nº 12157 (1961) – T.corr. Fort-de-France, 22 septembre 1967 : Biswang, P.-G. *JCP* II, nº 15583 (1968) ; Légal, A. *RSC* (1969): 130 – Crim.3 janvier 1973 : *RSC* (1974) : 577 - Crim.20 mars 1974 : Bull.crim.n°124 ; Larguier, J. *RSC* (1974): 575 - Douai, 6 mai 2003 : Véron, M. *Dr.pén.* (2003): 122.

[939] Sur la notion de repentir actif, *v. not.* : Savey-Casar, P. (1972), *op.cit*. Pour des exemples jurisprudentiels, *v.* : Crim.11 octobre 1872 : *Dr.pén.* 1 (1873): 391 – Crim.27 octobre 1916 (2ème espèce) : *Dr.pén.* 1 (1920): 92 – Crim.22 septembre 2004 : Robert, J.-H. « L'assassinat du bon-boire ». *Dr.pén.* (2004): 177 – Crim.16 mai 2001 : Véron, M. *Dr.pén.* (2001): 127.

[940] Crim. 3 janvier 1973 : *op.cit.*

[941] Crim.20 mars 1974 : *op.cit.*

contraignante. L'élément déterminant est constitué par la liberté de l'agent dans le choix de se désister. Ces différents éléments permettent donc de constituer une tentative interrompue[942].

308. Hormis la tentative d'une infraction impossible que nous traiterons plus loin, notre échantillon, qui portait sur trente-et-une femmes accusées ou condamnées pour avoir donné la mort, sur le territoire français entre 1989 et 2010, à un ou plusieurs de leurs nouveau-nés, fait état d'un seul cas de tentative de meurtre sur mineur de quinze ans[943]. A troyes, en 2003, un nouveau-né est découvert dans les toilettes d'un supermarché. Cette enfant a pu être sauvée par une autre femme qui s'était également rendue aux toilettes. Faute d'avoir pu identifier la mère, le juge d'instruction a prononcé un non-lieu. Six ans plus tard, le cadavre d'un nouveau-né est découvert dans une poubelle de la même ville ; relançant ainsi l'enquête de la première tentative et l'orientant vers une mère de quatre enfants, âgée d'une quarantaine d'années. Cette dernière avoue l'ensemble des faits, ceux de la tentative et du meurtre. Pour les premiers faits, elle a accouché dans les toilettes du supermarché et a coupé le cordon

---

[942] A côté de cette hypothèse classique, la tentative infructueuse a également fait son apparition. Déjà en 1810, une formule, qui sera reprise par le Code pénal de 1992, réprimait la tentative qui n'a « manqué son effet que par une circonstance indépendante de la volonté de son auteur ». De manière générale, la tentative s'entend dans l'hypothèse où l'auteur d'une infraction échoue en raison de sa maladresse ou d'un évènement extérieur. Les auteurs d'une tentative suspendue et d'une infraction manquée ont l'un et l'autre échoué à provoquer le résultat qu'ils cherchaient à obtenir mais l'auteur d'une infraction manquée a pleinement achevé son action. A titre d'exemple, la chambre criminelle a eu l'occasion de considérer que constituait une tentative manquée, la tentative interrompue par l'intervention ou l'interposition des forces de police(Crim.2 février 1961 : Bull.crim.n°71 – Crim.29 décembre 1970 (arrêt *Palais Royal*) : *op.cit.* – Crim.19 juin 1979 : Bull.crim.n°329 ; Larguier, J. *RSC* (1980): 969 ; Puech, M. *D* IR (1979): 525 ; *Gaz.Pal.* 1 (1980): 89). Il y a là un véritable commencement de consommation car il ne peut être décrit en termes de commencement d'exécution au sens où la chambre criminelle l'entend dans la tentative suspendue. Or, il est regrettable que la chambre criminelle présente le commencement d'exécution comme l'élément commun à la tentative suspendue et à celle manquée à partir du moment où rien ne permet d'affirmer que leur contenu est différent l'un de l'autre (Crim.13 janvier 1959 : Bull.crim.n°35 – Crim.18 juillet 1972 : Bull.crim.n°245 – Crim.19 juin 1985 : Bull.crim.n°237 : « La tentative est considérée comme le crime lui-même (…), lorsqu'elle réunit deux conditions, la première, impérative et absolue, d'avoir été manifestée par un commencement d'exécution, la deuxième, alternative, d'avoir été suspendue ou d'avoir manqué son effet par des circonstances fortuites indépendantes de la volonté de son auteur »). De surcroît, la notion de tentative manquée, dont les éléments pour la caractériser sont similaires à ceux de la tentative suspendue, permet d'appréhender des agissements, par ailleurs exclus de la tentative suspendue, de recevoir toutefois celle de tentative.

[943] Alanièce, V. « Dix ans de prison pour la mère infanticide ». *L'Est-Eclair*, article paru et consulté le 26 mai 2011 sur : http://www.lest-eclair.fr/article/a-la-une/dix-ans-de-prison-pour-la-mere-infanticide ; « Infanticide : une accusée difficile à cerner ». *L'Est-Eclair*, article paru et consulté le 24 mai 2011 sur : http://www.lest-eclair.fr/article/a-la-une/infanticide-une-accusee-difficile-a-cerner ; « Sandrine Dutertre condamnée à 10 ans de réclusion ». *champagne-ardenne.france3.fr*, article paru et consulté le 25 mai 2011 sur : http://champagne-ardenne.france3.fr/info/sandrine-dutertre-condamnee-a-10-ans-de-reclusion-68896304.html ; « Troyes : Soupçonnée d'infanticide(s), une femme écrouée ». *TF1 News*, article paru et consulté le 22 avril 2009 et « Troyes: infanticide suspecté ». *Le Figaro - Flash actu*, article paru et consulté le 21 avril 2009.

ombilical au moyen d'un cutter qu'elle a toujours eu sur elle. Elle a raconté avoir mis le pouce dans la bouche de l'enfant afin qu'il cesse de pleurer. Elle l'a finalement laissée dans la cuvette des toilettes car son mari l'appelait et se demandait si tout allait bien. Très certainement, le placement du pouce dans la bouche du nouveau-né constitua aux yeux de la justice un commencement d'exécution et l'abandon du nouveau-né par l'insistance du mari, un désistement involontaire. Ce raisonnement juridique a indéniablement été renforcé par la découverte six années plus tard du cadavre d'un deuxième nouveau-né dans une poubelle, à proximité du domicile conjugal, la tête dans un sac plastique dont les anses serraient le cou. Lorsque le mari a aperçu sa femme rentrer du travail « toute pâle, chancelante et perdant du sang »[944], il a immédiatement appelé la police et les pompiers. Il leur a confié que sa femme avait accouché quelque part et que ce n'était pas la première fois. En effet, au lendemain des faits commis en 2003, la lecture d'un article relatant l'abandon d'un enfant dans les toilettes d'un supermarché avait fait naître chez l'époux des soupçons à l'égard de sa femme. A leur retour, il avait constaté que sa femme tremblait et saignait ; mais cette dernière avait justifié cet état par une gastro-entérite et des règles abondantes[945]. Pour les faits de 2009, elle a accouché à nouveau dans les toilettes de son lieu de travail et a ensuite placé l'enfant dans un sac en plastique dont les anses ont été serrées autour du cou. Elle a été condamnée à dix années d'emprisonnement pour meurtre et tentative de meurtre sur mineur de quinze ans. L'avocat général a justifié la tentative au regard de l'intention homicide qui, selon lui, était certaine au regard de la position dans laquelle l'enfant avait été retrouvé. Il a estimé, en effet, que la position de la tête dans la cuvette avait constitué une mise en danger évidente[946]. Or, la position de la tête de l'enfant dans la cuvette n'est que la réusltante d'un accouchement dans les toilettes. Dans une autre espèce, les mêmes faits (même si l'enfant était décédé et retrouvé dans un congélateur) ont reçu la qualification de privation de soins ayant entraîné la mort sans intention de la donner et la femme a été acquittée de ce chef[947]. Nous sommes contraintes de constater que l'intention homicide ne recouvre pas la même signification aux quatre coins de la France…

---

[944] *Ibid.*
[945] « Infanticide : une accusée difficile à cerner ». *L'Est-Eclair*, article paru et consulté le 24 mai 2011 sur : http://www.lest-eclair.fr/article/a-la-une/infanticide-une-accusee-difficile-a-cerner, *op.cit.*
[946] Alanièce, V. (2011), *op.cit.*
[947] *V.* Annexe 6 : cas n°1, p.698.

309. Ainsi, la tentative suspendue révèle une consommation interrompue par une circonstance indépendante de la volonté de son auteur ; la tentative manquée, quant à elle, correspond à l'hypothèse selon laquelle l'acte a été pleinement exécuté, mais dont le résultat recherché ne pouvait être atteint en raison de la maladresse de l'auteur. Ces actes, bien que différents, revêtent chacun un comportement répréhensible que la théorie générale de la tentative permet de réprimer. Qu'en est-il de l'hypothèse d'une infraction qui ne pouvait pas se réaliser en raison de l'absence de l'objet à l'encontre duquel l'action était destinée ou des moyens peu efficaces employés par l'agent ? A défaut de pouvoir caractériser l'infraction, peut-on réprimer la seule intention ? Et laquelle ?

B- La tentative d'infraction impossible

310. « Une infraction est impossible lorsque son auteur ne pouvait pas la réaliser en raison d'une circonstance dont il ignorait l'existence au moment de son action »[948]. En application du principe fondamental de la légalité des délits et des peines, nul ne peut être poursuivi devant les tribunaux si l'infraction qui lui est reprochée ne remplit pas les conditions exigées par la loi. Le concept d'infraction impossible, d'origine doctrinale et non légale, fut introduit par l'allemand Feuerbach dès 1808[949]. Souvent définie en comparaison avec l'infraction manquée, l'infraction impossible se différencie de celle manquée par l'impossibilité de réaliser le résultat : dans l'infraction manquée, ce résultat aurait pu être atteint alors que dans l'infraction impossible, il était dans l'incapacité de l'être. L'infraction manquée est sanctionnée comme toute infraction suspendue mais qu'en est-il de l'infraction impossible ? Est-elle punissable au même titre que l'infraction manquée ou doit-elle être exclue de toute sanction pénale ? A défaut d'avoir pu être légalement consommée, l'infraction dite impossible peut-elle être, tout de même, tentée ? Dans un souci de répression, et parce que la thèse

---

[948] Rebut, D. (2009), *op.cit.*
[949] Pompe, « Les trois degrés du droit pénal », *R.D.P.C.* (1949-1950) : 799, cité par Prothais, A. (1985), *op.cit.*

objective de l'impunité couvrait bien des actes condamnables, la solution répressive a trouvé écho dans le système classique de la tentative.

1. La thèse objective de l'impunité

a. Le contenu de la thèse. La théorie objective consistait en l'impunité de toute infraction impossible[950]. Cette théorie suivait le raisonnement suivant : la tentative exigeant un commencement d'exécution, elle ne pouvait être punissable car s'il n'est pas possible d'exécuter, il devient très difficile de commencer à exécuter l'impossible. En dépit de la réticence de la jurisprudence à réprimer la tentative d'une infraction impossible[951], cette théorie reçût une première critique quant au domaine de l'impossibilité : d'une part, ce n'est pas l'exécution qui est impossible mais seulement le résultat et, d'autre part, l'impunité systématique couvre des actes largement répréhensibles. Les excès issus de cette impunité de l'infraction impossible ont conduit certains auteurs, dont Ortolan[952], à nuancer la théorie objective en proposant de distinguer l'impossibilité absolue, non punissable, de l'impossibilité relative sujette à répression. La première se manifesterait par l'absence de danger réel, principalement en cas d'inexistence de l'objet comme le décès préalable de la victime du coup de feu ou d'inefficacité totale des moyens lorsque la substance administrée est inoffensive. Ainsi, seule l'impossibilité relative mériterait la répression lorsque par exemple l'objet de l'infraction est momentanément absent ou bien lorsque les moyens ont été mal utilisés[953]. Cette théorie, en ce qu'elle entend établir deux sortes d'impossibilité, est apparue, à la suite de certaines décisions judiciaires en ce sens[954], injustifiée. Quelle qu'en soit la cause, les effets de l'impossibilité sont les mêmes : l'absence du résultat recherché par l'agent. Soit il y a impossibilité, soit il n'y en a pas ; soit il y a répression, soit il y a impunité.

---

[950] Rossi, P. *Traité de droit pénal*. t.II. Bruxelles, 1835.
[951] Crim.20 novembre 1812 : cité par Garçon, E. (1952-1959), *op.cit.*, art.3, n°118 – CA Montpellier, 26 février 1852 : *S.* 2 (1852): 464.
[952] Ortolan, J. *Eléments de droit pénal*. Vol.1, 4e éd. Paris, 1875, p.455 et s.
[953] *V. infra*, p.315 et s. (relativement à la condamnation de Virginie Labrosse pour tentative demeurtre sur un mineur de quinze ans indépendamment du fait que l'enfant était mort-né).
[954] Crim.4 novembre 1876 : Bull.crim.n°210 ; *S.* 1 (1877): 48 et *D.* 1 (1878): 33 – Crim.12 avril 1877 : Bull.crim.n°100 ; *S.* 1 (1877): 329 et *D.* 1 (1878): 33.

b. Les limites de la thèse. A ce titre, qu'il s'agisse de retenir la théorie objective ou celle de la théorie mixte, Saleilles[955] leur adressa une critique commune en ce qu'elles ne prennent aucunement en considération l'intention criminelle du coupable, ni son caractère dangereux. Dès la fin du XIXème siècle, la nécessité d'une théorie subjective se fit définitivement ressentir. Il s'agissait principalement de mettre en évidence le caractère dangereux de l'auteur et sa volonté de parvenir au but poursuivi. Ce qui doit justifier la répression de la tentative, c'est la manifestation du comportement criminel. Ainsi, suffit-il qu'il existe un commencement d'exécution pour que la tentative soit punissable ; la tentative d'infraction impossible devient donc punissable au même titre que la tentative ordinaire. Néanmoins, le risque de voir seule l'intention criminelle finalement sanctionnée fit encore la part belle à la théorie de l'impunité du délit impossible. Cela a été le cas de Garraud et Roux[956] qui, face à de nombreux cas d'infanticides sur des enfants mort-nés, estimaient à juste titre qu'il y avait là une absence criante de la condition préalable de l'infraction, à savoir la vie de l'enfant objet d'un infanticide. Ils proposèrent, dès lors, de distinguer entre l'impossibilité de droit, non punissable et fondée sur le principe de la légalité des délits et des peines et l'impossibilité de fait qui doit être sanctionnée car ne caractérisant pas une condition édictée par la loi. L'impossibilité de droit se résumerait alors en la défaillance d'une des conditions légales indispensables à la consommation de l'infraction et dans cette hypothèse, la tentative doit être exclue de la répression. En revanche, l'impossibilité de fait étant le fruit du hasard, d'une circonstance imprévue et indépendante de la volonté de l'agent, doit faire l'objet de poursuites judiciaires.

311. Face à ces appréciations doctrinales divergentes et après quelques hésitations, la Cour de cassation a souhaité prendre clairement position en faveur d'une répression de la tentative d'une infraction impossible.

---

[955] Saleilles, R. « Essai sur la tentative et plus particulièrement sur la tentative irréalisable (Etude de Droit Pénal Comparé) ». *Bulletin de la Société générale des prisons* (1897).
[956] Garraud, R. (1913-1935), *op.cit.*, p.515 et s.

2. L'application subjective de la répression

312. Après avoir vacillé entre l'impunité et la répression, la Cour de cassation a fini par revenir sur la distinction qu'elle avait déjà opérée à la fin du XIXème siècle. L'arrêt du 9 novembre 1928 constitue le premier acte de l'application subjective de la répression de la tentative d'infraction impossible par la chambre criminelle. Elle a en effet décidé de sanctionner la tentative d'avortement à l'aide de moyens absolument inefficaces en affirmant que « le fait que ces manœuvres étaient par elles-mêmes insuffisantes à produire le résultat auquel elles tendaient, n'a été qu'une circonstance indépendante de leur volonté, par suite de laquelle leur tentative a manqué son effet » [957]. Elle a ainsi considéré que l'absence de résultat n'était qu'une circonstance indépendante de la volonté des auteurs qui étaient déterminé à l'atteindre. L'attendu a pu montrer que la cour de cassation souhaitait privilégier l'élément moral au détriment de l'élément matériel. Cette jurisprudence qui assimile la tentative d'infraction impossible à la tentative d'infraction punissable octroie une place primordiale à l'intention de l'auteur. Elle devient l'élément indispensable à la répression pénale. Cette position dans le domaine de l'avortement a pu être largement confirmée par la suite[958] mais également étendue au cas de l'avortement tenté sur une femme dont l'état gravide n'était pas établi[959]. La jurisprudence a joué ici son rôle de source du droit puisque le législateur consacra cette solution en 1939 en incriminant l'avortement et sa tentative non seulement sur une femme enceinte, mais aussi sur une femme « supposée enceinte »[960]. La terrible tentation de retenir uniquement l'intention au titre de la répression amena la Cour de cassation à sanctionner également les manœuvres abortives de la femme se croyant à tort enceinte[961].

---

[957] Crim.9 novembre 1928 : Henry, *Dr.pén.* 1 (1929): 97 ; Garraud, R. *JCP* (1929): 239 et Puech, M. *Grands arrêts*, nº 57 (1929).
[958] Crim.21 décembre 1939 : Bull.crim.n°192 ; Hugueney, L. *RSC* (1940): 223 – Crim.21 janvier 1942 : Nast, M. *JCP* II, nº 1821 (1942) ; Magnol, J. *RSC* (1945): 260 ; Hugueney, L. *RSC* (1945): 276 – Crim.19 mai 1949: Bull.crim.n°181 - Crim.28 mars 1950 : Hugueney, L. *RSC* (1950): 592 ; *S.* I (1950): 176 – Crim.23 juillet 1969: Bouzat, P. *RSC* (1970): 656 ; Roujou de Boubée, G. *D* (1970): 361 ; Littmann, M.-J. *JCP* II, nº 16507 (1970).
[959] Crim.12 mai 1934 : *S.* I (1935): 319 – Crim.3 août 1938: Hugueney, L. *RSC* (1939): 84.
[960] Article 317, 1er du code pénal, modifié par le décret-loi du 29 juillet 1939.
[961] Crim.8 juillet 1943 : Brouchot, J. *S.* I (1944): 37 ; Hugueney, L. *RSC* (1945): 277 ; Magnol, A. *RSC* (1945): 260 ; Perreau, B. *DC* (1944): 5 – Crim.30 mars 1944: *DA* (1944): 89.

a. Plaidoirie en faveur d'une répression de la tentative d'infraction impossible. Parmi les partisans de la répression systématique de la tentative, Prothais[962] estima que cette jurisprudence ne pouvait être réduite au domaine de l'avortement, mais devait être entendue à titre de valeur générale. Il « suffit », pour ce faire, que les juges du fond relèvent les deux éléments constitutifs de la tentative : existe-t-il un commencement d'exécution ? L'impossibilité invoquée constitue-t-elle, dans un second temps, une circonstance indépendante de la volonté de l'auteur ? Avant même que la chambre criminelle ne rende son célèbre arrêt *Perdereau*, Prothais publiait une plaidoirie en faveur de la répression de la tentative d'infraction impossible[963]. Pour mettre fin aux discussions sur l'infraction impossible, il met en avant deux idées principales : d'une part, l'impossibilité est avant tout un problème de consommation et d'autre part, elle ne peut être réduite à un problème de tentative. Pour ce faire, il rappelle qu'en vertu du principe fondamental de la légalité des délits et des peines, la consommation d'une infraction est impossible si tous les éléments constitutifs ne sont pas réunis. Il ajoute que « si on ne peut à l'évidence consommer l'impossible, on peut toujours le tenter (…) Par définition, la théorie de la tentative permet de réprimer dans les cas où la consommation ne le permet pas ». Par ailleurs, à l'argument de l'impossibilité légale, il répond qu'il s'agit d'une simple confusion entre la consommation et la tentative : en effet, en cas d'impossibilité juridique, c'est-à-dire en cas d'application du principe de la légalité des délits et des peines, c'est la consommation qui ne peut pas être réprimée alors que s'agissant de la tentative, la loi reste muette. Selon lui, la notion d'infraction impossible doit s'entendre comme une « consommation impossible » car le problème qui se pose en matière de consommation ne se pose pas en termes de tentative : la tentative d'une infraction impossible doit être punissable au même titre que toute tentative car le législateur n'a jamais entendu distinguer entre possibilité et impossibilité[964]. Seule réserve à la répression de la tentative d'une infraction impossible : il faut que celle-ci soit punissable en vertu de la volonté du législateur. En effet, que l'infraction soit possible ou impossible, la condition préalable à la répression de la tentative doit avant tout être incriminée par la loi. Ce n'est que par la suite que l'existence d'un commencement d'exécution doit être constatée. Ainsi, la répression de la tentative doit-elle non seulement être confortée par des actes pouvant recevoir la qualification

---

[962] Prothais, A. (1985), *op.cit.*
[963] *Ibid.*
[964] Ce que le législateur n'a pas à faire selon Alain Prothais (1985, *op.cit.*).

de commencement d'exécution mais également par la démonstration d'une intention criminelle fondée sur la connaissance ou non de l'impossibilité. A cet égard, l'impossibilité morale ou psychologique à sanctionner en l'absence d'intention criminelle constituera la seule limite à la répression de la tentative de l'infraction impossible. Pour ce faire, Prothais conseille aux juges de déterminer de manière plus approfondie l'élément moral de la tentative et de vérifier l'existence réelle de cette intention. Se fondant sur la définition classique de l'intention, il va dégager deux hypothèses : soit l'agent connaissait l'impossibilité et son intention criminelle ne peut être valablement caractérisée, ce qui est le cas lorsque l'agent a poignardé quelqu'un le sachant mort, soit l'agent ignorait l'impossibilité et la tentative devient alors punissable parce que l'intention criminelle ne fait aucun doute[965]. Ainsi, toute répression de tentative d'infraction impossible doit-elle être fondée, non pas sur la seule volonté criminelle, mais davantage sur la conscience criminelle. Selon Prothais, « c'est dans l'appréciation de cette conscience criminelle sous la forme d'une ignorance de l'impossibilité, que va résider la limite psychologique à la répression de la tentative en général et de la tentative d'infraction impossible en particulier. Seule est admissible une appréciation *in abstracto*, à savoir par la société, représentée soit par le ministère public, soit par le juge, car seule elle permet d'écarter les cas qui n'intéressent pas la répression, dans lesquels toute personne placée dans les mêmes conditions aurait eu conscience de l'impossibilité, c'est-à-dire où l'agent n'aurait pas dû ignorer cette impossibilité (…) A l'inverse, s'il n'a pas conscience de l'impossibilité dans des conditions telles que tous auraient pu l'ignorer pareillement (…), son intention criminelle ne disparaît pas pour autant, et la tentative est constituée ». L'auteur qui réfutait l'établissement de toute distinction entre le type d'impossibilité a lui-même, peut-être inconsciemment, établi une nouvelle distinction entre l'ignorance admissible de l'impossibilité qui mérite une répression et l'ignorance inadmissible à laquelle doit être réservée l'impunité, de sorte que l'agent qui connaissait l'impossibilité afférente à la consommation de l'infraction ne doit pas faire l'objet de poursuites alors que l'action de l'agent qui ignorait l'impossibilité doit être pénalement sanctionnée, son ignorance faisant preuve d'intention dangereuse.

---

[965] Cette position d'Alain Prothais figurait déjà au sein de l'article 108 du projet de 1934 qui énonçait que « la tentative est punissable alors même que le but recherché ne pouvait être atteint à raison d'une circonstance de fait ignorée de l'auteur ».

b. L'application jurisprudentielle. Nul doute que cette plaidoirie en faveur de la répression de la tentative d'une infraction impossible a eu une incidence sur la solution qui devait être apportée seulement une année plus tard par la chambre criminelle dans son célèbre arrêt *Perdereau.* Elle a saisi l'occasion qui se présentait à elle pour réprimer la tentative d'homicide volontaire sur un cadavre à l'encontre d'un homme dont l'intention criminelle ne pouvait être écartée mais dont la caractérisation de l'infraction était impossible. L'hypothèse retenue par la Cour de cassation tenait à ce que le résultat recherché était la mort de la victime même si celle-ci devenait impossible en raison de sa préalable réalisation, méconnue de l'auteur au moment des violences. En mettant à l'écart la question de savoir si le résultat avait été, ou non, atteint par l'agent, la chambre criminelle a explicitement mis l'accent sur l'intention coupable indépendamment du résultat de l'infraction. Selon elle, seule la consommation de l'infraction était impossible et non pas sa tentative dont il suffit de démontrer la réunion des conditions traditionnelles. C'est pourquoi, la jurisprudence assimile depuis cet arrêt rendu en 1986la tentative de meurtre au meurtre lorsque l'auteur des coups croyait, à tort, sa victime encore en vie au moment des faits[966]. En l'espèce, la question qui était soulevée devant la Cour de cassation était de savoir si l'on pouvait réprimer un individu qui avait porté des coups « mortels » à une personne déjà décédée. Lors d'une rixe, Monsieur Charaux assomme Monsieur Willekens à coups de barre de fer et applique celle-ci sur le coup de la victime en pesant de tout son poids jusqu'à ce que cette dernière cesse de respirer. Monsieur Perdereau, le lendemain de la rixe, croyant Monsieur Willekens encore en vie, entreprend de l'achever en lui assénant des coups de bouteille sur le crâne et en lui serrant le coup avec un lien torsadé. A la suite d'un pourvoi déposé par Monsieur Perdereau, la chambre criminelle censura l'arrêt des juges du fond en raison d'une contradiction de motifs mais elle confirma, tout de même, que les charges réunies à l'encontre de Monsieur Perdereau caractérisaient les éléments constitutifs du chef de tentative d'homicide volontaire. Pour y parvenir, les juges répressifs ont été soucieux de caractériser à la fois un commencement d'exécution et une intention criminelle et ont ainsi rendu effective, selon les partisans de la répression de la tentative de l'infraction impossible, une politique criminelle juste et conforme au droit positif. « Si on ne peut, à l'évidence, consommer l'impossible, on peut toujours le

[966] Crim.26 janvier 1986 (arrêt *Perdereau*) : Bull.crim.n°25 ; Doucet, J.-P. *Gaz.Pal.* 1 (1986): 377 ; Levasseur, G. *RSC* (1986): 849 ; Mayer, D. et C. Gazounaud. *D.* (1986): 265 ; Pradel, J. *D.* (1986): 267 ; Roujou de Boubée, G. *JCP* II, nº 20774 (1987) ; Vitu, A. *RSC* (1986): 839.

tenter »[967]. Le seul moyen d'échapper à la répression est de plaider l'absence d'intention ; ce qui n'était visiblement pas la position de la défense en l'espèce.

313. L'intention est largement discutée au sein des Cours d'assises en matière de meurtre sur nouveau-né. Puisqu'il n'y a, de l'aveu-même de l'accusée et de la certitude du lien biologique, aucun doute sur la « culpabilité matérielle », les débats s'orientent naturellement vers l'élément intentionnel de ce crime spécifique.

En dépit de la position de la Cour de cassation, les critiques adressées par une partie de la doctrine à la répression de l'infraction impossible par application de la théorie de la tentative sont les mêmes en termes de néonaticide (**II**). La solution dégagée par la jurisprudence *Perdereau* est-elle applicable lorsqu'il existe un doute sur la vie préalable de l'enfant ? L'analogie est-elle suffisante pour traiter de la spécificité du crime de néonaticide ?

II- L'insuffisance du recours à la notion d'infraction impossible

314. La théorie de la tentative pour mettre en lumière l'intention criminelle n'est pas pertinente lorsque l'enfant est mort, ce qui est le cas la plupart du temps. Néanmoins, la justice s'évertue à appliquer la théorie de l'infraction impossible et de sa tentative (**A**) alors qu'une prise en considération de la conscience réelle permettrait une meilleure approche de l'intention juridique en matière de meurtre de nouveau-né (**B**).

A- L'infraction impossible de meurtre sur un nouveau-né

315. La qualification pénale menant au renvoi des femmes néonaticides devant les cours d'assises diffère selon que les constatations médico-légales ont été dans la capacité ou non

[967] Prothais, A. (1985), *op.cit.*, p.88-108.

d'établir si l'enfant était vivant au moment des faits. Ce postulat soulève deux hypothèses : soit la médecine légale n'a pas pu affirmer que l'enfant était vivant au moment du passage à l'acte et le choix se fera sur le seul fondement des aveux de l'accusée en faveur d'une qualification intentionnelle de meurtre sur mineur de quinze ans ; soit, à l'inverse, les constatations médico-légales ont conclu à une mort *in utero* de l'enfant, mais la tentation de la répression conduit certains magistrats à recourir à la construction juridique de la tentative de meurtre sur un enfant mort-né.

1. Pas de meurtre sur mineur de quinze ans, faute de condition préalable

316. Assez majoritairement, lorsque les constatations médico-légales ne permettent pas d'établir avec certitude que l'enfant était vivant au moment des faits, les femmes néonaticides sont renvoyées devant la cour d'assises du chef de meurtre sur mineur de quinze ans.

a. L'absence de vie préalable de la victime. En se fondant uniquement sur les aveux de l'accusée, qui sont parfois incompatibles avec des vérités médico-légales, la justice semble faire fi de l'exigence posée par le législateur de la condition préalable au meurtre, à savoir la vie de la personne humaine. En effet, le simple aveu des mises en cause quant à la respiration de leur enfant à la naissance suffirait à la caractérisation de l'incrimination, indépendamment de toute preuve scientifique de trace de vie. Ne serait-ce pas là une présomption d'intention, à défaut d'éléments matériels et de « vérité scientifique » quant à la vie préalable de l'enfant ? Les auteurs qui se sont opposés à la jurisprudence *Perdereau*[968] estimaient à juste titre que la tentative qui porte sur un cadavre ne peut être légalement réprimée faute d'élément légal. En recherchant uniquement les éléments traditionnels de la tentative, les juges ne prêtent aucune attention particulière au délit ou au crime. Or, il manque la condition préalable à l'incrimination de meurtre, à savoir la vie préalable de la victime. La qualification juridique de meurtre suppose un acte positif de destruction de la vie humaine. Or, l'agent qui intervient

[968] Mayer, D. et C. Gazounaud, (1986), *op.cit.*

après le décès ou avant la vie ne peut plus porter atteinte à la vie, il y a là une véritable impossibilité juridique de qualification ; tout au plus, commet-il une atteinte à l'intégrité du cadavre[969]. Si bien qu'incriminer le meurtre d'un enfant mort-né au titre du meurtre sur mineur de quinze ans conduirait à priver les articles 221-1 et 221-4 de leur substance et à faire l'amalgame entre des textes protégeant des intérêts de valeur inégale. A noter, par ailleurs, que l'ancien article 345 du Code pénal[970] permettait de réprimer la suppression d'un enfant mort-né ou de vie incertaine même s'il s'agissait, dans l'esprit du législateur, d'une simple atteinte à l'état civil puisque placée dans la section des « crimes et délits tendant à empêcher ou détruire la preuve de l'état civil d'un enfant, ou à compromettre son existence ». Entendue dans ces termes, la notion d'infraction impossible n'est que la manifestation d'un vide de la loi pénale que seul le législateur peut combler si cela est souhaitable. Rappelons que la chambre criminelle, en constatant l'impossibilité d'incriminer des actes pratiqués sur une femme dont la grossesse n'avait pas pu être pas prouvée[971], avait convaincu le législateur de publier un décret-loi sanctionnant quiconque « aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte »[972]. De manière générale, il ne semble pas nécessaire d'ajouter à l'incrimination de meurtre la formule « personne supposée en vie » car la notion de complicité est à ce titre un instrument utile à la répression des situations de concerts frauduleux. Qu'en est-il de ces hypothèses où l'auteur du meurtre est aussi singulier que la femme néonaticide ?

b. Illustration des propos. Céline Lesage a été condamnée le 18 mars 2010 par la Cour d'assises de la Manche à quinze années d'emprisonnement pour avoir volontairement donné la mort à six de ses nouveau-nés. Maman d'un garçon âgé de quatorze ans au moment du procès, elle encourait la réclusion criminelle à perpétuité.

Attiré par une odeur nauséabonde provenant de sa cave, Luc, le dernier compagnon de Céline, fait la macabre découverte de sacs poubelles contenant des petits corps. La police est prévenue, le Procureur de la République averti et les actes habituels d'investigations sont mis

---

[969] Article 225-17, al.1er du code pénal : « Toute atteinte à l'intégrité du cadavre, par quelque moyen que ce soit, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».
[970] Ancien article 345 du code pénal de 1810 : « Les coupables d'enlèvement de recélé ou de suppression d'enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée, seront punis de la réclusion. La même aura lieu contre ceux qui, étant chargés d'un enfant, ne le représenteront point aux personnes qui ont le droit de le réclamer».
[971] Crim.6 janvier 1959 : *D.* 1 (1959): 336 et *S.* 1 (1959): 362.
[972] Décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française.

en œuvre. Comme dans la majorité des cas de morts suspectes, une autopsie des petits corps est immédiatement ordonnée par le Procureur de la République. Le corps de médecins légistes saisi à cette fin rapporte les conclusions suivantes : les cadavres sont issus de grossesses remontant à plus de cinq ans. D'après les dires de l'accusée, les grossesses auraient successivement eu lieu en 2000, 2001, 2003, 2004, 2006 et 2007. La viabilité des enfants au moment des faits est soulignée par les experts mais aucune trace de vie n'était décelable en raison de la décomposition avancée des corps. Pour ainsi dire, aucune preuve scientifique ne peut garantir que les enfants aient respiré avant que les actes reprochés ne soient pratiqués à leur encontre. S'il apparaît douteux que les six enfants soient mort-nés, l'absence de vitalité de certains d'entre eux aurait dû empêcher toute poursuite judiciaire du chef d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans. Cette application du droit a été celle d'un tribunal néerlandais qui refusa de condamner une femme de 42 ans pour le meurtre de trois de ses nouveau-nés au motif « qu'il n'avait pas pu être prouvé que les bébés étaient vivants lorsqu'ils sont nés et par conséquent les accusations d'infanticide n'avaient pas pu être prouvées »[973]. Les corps des trois nouveau-nés avaient été retrouvés dans son jardin lors d'une perquisition réalisée à la suite de l'hospitalisation de l'accusée qui avait révélé un accouchement récent.

317. En définitive, aucune distinction n'est faite entre la vitalité avérée et celle qui ne l'est pas. La condition préalable d' « autrui » ne serait-elle plus subordonnée à la condition de vie préalable de la victime ? Car, se poser la question de savoir si Céline Lesage avait intentionnellement donné la mort à un mineur de quinze ans, indépendamment du fait qu'il y avait un doute certes peu vraisemblable, sur la vie des enfants, revient à se poser la question inverse de savoir si Céline Lesage avait intentionnellement donné la mort à des enfants éventuellement déjà décédés. Peut-on retenir la tentative de meurtre sur mineur de quinze ans en l'absence de sa condition préalable ? Soit l'enfant était effectivement vivant au moment des faits et la qualification pénale de meurtre sur mineur de quinze ans se tient, soit l'enfant était mort-né et cette qualification pénale devient bancale : réprimer le meurtre sur un enfant

---

[973] Propos tenus par Nicole van Wordragen, porte-parole du tribunal de Maastricht (« Elle est acquittée du meurtre de 3 bébés ». *LeFigaro.fr*, article paru et consulté le 27 septembre 2011 sur : http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2011/09/27/97001-20110927FILWWW00612-elle-est-acquittee-du-meurtre-de-3-bebes.php).

mort-né ne constituerait-il pas une infraction impossible ? Le ministère public a, en l'espèce, justifié sa position au regard des déclarations de l'accusée lors de sa garde à vue et des interrogatoires en cabinet d'instruction. Effectivement, ces aveux de culpabilité sont assez largement confortés par des actes matériels : sacs plastiques sur la tête, ficelles autour du cou, placement dans des sacs poubelles…Il est tout à fait envisageable que de tels agissements aient pu conduire au décès des enfants si la preuve de leur vitalité avait été indiscutable. Toutefois, d'un point de vue strictement juridique, fonder son accusation sur des aveux et des éléments matériels reste largement critiquable. D'une part, les aveux de femmes néonaticides sont à relativiser. Il est souvent arrivé que certaines d'entre elles avouent que leur enfant avait crié à la naissance alors même que les constatations médico-légales soutenaient un décès *in utero* de l'enfant. D'autre part, l'intention criminelle est ici principalement déduite des actes matériels, si bien que l'intention est essentiellement acquise par la caractérisation de l'élément matériel. L'intention est alors réduite à l'acte et la qualification pénale de meurtre sur mineur de quinze ans est fondée sur son seul élément matériel. A la lecture du texte d'incrimination, ce n'est pas uniquement un élément constitutif qui fait défaut mais son essence même. Est-il possible, d'un point de vue strictement juridique, qu'une femme puisse être poursuivie pour avoir volontairement donné la mort à un enfant dont la vie n'a pas été scientifiquement constatée[974] ? La réalité des actes commis place les acteurs de la justice dans l'obligation de poursuivre une femme pour meurtre sur mineur de quinze ans même si la vie de l'enfant n'est pas avérée et ce, au risque de contrevenir au principe de la légalité des délits et des peines. Indéniablement, la répétition des actes, entendue comme la preuve indéniable de l'intention, a eu raison de la théorie. Finalement, quelle aurait été l'incidence de la tentative sur le quantum de la peine puisque la tentative est réprimée au même titre que la consommation ? Là où la justice aurait dû avoir raison des actes matériels, la justice des hommes a privilégié la répression.

[974] Nous rappellerons ici que l'IVG est légalisée depuis 1975 et que l'auto-avortement a, quant à lui, été dépénalisé depuis 1994…

2. Pas de tentative de meurtre sur un enfant mort-né, faute de commencement d'exécution

318. Virginie Labrosse a été condamnée le 22 octobre 2010 par la cour d'assises de Chambéry à cinq années d'emprisonnement pour meurtre sur mineur de quinze ans et tentative de meurtre sur mineur de quinze ans[975]. Le second chef d'accusation supposerait que l'enfant ait survécu puisque tentative il y aurait eu. Néanmoins, les constatations médico-légales mettent un terme à cette supposition puisqu'elles concluent à une mort *in utero*. Toutefois, l'accusée réitère ses déclarations : l'enfant était vivant lors de l'accouchement. Indépendamment des constatations scientifiques qui affirmaient le contraire, le chef de tentative de meurtre était maintenu. Ainsi, seuls les aveux de la mise en cause, ceux-là même qui servaient de fondement à la qualification de meurtre dans l'hypothèse d'un doute sur la vitalité de l'enfant, s'avéraient-ils, dans cette autre hypothèse, constituer une nouvelle fois le fondement de la poursuite.

a. L'absence de commencement d'exécution. De ce postulat, la justification de la qualification devait passer par la démonstration de l'existence d'un commencement d'exécution. En effet, à travers sa jurisprudence *Perdereau*, la chambre criminelle affirme que les coups portés à un cadavre avec intention de donner la mort constituent le commencement d'exécution d'un homicide. En d'autres termes, la Cour de cassation, qui contrôle cette notion, exige au moins un rapport de causalité entre le commencement d'exécution et l'infraction consommée[976]. Or, il ne peut exister de lien de causalité direct et immédiat entre les coups portés à un cadavre et l'homicide puisque l'acte matériel intervient postérieurement au décès. Les coups ne peuvent donc pas constituer le commencement d'exécution du meurtre. Dès lors, il appartient à l'avocat général d'apporter la preuve que les éléments constitutifs du commencement d'exécution étaient réunis. En d'autres termes, quels sont les actes qui tendaient directement et immédiatement à la consommation du meurtre sur un enfant mort-né avec l'intention de le commettre ?

---

[975] Cour d'assises de la Savoie, 22 octobre 2010, Ministère Public c/ Labrosse Virginie, n°2010/010.
[976] Crim.26 janvier 1986, arrêt *Perdereau* : *op.cit.*

b. Illustration des propos. Lors du procès de Virginie Labrosse, il a été mis en évidence, au sujet de l'enfant mort-né, qu'elle n'avait commis aucun geste positif sur cet enfant, qu'elle ne se souvenait plus s'il était vivant ou s'il avait crié, mais déclarait l'avoir mis « assez rapidement dans un sac poubelle ». Autrement dit, est-ce que le placement de l'enfant dans un sac poubelle constitue un commencement d'exécution ? Est-ce que ce placement a directement et immédiatement causé la mort de l'enfant ? La tentative de meurtre sur un cadavre suppose une vie préalable et les actes aptes à constituer le commencement d'exécution correspondent aux actes qui auraient pu causer la mort de la victime si elle avait été encore en vie au moment des violences. Lorsque la tentative de meurtre est relative à un enfant mort-né, aucun acte ne peut constituer un commencement d'exécution, puisque, par définition, l'enfant n'a pu être juridiquement mort car n'a jamais été juridiquement vivant. Est-il possible de donner la mort à un enfant qui n'a jamais été vivant ? Ce n'est pas que la mort qui est ici impossible, mais c'est également la vie. Se poser la question de savoir si placer un enfant vivant dans un sac plastique est susceptible de lui donner la mort est tout à fait et, fort heureusement, légitime. Toutefois, se poser la question de savoir si placer un enfant mort-né dans un sac plastique est susceptible de donner la mort à cet enfant mort-né relève de l'absurde. L'opportunité de telles poursuites apparaît fortement critiquable notamment au regard du commencement d'exécution. Lors de ce procès, il est regrettable que l'avocat général ait échappé à son obligation de démontrer l'existence d'un commencement d'exécution. Peut-être simplement parce qu'il y a à la fois une impossibilité matérielle et juridique à caractériser le commencement d'exécution et, par conséquent, à retenir une qualification dont les éléments constitutifs sont inexistants. Il n'est pas certain, pour l'ensemble des raisons déjà évoquées, que la chambre criminelle maintienne la théorie de la tentative d'une infraction impossible dans l'hypothèse d'un enfant mort-né ou d'un enfant dont la vitalité n'a pu être clairement établie. L'arrêt rendu par la Cour d'assises de la Savoie le 22 octobre 2010 est un « simple » arrêt de Cour d'assises et aucunement une solution ayant valeur à s'appliquer de manière générale, même s'il a été fait application *in extenso* de l'esprit de sa jurisprudence. Il serait, en effet, hautement critiquable que la construction juridique de la tentative de meurtre sur un cadavre soit appliquée à l'hypothèse d'un enfant mort-né.

319. En définitive, que la vitalité de l'enfant ne puisse pas être prouvée scientifiquement ou, qu'à l'inverse, la vitalité a été effectivement écartée par la médecine légale, la justice semble

s'éloigner de l'essence même de son rôle : dire le droit. La nécessité d'une réponse pénale au service de la répression sociale l'a conduite à faire de mauvais choix. Retenir la tentative d'homicide sur un enfant mort-né est une action dangereuse fondée sur une intention criminelle caractérisée par les actes matériels. Ne pas prendre en considération les mobiles qui ont poussé la mère néonaticide à agir de la sorte renforce le risque d'une justice illisible en la matière (**B**).

B- La nécessité d'une conscience réelle

320. A l'exclusion d'autres formes d'intention spécifique, seule l'intention de donner la mort à autrui est prise en compte dans l'incrimination de meurtre. Les mobiles, c'est-à-dire les raisons pour lesquelles les faits ont été commis, ne sont pas pris en considération pour la caractérisation de l'infraction, mais sont davantage retenus pour le quantum de la peine et ce, au titre du principe de l'individualisation de la peine. Toutefois, dans certaines situations, le principe devient insuffisant au regard de l'esprit du texte incriminateur et conduit le législateur à établir des exceptions au principe.

1. L'indifférence des mobiles

321. Si les mobiles sont inopérants dans la caractérisation de l'infraction, ils sont néanmoins pris en considération lors de la détermination de la peine, une fois la condamnation prononcée.

a. Des mobiles inopérants dans la caractérisation de l'infraction. L'intention étant abstraite, détachée des considérations psychologiques qui peuvent animer l'auteur au moment de la commission des faits, elle rend par voie de conséquence les mobiles inopérants. En effet, une fois l'intention établie, le mobile, quand bien même il fût honorable, ne peut détruire la

faute imputable au délinquant : « le dol général est une opération intellectuelle dont le mobile n'est que l'arrière-plan psychologique »[977]. Dans la pratique judiciaire, les mobiles permettent de comprendre davantage le passage à l'acte mais en termes juridiques, ils sont sans incidence sur la constitution de l'infraction ; tout au plus ils interviennent dans l'évaluation du quantum de la peine. Telle qu'elle est actuellement entendue par le droit positif, l'intention est liée à la seule matérialité de l'infraction et, c'est cette dernière qui lui sert de support, de « curseur révélateur » de l'intention. Les mobiles résideraient davantage dans les causes affectives préalables à l'intention, ils supposeraient la volonté d'accomplir l'acte pour atteindre un objectif. Jusqu'au milieu du XXème siècle, la doctrine n'opérait aucune distinction entre l'intention et les motivations. « La motivation concerne ce qui est capable de mouvoir un individu, de le pousser à agir dans le monde sensible en adoptant certains comportements »[978]. Aujourd'hui, le motif et le but sont distingués : les motifs correspondent aux raisons d'agir puisées dans l'intelligence, ce sont des actes qui ont été commis après une décision. Les buts, quant à eux, s'appliquent davantage dans les représentations conscientes du résultat que l'agent a voulu atteindre. D'une part, la conception traditionnelle entend fonder le mobile sur l'affectivité du sujet ; il constitue le lien de causalité entre le sujet et son acte. Selon la conception minoritaire moderne[979], la motivation doit être principalement fondée sur la représentation par l'individu du but final de son activité. Finalement, ces deux conceptions sont complémentaires : la première fait état de l'origine des comportements et concerne *stricto sensu* les mobiles ; la seconde, quant à elle, fait appel aux motifs d'ordre intellectuel. En conclusion, « les mobiles sont le support affectif de l'aspect intellectuel de la motivation ». Selon Marie-Christine Sordino[980], la position actuelle du droit se justifie, par l'affirmation selon laquelle les sentiments personnels qui ont amené l'individu à commettre l'irréparable ne font pas pour autant disparaître la volonté chez ce dernier de commettre l'acte criminel ou délictuel tel qu'il est déterminé par la loi. Le mobile, entendu comme le désir de résultat, ne peut être assimilé au dol général qui correspond à la seule volonté de commettre un acte tout en ayant conscience qu'il va engendrer la réalisation d'une infraction. Ainsi, l'essence même

---

[977] Merle, R. et A. Vitu. (1997), *op.cit.*
[978] Définition empruntée à Bernardini, R. « Mobiles ». Dans *Dictionnaire des sciences criminelles*, Tzitzis, S. Dalloz, 2004, p.628-631.
[979] Peters, R.-S. *Le concept de motivation*. E.S.F. 1973, p.34 et s.
[980] Sordino, M.-C. *Droit pénal général*. Ellipses Marketing, 2002, p.86-90.

du principe de l'indifférence des mobiles consiste-t-il à refuser toute référence aux données psychologiques de l'auteur lors de la caractérisation de l'incrimination.

322. Qu'est-ce qui justifie une mise à l'écart des données psychologiques de l'auteur dans les infractions intentionnelles ? Rendre inopérants les mobiles, c'est avant tout éviter les conséquences auxquelles une telle prise en considération pourrait aboutir, car retenir les mobiles qui ont poussé l'agent à agir revient à accorder aux propriétés psychologiques de l'auteur une place primordiale dans la notion de culpabilité. En effet, accepter que les mobiles puissent avoir une quelconque influence sur l'établissement de la culpabilité d'un individu, ce serait leur laisser avoir une influence sur le prononcé de culpabilité ou de non culpabilité. Cela reviendrait tout simplement à donner une valeur exonératrice au mobile perçu comme étant légitime ou honorable. La position qu'occupe aujourd'hui le mobile en droit criminel rassure certains auteurs qui voient dans la prise en compte des motifs psychologiques le risque d'une certaine impunité voire d'une irresponsabilité de l'auteur[981]. Ils saluent cette position en ce qu'elle évite le prononcé d'acquittements qui peuvent paraître choquants[982]. Outre la multitude des mobiles ou l'impossibilité morale de les recenser, c'est la peur d'une « légitimisation » du passage à l'acte qui paraît ici fondatrice. D'un point de vue plus pragmatique, Roger Bernardini conteste les arguments fondateurs de l'indifférence des motivations[983]. D'une part, le principe de l'indifférence des mobiles ne doit pas se fonder sur l'ancienneté de l'intention vis-à-vis des mobiles et des motifs. Selon lui, ce serait en réalité l'objectivation du Code pénal de 1810 fondant la sanction pénale sur la gravité objective des actes qui serait la cause du principe d'indifférence des motivations dans la culpabilité pénale. Le législateur se serait ainsi préoccupé du trouble social en délaissant l'aspect psychologique de l'auteur de ce trouble. D'autre part, il réfute tout autant l'argument selon lequel il est difficile de prouver les mobiles et les motifs qui contraignent les juges à des analyses psychologiques qui ne sont pas de leur compétence. « Il vaudrait mieux cerner les précautions à prendre dans l'utilisation de notions nouvelles, que de laisser s'installer des a priori pseudo

---

[981] Maréchal, J.-Y. (2010), *op.cit.*
[982] Debove, F. et F. Falletti. *Précis de droit pénal et de procédure pénale*. 2e éd. Presses Universitaires de France - PUF, 2006, p.91.
[983] Bernardini, R. (2004), *op.cit.*

scientifiques sur la personnalité des personnes poursuivies »[984]. Enfin, ce serait confondre explication et justification des gestes que d'affirmer que la prise en considération des mobiles constituerait une reconnaissance tacite de l'adage « la fin justifie les moyens ».

323. En définitive, les questions que soulèvent les mobiles traduisent la peur de l'intrusion de données subjectives en droit pénal, créant une opposition entre « un droit pénal du fait » qui éviterait les abus et « un droit pénal de l'auteur » qui serait nécessairement abusif. Pour contrebalancer ces extrémités, la pratique judiciaire accorde une place importante aux mobiles dans la détermination de la peine.

b. Des mobiles effectifs dans l'unique détermination de la peine. A défaut de jouer un rôle dans la caractérisation de l'infraction, le mobile tient une place toute particulière dans la détermination de la peine. Même si, en théorie, motifs et mobiles ne sont pas exigés par la loi dans la détermination des sanctions encourues, ils jouent un rôle prépondérant dans l'appréciation judiciaire par le prononcé de peines réduites, d'acquittement ou de relaxe. Sans pour autant permettre une systématique diminution de la peine du fait de l'existence d'un mobile « légitime », l'objectif doit être davantage de prendre en considération la psychologie de l'auteur, ainsi que l'existence ou non de circonstances aggravantes ou atténuantes, de manière à ce que la nécessaire sanction soit réparatrice et pédagogique. En d'autres termes, le mobile a une influence sur la sanction de façon à ce que la peine prononcée soit adaptée et ce, dans le plus grand respect de l'article 132-24 du Code pénal relatif à la personnalisation de la peine. En effet, si le mobile est par principe inopérant dans la caractérisation de l'infraction, il est loin d'être totalement étranger de la répression[985]. A notre sens, prendre en considération les mobiles au titre de la sanction a le mérite de corriger la rigueur excessive et automatique de la loi[986].

De ce fait, retenir les mobiles dans l'application judiciaire de la peine a conduit certaines Cours d'assises à acquitter des mères meurtrières. Lorsqu'elles condamnent, en considération

---

[984] *Ibid*, p.630.
[985] Porteron, C. « Infraction ». *JCl pén.* (février 2002).
[986] Sans pour autant dénaturer « la définition de l'intention, qui doit rester immuable dans son contenu, par le rejet de tout ce qui s'apaprente à ces causes impulsives » (Mayaud, Y. (2006), *op.cit.*).

du motif qui aurait inspiré l'auteur et de circonstances atténuantes, elles condamnent celle-ci à une peine bien en-deçà de celle encourue. Conscients de l'aspect arbitraire que peut recouvrir cette pratique judiciaire, certains proposèrent d'appliquer à l'auteur une sanction d'un caractère différent suivant le motif qui l'a fait agir[987]. Il s'agirait, dans un but de défense sociale, de punir toujours l'auteur mais dans une proportion plus adaptée. Sous l'influence de la doctrine néo-classique, le Code pénal italien de 1889 avait admis ce système pour certaines infractions accomplies pour un « mobile d'honneur ». Tel était le cas de l'avortement, de l'infanticide ou de l'abandon d'enfant nouveau-né. En dépit de sa disparition dans le Code pénal italien de 1930, ce parallélisme des peines a trouvé son application la plus large dans le Code pénal norvégien de 1902 (art.24) et l'ancien Code pénal de Cuba de 1936 (art.55). L'appréciation *in concreto* de la sanction laisse entendre que le droit criminel français est encore un droit pénal du fait dans le domaine de l'incrimination mais tend à se rapprocher d'un droit pénal de l'auteur dans le domaine de la sanction. Il ne s'agit pas d'un principe venant faire exception[988] à celui de l'indifférence des mobiles en matière d'incrimination mais plutôt d'un principe parallèle qui consacrerait un droit pénal de l'auteur dans le domaine de la sanction. C'est d'ailleurs ce que consacre l'article 132-24 du Code de procédure pénale en énonçant que « dans les limites fixées par la loi, la juridiction prononce les peines et fixe leur régime en fonction des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur »[989]. Cette disposition « valise » permet ainsi aux instances répressives de pouvoir prendre en considération les mobiles de l'auteur au moment du prononcé de la peine.

324. Cette analyse est-elle également valable en matière de néonaticide ? La condamnation de ces femmes meurtrières de leur enfant nouveau-né à des peines bien inférieures à celle

---

[987] *V.* notamment : Benillouche, M. (2005), *op.cit.*

[988] Dans les cas où l'intention criminelle, entendue comme une volonté abstraite, ne suffit plus à constituer l'infraction car celle-ci n'existe qu'en raison du mobile qui l'a inspirée, le législateur prend en considération le mobile au titre de l'incrimination. C'est le cas par exemple de l'infraction d'organisation d'insolvabilité, de terrorisme ou de certaines infractions contre la sûreté de l'Etat, et plus généralement dans les cas où le législateur a employé les termes « en vue de », « dans le but de ». Dans ces hypothèses, la loi n'exige qu'un but-immédiat, un objectif tellement proche de l'activité infractionnelle qu'il est intégré et prouvé par les actes matériels accomplis. Dans ces cas, la loi n'exige pas un but éloigné ou final de nature à démontrer et apprécier la personnalité réelle et profonde de l'auteur. Ces exceptions révèlent une intention criminelle réduite à l'acte commis, l'effectivité de l'appréciation du mobile se réalisant pleinement par le prononcé de la peine.

[989] Disposition qui apparaît, par ailleurs, suffisante, aux yeux de certains magistrats quant à l'adaptation de la qualification d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans aux cas de néonaticides.

encourue témoigne-t-elle pour autant d'une prise en compte de leurs mobiles ? Ou s'agit-il de toute autre chose ? La presse leur a souvent rattaché des mobiles : elles ne voulaient plus d'enfant, elles voulaient se venger de leur mari volage, elles ne voulaient pas voir leur corps déformé par la grossesse…autant de mobiles qui apparaissent, au siècle de la contraception et de l'avortement, quelque peu étranges. La culpabilité de l'accusée ne posant aucune difficulté, les débats s'orientent très rapidement sur la recherche des mobiles : qu'est-ce qui a conduit ces femmes à commettre l'irréparable ? Pourquoi de tels gestes chez des femmes sans histoire ? Les accusées, elles-mêmes, sont incapables de répondre. Finalement, à vouloir découvrir un mobile chez ces femmes (ce serait tellement plus facile et plus acceptable peut-être), la cour se rend compte de cette impossibilité. Le malaise s'installe et explique peut-être la « clémence » des peines.

2. Plaidoyer en faveur d'un droit pénal de l'auteur

325. Isabelle Moine-Dupuis, à travers un véritable plaidoyer en faveur de la conscience réelle, a dénoncé la réduction de l'intention aux seuls faits matériels, son rôle d'élément autonome de l'infraction se trouvant ainsi largement diminué. Elle entend ainsi démontrer que l'intention juridique ne fait pas grande place à l'intention réelle dans laquelle se trouve l'auteur au moment des faits[990].

a. Un droit pénal des faits pour la caractérisation de l'intention. L'absence de mobile apparent chez les femmes néonaticides signifie-t-elle pour autant que leurs actes sont dépourvus d'intention ? Les caractères de l'intention et ceux des mobiles sont différents : les mobiles sont extérieurs et préexistants à l'acte alors que l'intention, qui est également préexistante, est singulièrement concomitante à l'acte. En psychologie, le mobile est « une élaboration psychique dynamique, une synthèse faite par le psychisme des données internes propres à chaque personnalité et de données externes présentes lors de l'action. Cette synthèse

[990] Moine-Dupuis, I. « L'intention en droit pénal : une notion introuvable ? » *D.* (2001): 2144.

est une force psychique poussant un sujet à accomplir un acte déterminé »[991]. « Schématiquement, les mobiles sont plus difficiles à cerner et à maîtriser, tandis que les motifs prêtent davantage à une analyse rationnelle[992]. La notion de mobile concède une place plus importante à ce qui, parce que profond, personnel et interpersonnel, échappe facilement à l'attention d'un observateur de sens commun, voulu « objectif », rationnel, scientifique, porté à décrire et à analyser en obéissant plus ou moins aux règles d'une logique supposée universelle »[993]. Dès lors, l'intention se distingue essentiellement des mobiles en ce qu'elle ne permet pas d'expliquer l'acte, mais uniquement de le décrire. Les mobiles sont ainsi liés à la personnalité de l'auteur et varient en conséquence à l'infini pour un même type d'infraction. C'est cette multitude de mobiles qui les rend inopérants à la caractérisation de l'infraction. Le droit ne peut se permettre d'élever au rang d'incrimination autonome chaque mobile qu'il jugerait illégitime. Dès lors, l'intention de l'agent sera nécessairement cantonnée aux actes réprimés par l'incrimination ; peu importantes soient les raisons qui l'ont poussé à agir.

326. Toutefois, cette position indispensable du droit criminel rend parfois difficile la compréhension des verdicts des Cours d'assises, ou du moins l'appréhension, de certains types d'affaires dont la réalité humaine dépasse très largement l'acceptation qui en est faite par le droit. La suppression, en 1994, de l'incrimination autonome d'infanticide au profit d'une incrimination générale d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans, a objectivement conduit à figer l'intention criminelle en matière de meurtre d'enfant. Que l'auteur soit une femme néonaticide ou une tierce personne, les accusés sont en théorie placés sur le même seuil d'intention criminelle. Toutefois, dans la pratique, la simple lecture des condamnations en la matière révèle une différence très importante en termes de gravité des peines. Si le droit pénal du fait estime que l'intention criminelle est identique, car fondée sur des actes réprimés par l'infraction elle-même, qu'est-ce qui justifie un droit pénal de l'auteur lors du prononcé de la peine ? Qu'est-ce qui justifie cette importante différence des peines pour des actes qui reçoivent la même qualification pénale ? Si la personnalité des femmes néonaticides est si

---

[991] Ardoino, J. « La complexité en tant que multidimensionnalité supposée des objets, ou en tant que multiréférentialité explicite des regards qui les inventent (Pluralité, temporalité, hétérogénéité, altération, métissage) ». *Le sociographe* Hors-série, nº 3 (2008).
[992] En ce qu'ils correspondent aux motifs d'une décision judiciaire ou d'un jugement.
[993] Ardoino, J. (2008), *op.cit.*

différente de celle des autres auteurs de meurtre d'enfant, si les différences de *quantum* de leur peine sont si importantes, comment justifier que leurs actions revêtent la même qualification pénale ? Ce constat soulève de grandes incertitudes quant à l'avenir de l'élément psychologique au sein de la constitution des infractions. En effet, réduire l'intention criminelle à la conscience du caractère illicite de l'acte (doublée de la volonté de l'accomplir) revient à rendre un peu plus désuète encore l'autonomie de l'intention dans la caractérisation de toute infraction. Refuser de cantonner l'intention à la seule constatation formelle de la violation d'un texte donné semble être la seule solution à la survivance de l'autonomie de l'élément psychologique de l'infraction. En effet, l'intention doit être entendue comme « l'attitude psychologique qui conduit à l'infraction et l'accompagne »[994] ; elle se doit de traduire le lien qui existe entre l'auteur et ses actes. Sans cela, les actes constitueraient « un squelette d'actions humaines »[995], dépourvu de sens. Lorsque le droit pénal relie l'intention aux faits commis, il pratique un droit pénal du fait qui ne permet pas de comprendre le crime, mais de simplement le décrire. Dans le meurtre, seul est pris en considération l'*animus necandi* et ce, indépendamment de sa cause.

327. A partir de ce postulat, l'infraction pourrait recouvrir deux définitions : d'une part, une définition analytique, et d'autre part, une définition globale[996]. Alors que la première consiste à décomposer l'action, la seconde permet une certaine unicité dans l'intention des infractions. Plus proche de la réalité psychologique, et tout en correspondant à une vision globale de l'action, elle représente une donnée psychologique bien précise ; de sorte que chaque infraction possède son esprit. Or, quel est l'esprit de l'incrimination de meurtre sur mineur de quinze ans ? Infraction au contenu général et abstrait, elle regroupe toute une catégorie d'auteurs, qu'il s'agisse de l'acte d'une mère sur son nouveau-né ou celui d'un homme pervers sur un jeune enfant par exemple. L'esprit que l'incrimination de meurtre sur un nouveau-né devrait recevoir rejoint-il celui du meurtre accompli par un pédophile meurtrier ? Dans la pratique, l'esprit de l'infraction est parfois recherché lorsque les tribunaux s'interrogent sur le profil de la personne qui leur est présentée. Cette interrogation jalonne

---

[994] Moine-Dupuis, I. (2001), *op.cit.*
[995] *Ibid.*
[996] *Ibid.*

l'ensemble des débats lors des procès de femmes néonaticides. En effet, ne correspondant pas aux auteurs « habituels » d'homicides sur mineur, les mères néonaticides font l'objet de questions sans réponses sur le pourquoi de leurs actes, elles qui n'ont jamais fait parler d'elles. Les difficultés qu'éprouvent les cours d'assises à juger les femmes néonaticides ne laissent-elles pas entrevoir l'esprit spécifique qui devrait être reconnu au crime du nouveau-né ? Très certainement, mais le droit n'accorde aucune nuance dans la détermination de l'intention, si bien que la doctrine a, de son côté, tenté d'apporter des nuances à travers l'élaboration des notions de dol général et de dol spécial. Ce système simplificateur visant à unifier une notion bien plus complexe a conduit certains auteurs à vouloir accorder une place plus importante au mobile. Se reposant sur la capacité de la loi à différencier les mobiles acceptables des mobiles illégitimes, ils estiment qu' « il n'est pas d'analyse réelle de la volonté sans recours à ce qui a poussé le délinquant à agir »[997]. Toutefois, l'indifférence des mobiles et le droit pénal du fait sont indispensables à l'impératif d'une loi abstraite, générale et impersonnelle. Ces principes permettent de fixer les interdits et se doivent, par conséquent, de s'appuyer sur des faits strictement matériels. Or, la société doit également prendre en considération la gravité subjective des actes.

328. La notion de culpabilité infractionnelle est indispensable sur le plan de l'incrimination, mais elle est insuffisante sur le plan de la sanction pénale, domaine où la personnalité de l'agent est au centre des débats. Ainsi, droit pénal du fait et droit pénal de l'auteur doivent s'accepter dans la complémentarité. Pour autant, le droit pénal de l'auteur doit-il nécessairement se limiter au principe d'individualisation de la peine ? N'existe-t-il pas des hypothèses dans lesquelles le droit pénal de l'auteur mériterait une place plus importante au sein même de la caractérisation de l'infraction ? La prise en considération des données subjectives de la femme néonaticide uniquement au moment du prononcé de la peine est-elle satisfaisante ? Car, considérer la spécificité de la personnalité de la femme néonaticide uniquement lors de l'évaluation du quantum de la peine, c'est nier la spécificité du meurtre du nouveau-né.

---

[997] Moine-Dupuis, I. (2001), *op.cit.*

b. Un droit pénal de l'auteur pour la détermination de la peine. La principale visée de la loi pénale consiste à ériger en règles communes les valeurs indispensables à la vie en société. A travers le contenu des infractions, le législateur entend guider les justiciables dans leurs actes. En dépit de la nécessaire opposition entre la conscience effective du délinquant au moment de l'acte et la conscience qu'il aurait du avoir, une intention fondée sur les seuls actes rend superficielle l'appréhension de la matière.

329. Tout d'abord, la conscience selon qu'il s'agisse de l'intention ou de la responsabilité de l'auteur ne reçoit pas la même définition : l'une relevant de l'action et l'autre davantage de la faculté. L'intention définie en termes de conscience et de volonté sont les conditions indispensables à la reconnaissance de la responsabilité pénale. En effet, pour être pénalement responsable, il faut avoir atteint un certain niveau de conscience psychologique lors du passage à l'acte. Lorsqu'il s'agit d'intention, plus précisément, c'est la connaissance chez l'auteur du lien qui existe entre lui et son acte qui doit être davantage recherchée. Or, l'auteur d'une infraction ne peut avoir connaissance de ce lien uniquement s'il en a les capacités. De ce fait intention et responsabilité tirent leurs différences en matière de conscience : l'auteur d'une infraction non intentionnelle reste pénalement responsable. Toutefois, pour le juriste, l'exercice devient plus difficile d'appréhension lorsqu'il doit clairement distinguer entre la capacité de l'auteur à manifester une intention et son action elle-même. Au soutien, une sorte de « conscience collective » mise en œuvre par des lois générales et abstraites ; « une conscience normative » déterminant les valeurs socialement protégées. Le contenu des textes est opposable à tous et ne serait revêtir une quelconque différence d'application. Cette conscience normative trouve à s'appliquer à une multitude de consciences réelles toutes aussi singulières les unes que les autres. La référence à l'intention objective est nécessaire à une répression effective, mais est-elle suffisante ? Nonobstant la culpabilité avérée de certaines personnes et notamment celles des femmes néonaticides, nombreuses sont les cours d'assises à assister à la comparution de femmes incapables de fournir des explications rationnelles à leurs actes, horrifiées par l'absence de lien entre leur personne et leurs actes. L'intention réelle ne mérite-t-elle pas d'être prise en compte à part entière dans ce genre de dossier ? Car l'absence d'expression juridique de la conscience laisse entrevoir des procès dénués de sens,

voire absurdes, laissant place à l'incompréhension face à l'apparente « clémence » de certaines sanctions. « On juge dans l'égalité des individus inégaux »[998]. Face à l'incapacité parfois d'apporter l'élément moral de l'infraction dans toute sa subjectivité et de manière circonstanciée, le risque de devoir juger l'infraction non consommée devient de plus en plus grand.

330. En conclusion, la référence, en droit criminel, aux notions de conscience et de volonté permet la mise en œuvre de la responsabilité pénale, mais ne parvient que difficilement à contenir l'intention. L'*animus necandi* étant une notion éminemment subjective, la preuve de son existence en est lourdement affectée. C'est donc le jeu des présomptions qui sert de fondement à l'intention. Toutefois, cette conception orientée sur la conscience et la volonté à la fois du comportement et du résultat réduit considérablement l'élément psychologique à la seule constatation de l'élément matériel de l'infraction. Ce pragmatisme est indispensable en matière de qualification pénale, mais il reste insuffisant au regard de l'intention réelle des personnes poursuivies. C'est exactement ce qu'il se produit dans les affaires de meurtre de nouveau-né. En effet, si les femmes néonaticides apparaissent, dans la grande majorité des cas, comme pénalement responsables, sont-elles réellement coupables d'une infraction intentionnelle ? L'appréciation objective de la réalité par le droit pénal ne doit pas le conduire à un déni de la réalité humaine lorsque celle-ci lui échappe totalement. Face à son inaptitude, son incapacité ou sa non-volonté à dépasser la simple protection de la société, le droit pénal reste dans le déni d'une intention fondée sur des actes purement matériels, qu'ils soient ou non rattachés à l'intention réelle de l'auteur. L'intention, telle qu'elle est entendue en droit pénal, fait partie de la constitution « objective » de l'infraction, mais que fait-elle de la constitution subjective de certaines infractions ? Le droit pénal s'obstine vainement à relier une intention objective à des actes matériels sans rapport avec la conscience réelle de l'accusé. Cette position peut apparaître satisfaisante au regard de la protection *stricto sensu* de la société, mais largement insuffisante au regard d'une « justice juste » et cohérente. La principale interrogation reste en suspend : le droit pénal est-il prêt à tenter d'approcher de plus près les méandres de l'intention subjective ?

---

[998] Moine-Dupuis, I. (2001), *op.cit*.

CHAPITRE 2 : LES ENFANTS DU SILENCE

331. Lors de l'été 2006, l'affaire Courjault a scandalisé une grande partie de l'opinion publique après la découverte de deux petits cadavres dans le congélateur familial : comment une mère peut-elle tuer ses nouveau-nés ? Comment une mère peut-elle ignorer sa grossesse ? Comment son propre mari et son entourage ont pu ne pas s'en apercevoir ? La grossesse, un évènement tellement visible au niveau des changements morphologiques, peut-elle passée inaperçue aux yeux de tous ? Cette affaire largement médiatisée a parallèlement dévoilé au grand jour un véritable problème de santé publique auquel chaque professionnel de santé travaillant auprès des femmes enceintes sera confronté au cours de sa carrière : le déni de grossesse. Selon différentes études, le déni de grossesse toucherait deux à trois femmes enceintes pour mille. Une telle fréquence fait du déni de grossesse un véritable problème de santé publique. S'il ne s'achève que très rarement par la mort ou l'abandon de l'enfant, les spécialistes de santé s'accordent à dire que toutes les femmes qui présentent un déni doivent recevoir des soins.

Sous ce terme générique de déni de grossesse, se cachent des notions et des distinctions complexes dont les contours sont encore discutés par les professionnels. « Quand on parle de déni de grossesse, on n'a rien dit ». Ignorance de la grossesse, dissimulation, dénégation, déni de grossesse, déni de fécondité, déni de maternité…symptôme ? pathologie ?…autant de notions et de discussions qui divisent beaucoup les psychologues, psychiatres, gynécologues et autres professionnels de santé[999] (**Section 1**). Les explications ou les causes d'un tel phénomène en sont d'autant plus difficiles à établir que la limite entre ignorance objective, dissimulation et déni de grossesse est parfois ténue (**Section 2**). Ainsi, tenterons-nous, à chaque fois que cela sera possible, de ne pas oublier qu'une grossesse peut être biologiquement ignorée, volontairement dissimulée ou déniée.

---

[999] Jolly, P. « La question du déni de grossesse de Mme Courjault divise les experts ». *Le Monde*, article paru et consulté le 17 juin 2009.

Section 1 : La complexité descriptive des dénis de grossesse

332. Les premiers éléments qui semblent décrire les femmes dans le déni traduisent essentiellement la diversité épidémiologique des femmes concernées et de l'invisibilité « incroyable » de leur(s) grossesse(s) (**I**). Il apparaît néanmoins que ces éléments ne peuvent à eux-seuls constituer des facteurs déterminants dans la mise en place des négations de grossesse, tout au plus constituent-ils de simples constatations communes qui pourraient aussi bien s'appliquer à l'ignorance objective d'une grossesse.

333. Entendues comme un ensemble de « manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état »[1000], les négations de grossesse s'exerceraient selon trois principaux degrés : la dissimulation, la dénégation et le déni de grossesse[1001] (**II**). Toutefois, au lendemain du procès de Véronique Courjault, les nombreuses expertises sont apparues comme divergentes. A notre sens, l'erreur a été de laisser croire que le déni de grossesse supposait une méconnaissance totale de l'état de grossesse ; l'ignorance de la grossesse peut également traduire un fait biologique.

I- État des lieux des connaissances

334. Considérées, dans un premier temps, comme des dissimulatrices, les femmes dans la négation ont fait l'objet d'attentions de plus en plus précises (**A**). La principale caractéristique résiderait dans l'absence de symptômes « habituels » de la grossesse : réalité biologique et/ou mécanisme inconscient (**B**) ?

[1000] Dayan J, G. Andro, et M. Dugnat. *Psychopathologie de la périnatalité*. Nouvelle. Éditions Masson, 1999, p.41.

[1001] Bayle, B. « Négations de grossesse et gestation psychique ». 1er colloque français sur le déni de grossesse organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG).Toulouse, Faculté de Médecine, 2008.

A- Un corps peu modifié

335. Il est généralement admis que dans les dénis de grossesse, le corps est remarquablement peu modifié par la grossesse. Le refus psychique de la grossesse serait entretenu par un schéma corporel peu modifié, leur corps ne présentant pratiquement pas de symptômes, ni de signes visibles de grossesse. Toutefois, cette caractéristique présentée comme majeure du déni de grossesse est-elle représentative ? Toutes les femmes qui ne présentent pas les signes « habituels » de la grossesse sont-elles nécessairement dans une situation de déni ? En tout état de cause, c'est parce que le corps est très peu modifié que l'ignorance objective de la grossesse est possible.

1. Les signes « sympathiques »

336. Aménorrhée, prise de poids et nausées matinales sont généralement les signes annonciateurs d'une grossesse. Très souvent, l'ensemble de ces facteurs sont largement diminués voire inexistants dans les situations de déni… et d'ignorance de la grossesse.

a. Une aménorrhée non significative. Il est aujourd'hui généralement admis, voire enseigné, que l'un des premiers indices permettant à une femme de suspecter un état de grossesse est la constatation d'une aménorrhée. Or dans bon nombre de situations, la femme enceinte continue à avoir des saignements que l'on nomme communément métrorragies.

Les recherches menées par Mitchell et Davis ont considéré que l'aménorrhée ne pouvait valablement constituer un signe d'alerte incontournable d'un état de grossesse[1002]. Plusieurs études ont, en effet, constaté que certaines femmes dans le déni continuaient à avoir des saignements et les accordaient à des cycles menstruels ou toute autre cause ; si bien qu'il ne

[1002] Mitchell, E.K. et J.H. Davis. « Spontaneous births into toilets ». Journal of Forensic Sciences 29, n° 2 (avril 1984): 591-596.

leur était pas possible, de ce point de vue, d'envisager l'existence d'une grossesse. Une étude autrichienne a pu constater que douze cas sur vingt-sept dénis de grossesse avaient des métrorragies pendant leur grossesse, quatre femmes les ont décrites comparables aux menstruations et deux femmes de plus de quarante ans présentaient déjà une aménorrhée et pensaient ne plus pouvoir être enceinte[1003]. Il en va de même pour les femmes à qui les médecins ont annoncé une stérilité irrémédiable. Dans ces situations, il nous est difficile d'affirmer avec certitude que ces femmes étaient plutôt dans la négation que dans l'ignorance objective de leur grossesse. Comment une femme en âge d'être ménopausée peut-elle subjectivement prendre conscience d'une éventuelle grossesse lorsqu'elle constate l'arrêt de ses règles ? Par ailleurs, les métrorragies peuvent également être rationnalisées et attribuées à une autre cause comme le stress ou des cycles irréguliers, lesquels peuvent objectivement exister indépendamment de toute négation de grossesse.

Enfin, l'existence d'hémorragies et l'utilisation d'un moyen de contraception empêchent très souvent les femmes de penser à une éventuelle grossesse. Certains ont avancé l'hypothèse selon laquelle la persistance de saignements était due à la prise d'une contraception[1004]. Toutefois, d'un point de vue endocrinologique, il serait impossible que l'usage d'une contraception en cours de grossesse puisse causer des pertes de sang comparables à des menstruations[1005]. En effet, le faible dosage des hormones de synthèse contenues dans la pilule ne peut conduire à un cycle menstruel habituel.

337. Dès lors, l'aménorrhée ne peut constituer un signe infaillible de grossesse d'autant plus qu'il n'y a pas toujours une aménorrhée secondaire, mais parfois des métrorragies régulières, des saignements vaginaux réguliers, dont la présence rend impensable toute idée de grossesse. Ainsi, la persistance de saignements peut-elle à la fois conforter la femme dans son déni, mais peut-elle également induire en erreur n'importe quelle femme dont le mode de

---

[1003] Brezinka C, O. Huter, W. Biebl, et J. Kinzl. « Denial of pregnancy ». *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, nº 15 (1994): 1-8.
[1004] *V. not.* : Kaplan R. et T. Grotowski. « Denied pregnancy ». *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, nº 30 (1996): 861-863 et Marinopoulos, S., et I. Nisand. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Le déni de grossesse*. Les liens qui libèrent, 2011, p.74.
[1005] Sato, H. et K. Yamane. « Menstruation during pregnancy ». *Lancet* 1, nº 7689 (9 janvier 1971): 79.

contraception a échoué ou qui a arrêté la contraception dans le but d'avoir un enfant et à qui le corps joue des tours.

b. Une grossesse non ressentie. Les femmes dans le déni affirment ne pas avoir senti le bébé bouger ; si bien que les spécialistes s'accordent à dire que le bébé bougeait réellement, mais que les mouvements fœtaux n'ont pas été identifiés en tant que tels, mais rationalisés et confondus avec des sensations digestives.

338. La sensation d'être enceinte est une perception éminemment subjective et variable selon les femmes, mais également selon les grossesses. Certains bébés bougent énormément, d'autres peu. Les premiers mouvements des fœtus ne sont généralement ressentis par les primipares que vers quatre mois et demi, cinq mois, voire seulement vers six ou sept mois. Il est donc parfaitement possible et rationnel, lorsqu'une femme s'ignore réellement enceinte, de ne pas ressentir les mouvements fœtaux. Il est médicalement admis que les mouvements foetaux peuvent intervenir à ce stade de la grossesse pour certaines femmes à qui le corps ou le bébé joue des tours. Ces hypothèses ne permettent pas de parler avec certitude de déni ; elles peuvent tout aussi bien révéler des femmes victimes de réalités biologiques et d'un corps qui ne leur envoie pas les signes pertinents de grossesse[1006].

De la même manière, la perception de mouvements fœtaux entre le cinquième et le septième mois de la grossesse ne traduise pas nécessairement la levée d'un déni de grossesse. Un, certain nombre d'études sur le déni de grossesse considère une levée moyenne du déni partiel (déni de grossesse qui serait levé en cours de grossesse) aux alentours du cinquième mois de grossesse. Une étude allemande s'est fondée sur une absence de diagnostic dans les vingt premières semaines de gestation pour déterminer les cas de dénis de grossesse[1007]. Dans l'étude autrichienne précitée, neuf femmes (soit un tiers de l'échantillon recueilli) ont découvert leur grossesse par l'intervention d'un tiers entre vingt-six et trente-six semaines de grossesse, soit à partir du sixième mois de gestation[1008]. La même observation peut être faite à propos d'une étude française qui a relevé que sur cinquante-six femmes dans le déni, vingt-

---

[1006] Finnegan P, E. McKinstry, et G.E. Robinson. « Denial of pregnancy and childbirth ». *Canadian Journal of Psychiatry* 27, nº 8 (décembre 1982): 672–674.
[1007] Beier K.M, R. Wille, et J. Wessel. « Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems ». *Journal of Psychosomatic Research* 61, nº 5 (novembre 2006): 723–730.
[1008] Brezinka, C. et al. (1994), *op.cit.*

sept d'entre elles avaient pris conscience de leur grossesse à partir du cinquième mois de gestation[1009]. Ainsi, est-il important de ne pas confondre entre certaines réalités biologiques et des mouvements fœtaux définis comme une levée d'un déni de grossesse.

Si certaines femmes ne ressentent pas l'évolution de leur fœtus, comment expliquer que cette dernière ne se traduise pas, néanmoins, en un ventre caractéristique d'une grossesse ?

2. La coopération foeto-maternelle

339. L'absence de signes extérieurs de grossesse est ce qui a principalement distingué le déni de grossesse : signe annonciateur ou fait biologique ?

a. L'absence de signes extérieurs de grossesse. Parmi les signes extérieurs qui permettent à une femme de déceler l'arrivée éventuelle d'un enfant, une prise de poids et des nausées matinales sont généralement entendues comme des signes révélateurs d'un état de grossesse. Toutefois, très fréquemment, les femmes dans le déni affirment ne pas avoir eu de nausées au cours de leur grossesse. Est-ce pour autant un signe révélateur du déni ? Certaines femmes enceintes, qui ne sont pas dans cette situation de déni, n'ont aucune nausées, d'autres des nausées très légères, d'autres des nausées caractéristiques et d'autres encore des nausées invalidantes mettant parfois leur vie en danger[1010]. Si plusieurs études ont pu constater chez certaines femmes dans le déni une absence de nausées[1011], elle ne peut être valablement prise en considération au titre de signes révélateurs d'une négation de grossesse, leur absence étant également constatée chez des femmes ayant connaissance de leur état gravide[1012].

[1009] Pierronne C, M.A. Delannoy, C. Florequin, et M. Libert. « Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité ». *Perspectives Psy* 41, nº 3 (2002): 182–188.
[1010] Durand, B. « Manifestations psychopathologiques de la grossesse ». *La revue du praticien* 53 (2003): 1-7.
[1011] *V.not.* : Brezinka, C. et al. (1994), *op.cit.*
[1012] Furneaux E.C, A.J. Langley-Evans, et S.C. Langley-Evans. « Nausea and vomiting of pregnancy: endocrine basis and contribution to pregnancy outcome ». *Obstetrical & Gynecological Survey* 56, nº 12 (décembre 2001): 775–782.

340. Il en va de même de la prise de poids. Certaines études sur le déni de grossesse ont pu mettre en évidence une grande majorité de femmes qui n'avait pris que très peu de poids, voire aucun[1013]. Elles concluent que lorsque les femmes constataient une relative prise de poids, elles l'attribuaient à un manque évident d'exercice physique ou encore à des variations pondérales habituelles. Cette absence de prise de poids est probablement un trait caractéristique d'une négation de grossesse, mais elle ne peut à elle-seule constituer le signe révélateur du déni. En effet, une part importante de femmes enceintes ne prend pas de poids pendant au moins les trois premiers mois de grossesse, certaines en perdent[1014].

341. Autre point médiatique du déni de grossesse : même à un stade avancé le ventre de ces femmes ne laisse pas entrevoir une grossesse. Ici encore, peut-on rattacher ce constat à l'unique manifestation d'un déni ? Certaines femmes qui ne sont pas nécessairement en situation de déni n'ont pas l'apparence physique d'une femme enceinte jusque vers sept mois alors que d'autres ont l'air enceintes à deux ou trois mois seulement. « Anatomiquement, les organes ne sont encore affectés d'aucun changement, mais le désir d'être enceinte procure des attitudes, des comportements qui propulsent le ventre en avant, lui donnant une sorte d'arrondi trompeur sur son terme » [1015]. D'une manière générale, plus la grossesse avance plus le ventre s'arrondit, si bien que le troisième trimestre devient le théâtre d'une transformation physique assez conséquente. Avant cette période la variabilité des situations doit être entendue.

S'agissant des dénis de grossesse « avérés », le gynécologue-obstétricien, Israël Nisand, avance une explication médicale à l'absence de proéminence de l'abdomen : « Les muscles grands droits de l'abdomen, véritable gaine vivante et puissante, se tendent et renforcent progressivement pour que le profil de la femme ne se modifie pas de jour en jour. Ainsi, l'utérus, de plus en plus lourd et volumineux, se trouve adossé vers l'avant à un véritable mur musculaire. Impossible pour lui, comme chez les autres femmes, de s'incliner vers l'avant –

[1013] L'étude de Brezinka a, en effet, constaté que quinze femmes dans le déni sur vingt-sept observés (quatre n'ayant apporté aucun renseignement sur le sujet) n'avait pratiquement pas pris de poids pendant leur grossesse (Brezinka, C. et al. (1994), *op.cit.*).
[1014] A ce titre, une corrélation est scientifiquement admise entre le faible poids de naissance de certains nouveau-nés et une perte de poids significative de la femme pendant sa grossesse.
[1015] Marinoupoulos, S. et I. Nisand (2011), *op.cit.*, p.72.

les médecins parlent de « s'antéverser » : la paroi abdominale se maintient solidement. Et la croissance de l'utérus, qui reste bien réelle, ne peut qu'utiliser l'espace situé au-dessus de lui, en refoulant les anses grêles et l'intestin vers le haut. L'utérus reste debout au lieu de s'incliner vers l'avant. Il y a autant de place pour l'enfant, ce qui explique que ces bébés issus de déni de grossesse n'ont pas de retard de croissance intra utérin. On a ainsi pu parler de « grossesse cachée ». Mais l'expression est trompeuse, car elle laisse entendre que la femme aurait une intention de cacher sa grossesse. Or cette intention n'existe pas puisque, plus simplement, elle ignore la grossesse. C'est elle-même qui est dupée par son propre corps, lequel, à son insu, suit les recommandations de sa psyché »[1016]. Ce constat que certains qualifient de « complaisance somatique »[1017] est fréquemment relevé par une modification rapide de leur silhouette lorsque les femmes prennent conscience de leur état[1018].

b. La grossesse « cryptique ». La théorie de Marco Del Giudice, Professeur de psychologie à l'université de Turin, consiste à dénoncer l'emploi duu terme de déni pour décrire la situation d'une femme qui ne reconnaît pas sa grossesse[1019]. Si pour certains, il ne faut pas chercher une cause biologique au déni de grossesse[1020], la théorie de la grossesse « cryptique » est à l'opposé de l'explication intrapsychique du déni de grossesse et tente de démontrer que ce dernier pourrait être appréhendé comme une ossature biologique assortie de peu de concepts psycho-analytiques.

L'argumentation de Marco Del Giudice pose le postulat selon lequel le fœtus n'est aucunement passif dans la résolution des conflits lors de la grossesse (la question de l'avortement, celui de l'évolution fœtale ou encore le conflit temporel lié au moment de l'accouchement[1021]). Il parle de la grossesse en termes de coûts pour la femme enceinte :

[1016] Marinopoulos, S. et I.Nisand (2011), *op.cit.*, p.74-75. *V.* également les propos recueillis par Horlans, I. « Véronique Courjault face aux experts psychiatres ». *FranceSoir.fr*, article paru le 9 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur : http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/veronique-courjault-face-aux-experts-psychiatres-39187.html.

[1017] Dayan, J. et al. (1999), *op.cit.*, p.44.

[1018] Pour de nombreux témoignages, *v.* le site de l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse : http://www.afrdg.info/.

[1019] Del Giudice, M. « The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the "denied pregnancy" phenomenon ». *Medical Hypotheses* 68, nº 2 (2007): 250-258.

[1020] Nisand, I. « L'expertise judiciaire obstétricale dans le déni de grossesse ». *Communication lors du 1er colloque français sur le déni de grossesse*. Université de Toulouse, 2008.

[1021] Moore, T. et D. Haig. « Genomic imprinting in mammalian development: a parental tug-of-war ». *Trends in Genetics: TIG* 7, nº 2 (février 1991): 45-49 ; Haig, D. « Genetic conflicts in human pregnancy ». *The Quarterly Review of Biology* 68, nº 4 (décembre 1993): 495-532 et « Placental hormones, genomic imprinting, and maternal-fetal communication ». *J Evol Biol* 9 (1996): 357-380.

risques de santé, dépenses d'énergie, nausées ou encore mobilité réduite. Pour éviter de subir de tels inconvénients, la mère et son fœtus mèneraient ensemble une coopération. Sa principale interrogation réside dans le destinataire des bénéfices du déni de grossesse. En effet, l'absence des symptômes « habituels » de la grossesse bénéficierait essentiellement à la mère au détriment du fœtus.

342. L'auteur aborde trois hypothèses pour expliquer la grossesse « cryptique » qu'il définit comme la grossesse qui ne présente pas ou très peu de signes de grossesse.

La première consiste à envisager la perturbation de l'investissement biologique maternel par l'expression de gènes entraînant par exemple une faible sensibilité maternelle aux hormones placentaires[1022]. La seconde hypothèse s'attache à considérer la « grossesse cryptique » comme le résultat de l'échec d'un avortement spontané d'un fœtus de mauvaise qualité. Enfin, la dernière hypothèse émise par Marco Del Giudice consiste à envisager une coopération forcée entre une mère et son enfant à naître face à un environnement menaçant. Ainsi, lorsqu'une femme présentant une grossesse « cryptique » en tire des avantages au détriment de son fœtus, existerait-il des conditions biologiques qui feraient en sorte que ces avantages deviennent bénéfiques pour les deux protagonistes. Lorsqu'une femme doit faire face à un environnement difficile, lorsque sa survie est menacée, lorsqu'elle manque de protection ou de soutien social, elle ne serait pas dans la capacité de garder l'enfant viable. Il deviendrait donc dans l'intérêt du fœtus que sa mère s'investisse moins dans cette grossesse menaçante, que ce soit en termes d'énergie ou de protection, ou de mobilité et de capacité à prendre soin d'elle. Une femme qui ne souffre pas de nausées et prend peu de poids a indéniablement plus de chances de pouvoir bouger, prendre de l'énergie et faire face aux difficultés dans de meilleures conditions. L'auteur en conclut que cette dernière hypothèse suggère que la grossesse « cryptique » serait un mécanisme biologique d'adaptation d'urgence face à des circonstances de vie menaçante. En définitive, la stratégie fœtale résiderait dans la production moindre de l'hormone placentaire hCG[1023] et celle maternelle dans la réduction de sa

---

[1022] Moore, T. et al. (1991), *op.cit.* et Haig, D. « Genomic imprinting and kinship: how good is the evidence? » *Annual Review of Genetics* 38 (2004): 553-585.

[1023] L'hormone placentaire hCG ne cesse de s'élevér lors de la grossesse, stimulant ainsi le taux de progestérone et provoquant généralement un arrêt des menstruations. De la même manière, un taux trop élevé d'hCG

réceptivité aux effets de cette même hormone. Cette coopération forcée expliquerait ainsi l'absence des symptômes « habituels » de la grossesse.

A notre sens, cette théorie de Marco Del Giudice n'est finalement pas très éloignée de la thèse évolutionniste qui consiste à affirmer que nos ancêtres nomades ne pouvaient pas se permettre d'observer les transformations corporelles liées à la grossesse notamment parce que cela risquait de les ralentir dans leurs mouvements. En effet, la norme en termes évolutionnistes est une connaissance tardive de la grossesse en raison des risques liés au monde hostile dans lequel vivaient nos ancêtres ; ce qui n'est pas très éloigné des femmes contemporaines qui travaillent et sont également très actives. Dès lors, la grossesse « cryptique » consisterait à s'adapter à un environnement lourd en termes de coûts pour la femme[1024].

343. En définitive, la constatation selon laquelle l'absence de signes « habituels » de la grossesse traduirait l'existence d'une négation de grossesse est à prendre avec une grande précaution et ne doit en aucun cas être considérée comme un ensemble d'éléments probants. De la même manière, l'établissement d'une typologie des femmes dans le déni doit être nuancé (**B**).

B- L'épidémiologie des dénis de grossesse

344. La modification peu importante du corps des femmes dans le déni contribue certainement à la méconnaissance de la grossesse par les proches. Toutefois, les études épidémiologiques en la matière ne permettent pas d'établir une typologie des femmes dans le déni.

---

révèlerait une plus grande sévérité des symptômes de grossesse (Soules M.R, C.L. Hughes Jr, J.A. Garcia, C.H. Livengood, M.R. Prystowsky, et E. Alexander 3rd. « Nausea and vomiting of pregnancy: role of human chorionic gonadotropin and 17-hydroxyprogesterone ». *Obstetrics and Gynecology* 55, nº 6 (juin 1980): 696-700 ; Huxley, R R. « Nausea and vomiting in early pregnancy: its role in placental development ». *Obstetrics and Gynecology* 95, nº 5 (mai 2000): 779-782 ; Furneaux, E.C. et al. (2001), *op.cit.*; Forbes, S. « Pregnancy sickness and embryo quality ». *Trends in Ecology & Evolution* 17, nº 3 (mars 2002) : 115-120.

[1024] *V. supra*, p.158 et s.

1. Un déni sans typologie

345. Quel est le profil des femmes qui subissent un déni de grossesse ? S'agit-il de femmes marginales ? De femmes dépendantes de produits toxiques ? S'agit-il de femmes atteintes de troubles psychiatriques ou psychotiques ? A l'inverse, sont-elles des femmes « ordinaires » ? Ont-elles des conjoints ? Ont-elles des enfants ? Le déni de grossesse tient son aspect énigmatique à l'inexistence d'une part, de références sociodémographiques spécifiques et d'autre part, à la très faible présence de troubles psychiatriques.

a. L'absence de références sociodémographiques. L'idée prédominante sur le statut social des femmes dans le déni résiderait dans l'appartenance à une classe sociale modeste. Toutefois, l'ensemble des études sociodémographiques sur le déni de grossesse s'accorde pour affirmer qu'il n'existe pas de catégorie socioprofessionnelle au sein de laquelle une forte fréquence de déni de grossesse pourrait être relevée. Tous les milieux sociaux seraient ainsi concernés et le déni n'aurait pas d'explication sociale unique. Alors qu'une étude américaine faisant état de soixante-et-un dénis de grossesse révélait un pourcentage de 42% des femmes employées, de 23% d'étudiantes et de 30% sans emploi[1025], une étude allemande constatait sur un échantillon de soixante-six dénis de grossesse, 27% d'employées de bureau, 9% d'étudiantes, 9% au chômage et 55% d'ouvrières[1026]. Enfin, une étude française portant sur dix-huit dénis de grossesse massifs, a constaté que 41% des femmes étaient sans emploi, 21,5% étudiantes et 37,5% exerçaient une profession[1027].

L'impression selon laquelle il n'existerait pas de « profil type » est confortée par la rectification d'une autre fausse idée qui consiste à affirmer que le déni de grossesse ne

---

[1025] Friedman S.H, A. Heneghan, et M. Rosenthal. « Characteristics of women who deny or conceal pregnancy ». *Psychosomatics* 48, nº 2 (avril 2007): 117–122.
[1026] Beier, K.M. et al. (2006), *op.cit*.
[1027] Laporte, J.-L. « Déni de grossesse ». Thèse de Médecine, 1993.

concerne que des femmes inexpérimentées[1028]. Or, le fait d'être déjà mère ne protège pas contre le déni, et ne permet pas *de facto* à la femme de « reconnaître » sa grossesse, d'avoir conscience de son état gravide[1029]. Cette constatation n'est pas encore totalement accueillie par l'opinion publique : comment une mère peut-elle passer à côté de sa grossesse alors même qu'elle a déjà connu les joies de la naissance ? Il ne peut s'agir que d'une dissimulatrice qui, pour des raisons de confort ou de toute autre nature, ne souhaite pas avoir un autre enfant à charge. Comme si ces femmes étaient nécessairement irresponsables et incapables de mener à bien une nouvelle maternité. Or cette idée préconçue selon laquelle le déni de grossesse ne toucherait que des jeunes femmes jeunes, immatures et irresponsables n'est aucunement validée par les études. En effet, ces dernières s'accordent à affirmer que les femmes dans le déni ont majoritairement plus de dix-huit ans[1030].

Si ces études, en raison du faible nombre de leur chantillon, ne permettent pas de tirer des pourcentages significatifs, elles indiquent, néanmoins, des résultats similaires notamment sur l'absence de troubles psychiatriques.

b. L'absence de troubles psychiatriques. Pour une grande partie de l'opinion publique, la femme victime d'un déni de grossesse est soit « une dissimulatrice et une menteuse »[1031], soit une personne atteinte de troubles psychiatriques. Sur le plan médical, la notion de déni de grossesse est établie. La difficulté qui demeure à ce jour pour les spécialistes réside dans l'absence de modèle théorique explicatif lorsqu'il ne semble pas y avoir d'autres troubles psychologiques que le déni lui-même[1032]. En effet, si le déni de grossesse s'accompagne parfois de troubles psychiatriques, le pourcentage de troubles psychotiques avérés serait néanmoins modeste. Hormis les résultats d'une étude autrichienne qui font état de treize femmes présentant des troubles mentaux et trois un retard intellectuel

---

[1028] Près de la moitié des femmes recensées dans l'étude française était déjà mère d'un ou deux enfants (vingt-six femmes sur les cinquante-six étudiées, dont onze parmi les vingt-neuf femmes présentant un déni total) : Pierronne, C. et al. (2002), *op.cit*.

[1029] Plus de cinq femmes sur dix-huit recensées par une étude française ont également déjà donné naissance à un ou plusieurs enfants (Laporte, J.-L. (1993), *op.cit.*).

[1030] Beier, K.M. et al. (2006), *op.cit.* : 80% ont plus de vingt-et-un ans ; Friedman, S.H. et al. (2007), *op.cit.* : 77% ont plus de dix-huit ans ; Laporte, J.-L. (1993), *op.cit.* : 22,9 ans en moyenne ; Pierronne, C. et al. (2002), *op.cit.* : vingt-six ans de moyenne (seize à quarante-quatre ans).

[1031] Massari, B. « Le déni de grossesse ». *Perspectives Psy* 41, nº 3 (juillet 2002): 172-173. *V.* également : Beier, K.M. et al.(2006), *op.cit.* et Friedman, S.H. et al. (2007), *op.cit.*

[1032] C'est cette même absence de modèle théorique explicatif qui fait que, très fréquemment, les experts sont divisés dans l'examen psychologique de la femme en proie à une négation de grossesse.

sur un échantillon de vingt-sept dénis de grossesse[1033], très peu de troubles psychiatriques ont pu être observés dans diverses études. Des études allemandes faisant respectivement état de soixante-six et soixante-cinq dénis de grossesse, seules trois femmes ont révélé une forme de schizophrénie pour la première[1034] et la seconde faisant état de trois schizophrènes, de deux troubles de la personnalité et de trois femmes intellectuellement diminuées[1035]. L'étude américaine, quant à elle, évoque sur soixante-et-un dénis de grossesse quatre troubles de l'humeur et une seule demande de consultation psychiatrique a été exigée[1036].

Le déni psychotique, quant à lui, interviendrait généralement chez des femmes présentant une psychose chronique diagnostiquée avant l'état gravide[1037]. Il s'agirait fréquemment d'une schizophrénie qui n'empêchent pas les femmes de ressentir les symptômes de la grossesse mais qu'elles attribuent à des hallucinations[1038]. Sa fréquence est estimée à 2‰ dans la population générale[1039].

346. Il est donc parfois très difficile de faire la distinction entre méconnaissance et déni de grossesse, notamment chez des femmes âgées, aux règles irrégulières sans aucun projet d'enfant, chez des femmes à qui il a été diagnostiquée une stérilité, mais également chez les adolescentes ignorantes ou apeurées par la découverte de leur corps et d'une sexualité nouvelle. Il faut éviter de faire l'amalgame entre la constatation d'une méconnaissance liée au contexte physique de la femme concernée et d'éventuels indices d'un déni de grossesse. Lorsque les mécanismes physiologiques se rendent réellement complices du déni, la « cécité psychique » devient alors contagieuse.

[1033] Brezinka, C. et al. (1994), *op.cit.*
[1034] Beier, K.M. et al. (2006), *op.cit.*
[1035] Wessel J, J. Endrikat, et U. Buscher. « Frequency of denial of pregnancy - results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin ». *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, nº 81 (2002): 1021-1027 et « Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of one-year prospective study compared with control groups ». *J. Perinat. Med.*, nº 31 (2003): 29-35.
[1036] Friedman S.H, A. Heneghan, et M. Rosenthal. « Disposition and health outcomes among infants born to mothers with no prenatal care ». *Child Abuse & Neglect* 33, nº 2 (février 2009): 116–122 et Wessel, J. et al. (2003), *op.cit.*
[1037] Pour une lecture plus approfondie sur les dénis psychotiques, *v.* : Miller, L.J. « Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management ». *Hosp. Community Psychiatry*, nº 41 (1990): 501-513.
[1038] Neifert, P.L. et J.A. Bourgeois. « Denial of pregnancy: a case study and literature review ». *Military Medicine* 165, nº 7 (juillet 2000): 566–568.
[1039] Gorre-Ferragu, N. « Le déni de grossesse : une revue de littérature ». Thèse de Médecine, 2002, p.63.

2. Un déni contagieux

347. Dans le cadre des négations de grossesse, l'entourage proche est tout aussi concerné que la femme. Si dans certaines situations c'est un proche qui a mis en lumière l'état de grossesse, il arrive fréquemment que la famille et le géniteur ne se soient aperçus de rien. Conséquence logique ou contagion du déni ?

a. Le déni familial. Les femmes dans la négation ne changent pas leurs habitudes : elles continuent leurs loisirs et activités sportives. La certitude subjective de la femme de ne pas être enceinte la conduirait à ne pas avoir à éviter les situations de vie courante où la grossesse pourrait être évoquée[1040], à porter des vêtements ordinaires ou encore à consulter des médecins. Véronique Courjault alors enceinte de huit mois arpentait le bord de la piscine en maillot de bains sous les yeux de la famille et notamment de sa belle-sœur, médecin généraliste sans que personne n'aperçoive quoi que ce soit[1041]. Elle a également continué les cours de yoga au cours desquels elle enfilait une tenue proche du corps. Là encore personne n'a rien remarqué. Virginie Labrosse, dont la grossesse était à terme, travaillait dans une entreprise de sérigraphie dont le thermomètre pouvait monter jusqu'à 45°C[1042]. Son employeur, pas plus que ses collègues de travail, n'ont remarqué un quelconque changement dans ses habitudes de travail. S'il peut être admis que des connaissances extérieures à la famille puissent ne pas se rendre compte d'un état de grossesse ou du moins ne pas évoquer un tel état, les interrogations persistent sur l'entourage proche de ces femmes dans le déni.

Selon Sophie Marinopoulos, « toutes les familles ne pratiquent pas le déni »[1043]. Il s'agirait essentiellement de famille où la vie affective est déniée, où les besoins affectifs des enfants ne

---

[1041] Véronique Courjault a été condamnée le 18 juin 2009 par la Cour d'assises de l'Indre-et-Loire à huit ans d'emprisonnement pour l'assassinat et les meurtres de trois de ses nouveau-nés.
[1042] Selon nos propres constatations lors du procès de Virginie Labrosse en octobre 2010 près la Cour d'assises de Savoie.
[1043] Marinopoulos, S. et I.Nisand (2011), *op.cit.*, p.110.

sont nullement pris en considération. Indépendamment des cas de dissimulation et d'ignorance objective de la grossesse, il deviendrait difficile, voire impossible pour ces familles de détecter le moindre signe de grossesse chez ces femmes. Si les femmes dans le déni ont évolué dans un climat de misère affective, comment se fait-il qu'un homme, extérieur à la famille, soit dans l'incapacité de mettre en lumière la grossesse de sa partenaire ? Le géniteur est-il lui aussi dans le déni ? Ou, à tout le moins, peut-il avoir une influence dans le développement des négations de grossesse ?

b. Le père dans le déni. Le père paraît tellement indissociable du déni de sa partenaire qu'il est fréquemment érigé en critère de sélection de certains échantillons scientifiques[1044]. Lorsqu'il s'agit de femmes vivant avec un partenaire régulier, les études montrent que dans tous les cas les conjoints ne se sont rendu compte de rien[1045]. La proximité charnelle que suppose une relation de couple interroge sur cette cécité conjugale. Sidérés par la découverte de la grossesse, leur étonnement a été grand, notamment lorsque certains d'entre eux étaient favorables à l'accueil d'un enfant. Parfois même la souhaitaient-ils : « Elle m'a volé la grossesse, elle m'a volé la naissance de mon fils ».

S'il est possible de n'avoir rien vu, il est néanmoins indispensable que le géniteur ou le père questionne sa propre responsabilité dans l'établissement de la solitude psychique de sa partenaire. Les pères sont en partie coupables et à des degrés différents de leur manque d'attention évident. « Pour que le déni vive, il est nécessaire que la cécité soit à la fois conjugale et familiale »[1046].

348. En définitive, les données rétrospectives sur le déni de grossesse ne permettent pas de dégager une épidémiologie significative des femmes dans le déni. S'il apparaît que ces femmes ne présentent pas les signes « habituels » de la grossesse, les femmes qui ne présentent pas les symptômes d'un état gravide ne sont pas nécessairement dans le déni de leur grossesse. Ainsi, l'absence de signes de grossesse constitue-t-elle un indice pouvant aller dans le sens d'un déni, mais elle ne peut en aucun cas être considérée comme un élément probant. En effet, ces facteurs peuvent favoriser la non-reconnaissance de l'état de grossesse,

---

[1044] Beier, K.M. et al. (2006), *op.cit.*
[1045] Pierronne, C. et al. (2002), *op.cit.*, p.182-188.
[1046] Marinopoulos, S. et I.Nisand (2011), *op.cit.*, p.113.

mais ils n'expliquent en rien l'attitude de négation et de la rationalisation des signes de grossesse qui l'accompagnerait. Dès lors, qu'est-ce qui fait sens dans le déni de grossesse ? D'après nos observations, il semblerait que les négations de grossesse fassent l'objet de divergences quant à leurs définitions respectives (**II**).

II- Les négations de grossesse

349. Si pendant longtemps les femmes qui affirmaient ne pas avoir eu connaissance de leur grossesse étaient nécessairement assimilées à des dissimulatrices, les négations de grossesse reçoivent aujourd'hui une plus grande attention (**A**), au risque de constituer un obstacle réel à leur reconnaissance par les classifications internationales (**B**).

A- Une appréhension évolutive de la notion

350. Les grossesses niées ont tout d'abord fait l'objet de méfiance pour, progressivement, devenir des cas cliniques de négations de grossesse.

1. Dissimulation et déni de grossesse

351. Le terme de déni est assez récent, mais son existence est bien plus ancienne. Autrefois considérées comme des grossesses cachées, les dénis de grossesse sont ensuite apparus comme distincts de la dissimulation.

a. Repères historiques. Dès le 16ème siècle, l'édit d'Henri II, en plus d'établir une présomption d'infanticide, a réprimé le recel de grossesse dans les termes suivants : « Étant

dûment averti qu'un crime très énorme et exécrable, fréquent en notre royaume, qui est que plusieurs femmes ayant conçu des moyens déshonnêtes, ou autrement, persuadées par mauvais vouloir ou conseil, déguisent, occultent et cachent leurs grossesses, sans lieu en découvrir et déclarer. Et avant le temps de leur part de délivrance de leur fruit, occultement s'en délivrent, puis le suffoquent, meurtrissent et suppriment sans leur avoir fait impartir le saint sacrement du baptême. Celles qui se trouveront dans ce cas sans en avoir pris témoignage suffisant même de la vie et de la mort de leur enfant lors de l'issue de leur ventre, et l'enfant ayant été privé du baptême et de la sépulture publique accoutumée, elles soient tenues pour avoir, homicidé leur enfant, et pour réparations publiques punies de mort et du dernier supplice de telle rigueur que la qualité particulière du cas le méritera »[1047]. Puis, au 17ème siècle, le gynécologue Mauriceau a observé que la persistance des menstruations lors d'une grossesse pouvait conduire une femme à ne pas avoir conscience de son état gravide[1048]. Lors de la première édition de son traité de médecine légale, en 1798, François-Emmanuel Fodéré a fait état de femmes qui auraient pu ignorer leur grossesse[1049], mais au détour d'interrogations relatives au crime d'infanticide, différents médecins légistes du 19ème siècle ont rapporté des cas de femmes qui ont affirmé ne pas avoir eu connaissance de leur grossesse. En 1838, Esquirol a rapporté un infanticide commis par une femme qui « ne connaissait pas sa grossesse »[1050] et Tardieu, en 1874, a relevé l'accouchement clandestin de certaines femmes qui « disent ne pas s'en être aperçues » (de leur grossesse) et qu'il qualifiait de grossesses dissimulées[1051]. L'étude de Gould, réalisée en 1898, à propos de douze parturientes, a révélé l'existence de « grossesses inconscientes » et a semblé pour la première fois leur accorder du crédit en les considérant comme une entité clinique à part entière[1052]. Ce même constat sera vérifié, plus tard, en 1949, par Hélène Deutsch : « La lutte de la femme

---

[1047] Isambert, F.-A. *Recueil général des anciennes lois françaises, depuis l'an 420 jusqu'à la Révolution de 1789*. Vol. 29. Paris, 1821, p.471-473.

[1048] Mauriceau, F. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. chez l'auteur (Paris), 1681.

[1049] Fodéré, F.-E. *Traité de médecine légale et d'hygiène publique ou de police de santé, adapté aux codes de l'empire français et aux connaissances actuelles*. Impr. de Mame, 1813, p.490 et s.

[1050] Esquirol, J.-E. *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiéniste et médico-légal*. Baillière, 1838.

[1051] Tardieu, A. *Question médico-légale de l'identité dans ses rapports avec les vices de conformation des os*. Paris: Baillière, 1874.

[1052] Lorsque Gould fait état de la « grossesse inconsciente », il décrit des femmes qui ont été prises de coliques ou de douleurs abdominales et qui ont subitement donné naissance à un enfant. La particularité de ces femmes a été l'absence des signes habituels de la grossesse : pas de prise de poids, maintien des menstruations… (Gould, G.M. et W.L. Pyle. « Unconscious pregnancy ». Dans *Anomalies and Curiosities of Medicine*. University of Virginia Library, 1898, p.72-73).

contre une grossesse qu'elle ne désire pas se sert d'autres moyens encore que l'avortement provoqué ou spontané. Bien des femmes prennent, contre le fait d'avoir un enfant, une attitude psychique si arrêté qu'en dépit de modifications physiques évidentes elles nient leur grossesse, en tout bonne foi semble-t-il, et la rendent ainsi, d'une manière passive, psychologiquement inexistante »[1053].

b. La grossesse cachée. Le déni de grossesse doit, aujourd'hui, être différencié de la dissimulation. Dans cette hypothèse, le mensonge ou la dissimulation volontaire traduiraient la manifestation de conditions défavorables dans lesquelles s'accomplit la grossesse et constitueraient, dès lors, un facteur de risque pour son évolution. Ainsi, la femme qui dissimulerait sa grossesse aurait-elle eu connaissance de son état avant la fin du troisième trimestre de gestation[1054]. Cette dernière dissimulerait activement sa grossesse et accoucherait dans le secret, notamment au moyen d'un accouchement sous X. Cette dissimulation de grossesse serait une négation consciente de la grossesse, qui est perçue et reconnue comme telle par l'intéressée. Toutefois, à coté de ces dissimulations qui relèveraient du mensonge conscient visant à protéger la femme enceinte d'un contexte environnemental qui lui est manifestement hostile, certaines dissimulations sembleraient correspondre davantage à un trouble de l'énonciation de la grossesse à l'entourage, qui ne serait pas consciemment jugé comme hostile. La femme dans la dissimulation reconnaîtrait son état, mais se trouverait dans l'incapacité de le dire à son ami ou à son entourage proche.

Françoise dissimule sa grossesse à son ami, ce qui l'amène à ne plus vouloir se montrer physiquement à lui : « Il a eu des doutes… Il m'a posée des questions : pourquoi j'avais grossi, pourquoi j'étais moins proche (…) ». Il lui a même demandé si elle était enceinte : « J'ai tout nié (…) j'ai essayé de me le cacher à moi… la vivre comme si de rien était… la cacher aux autres »[1055]. Ainsi, la grossesse cachée serait-elle une manière de se protéger de l'environnement social, familial, culturel ou professionnel, dans lequel la femme pourrait se trouver. Dans ce contexte, la femme organiserait son secret et dissimulerait volontairement sa grossesse en portant des vêtements amples et en essayant de dissimuler les rondeurs et autres

---

[1053] Deutsch, H. *La Psychologie des femmes, étude psychanalytique*. Vol. II. Maternité. Presses Universitaires de France - PUF, 1949.
[1054] Lestienne, A. « Déni de grossesse : mises au point. Aspects épidémiologiques, cliniques et hypothèses psychopathologies ». Thèse de Médecine, 2009.
[1055] Bayle, B. *L'enfant à naître : Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Erès, 2005, p.172. Ces propos sont similaires à ceux tenus par Jean-Louis Courjault lors du procès de sa femme Véronique en juin 2008.

signes de grossesse. Très fréquemment, les enfants issus d'une grossesse cachée seraient abandonnés en vue d'une adoption[1056].

352. Une étude américaine a récemment comparé les dissimulations avec les dénis de grossesse[1057]. Les informations ont été recueillies entre janvier 1997 et décembre 2003 auprès de médecins, assistants sociaux, infirmières et personnels urgentistes américains. Les femmes de l'échantillon ont été sélectionnées en raison de leur venue à l'hôpital pour un accouchement ou des suites d'un accouchement et qui n'ont pas eu de suivi médical au moins jusqu'au troisième trimestre de la grossesse. Diverses informations concernant l'histoire de la grossesse ont également été prises en considération telle que des IVG ou fausse-couches antérieures, le lieu de naissance de l'enfant, l'usage d'un moyen contraceptif ou encore les raisons de l'absence de suivi médical, étant entendu que toutes les femmes qui n'ont pas de suivi médical ne sont pas forcément dans le déni ou la dissimulation. Il a ainsi été observé soixante-et-un dénis de grossesse contre vingt dissimulations. Le terme de déni de grossesse a été employé pour les femmes qui n'ont pas eu de suivi de leur grossesse. Etaient comprises dans l'échantillon, les femmes qui ont subi un déni de grossesse total (jusqu'au terme) ou un déni partiel (périodes au cours desquelles les femmes ont connaissance de leur grossesse, mais n'en ont pas conscience). Les cas de dissimulation ont été, quant à eux, rapportés aux hypothèses selon lesquelles les femmes ont eu une connaissance consciente de leur grossesse avec une ferme volonté de la cacher.

Dans l'échantillon des femmes considérées comme ayant dissimulé leur grossesse, quatorze d'entre elles l'auraient cachée jusqu'à l'accouchement et six auraient tout d'abord subi un déni jusqu'au début du troisième trimestre pour ensuite dissimuler leur grossesse jusqu'à l'accouchement. Si les hypothèses de départ ont consisté dans l'attribution des hypothèses de dissimulation aux femmes jeunes, primipares, habitant chez leurs parents et dont l'éducation n'était pas très élevée, le faible nombre de cet échantillon n'a toutefois pas permis de confirmer ces hypothèses et de dégager une typologie des femmes dans la dissimulation.

[1056] Marinopoulos S. et I. Nisand (2011), *op.cit.*, p.37.
[1057] Friedman S.H et al. (2007), *op.cit.*

Dans l'échantillon des femmes considérées comme ayant subi un déni de grossesse, vingt-deux femmes auraient été dans un déni massif, sept dans un déni partiel (jusqu'au troisième trimestre sans aucun suivi médical jusqu'à la naissance) et enfin, trente-deux femmes auraient subi ce que les auteurs ont nommé un « déni affectif ». Dans cette dernière catégorie de déni, les hypothèses ont été réparties en cinq subdivisions : le déni affectif ambivalent, le déni vécu après une IVG impossible, celui vécu avec une pensée pour l'adoption, et enfin le déni affectif mis en place après un viol.

353. Cette étude américaine fait écho à une autre étude, allemande, qui a comparé un échantillon obstétrical et un échantillon judiciaire eux-mêmes subdivisés en deux groupes : grossesses déniées et grossesses dissimulées[1058].

L'échantillon obstétrical est issu d'une recherche menée entre le 1er juillet 1995 et le 30 juin 1996 auprès de dix-neuf cliniques de la région de Berlin chargées de recenser le nombre de femmes qui n'avaient reçu aucun diagnostic de grossesse pendant au moins les vingt premières semaines et qui ne s'étaient pas aperçues de leur état[1059]. Une autre condition était exigée : les femmes ne devaient avoir perçu aucun symptôme de grossesse pendant cette même période. Sur un échantillon de soixante-dix-huit femmes, soixante-six d'entre elles auraient été dans un état de déni de grossesse et douze autres l'auraient dissimulé. Parmi les femmes qui auraient dénié leur grossesse, vingt-huit en auraient pris connaissance dans les vingt-huit semaines, seize entre la vingt-neuvième et la trente-septième semaine, et enfin, deux femmes auraient pris connaissance de leur état gravide à partir de la trente-huitième semaine. Parallèlement, les douze femmes qui auraient dissimulé leur grossesse auraient eu connaissance de leur grossesse au plus tard avant la fin du premier trimestre.

L'échantillon judiciaire, quant à lui, était fondé sur une autre étude allemande menée entre 1980 et 1989[1060]. Les critères qui postulaient à l'existence d'un déni de grossesse étaient bien plus nombreux que ceux requis dans l'échantillon obstétrical :

[1058] Beier K.M et al. (2006), *op.cit.*
[1059] Wessel, J. et al. (2002), *op.cit.*
[1060] Thomsen H., M. Bauermeister, et R. Wille. « Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über die Jahre 1980-1989 ». *Rechtsmedizin*, n°2 (1992) : 135-142 et Wille, R. et K.M. Beier. « « Verdrängte »

- la certitude de ne pas avoir été enceinte.

- l'absence de signes « habituels » de grossesse ou qui, du moins, ont été attribués à d'autres causes.

- des visites chez le médecin.

- des relations conjugales intimes « normales ».

- l'absence de réflexion autour d'une éventuelle interruption volontaire de grossesse.

- l'absence de préparation à l'accouchement.

- les signes annonciateurs de l'accouchement n'ont pas été appréciés en tant que tels.

Les résultats de cette recherche ont permis de distinguer quarante-deux femmes dans le déni et cinquante-et-une dissimulations. De surcroît, l'analyse des éléments sociodémmographiques n'a pas permis de distinguer davantage les femmes dans le déni de celles dans la dissimulation.

Par ailleurs, nous notons une différence notable entre les résultats issus de l'échantillon obstétrical et ceux de l'échantillon judiciaire. Alors que dans l'échantillon obstétrical le nombre des dénis de grossesses (66) est nettement plus élevé que le nombre de dissimulations (12), l'échantillon judiciaire ne traduit pas de surreprésentation de l'une ou l'autre des catégories. Est-ce à dire que la distinction entre dissimulation et déni de grossesse est plus facilement admise dans le milieu hospitalier ? Est-ce à dire que le monde judiciaire peine à distinguer les dissimulations des dénis ? Selon certains, le recueil de la parole des femmes aurait pu être influencé par le milieu dans lequel il a été réalisé[1061]. Ce recueil de la parole est d'autant plus délicat que seules les femmes peuvent apporter des renseignements sur des données éminemment subjectives. Nous expliquons également ces résultats par les différentes définitions employées pour retenir les hypothèses de déni. L'échantillon obstétrical limite la prise en compte du déni de grossesse à l'absence de diagnostic dans les vingt premières semaines de grossesse et à celle de la connaissance de son état chez la femme enceinte. L'échantillon judiciaire, quant à lui, a été soumis à des critères beaucoup plus nombreux (huit

---

Schwangerschaft und Kindestötung : Theorie – Forensik – Klinik ». *Sexuologie*, n°2 (1994) : 75-100, cités par Beier, K.M. et al. (2002), *op.cit.*

[1061] Brezinka, C. et al. (1994), *op.cit.* et Green, C.M. et S.V. Manohar. « Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. » *The British Journal of Psychiatry* 156, n° 1 (1er janvier 1990): 121 –123.

au total). A notre sens, cela a pu restreindre les cas de déni et parallèlement accroître les cas de dissimulation dans l'échantillon judiciaire.

354. La lecture de l'ensemble de ces études nous amène à émettre deux principales observations. La première remarque a trait à l'absence de diagnostic de grossesse comme critère de sélection. A notre sens, l'absence de diagnostic peut s'expliquer pour différentes raisons. Une femme peut objectivement ignorer son état gravide parce que son corps ne se modifie pas ou que très peu. Ensuite, une femme qui souhaite cacher sa grossesse ne vas pas aller la faire diagnostiquer. Notre seconde observation réside dans l'absence de suivi médical qui peut ne pas être nécessairement révélateur d'une dissimulation ou d'un déni de grossesse. En effet, certaines femmes se sachant enceinte font le choix délibéré de ne pas recourir au suivi médical qu'elles estiment trop imposant[1062] ; tout au plus il peut être un indice qui doit être complété par d'autres observations.

355. En définitive, la connaissance de la grossesse apparaît comme le point commun entre la dissimulation et le déni de grossesse. Ce qui fait leur différence réside essentiellement dans l'intention. En effet, dans les cas de dissimulation, les femmes cachent volontairement leur grossesse au moyen de subterfuges divers. Dans les cas de déni de grossesse, ce serait un mécanisme de défense qui empêcherait la femme d'investir la grossesse. Dans ces hypothèses, la femme n'aurait pas recours à des manipulations pour cacher sa grossesse : elle ne se verrait pas parce qu'elle est déniée.

2. Dénégation et déni de grossesse

356. Avec l'amélioration des conditions socio-économiques, l'apparition des méthodes anticonceptionnelles et la prise en charge à la fois médicale et sociale des femmes enceintes,

---

[1062] *V. supra*, p.161 et s.

le concept de psychologie de la maternité et les négations de grossesses ont vu le jour. Néanmoins, les observations en la matière mettent en lumière la difficulté d'établir une harmonisation des définitions en la matière.

a. La dénégation. « Le refus inconscient de reconnaître qu'un élément perçu ou admis dans son existence puisse se rapporter à un état du sujet » distinguerait essentiellement la dénégation de la dissimulation[1063]. « Ca ne me concernait pas » affirmait Véronique Courjault lorsqu'elle était interrogée par la Cour d'assises de Tours sur ses grossesses clandestines. Or, dans une telle situation, la représentation déniée de la grossesse serait refoulée.

357. « D'un point de vue psychanalytique, la dénégation est un processus actif. La représentation déniée est refoulée, niée comme appartenant à la conscience du sujet (…) Le refoulement est généralement incomplet : il ne porte que sur une partie de la représentation ou des affects qui lui sont associés. Ce processus de défense, commun dans la névrose, est à distinguer du déni qui consiste pour le sujet à refuser de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante »[1064]. D'après Benoît Bayle, « dans la dénégation, les manifestations corporelles et les perceptions proprioceptives de la grossesse sont volontiers reconnues et identifiées, elles renvoient parfois même à la présence possible d'un bébé dans le ventre, et sont volontiers interprétée furtivement comme tel, pour être ensuite refoulées, au profit d'autres explications. La femme ne croit pas qu'elle peut être enceinte, ce n'est pas possible pour elle, et de fait son corps se transforme peu. On perçoit à travers ce symptôme, le conflit, la lutte à l'intérieur du psychisme, l'incapacité à se croire enceinte ». Or, ce que nomme ici Benoît Bayle comme étant la traduction d'une dénégation, Daniel Zagury l'assimile à un déni de grossesse (**voir le tableau ci-dessous**)[1065].

Selon lui, le déni de grossesse constituerait un ensemble de « mécanismes puissants qui entravent « la grossesse psychique » et détournent le sujet de la prise de conscience de ses

---

[1063] Dayan, J. et al. (1999), *op.cit.*, p.41.
[1064] *Ibid.* Selon les auteurs, la dénégation devrait être placée du côté des mécanismes de défenses névrotiques.
[1065] Nous avons illustré ces différences dans un tableau qui représente les illustrations reprises par Jacques Dayan d'une part (Dayan, J. et al. (1999), *op.cit.*) et Daniel Zagury, d'autre part (Zagury, D. « Quelques remarques sur le déni de grossesse ». *Perspectives Psy* 50, nº 4 (2011): 314–321).

métamorphoses physiques » [1066]. De la même manière, Naïma Grangaud fait état de l'influence de plusieurs mécanismes de défense dans la psychopathologie du déni de grossesse[1067]. Selon ses observations, il pourrait y avoir une dénégation, un refoulement, une annulation et/ou une rationnalisation dans la manifestation du déni de grossesse (**voir le tableau ci-dessous**). Ce que Daniel Zagury inclut dans son analyse des dénis de grossesse, Benoît Bayle l'emploie comme critère de distinction puisque ce dernier définit le déni de grossesse comme « l'ignorance totale de la présence de l'enfant à naître, et de tous les phénomènes corporels qui s'y rattachent »[1068]. Or, selon Daniel Zagury, les dénis de grossesse ne traduiraient pas des « dénis d'existence portant sur la perception de l'état de grossesse, ni des dénégations des représentations psychiques inhérentes à ce état, mais des dénis de certaines qualités de la chose »[1069]. Le déni de grossesse devrait être ainsi décliné selon les caractéristiques de la grossesse puisque, selon lui, ce ne serait pas l'état de grossesse qui serait nié, mais certaines qualités de la grossesse. Il s'agirait essentiellement de s'attacher à la perception des caractéristiques de la grossesse et non pas a l'ignorance de celle-ci ou à sa représentation psychique. Ainsi, y aurait-il, non pas un déni de grossesse, mais plusieurs dénis de grossesse. Nous ajouterons à ceci que la définition selon laquelle le déni de grossesse constituerait une « ignorance totale de la présence de l'enfant à naître » ne permet pas de distinguer les situations de déni des situations d'ignorance objective. En effet, ignorer son état gravide ne signifie pas pour autant la mise en œuvre d'un mécanisme de défense tel que le déni. Cette ignorance peut tout aussi bien être le reflet d'une morphologie ne s'adonnant pas à de flagrantes modifications corporelles.

358. De surcroît, le peu de modifications corporelles ne permet pas l'établissement d'une distinction entre dénégation, déni de grossesse et ignorance objective. Selon les auteurs qui décrivent les situations de dénégation de grossesse, l'arrêt de règles serait attribué à un retard dans le cylce menstruel et la prise de poids rattachée à des variations habituelles. Enfin, le ventre rond et l'aménorrhée ne seraient pas rapprochés d'une éventuelle grossesse. Ces

---

[1066] Zagury, D. (2011), *op.cit.*
[1067] Grangaud, N. « Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique ». Thèse de Médecine, 2001.
[1068] Bayle, B. (2008), *op.cit.*
[1069] Zagury, D. (2011), *op.cit.*

observations supposent qu'il y a bien des métamorphoses physiques qui, dans le cadre d'une dénégation, seraient immédiatement refoulées. Dès lors, comment expliquer que personne ne s'aperçoive de ces grossesses ?

Comme dans les cas de déni, la venue de l'enfant ne serait absolument pas préparée (pas de recherche de nom, pas de préparation matérielle ou d'achats pour le nouveau né, pas de déclaration administrative…), mais aussi avant même la grossesse, la future mère ne consulterait généralement pas de professionnels de santé, ni gynécologue ni médecin. Tout comme dans le déni, l'accouchement, lui non plus, ne serait absolument pas anticipé comme si la mère espérait que l'enfant ne vienne pas au monde, soit qu'il meure, soit que sa grossesse continue indéfiniment et ne s'achève jamais. Ce sont des situations que Daniel Zagury nomment respectivement un déni du processus vital en cours et d'un déni de l'inéluctabilité du terme de l'accouchement (**voir tableau ci-dessous**)[1070].

359. Ainsi, le processus de défense de la dénégation qui consisterait en un refus inconscient de reconnaître qu'un élément perçu ou admis puisse se rapporter à un état du sujet, serait à distinguer du déni qui consisterait pour le sujet à refuser de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante[1071]. Toute la difficulté de la distinction réside dans la détermination de ce qui fait traumatisme[1072], ce qui inclut par ailleurs d'introduire les causes du phénomène dans sa définition et son appréhension. Or, nous verrons par la suite que les hypothèses psychodynamiques sont multiples et n'émergent pas nécessairement d'un vécu traumatisant[1073].

360. De la même manière que les distinctions ont souffert de confusions, le déni de grossesse a été « découpé » à tort en fonction de sa durée ou de son intensité.

[1070] Zagury, D. (2011), *op.cit.*

[1071] C'est une définition à rapprocher de la position défendue par Catherine Bonnet lors de son étude sur l'accouchement sous X et qui a pu constater qu'un vécu traumatisant est dans la majorité des cas à l'origine de la formation d'impulsions infanticides (Bonnet, C. *Geste d'amour: L'accouchement sous X*. Nouv.éd. Sciences Humaines. Odile Jacob, 2001).

[1072] *V. infra*, p.359 et s.

[1073] *V. infra*, p. 355 et s.

Dayan (1999)	Zagury (2011)
Déni de la conception « Je ne pouvais pas être enceinte »	**Pensée magique** « J'étais persuadée que je ne pouvais pas être enceinte, que je na pouvais avoir un bébé ou qu'il allait mourir »
Déni des métamorphoses du corps « Je ne ressentais aucun des signes de la grossesse, donc pour moi je n'étais pas enceinte »	**Dénégation** « Je ne suis pas enceinte, je ne me suis pas rendue compte que j'étais enceinte »
Déni d'altérité « C'était une partie de moi »	_
Déni de signification « Je le savais mais je n'y accordais aucune importance »	**Refoulement** « Je savais que j'étais enceinte, mais je n'y pensais jamais »
Déni d'un processus vital en cours « Pour moi, il ne pouvait pas être vivant »	**Pensée magique** « J'étais persuadée que je ne pouvais pas être enceinte, que je ne pouvais avoir un bébé ou qu'il allait mourir »
Déni de l'inéluctabilité du terme de l'accouchement « Je le pressentais, mais je n'y pensais pas »	_

b. Le polymorphisme du déni de grossesse. Dans le cadre de la grossesse, le déni se manifesterait selon différentes manières[1074].

361. Lorsqu'il persiste jusqu'au terme de l'accouchement, le déni de grossesse est généralement qualifié de total ou massif. Aucun des symptômes de la grossesse n'est rapproché de leur état ; ni leurs partenaires, ni leurs familles ne s'en sont également aperçus[1075]. Une autre particularité du déni résiderait dans le fait qu'il puisse être levé en cours de grossesse. Certains vont y apporter des conditions temporelles en le limitant aux deux derniers trimestres de la grossesse[1076]. Certains estiment qu'au contraire, le déni de grossesse peut intervenir dès les dix premières semaines de grossesse[1077] et d'autres vont prendre comme point de repère la vingtième semaine[1078]. L'interruption de ce déni partiel se réaliserait généralement par la femme elle-même ou par l'intervention d'un tiers qui soulèverait une éventuelle grossesse. Dans la grande majorité de ces situations, les parents s'efforceraient de rattraper le temps en accueillant plutôt favorablement l'enfant au sein de la famille[1079]. Enfin, il existerait un déni atypique qui plongerait la femme dans un mélange de déni partiel et de dénégation: elle se saurait enceinte, mais serait incapable d'investir la grossesse. Ce déni complexe caractériserait une alternance entre le déni et la dénégation. Exprimant un refus net de la grossesse, les femmes victimes de ce type de déni exprimeraient parfois une réelle culpabilité les paralysant et les empêchant d'adopter une conduite appropriée pour y mettre un terme[1080]. La complexité de ce déni atypique se définirait essentiellement par la mise en place, à la suite de la levée du déni, d'une pensée magique selon laquelle l'enfant ne naîtra pas ou décèdera spontanément *in utero* du fait même de son désir ou du destin : une sorte de « déni de l'inéluctabilité du terme »[1081]. Si l'ensemble des

---

[1074] Pierronne, C. et al. (2002), *op.cit.*
[1075] Neifert, P L. et J A Bourgeois (2000), *op.cit.*
[1076] Bonnet, C. « Adoption at birth: Prevention against abandonment or neonaticide ». *Child Abuse & Neglect* 17, nº 4 (août 1993): 501–513.
[1077] Marinopoulos, S. et al. (2011), *op.cit.*
[1078] Wessel, J. et al. (2002), *op.cit.*
[1079] L'étude française menée pendant près de sept années auprès de 2 550 femmes ayant été hospitalisées dans les maternités de Denain et Valenciennes a pu observer et décrire 56 cas de déni qui se partagent pratiquement à égalité entre ceux qui prennent fin avant le terme de la grossesse (déni partiel) et les dénis qui se poursuivent jusqu'à l'accouchement (29 cas de déni total) (Pierronne, C. et al. (2002), *op.cit*).
[1080] Dayan J. et al. (1999), *op.cit.* p.47.
[1081] Zagury, D. (2011), *op.cit.*

spécialistes semblent s'accorder sur l'existence d'un déni total et d'un déni partiel, il semblerait qu'ils éprouvent plus de difficultés à s'harmoniser au tour de ce déni atypique. Alors que certains y voient une dissimulation consciente de la grossesse, d'autres estiment qu'il rassemble toutes les caractéristiques d'une véritable négation.

362. En définitive, si les définitions du déni de grossesse ou du moins les caractéristiques retenues par leurs auteurs pour déterminer les cas de dénis, peuvent varier d'une étude à une autre, une certaine proportion de dénis partiels doit être relativisée au regard de réalités biologiques incontournables. A notre sens, le déni partiel doit être confronté aux réalités biologiques de certaines femmes et de certains enfants à naître qui se traduisent par une méconnaissance objective de leur grossesse jusqu'aux premiers mouvements fœtaux, soit à partir du quatrième mois de gestation. Il en découle une certaine ambiguïté : si nous estimons que la découverte d'une grossesse aux alentours de la vingtième semaine constitue un déni de grossesse partiel, beaucoup de femmes qui n'auront pas senti leur enfant bouger se poseront la question de savoir si elles n'ont pas été dans le déni. De surcroît, la dénégation est fréquemment associé au déni partiel lorsque la négation de grossesse persiste jusqu'au terme[1082]. Il s'agirait de femmes qui auraient été dans un déni partiel, entendu comme une prise de conscience tardive de la grossesse et auraient mis en place, par la suite, un mécanisme de dénégation[1083]. Selon les considérations que nous avons développées ci-dessus, nous pensons que ces situations pourraient également s'expliquer par une ignorance objective de la grossesse suivie d'une dissimulation ou d'un déni de grossesse.

363. En tout état de cause, force est de constater que la limite entre une grossesse cachée, une grossesse objectivement ignorée et une grossesse niée est parfois très ténue. Les différences anatomiques objectives entre les femmes enceintes qui ne sont pas en état de déni sont à prendre en considération. En présence d'une extrême variabilité objective, naturelle, biologique, des signes de grossesses, selon les femmes et même selon que la femme est

---

[1082] Lestienne, A. (2009), *op.cit.*, p.45.
[1083] *Ibid.*

enceinte de tel ou tel homme[1084], il faut conserver un regard objectif sur cette notion et n'appeler déni que ce qui en est réellement un. Cette absence de modèle théorique explicatif a conduit à de nombreuses discussions sur la classification du déni de grossesse : symptôme ou pathologie (**B**) ?

B- L'impossible caractérisation

364. Le déni de grossesse révèle-t-il un état pathologique ou constitue-t-il une maladie dont les origines lui serait propres ? Le refus des classifications internationales détient implicitement la réponse.

1. Le déni de grossesse : symptôme ou pathologie ?

365. Selon Félix Navarro, président de l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de grossesse (AFRDG), « il n'est pas exceptionnel en médecine qu'une pathologie authentique s'individualise sans qu'elle dispose dans un premier temps d'un modèle théorique » [1085]. Autrement dit, l'absence de modèle théorique explicatif sur le déni de grossesse ne pourrait à elle seule constituer un obstacle à la reconnaissance du déni de grossesse comme une pathologie à part entière[1086]. Toutefois, les nuances que nous avons apportées sur l'absence notamment de signes extérieurs de grossesse nous empêchent de considérer le déni de grossesse comme une maladie spécifique puisque certains faits peuvent répondre à des réalités biologiques indépendamment de tout déni.

[1084] Dans certaines situations, il existe une réelle incompatibilité entre les gamètes des deux partenaires, des différences au niveau du rejet des gènes de tel compagnon, via le placenta, qui est génétiquement mixte, au point que telles femmes feront systématiquement des fausses-couches lorsqu'elles sont enceintes de leur mari ou de leur compagnon et ne feront plus ce type de rejet ou de fausse-couches lorsqu'elles changent de compagnon.
[1085] *V. not.* le site de l'association : http://www.afrdg.info/
[1086] A ce titre, la sénatrice du Val-de-Marne, Odette Terrade, a déposé une question écrite auprès du Minsitère de la Justice tendant à ce que la « maladie » du déni de grossesse soit juridiquement reconnue (Question écrite n°08986 de Mme Odette Terrade (Val-de-Marne – CRC-SPG), publiée au JO Sénat du 04/06/2009 - p.1368 et Réponse du Ministère de la justice, publiée au JO Sénat du 10/09/2009 - p.2168). *V.infra*, p.513 et s.

366. Dans l'hypothèse symptomatique, le déni constituerait un indice sur l'état psychique d'une femme dont la grossesse est passée sous silence. A l'inverse des membres de l'AFRDG, les tenants de cette hypothèse considèrent que l'absence de modèle théorique explicatif du déni empêche de pouvoir déterminer une pathologie en particulier qui expliquerait l'ensemble des cas de déni de grossesse observés[1087]. Selon Bernard Durand, « le déni de grossesse serait un symptôme plus qu'une pathologie spécifique » qui recouvrirait un ensemble de configurations psychiques ayant en commun l'ambivalence du désir d'enfant[1088]. Encore faut-il s'accorder sur le point commun de toutes ces manifestations…car si l'ambivalence du désir d'enfant est indéniablement contemporaine[1089], il existe néanmoins chez une grande majorité de femmes qui ne se trouvent pourtant pas dans un état de déni.

2. Le refus des classifications internationales

367. Deux principales classifications sont aujourd'hui utilisées par les praticiens de la santé : la classification internationale des maladies (CIM) publiée par l'OMS[1090] et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) élaboré par l'Association américaine de Psychiatrie (APA)[1091]. Le point commun de ces deux références est d'éliminer autant que possible les « faux positifs », entraînant avec lui la création de nombreuses catégories hors nomenclature. L'intérêt d'une insertion du déni de grossesse dans ces classifications résiderait dans la possibilité pour les praticiens de s'y référer pour poser un diagnostic. Cependant, l'absence d'unanimité dans la définition du déni de grossesse fait obstacle à une telle insertion. Processus psychique inconscient mis en place lorsqu'une réalité est ignorée ou

---

[1087] Gorre-Ferragu, N. (2002), *op.cit.*
[1088] Durand, B. (2003), *op.cit.* et « Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum ». *La revue du praticien* 51 (2001): 1259-1264.
[1089] La notion de désir, que nous développerons ultérieurement, est contemporaine car elle correspond à la culture de notre époque où l'enfant doit être le fruit d'un désir et le résultat d'un projet parental. *V.*p.152 et s.
[1090] Classification qui peut être consultée sur le site suivant : http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/pages/CIMa.htm.
[1091] American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 2e éd. Éditions Masson, 2003.

refusée pour éviter une angoisse ou un état de tristesse profond pour les uns[1092], un trouble de l'adaptation avec des variantes spécifiques à chaque individu pour d'autres[1093] ou encore traducteur d'un trouble de la reproduction[1094], le déni de grossesse divise chercheurs et experts. Certains auteurs proposent d'insérer le déni de grossesse dans le DSM-IV[1095]. Strauss et ses collaborateurs, fréquemment confrontés à des dénis de maladie physique proposent la création d'un sous type de trouble de l'adaptation qui serait intitulé « *with maladaptative denial of physical ilness* » pour le DSM-IV[1096]. Selon eux, cette insertion serait justifiée par la persistance du déni qui peut exposer les personnes à des risques de maladies physiques jusqu'à pouvoir donner la mort. En réponse à cette proposition, Miller a exprimé son inquiétude de voir la fréquence du « déni maladaptatif de grossesse » insuffisamment prise en compte[1097]. Il propose ainsi de remplacer « *maladaptative denial of physical ilness* » par « *maladaptative denial of physical condition* » ou « *maladaptive denial of physical discorder* », ce qui aurait pour avantage premier de reconnaître à part entière le déni de grossesse et d'autre part, de le distinguer plus nettement des dénis psychotiques ou dissimulations. A l'inverse, certains auteurs allemands souhaitent intégrer dans le chapitre « *Sexual and Gender Identity Disorders* » l'ensemble des négations de grossesse, dissimulation comprise, en tant que troubles de la reproduction[1098]. Selon eux, les rattacher aux troubles de l'adaptation suppose l'existence de symptômes émotionnels et de comportements en réaction à des facteurs de stress psychosociaux qu'ils réfutent.

[1092] Friedman, S.H. et al. (2007), *op.cit.*
[1093] Kinzl J. et W. Biebl. « Disavowal of pregnancy: an adjustment disorder ». *American Journal of Psychiatry*, nº 148 (1991): 1620-1621.
[1094] Beier, K.M. et al. (2006), *op.cit.*
[1095] Strauss D.H, R.L. Spitzer, et P.R. Muskin. « Maladaptive denial of physical illness: a proposal for DSM-IV ». *American Journal of Psychiatry*, nº 147 (1990): 1168-1172.
[1096] Muskin P.R, T. Feldhammer, J.L. Gelfand, et D.H. Strauss. « Maladaptative denial of physical illness: a useful new "diagnosis" ». *International Journal of Psychiatry* 28, nº 4 (1998): 436-477.
[1097] *V.* Miller, L.J. « Maladaptive denial of pregnancy ». *American Journal of Psychiatry*, nº 148 (1991): 1108 ; Kinzl, J. et al. (1991), *op.cit.*; Milstein, K.K. et P.S. Milstein. « Psychophysiologic aspects of denial in pregnancy: case report ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 44, nº 5 (mai 1983): 189-190 ; Finnegan P, E. McKinstry, et G.E. Robinson. « Denial of pregnancy and childbirth ». *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie* 27, nº 8 (décembre 1982): 672-674 ; Slayton, R.I. et P.H. Soloff. « Psychotic denial of third-trimester pregnancy ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 42, nº 12 (décembre 1981): 471-473.
[1098] Beier, K.M. et al. (2006), *op.cit.*

368. La multiplicité des causes, des hypothèses psychopathologiques ou des facteurs psychosociaux nous conduit à appréhender le déni de grossesse comme un syndrome dont les causes ne sont pas spécifiques, mais diverses (**Section 2**). En effet, les réalités biologiques nous obligent à mettre en garde contre une certaine stigmatisation des femmes qui découvrent tardivement leur grossesse et nous conduisent à caractériser le déni de grossesse par l'addition de tout un ensemble d'éléments et de causes.

Section 2 : La multiplicité causale des dénis de grossesse

369. A la complexité descriptive des dénis de grossesse s'ajoutent les nombreuses hypothèses causales. Parmi les propositions les plus récurrentes figurent un vécu traumatisant que réveillerait la grossesse (**I**) et l'ambivalence du désir d'enfant (**II**).

I- Un vécu traumatisant

370. Certaines femmes auraient mis en place un mécanisme de défense comme le déni de grossesse pour se protéger de la misère affective dans laquelle elles ont grandi (**A**) les empêchant en conséquence, de développer une grossesse psychique accompagnant la grossesse physique (**B**).

A- Le déni de grossesse ou le symptôme d'une misère affective

371. L'absence de grossesse psychique dans les cas de dénis de grossesse nous conduit à nous interroger sur les raisons d'une telle déficience. Misère affective et déni du corps semblent constituer des éléments explicatifs du phénomène.

Deux approches distinctes doivent ici être soulignées. Les théories de l'attachement que nous avons pu aborder précédemment nous conduisent à nous interroger sur un éventuel lien avec les mécanismes mis en place dans le déni de grossesse et la notion d'attachement. L'absence de grossesse psychique constatée dans le déni de grossesse pourrait, à cet égard, correspondre à la misère affective dans laquelle certaines femmes peuvent se trouver.

1. Déni de grossesse et théorie de l'attachement

372. Le comportement attachemental de certains parents aurait contribué à l'élimination par la femme enceinte d'une information « dérangeante » que constitue la grossesse. Ne pas dévier de l'organisation filiale constituerait dès lors une question de survie de la famille psychique. Le déni de grossesse apparaîtrait, dès lors, comme un mécanisme de survie de la filliation psychique.

a. Une information « dérangeante ». La théorie de Mary Ainsworth, déjà évoquée dans un précédent chapitre, met en lumière la capacité d'un individu à mieux exploiter son environnement lorsqu'il sait qu'il peut compter sur une figure d'attachement en cas de difficultés[1099]. A partir de son expérience, elle a su établir certaines correspondances : les mères sécures-autonomes auraient des enfants sécures, les mères détachées auraient des enfants évitants, les mères préoccupées auraient enfants ambivalents et les mères désorganisées ou désorientées auraient des enfants désorganisés ou désorientés. Dès lors, il eût été intéressant de savoir si les femmes dans le déni sont plus représentées dans l'un de ces sous-groupes[1100] mais aucune étude n'a, à notre connaissance, été réalisée sur le sujet.

La théorie de l'attachement est également prise en considération par Naïma Grangaud au titre de ses hypothèses psychopathologiques du déni de grossesse[1101]. Dans un premier temps, elle s'appuie sur la technique de l'écoute double simultanée opérée par Bowlby[1102] et qui traite de la question de ce qu'il a nommé "l'exclusion défensive". Le principe consiste à transmettre simultanément deux messages différents à une personne dans chaque oreille. Elle ne doit prêter attention qu'au message provenant d'une seule oreille et le répéter mot par mot au fur et à mesure qu'elle l'entend. Il en résulte que la personne n'a rien entendu de l'oreille négligée si ce n'est lorsque le message comporte un nom ou un mot signifiant pour la

---

[1099] Ainsworth, M.D.S. « L'attachement mère–enfant ». *Enfance* 36, n°1 (1983) : 7-18. *V. supra*, p. 269 et s.
[1100] Grangaud, N. (2001), *op.cit.*
[1101] *Ibid*. p.68-73.
[1102] Bowlby, J. *Attachment and Loss. Vol.I: Attachment.* New York: Basic Book, 1969 ; *Attachment and Loss. Vol.II: Separation - Anxiety and Anger*. New York: Basic Book, 1973 ; *Attachment and Loss: Loss - Sadness and Depression.* Vol. Vol.III. London: Hogarth Press, 1980.

personne. John Bowlby en déduit que le message auquel il a été demandé de ne pas porter attention a finalement été traité et évalué sans que la personne en ait eu conscience. Il ajoute à cette exclusion sélective la notion d'"exclusion défensive". Elle empêcherait les différents signaux qui activent l'attachement et permettent d'aimer et d'être aimé[1103]. Dans certains cas, l'exclusion défensive pourrait être issue des règles établies par l'autorité parentale. En effet, si l'une des informations est en contradiction avec le modèle vécu, la personne écartera les informations dérangeantes. Naïma Grangaud rapproche cette théorie du déni de grossesse : « les informations relatives à la grossesse subissent probablement cette exclusion défensive et ne parviennent pas à la conscience du sujet. Par exemple, le fait d'être enceinte et donc d'avoir eu des relations sexuelles sans être marié peut être par exemple une information qui impliquerait une trahison des modèles parentaux et constitue à ce titre une information dérangeante. Cette information (la grossesse), bien que traitée, n'arrive pas à la conscience. De la même façon, chez une personne qui a vécu des traumatismes sexuels dans l'enfance, l'information que représente la grossesse devient une information dérangeante car elle vient éveiller une autre information dérangeante que représente le traumatisme sexuel. L'information dérangeante subit alors l'exclusion défensive »[1104].

b. La part des ancêtres. Dans un même ordre d'idées, certains psychanalystes estiment que les femmes dans le déni n'auraient pas été en mesure de construire une famille intérieure adéquate, notamment en raison de l'absence d'une présence humaine contenante et apaisante[1105]. La filiation, en plus d'être biologique et institutionnelle, serait également psychique[1106]. Cette filiation autrement appelée narcissique permettrait au Sujet de construire sa famille intérieure. La particularité de cette filiation serait d'être imaginaire et d'introduire par la génération actuelle l'enclave psychique de la génération antérieure.

[1103] Grangaud, N. (2001), *op.cit.*
[1104] Grangaud, N. (2001), *op.cit.*, p.70.
[1105] Sophie Marinopoulos a établi différents types de mère : la mère des soins qui soutiendrait les émotions du nouveau-né, la mère protectrice contre « les stimulations endogènes et exogènes », la mère symbolique qui permettrait, de par ses absneces, à l'enfant de devenir un être créatif, la mère oeidpienne qui introduirait « une tiercité sexuée » et qui serait capable de « mettre en scène le contexte oeidipien en vue de vori grandir l'enfant hors de la sphère familiale » (Marinopoulos, S. (2007), *op.cit.*, p.20 et s).
[1106] Guyotat, J. *Mort, naissance et filiation / études de psychopathologie sur le lien de filiation.* Médecine et Psy. Masson, 1980.

373. Au travers de thérapies familiales psychanalytiques, Elisabeth Darchis a eu l'occasion d'insister sur le rôle des ancêtres dans le devéloppement de certains dénis de grossesse[1107]. Selon elle, « certaines organisations familiales conduisent parfois à « l'extinction » des lignées descendantes lorsque la part des ancêtres comporte des traumatismes insuffisamment élaborés dans les générations ascendantes ». Certaines personnes « seraient assujetties aux obligations ancestrales lors des refus de maternité, de parentalité, de sexualité ou lors de stérilités psychogènes ». Dans les hypothèses où les grossesses biologiques adviendraient, il ne serait pas rare que des IVG à répétition, des dénis de grossesse, des abandons sous X, des infanticides ou des décompensations parentales délirantes se réaliseraient. Quand bien même les désorganisations psychiques seraient évitées à la naissance, les relations parent-bébé pourraient être fragilisées par l'établissement d'un « lien blanc ». L'illustration de son propos à partir de l'histoire d'une jeune femme qui a été dans le déni de sa grossesse pendant les cinq premiers mois est, à notre sens, convaincante.

A la découverte de sa grosssesse par un médecin généraliste, la jeune femme a immédiatement pensé à l'IVG, mais face à cette impossibilité légale, elle s'est tournée vers l'accouchement sous X. L'histoire de vie de cette jeune femme a révélé la mort d'une petite fille avant sa naissance et celle de sa sœur jumelle. Selon la psychologue, la naissance des jumelles aurait contribué au déni des parents de la perte du premier enfant. Cette jeune femme aurait été la traduction pendant de nombreuses années d'une « étrangère fantomatique », liée à la confusion de ses parents entre elle et l'enfant décédée, notamment parce qu'ils ont décidé de lui transmettre le prénom de l'enfant perdu. Ainsi, aurait-elle eu « la charge de faire survivre une morte et de soigner la famille ». Elle et sa sœur jumelle se sont consacrées aux études et à leur carrière professionnelle évitant ainsi « la dépression fondamentale de la famille narcissique ». La jeune femme a récupéré à son compte cette dépression pour soulager inconsciemment sa famille qui l'a conduite à tenter de mettre fin à ses jours deux années avant la grossesse. Dès lors, lorsque cette dernière est advenue, elle a refusé d'en parler à ses parents estimant qu'elle les avait suffisamment fait souffrir. Selon l'auteure, ce serait le groupe familial qui serait l'instigateur inconscient du déni de grossesse : « ne pas bouger générationnellement, ne rien savoir des ancêtres, pour ne pas réveiller une situation autrefois douloureuse ». L'annonce de la grossesse par le médecin a été un véritable choc, une sorte d'

[1107] Darchis, E. « Déni de grossesse : la part des ancêtres ». *Le Divan familial* 1, n°18 (2007) : 105-121.

« effraction psychique avec la menace inhérente d'effondrement ». La sidération, l'incrédulité, la stupeur ou le chaos qu'a pu constituer cette annonce l'a conduite à envisager qu'une seule issue : l'accouchement sous X. Par le biais de la thérapie, elle a fini par annoncer sa grossesse à ses parents et son souhait de confier l'enfant. Il n'y a eu aucun commentaire de la part de ses parents et ont fait comme si rien était lorsqu'ils se sont rendus chez la sœur jumelle. Au moment de se quitter, le père lui a discrètement confié : « Soigne-toi bien et si tu as besoin d'argent nous sommes là ; vivement que cela se termine pour toi ». La psychologue a analysé cette situation comme le verrouillage de la filiation par ces parents qui n'ont pas aidé leur fille à s'envisager mère. « L'absence de parole organisait une transmission de faits non dits et de choses non digérées (…) les générationsn précédentes n'ont pas payé leur dû au moment des passages et c'est la génération suivante qui portait la charge non traitée, non acquittée ». Le comportement de son père à la suite de l'accouchement sous X a été révélateur en ne parlant de ce nouveau-né qu'en termes de perte « car la part des ancêtres refuse le bébé suivant afin de ne pas déloger le bébé ancêtre ». Les grands-parents verraient ainsi en ce nouveau-né l'enfant qu'ils ont eux-mêmes perdu. En définitive, en abandonnant son enfant dès la naissance, la jeune femme entretiendrait la confusion de ses parents à son endroit. Au terme d'une thérapie familiale psychanalytique, la jeune femme a finalement pris la décision d'adopter son propre enfant et de mettre un terme, par voie de conséquence, à une filiation qui était impossible. En définitive, selon la thèse d'Elisabeth Darchis, les naissances menaceraient « l'organisation défensive du groupe ancestral », mais leur advenue consisterait en « un mécanisme de survie pour tenter de trouver un chemin identitaire constructif et une nouvelle groupalité créative ».

374. Une part des dénis de grossesse traduirait, non pas l'impossibilité physique de donner naissance, mais l'impossibilité psychique de transmettre dans la filiation.

2. L'absence de grossesse psychique

375. La psychanalyste Sophie Marinopoulos décrit très bien cette absence de grossesse psychique[1108]. Selon elle les femmes dans le déni n'auraient pas obtenu, ou très peu, de réponse à leurs besoins infantiles et affectifs. Cette « misère affective » aurait pour principale conséquence de créer chez ces femmes une incapacité à se penser en tant que personne à part entière, en tant que personne digne d'intérêt. Face à une grossesse physique, elles seraient incapables de développer la grossesse psychique nécessaire à la mise en place d'un « autre ». La grossesse « contemporaine » présente un double aspect : elle doit d'une part, être physique et d'autre part, psychique. A l'appui de l'argumentation, l'exemple de la grossesse nerveuse. Dans cette situation, de moins en moins fréquente en raison de la systématisation de l'échographie, la grossesse nerveuse est présente alors qu'aucune grossesse physique n'est à constater. Dans le déni de grossesse, il s'agirait de l'effet inverse : il y a bien une grossesse physique, mais la grossesse psychique ferait défaut. C'est en cela que les auteurs considèrent que pour être mère, il ne suffit pas d'être enceinte ou d'avoir accouché. Il serait aujourd'hui primordial pour la femme enceinte de pouvoir penser sa grossesse et son enfant, que ce soit d'une manière positive ou négative. A défaut de cela, l'enfant pourrait grandir dans le corps de la femme indépendamment d'un quelconque investissement d'ordre maternel.

376. La grossesse psychique s'inscrirait dans une temporalité trimestrielle identique à celle de la grossesse physique.

Le premier trimestre correspondrait à « un état d'être enceinte » qui relierait la femme à un corps fécondé. L'enfant n'y serait pas encore représenté, ni représentable. Le second trimestre, quant à lui, donnerait naissance à l'attente d'un enfant. Sa représentation serait inscrite dans la pensée et l'imaginaire de la femme. Malheureusement, cette période cruciale fait trop souvent l'objet d'amniocentèses dont les nombreux faux positifs conduisent à une mise en suspens du lien mère-enfant en construction. Ce mécanisme de protection face à une

---

[1108] Marinopoulos, S. *Le déni de grossesse*. Yapaka.be. Temps d'arrêt, 2007 et Marinopoulos, S. et I. Nisand. (2011), *op.cit. V.* également : Marinopoulos, S. et I. Nisand. *9 Mois, et cætera*. Fayard, 2007.

douleur éventuelle de perte de l'enfant pourrait être grandement préjudiciable au développement de la capacité de préoccupation maternelle primaire décrite par Winnicott à la fin des années 1970[1109]. Enfin, le dernier trimestre de la grossesse ferait l'objet d'une nouvelle représentation chez la femme enceinte, celle de la séparation des corps. Ce serait une période au cours de laquelle la femme envisagerait l'accouchement comme l'appréhension de la séparation. Celle-ci pourrait se préparer lors des cours de préparation à l'accouchement, qui permettraient à la fois de mettre en mot la séparation des corps jusque là imagée et d'offrir à l'enfant un statut d'être différent de sa mère, et le vécu intime des mères. Selon la psychanalyste, certaines femmes dans le déni seraient dans l'inca pacité de mettre en image une telle séparation des corps et le déni de grossesse apparaîtrait comme la traduction d'une grave altération des représentations. Toutefois, Daniel Zagury a précisément remis en cause cette analyse de Sophie Marinopoulos[1110]. Au travers de l'affaire de Véronique Courjault, il dénonce le choix de « faire porter la défense sur la représentation psychique plutôt que sur la perception ». Selon lui, cette analyse comporterait « le risque de passer à côté du caractère massif de la récusation de la métamorphose physique ».

377. Ainsi, le traumatisme d'une misère affective pourrait-il expliquer la mise en place des dénis de grossesse. Dans plusieurs situations il s'agit de réels traumatismes physiques qui auraient été à l'origine de la mise en œuvre du mécanisme de défense (**B**).

B- Le déni de grossesse ou le déni du corps

378. Dans les situations de déni de grossesse, la question du corps prend inévitablement une place importante. Outre le constat selon lequel il opèrait peu de modifications, un vécu corporel traumatisant tel qu'une grossesse surmédicalisée ou une sexualité impossible pourrait être le lit d'un déni de grossesse.

[1109] La préoccupation primaire maternelle correspond à la capacité pour une mère d'éprouver de l'empathie envers son futur nourrisson (Winnicott, D.W. « La préoccupation maternelle primaire ». Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1969).
[1110] Zagury, D. (2011), *op.cit.*

1. Le déni de grossesse ou le désir inconscient d'une grossesse non médicalisée

379. Comme nous avons pu le constater dans un précédent chapitre dédié à la surmédicalisation de la naissance[1111], certaines femmes ont été traumatisées par des grossesses et des accouchements précédents soit du fait de réalités biologiques, soit du fait de la surmédicalisation que connait depuis quelques années la naissance. « Karine a eu un premier enfant tout à fait désiré sans aucune complication. Pourtant, lorsqu'elle parle de cette première expérience, ce n'est pas, loin sans faut, avec des trémolos de bonheur dans la voix. Elle évoque la brutalité et la froideur d'un gynécologue qui la met au régime dès le sixième mois de grossesse alors qu'elle prend peu de poids. Elle parle également de la sage-femme, qui, le jour de l'accouchement, ne lui témoigne aucune empathie. Elle dit ainsi : « L'anesthésiste était introuvable, j'avais mal et tout ce que la sage-femme trouvait à me dire c'était : « Ca va passer. » Je n'ai pas compris non plus ces histoires de poussée. Je poussais, je poussais et ça n'était jamais assez. Il m'a fallu une bonne journée ensuite pour comprendre que j'étais maman, pour apprécier. » Lorsque son second petit garçon vient au monde sans être attendu, dans la salle de bain, Karine, malgré le côté assez surréaliste de la situation, évoque pourtant et *a contrario* un moment de calme, dénué de panique et surtout de souffrance. Elle n'a pas senti une seule contraction, l'enfant est sorti très vite, presque tout seul. Elle a eu le réflexe de compter les doigts et les orteils et, paradoxalement, elle assure qu'elle s'est senti mère immédiatement.

De la même façon, Cécile avait déjà vécu deux grossesses difficiles avant de nier la troisième. Elle avait perdu un premier bébé *in utero* à huit mois et, afin d'éviter le moindre risque, elle avait été hospitalisée trois mois avant le terme pour son deuxième enfant. L'importante médicalisation de cette grossesse, l'angoisse de mort qui ne l'a pas quittée jusqu'à l'accouchement ne sont certainement pas pour rien dans le déni qui s'est mis en place pour le troisième enfant. D'ailleurs, Cécile parle elle aussi d'un accouchement serein, bien qu'ayant lieu, comme pour Karine, au-dessus de la cuvette des toilettes. Elle explique avoir simplement

---

[1111] *V. supra*, p.158 et s.

poussée une ou deux fois, avoir accueilli l'enfant (…). La jeune femme échoue à se retrouver enceinte lors d'une première union et, lorsqu'elle y parvient avec son second compagnon, la grossesse et l'accouchement sont un vrai cauchemar. Elle doit s'aliter dès les premières semaines de gestation, prend vingt kilos, et accouche finalement à six mois à peine d'une petite fille très grande prématurée pour laquelle le pronostic vital reste réservé pendant quinze jours. Cette incapacité à mener sa grossesse à terme trouve une explication médicale imparable : l'utérus de Cathy est « bicorne » et le bébé, niché dans un demi-utérus, n'a pas suffisamment de place pour se développer au-delà de quelques mois de grossesse. Après ces semaines d'enfer, de retour chez elle avec un bébé certes fragile, mais tiré d'affaire, elle se promet qu'il n'y en aura pas d'autre. A la naissance, après neuf mois de grossesse passés inaperçus, sa seconde fille pèse plus de 3 kilos. Cathy a fait mentir tout le corps médical, elle a porté cet enfant jusqu'au bout, sans stress particulier, sans avoir à rester alitée, sans revivre le calvaire de la première grossesse ». Ce long témoignage, extrait de *« Je ne suis pas enceinte. Enquête sur le déni de grossesse »*[1112], traduit les traumatismes que peut entraîner une surmédicalisation de la naissance. La prise en charge matérielle et physique au détriment des besoins psychiques dépossède les femmes de leur accouchement. Les traumatismes qu'elle créé vont conduire certaines femmes à se tourner vers les alternatives à la médicalisation, mais dans d'autres situations d'autres femmes, plus fragiles, vont mettre en place des mécanismes de défense. Face aux situations cliniques qu'elle a pu rencontrer, Alexandra Lestienne a également fait le constat de nombreux antécédents traumatiques de grossesses en raison de la surmédicalisation et des antécédents de décès en suites de couches à la génération précédente[1113]. Dans ces cas, le déni de grossesse peut devenir le seul moyen de mener à terme une grossesse.

[1112] Guernalec-Levy, G. Je ne suis pas enceinte : Enquête sur le déni de grossesse. Stock, 2007, p.79-81.
[1113] Lestienne, A. (2009), *op.cit.* p.48. *V.* également : Brezinka C, O. Huter, et W. Biebl. (1994), *op.cit*.

2. Le déni de grossesse ou le symptôme d'une sexualité impossible

380. Selon la pédopsychiatre et psychanalyste Catherine Bonnet, le déni ne serait que la conséquence logique d'un vécu traumatisant[1114]. Elle émet l'hypothèse d'une psychogenèse unique capable de rassembler les signes avant coureurs dont les différents degrés rendraient compte des différents niveaux de négation allant de la dissimulation aux dénis les plus graves. A travers l'accouchement sous X, l'auteur affirme que la femme souhaiterait protéger l'enfant de pulsions infanticides elles-mêmes masquées par la mise en place d'un déni. Un évènement récent aurait réactivé un traumatisme de l'enfance empêchant une prise de conscience de la grossesse. Si bien qu'elle en conclut que le déni masque un vécu traumatique de l'enfance. Autrement dit, la souffrance qu'il représente nécessiterait la mise en place d'un mécanisme de défense que constitue le déni de grossesse. Dès lors, le vécu traumatisant pourrait provenir de différentes situations : des dysfonctionnements familiaux, des difficultés de communication, des problèmes relatifs à la sexualité ou encore l'impossibilité de verbaliser un vécu impensable. Le vécu traumatisant serait un vécu impensable de l'enfance à partir duquel l'enfant devient lui-même impensable. Catherine Bonnet a pu observer, chez certaines des femmes qu'elle a rencontrées, un déni de grossesse qui aurait été sous-tendu par des antécédents de maltraitances telles que le viol, les abus sexuels ou l'inceste. En pareille situation, la prise de conscience de la grossesse réveillerait chez elles les traumatismes et rendrait l'enfant impensable[1115]. Selon la thèse de Catherine Bonnet, le déni de grossesse se formerait pour protéger la femme de ce vécu traumatisant et l'accouchement sous X constituerait un geste d'amour pour protéger l'enfant de pulsions infanticides. Toutefois, elle n'établit aucune distinction entre l'ignorance, la dissimulation, la dénégation et le déni de grossesse[1116]. En définitive, si l'accouchement sous X peut revêtir des aspects psychopathologiques liés à un vécu traumatisant de l'enfance, il n'est pas scientifiquement admis que le déni de grossesse en soit nécessairement issu. Au-delà des violences sexuelles auxquelles les femmes dans le déni auraient dû faire face dans l'enfance ou un passé plus proche, Naïma Grangaud considère que ce sont parfois simplement les relations sexuelles,

---

[1114] Bonnet, C. (2001), *op.cit.* et (1993), *op.cit.*
[1115] Ces antécédents d'abus sexuels avaient déjà été relevés par Spielvogel (Spielvogel, A.M. et H.C. Hohener. « Denial of pregnancy: a review and case reports ». *Birth (Berkeley, Calif.)* 22, nº. 4 (décembre 1995): 220-226.).
[1116] Bayle, B. (2005), *op.cit.*

révélées par la grossesse, qui ont conduit à l'élaboration d'un déni de grossesse. Ce serait notamment le cas de femmes qui ont été élevées dans des familles rigides où la sexualité n'est ni évoquée, ni éduquée. Fréquemment, les relations hors mariages y seraient expressément interdites[1117]. L'auteur constate, dès lors, une annihilation des connaissances sur l'anatomie génitale féminine et la reproduction[1118].

381. En conclusion, nous souhaitons préciser l'influence socioculturelle dans les dénis de grossesse[1119]. En effet, les schémas culturels de référence et les valeurs morales qui en découlent pourraient recouvrir une certaine responsabilité dans le développement d'une partie des dénis de grossesse. Comme nous avons pu le démontrer dans la première partie de nos propos, ils influencent les grossesses dites « normales », pourquoi n'auraient-ils pas d'impact sur des sujets en grande souffrance ? L'étude de Brezinka, qui a établi trois situations cliniques différentes à propos de femmes qui ont dénié leur grossesse jusqu'au terme[1120], résume parfaitement cette hypothèse. Selon les auteurs, le déni de grossesse de ces femmes s'expliquerait par un contexte qui ne se prêtait pas à la grossesse, ou encore un environnement familial et/ou conjugal défavorable ou, enfin, la ou les grossesses précédentes ont été marquées par des problèmes médicaux vécus comme de véritables traumatismes.

II- Un désir ambivalent d'enfant

382. Comment appréhender cette notion de désir d'enfant lorsque moyens de contraception et avortements cohabitent avec des techniques de procréation médicalement assistée de plus en plus poussées ?

Pour certains auteurs, le déni de grossesse serait un symptôme qui recouvrirait tout un ensemble de configurations psychiques (dénégation, refoulement ou encore pensée magique),

---

[1117] Finnegan, P. et al. (1982), *op.cit.*
[1118] Grangaud, N. (2001), *op.cit.* p.74.
[1119] *V.not.* : Gorre-Ferragu, N. (2002), *op.cit.*
[1120] Brezinka, C. et al. (1994), *op.cit.*

mais dont le dénominateur commun serait l'ambivalence du désir d'enfant[1121]. Dès lors, le déni de grossesse traduirait une incapacité à gérer l'ambivalence du désir ou du caractère insupportable de l'enfant à naître. Avant d'approcher cette hypothèse, il convient de s'intéresser au désir d'enfant : quelles sont ses causes ? Quel est son contenu ? A-t-il toujours existé ou est-il le fruit d'une construction sociale ou d'une cortisation du cerveau humain ?

A- Le désir d'enfant : désir socioculturel ou instinct de reproduction ?

383. Les principales interrogations qui entourent le sujet du désir d'enfant résident dans son approche. En effet, alors que les psychanalystes échangent en terme de désir, les neurobiologistes s'expriment en termes d'instinct de reproduction ou de comportement érotique.

1. La construction sociale du désir d'enfant

384. Freud rapportait le désir d'enfant au désir d'obtenir du père le pénis, désir dont la déception serait relayée par le désir substitué d'avoir un enfant du père[1122]. L'étude française menée à propos de cinquante-six cas de dénis de grossesse observés en maternité et parue en 2002 a observé une certaine fréquence de ces « relations œdipiennes serrées », hypothèses dans lesquels l'enfant est représenté par la femme comme étant un enfant de leur propre père[1123]. Toutefois, certains psychanalystes[1124], s'opposent à cette théorie freudienne en ce

---

[1121] Dayan J, G. Andro, et M. Dugnat. (1999), *op.cit.* et Durand, B. (2001) et (2003), *op.cit.*
[1122] *V. not* : Freud, S. Trois essais sur la théorie sexuelle (1905). Gallimard, 1989.
[1123] Pierronne C, M.A. Delannoy, C. Florequin, et M. Libert. (2002), *op.cit.* A ce sujet, il nous semble intéressant d'évoquer le cas de Dominique Lempereur, mise en examen pour le meurtre de huit de ses nouveau-nés. Victime d'inceste dans son enfance mais également une fois mariée, elle affirme avoir agi par peur que les enfants soient de son père (Galaud, F. « Infanticides : Cottrez raconte avoir été victime d'inceste ». *Le Figaro*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 4 février 2011 sur : http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2011/02/03/01016-20110203ARTFIG00501-infanticides-cottrez-raconte-avoir-ete-victime-d-inceste.php et Thierry, G. « Infanticide : Dominique Cottrez explique son geste par l'inceste ». *FranceSoir.fr*, article paru et consulté le 4 février 2011 sur :

que le désir de la fillette serait bien spécifique car il consisterait à incorporer le pénis paternel et en faire un enfant[1125]. Le désir d'enfant ne traduirait donc plus une compensation du manque de pénis, mais un véritable désir féminin en soi.

385. Lors de nos recherches sur le désir d'enfant, nous avons été fréquemment renvoyés à l'évolution des procréations médicalement assistées. Comme si le désir d'enfant y était plus fortement identifiable.

Selon Benoît Bayle, la société procréatique dans laquelle nous vivons nous expliquerait « comment mener notre sexualité et notre procréation »[1126]. Au sein de cette société, l'enfant désiré serait celui programmé au bon moment, au moment le plus favorable pour les parents, que ce soit sur le plan affectif ou économique. L'enfant se trouverait ainsi soumis au désir d'autrui et au contrôle de la société procréatique car, « l'enfant désiré, c'est aussi, par définition, l'enfant refusé »[1127]. Au sein de la psychopathologie conceptionnelle, Benoît Bayle articule son propos autour de trois axes : celui des problématiques environnementales dans la création de ce qu'il nomme « l'espace psychique de préoccupation maternelle pour l'enfant à naître ». Il précisera à cet égard que le déni de grossesse ferait écho de cette absence de création d'un espace psychique maternel. Le deuxième axe est relatif à la « biographie conceptionnelle et prénatale » en ce que le parcours prénatal de certains parents pourrait avoir un poids psychique sur l'enfant « artificiellement » conçu. Enfin, le dernier axe s'attache principalement aux problématiques conceptionnelles identitaires comme cela peut être le cas dans l'hypothèse extrême d'une grossesse issue d'un viol. C'est ainsi que la femme enceinte ne construirait pas « les mêmes représentations à l'égard de l'enfant à naître, selon l'idée conceptionnelle qu'il possède ». En définitive, l'histoire personnelle de la femme enceinte

---

http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/infanticide-dominique-cottrez-explique-son-geste-par-l-inceste-70158.html).

[1124] *V. not :* Deutsch, H. (1949), *op.cit.*

[1125] Dayan, J. et al. (1999), *op.cit.* p.4.

[1126] Bayle, B. « La société procréatique, entre mythe et réalité. Apport de la psychopathologie de la conception humaine ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55, nº 5-6 (2007): 329-336. *V.* également nos propos sur la norme procréative, p.147 et s.

[1127] Gauchet, M. « L'enfant du désir ». *Champ psychosomatique* 3, nº 47 (2007): 9-22.

(l'histoire de son couple ou sa psychologie) doit être combinée à l'identité conceptionnelle singulière de l'enfant conçu.

386. Pour d'autres auteurs, il découlerait de cette société dite « procréatique » de nombreux paradoxes au sein du désir d'enfant[1128].

Au XVIIIème siècle, la question qui prédominait était de savoir comment ne pas faire d'enfant[1129]. L'arrivée de la contraception et de la pilule a constitué pour les femmes un droit de choisir un enfant au nom du désir. De la même manière, la contraception constituerait un mode de protection du non-désir d'enfant, « tout en interrogeant le désir de l'un ou de l'autre dans le couple »[1130]. En définitive, trop souvent aujourd'hui, « désirer un enfant c'est arrêter la pilule »[1131]. Le premier paradoxe du désir d'enfant pourrait ainsi se résumer par la phrase suivante : « c'est à partir du moment où l'on s'est intéressé aux enfants que l'on a commencé à ne plus en vouloir autant »[1132]. Le deuxième paradoxe lié au désir d'enfant serait inévitablement celui de la maîtrise actuelle du non-désir d'enfant. En effet, il y aurait en miroir l'idée d'une maîtrise de la volonté d'avoir un enfant, puisque la maîtrise du non-désir a été rendue possible. De surcroît, l'ambivalence du désir d'enfant serait levée chez la femme qui approche de la ménopause, chez la femme à qui des troubles de l'infertilité ont été diagnostiqués ou encore chez les couples qui ont du avoir recours aux diagnostics prénataux : « c'est parce que l'on sait diagnostiquer un grand nombre d'anomalies qu'il faudrait savoir les guérir et/ou faire en sorte que l'enfant soit indemne »[1133]. Ainsi, la société procréatique qui nous est proposée permettrait de mettre en lumière l'ensemble des paradoxes liés au désir d'enfant.

Selon Monique Bydlowski[1134], le désir d'enfant devrait être distingué du projet d'enfant qui est souvent planifié grâce à la contraception car il correspondrait aux valeurs de chacun et se

---

[1128] David, D. « Les paradoxes du désir d'enfant ». *1001 bébés* 58 (2003): 11-23.
[1129] Petit, L. « Désir d'enfant ». *Spirale* 32, nº 4 (2004): 19.
[1130] Petit, L. (2004), *op.cit.*
[1131] *Ibid.*
[1132] David, D. (2003), *op.cit.*
[1133] *Ibid.*
[1134] Bydlowski, M. « Les enfants du désir. Le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient ». *Psychanalyse à l'Université* 4 (1978): 59-92, cité par Amal Abdel-Baki et Marie-Josée Poulin (Abdel-Baki, A., et M.-J. Poulin. « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement ». *Psychothérapies* 24, nº 1 (2004): 3-9).

construirait à partir des idéaux familiaux ou du groupe social. De la même manière, le désir d'enfant ne recouvrirait pas totalement le désir de grossesse car certaines femmes souhaiteraient une grossesse pour se rassurer sur les capacités de la nature. Enfin, le désir d'enfant serait à distinguer du besoin d'enfant qui connoterait fréquemment une souffrance dépressive. Selon l'auteur, le désir d'enfant ne pourrait être réduit à une démarche consciente et programmée en ce qu'il serait également infiltré de significations et de désirs inconscients[1135]. Selon Nadine Gorre-Ferragu, le désir d'enfant « implique le fait de mentaliser de futures images parentales (…) de conceptualiser l'existence de l'enfant en tant qu'individu distinct dans le groupe familial »[1136].

387. Toutefois, nous ne pouvons nous empêcher de nous interroger : ne serait-ce pas la maîtrise de la procréation qui ferait émerger cette paradoxalité ? Détaché de la biologie, le désir d'enfant ne deviendrait-il pas de plus en plus paradoxal et ambivalent au fur et à mesure de l'évolution des techniques de procréation… et du cerveau humain ? En effet, le désir d'enfant ne serait-il pas ambivalent des suites de la disparition progressive d'un instinct de reproduction chez les hommes ?

2. La disparition progressive de l'instinct de reproduction

388. Pour qu'il y ait un instinct de reproduction, tout un ensemble de paramètres doivent être réunis. L'innéité des signaux et des facteurs doit être complétée par l'innéité d'un comportement dont la finalité serait la reproduction. D'après les recherches menées par Serge Wunsch, il existerait bien chez l'homme des données anatomiques et physiologiques suggérant l'existence d'un instinct de reproduction, mais au niveau comportemental, trois éléments neurobiologiques feraient défaut : des signaux spécifiques à la reproduction, une

---

[1135] *Ibid.*
[1136] Gorre-Ferragu, N. (2002), *op.cit.* p.28.

motivation psychique à l'accouplement et la programmation du positionnement avant l'intromission[1137].

a. Chez les mammifères inférieurs. Le comportement de reproduction mammalien est à la fois constitué de facteurs primordiaux innés et acquis. Parmi les facteurs innés jouent un rôle important les hormones et phéromones ainsi que les réflexes sexuels et processus de renforcement. Alors que les hormones auraient un impact de régulation des autres facteurs du comportement de reproduction, les phéromones permettraient essentiellement le déclenchement de la motivation sexuelle. Parmi les réflexes sexuels, il existerait des réflexes sexuels moteurs qui permettraient la réalisation de la phase de copulation (lordose, intromission et poussées pelviennes) et des réflexes sexuels autonomes qui faciliteraient la copulation et permettraient la fécondation (érection, éjaculation et ovulation réflexe). Enfin, les processus de renforcement seraient à l'origine de la réitération des activités de stimulation des zones érogènes du corps, mais également de l'apprentissage de la plupart des séquences non innées du comportement de reproduction.

La reconnaissance des congénères (par les phéromones – système olfactif), la motivation sexuelle à rechercher un contact physique génital, la socialisation sexuelle ainsi que la capacité au positionnement génito-génital approprié des corps constitueraient des facteurs acquis primordiaux du comportement de reproduction chez les mammifères inférieurs. Si ces facteurs primordiaux appartiennent à l'acquis, ils restent primordiaux dans la réalisation du comportement de reproduction.

389. Ainsi, les hormones sexuelles contrôlent-elles le comportement de reproduction des mammifères simples en ce qu'elles créent un espace temporel au cours duquel la reproduction de l'espèce est maximisée (la saison propice). La copulation est également dépendante des

---

[1137] *V.* notamment : Wunsch, S. « Rôle et importance des processus de renforcement dans l'apprentissage du comportement de reproduction ». Thèse de Doctorat en neurosciences intégratives, 2007 et Wunsch, S. « Evolution from mammals heterosexual reproductive behavior to human erotic bisexuality ». *Journal of Bisexuality* 10, nº 2 (2010): 268–293 ; Wunsch, S. et P. Brenot. « Les fondements neurobiologiques de la sexualité. Existe-t-il un instinct sexuel? » *Sexologies* XIII, nº 48 (2004): 22–29 ; « Les fondements neurobiologiques de la sexualité. Neurobiologie du plaisir ». *Sexologies* XIII, nº 50 (2004): 4–16 et « Sexualité : instinct ou apprentissage? » *Bulletin de la Société Francophone de Médecine Sexuelle*, nº 1 (2005): 12–21.

réflexes sexuels innés tels que la lordose chez les femelles et les poussées pelviennes chez les mâles. La majeure différence entre les mammifères et les hommes réside dans la nature du signal. En effet, le signal inné du comportement de reproduction chez les mammifères ainsi que le facteur inné du développement de la motivation sexuelle, sont olfactifs, essentiellement basés sur les phéromones qui, par ailleurs, constituent un facteur clé de l'orientation sexuelle.

En définitive, la copulation serait la séquence cruciale du comportement de reproduction chez les mammifères inférieurs, dont la finalité est évidemment la reproduction de l'espèce.

b. Chez les hominidés. Selon Serge Wunsch, le comportement chez les hommes ne serait pas de reproduction, mais un comportement érotique[1138]. Ainsi, le contrôle temporel exercé par les hormones chez les mammifères inférieurs aurait presque disparu chez les hommes puisque les renforcements érotiques sont continuellement actifs et ne dépendraient plus des saisons « propices ». Là où les signaux et facteurs innés étaient olfactifs chez les mammifères, ils seraient devenus somatosensoriels chez les hommes. La où la séquence cruciale était la copulation chez les mammifères simples, la stimulation mécanique acquise des zones les plus érogènes du corps constituerait chez les hommes le comportement crucial permettant l'obtention de renforcements érotiques.Ce comportement érotique aurait, ici, pour finalité la maximalisation du plaisir érotique et non plus la reproduction.

Ainsi, l'évolution des hommes aurait-elle conduit à une modification des signaux olfactifs en signaux somatosensoriels, des hormones et phéromones en renforcements et cognition. Les principales modifications observées lors de l'évolution des hommes résident dans le développement important du prosencéphale, la diminution importante de l'influence des hormones et phéromones et la détérioration fonctionnelle du système voméronasal. Dès lors, le comportement de reproduction des mammifères, de l'ordre de l'inné, se serait traduit chez les hommes par un comportement érotique, de l'ordre de l'acquis. « Le véritable « comportement de reproduction » des mammifères les plus simples, principalement *inné*, deviendrait graduellement chez les hominidés un « comportement érotique », acquis, qui

[1138] Wunsch, S. « Evolution from mammals heterosexual reproductive behavior to human erotic bisexuality ». *Journal of Bisexuality* 10, nº 2 (2010): 268–293 ; Wunsch, S. et P. Brenot. « Les fondements neurobiologiques de la sexualité. Existe-t-il un instinct sexuel? » *Sexologies* XIII, nº 48 (2004): 22–29 ; « Les fondements neurobiologiques de la sexualité. Neurobiologie du plaisir ». *Sexologies* XIII, nº 50 (2004): 4–16 et « Sexualité : instinct ou apprentissage? » *Bulletin de la Société Francophone de Médecine Sexuelle*, nº 1 (2005): 12–21.

pourrait, potentiellement, être d'une très grande variabilité »[1139]. La reproduction, pourtant fondamentale à la survie de l'espèce, ne serait paradoxalement chez l'homme qu'une conséquence presque fortuite de la recherche des plaisirs physiques.

La disparition progressive d'un instinct de reproduction chez les humains n'emportent pas nécessairement disparition du rôle important des hormones dans le comportement sexuel. En effet, plusieurs études mettent encore en évidence la persistance d'un cycle de chaleurs chez les femmes et ce, malgré ses modifications[1140]. Ainsi, les femmes se passeraient-elles de fantaisies érotiques lors des périodes d'ovulation, prouvant dès lors qu'elles restent sensibles à la production de leurs hormones[1141]. Les femmes, qu'elles soient ou non dans le déni, ne seraient donc pas nécessairement dans un désir ambivalent d'enfant.

390. Pour conclure nos propos sur l'ambivalence du désir d'enfant comme tentative d'élucidation du phénomène du déni de grossesse, nous avons souhaité, une nouvelle fois rappeler que la biologie doit être prise en considération. Si le déni de grossesse peut s'expliquer par un désir ambivalent d'enfant, il peut également revêtir un aspect biologique en ce que la grossesse serait le fruit d'un processus biologique inné.

B- Des risques sanitaires non négligeables

391. L'ensemble de nos propos sur les négations de grossesse nous conduit à nous interroger sur leur prévention. Pouvons-nous mener des actions ou des campagnes d'information pour éviter les dénis de grossesse ? Quelle population faut-il viser lorsque nous

---

[1139] Wunsch, S. (2010), *op.cit.*
[1140] Blaffer Hrdy, S. (2002), *op.cit.* p.172.
[1141] Matteo, S. et E.F. Rissman. « Increased sexual activity durint the midcycle portion of the human menstrual cycle ». *Hormones and behavior* 18 (1984): 249–255 ; Wilcox A.J, D.D. Baird, D.B. Dunson, D.R. McConnaughey, J.S. Kesner, et C.R. Weinberg. « On the frequency of intercourse around ovulation: evidence for biological influences ». *Human Reproduction* 19, nº 7 (2004): 1539–1543 ; Stern, K. et M. McClintock. « Regulation of ovulation by human pheromones ». *Nature* 393 (1998): 177–179 ; Foidart A, J.-J. Legros, et J. Balthazart. « Les phéromones humaines : vestige animal ou réalité non reconnue? » *Revue médicale de Liège* 49, nº 12 (1994): 662–680 ; Liberles, S.D. et L.B. Buck. « A second class of chemosensory receptors in the olfactory epithelium ». *Nature* 442, nº 1703 (2006): 645–650.

ne pouvons établir la typologie des femmes dans le déni ? Un premier pas consisterait à ne pas dénier l'existence des dénis de grossesse en informant avant tout les médecins de leur réalité. Quand bien même l'issue du déni de grossesse serait heureuse, il ne nous faut pas perdre de vue les dommages éventuels sur les relations en devenir.

1. Le déni du patient

392. Nous n'avons que très peu de recul sur les conséquences relationnelles qu'un déni de grossesse peut provoquer entre une mère et son enfant. Seuls quelques témoignages nous permettent d'envisager certaines hypothèses. Dans l'attente d'une telle retombée, la prévention doit passer par l'information des professionnels de santé qui, encore trop souvent, apparaissent incrédules lorsque la levée d'un déni de grossesse se réalise sous leurs yeux.

a. L'incrédulité médicale. La cécité parfois très forte, mais aussi l'impossibilité de certains médecins à ne pas diagnostiquer une grossesse rend compte de la difficulté de mettre en place des actions préventives contre une telle élaboration.

393. Dans les cas de dénis, les répercussions de la grossesse sur l'organisme seraient tellement limitées que des médecins généralistes eux-mêmes pourraient s'y tromper. Plusieurs femmes en état de déni ont consulté leur médecin généraliste pour des douleurs fréquemment attribuées à des troubles de la digestion ou des malaises, sans qu'ils s'aperçoivent de l'état gravide de leur patiente, comme s'il existait, chez eux, une certaine incrédulité, comme s'ils éprouvaient des difficultés à distinguer une grossesse cachée d'un déni de grossesse. « Elles nous mettent à mal » constate Sophie Marinopoulos, psychologue clinicienne et psychanalyste à la maternité du CHU de Nantes : « elles mettent à mal notre raison ». Israël Nisand relate la stupeur de ses confrères lorsqu'une étudiante en médecine, externe à l'hôpital, à qui l'on s'apprêtait à ôter une tumeur abdominale, donna naissance. Fort heureusement, le père de la jeune femme, lui-même cardiologue, a pu remarquer *in extremis* les chevilles enflées de sa

fille et a su diagnostiquer sa grossesse à terme[1142]. De la même manière, Perrine Pourchart, jeune étudiante sage-femme au CHU de Brest, a été confrontée à six cas de déni de grossesse en seulement trois mois de stage et s'est aperçue que certains professionnels de santé avaient tendance à mal comprendre ces mères et remettaient en doute leur parole. S'agirait-il d'un déni du patient ? Elle a pu également constater que les autres spécialités médicales avaient du mal à trouver leur rôle et leur place dans cet accompagnement. Lorsque les risques et les conséquences des dénis de grossesse sont connus, une prise en charge uniquement psychologique reste largement insuffisante.

Soit le diagnostique n'a pas *pu* être posé parce qu'aucune consultation médicale n'a été réalisée, soit le diagnostique n'a pas *su* être posé de par l'impossibilité de penser le déni en particulier et la grossesse en général. Ce n'est pas la sensation de mouvements fœtaux qui conduisent les femmes dans le déni à consulter leur médecin. Généralement, il s'agit de troubles digestifs, de saignements fréquents, de chevilles et articulations enflées, sciatiques... Autant de symptômes de grossesse qui pourraient, par ailleurs, répondre à d'autres explications médicales. Parfois, la grossesse est fortuitement découverte par des personnels hospitaliers qui, sur demande du médecin traitant, réalisent des radios ou examens complémentaires pour des raisons totalement étrangères à une suspicion de grossesse. C'est ainsi que la femme qui ne se pense pas enceinte transmet cette illusion même aux spécialistes du corps car en décrivant leurs symptômes dans un contexte écartant toute hypothèse de grossesse, elles altèrent le jugement de leur interlocuteur. Si les médecins ne sont pas des spécialistes de la psyché, il est indispensable que les médecins généralistes sachent dépister une grossesse indépendamment de l'annonce, par la femme, de son désir d'être mère. Il est essentiel que les médecins sachent également penser une maternité indépendamment du bonheur béat que renvoie la société.

b. Propositions préventives. L'état de négation, que constitue le déni de grossesse, rend difficile toute action préventive notamment parce qu'aucune démarche n'est menée par la future mère pour que la grossesse soit suivie ou interrompue. La mère est paralysée par son ambivalence. En 1998, en France, le nombre de grossesses non suivies ou que très peu suivies était estimé à 12‰, c'est-à-dire moins de quatre consultations pendant la grossesse ou si la

[1142] Marinopoulos, S. et I. Nisand, (2011), *op.cit.*

première consultation avait eu lieu au troisième trimestre de gestation[1143]. Si l'absence de suivi peut être « une piste » de réflexion préventive pour déceler des cas de déni, il faut toutefois garder à l'esprit la volonté (par refus du « diktat » médical ou par obligation financière) de certaines femmes de ne pas faire suivre leur grossesse médicalement ou du moins de ne pas suivre les sept consultations dites obligatoires. Dès lors, l'une absence de suivi médical ne devrait pas systématiquement entraîner une suspicion de déni.

Pour autant, il ne faut pas banaliser les déclarations tardives de grossesse, ni celles d'IVG. Elles doivent être prises avec beaucoup de soin et de précaution pour éviter qu'une femme découvrant tardivement sa grossesse ne tombe dans une réelle dénégation. Une fois la grossesse tardivement découverte, comment accompagner ces futures mères ? Quel que soit le profil psychologique et/ou psychopathologique de la mère, il existe un risque réel de distorsion dans les relations mère-enfant qui justifie de proposer un accompagnement à la fois social par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et psychothérapeutique au sens large[1144]. Ce n'est pas son rôle de surveillance qui doit ici prôner, mais une mission réelle d'accompagnement et d'écoute. Le rôle des sages-femmes dans l'accompagnement des femmes ayant vécu un déni de grossesse est également très important. L'intervention du psychologue consiste à aider les mères dans le domaine de l'inconscient, du psychisme. Il est là notamment pour les aider à construire leur bébé imaginaire en ante natal pour les dénis partiels puis pour aider à la mise en place de la relation mère-enfant à la naissance. La sage-femme a un rôle dans le réel, dans le concret. Elle est là pour établir le lien entre la mère et son bébé (monitorings, échographies ante natales, dans l'aide à l'allaitement ou biberon…), notamment en les accompagnant dans la période de l'attachement ainsi qu'en les aidant à mieux comprendre leur corps, leur grossesse…Enfin, de la même manière, les médecins traitants, gynécologues et assistantes sociales ont aussi tout intérêt à participer à cet accompagnement.

[1143] Parallèlement, selon une étude de Spielvogel, menée en 1995 aux États-Unis, ce taux était de 35‰ (Spielvogel, A.M. et H.C. Hohener (1995), *op.cit.*). A noter que cette différence d'évaluation était principalement due à l'absence de couverture sociale américaine.

[1144] A ce titre, Jacques Dayan estime qu'il ne serait pas inutile qu'un psychiatre soit disponible à tout moment dans les services de maternité (Intervention lors de la conférence d'étude du Comité Nationale de l'Enfance sur le thème « Les néonaticides » à Paris, le 1er décembre 2010).

2. Le déni des relations en devenir

394. Les conséquences, connues à ce jour, se présentent sur deux niveaux : dans un premier temps dans la relation immédiate mère-enfant, puis dans l'optique de grossesses futures.

a. La relation mère-enfant. Dans toute négation de grossesse, il apparaît utile d'approfondir le travail clinique à la recherche de troubles de la personnalité et troubles psychiatriques associés, évaluer l'entourage affectif, le contexte dans lequel survient la grossesse et les facteurs de vulnérabilité préalables. En leur absence, il apparaît nécessaire d'estimer la capacité de la mère à prendre en charge et à accepter son enfant. A cet égard, Catherine Bonnet met en garde la volonté des sages-femmes, infirmières et aides-soignantes de stimuler les interactions sensorielles précoces afin de favoriser chez les femmes un sentiment maternel[1145]. De telles initiatives pourraient entraîner une maltraitance ou un délaissement ultérieurs : « Ces situations de refus d'enfant ne se solutionnent pas par une interaction sensorielle forcée. Certaines femmes qui en ont fait l'expérience, m'ont expliqué comment ces forcings les coupaient en deux: une partie d'elles découvrait une relation d'attachement à l'enfant, alors que l'autre partie avait toujours dans sa tête la crainte de ne pas contenir des pensées qui provenaient violemment du passé et se superposaient sur l'enfant. C'est alors que j'ai fait les hypothèses suivantes; en méconnaissant ces refus d'enfant, on risque d'organiser:

- soit le cycle de la maltraitance : le déni de la grossesse se transférait sur les besoins de l'enfant et s'extériorisait sous la forme de négligences aux besoins de l'enfant ; elles pourraient alterner avec des irruptions soudaines de violence, comme les fantasmes d'impulsions violentes avaient émergé du déni durant la grossesse;

- soit le délaissement ultérieur après avoir fait recueillir temporairement l'enfant en institution; certaines seraient tellement paralysées par la coexistence de sentiments si ambivalents que,

---

[1145] Bonnet, C. « L'abandon à la naissance (un autre regard) ». *SoinsGyn.Obs.Puer.Ped.* 125 (1991): 31-35, cité par Grangaud, N. 2001, *op.cit.*

pour éviter de ressentir ce clivage, elles se sépareraient de l'enfant temporairement, puis le délaisseraient »[1146].

395. A notre connaissance, seule l'étude de Brezinka[1147] a permis de suivre des mères jusqu'à deux ans après les faits, soit directement, soit par l'intermédiaire de pédiatres ou de médecins généralistes. Après deux ans d'évolution, aucun infanticide ni de tentative n'a pu être observé, si bien que les auteurs ont pu établir que le déni de grossesse était environ trente fois plus fréquent que l'infanticide dont l'incidence est estimé à environ un pour dix mille « naissances vivantes ». Aucun trouble majeur du développement ni de signes d'une quelconque violence ou carence n'a été observé chez les enfants de mères non psychotiques.

Toutefois, les liens entre un nouveau-né issu d'un déni de grossesse et sa mère peuvent être très fragiles comme en témoigne l'histoire de Véronique, jeune étudiante en sociologie. Elle est prise d'une immense frayeur lors de la découverte de sa grossesse et tente de se défenestrer[1148]. Quelques jours après cette découverte, la seule idée qu'elle avait en tête était l'adoption. Elle-même issue d'un déni de grossesse, elle n'a jamais connu les raisons de la situation de sa mère, mais avait pour seule certitude d'être « la cause de ses soucis et de son mal être » et avait « peur de reproduire le même schéma ». Grâce à un accompagnement médical et psychologique, le petit William est là, aux côtés de sa mère. Il passe, néanmoins, la semaine à la pouponnière et le week-end avec ses parents. Lors de ces moments qui auraient du être appréciés et partagés, aucun regard n'est échangé entre William et sa mère. Selon le psychologue de la maternité, il n'y avait aucune empathie de la part de Véronique envers William et son comportement révélait une certaine incapacité à s'occuper de son bébé ; elle qui avait toujours eu peur de ne pas être une mère à la hauteur. William dormait tout le temps, il était « dans son monde », « il ne regarde pas en face », « ça le met en danger sentimentalement ». L'enfant refusait de prendre son biberon en tête à tête avec sa mère, il était incapable de regarder sa mère « les yeux dans les yeux » et Véronique, pour le nourrir, devait le positionner dos à elle. Les médecins ont alors diagnostiqué chez William un

---

[1146] Bonnet, C. (1991), *op.cit.*

[1147] Brezinka C, H. Schröcksnadel, et W. Biebl. « Die negierte Schwangerschafftgeburtshilfliche und psychiatrische Aspekte ». *Gynäk Rdsch* 28, nº 2 (1988): 97-100, cité par Brezinka, C. et al. (1994), *op.cit.*

[1148] "Dénis de grossesse. Ces bébés clandestins", Émission télévisée diffusée sur France 3 le lundi 19 janvier 2009 à 20h35 : http://programmes.france3.fr/documentaires/index-fr.php?page=documentaires-archives-articles-detailles3&id_article=400.

problème de développement psychoaffectif : un manque de désir ? Se sent-il malvenu ? Sur la question d'un éventuel retour à la maison, le papa aimerait la garde définitive, mais Véronique est un peu moins enthousiaste. En effet, elle est angoissée : d'autres troubles ne vont-ils pas se rajouter à ceux-ci ? William risque-t-il de développer des symptômes dépressifs ? Les professionnels les entourant sont unanimes : pour que William aille mieux, il faut que Véronique fasse un travail sur elle, qu'elle reprenne confiance en elle. Un contrat a alors été passé entre les services sociaux et les parents de William: les journées se dérouleront sous l'œil attentif d'une assistante sociale au sein de l'hôpital, journées auxquelles succéderont des entretiens avec le psychologue. Ce fût une aide précieuse pour pacifier les relations entre William et Véronique. En effet, après six mois de prise en charge, William prend son biberon en échangeant des regards complices avec sa maman et les services sociaux ont décidé de remettre William entre les mains protectrices, attentives et aimantes de ses parents.

A l'heure actuelle, aucune étude ne permet d'affirmer que des cas comme celui de Véronique et William aient pu être constatés dans d'autres histoires de vie mais une interrogation persiste : l'état de négation vécu pendant une grossesse peut-il se transmettre au fœtus ? Une enfant issue d'un déni de grossesse risque-t-elle de connaître une situation similaire ? Un enfant issu d'un déni de grossesse risque-t-il de connaître des difficultés d'ordre psychoaffectives ? L'ensemble de ces questionnements est également valable pour les futures grossesses de la mère : elle-même issue d'un déni de grossesse, Véronique ne risquait-elle pas de nier une future grossesse si sa détresse n'avait pas été entendue par les services de la maternité ?

b. Sur les grossesses futures. Une prise en charge immédiate et adaptée est indispensable pour que les futures grossesses se déroulent dans un état psychique plus serein. Plusieurs négations de grossesse ont parfois été constatées chez une même femme au cours de la même étude[1149]. Le risque concerne principalement les dénis partiels qui ont été portés à la connaissance des maternités soit par un accouchement au sein de leurs locaux, soit par une hospitalisation à la suite d'un accouchement non médical.

[1149] Sur une période de six années et sur un total de soixante-et-un dénis de grossesse, une étude américaine a relevé que deux femmes avaient présenté au moins deux dénis de grossesse (Friedman, S.H. et al. (2007), *op.cit.*).

396. Si la limite entre la grossesse ignorée, celle niée et celle cachée est très ténue, il est impératif de ne pas laisser repartir les femmes et les couples, qu'ils aient ou non souhaités garder leur enfant, comme si rien ne s'était passé[1150]. Mettre le voile sur le déni conforterait la femme dans sa solitude psychique et constituerait un risque criminogène. Refuser la réalité des négations de grossesse, c'est prendre le risque d'entamer un peu plus les relations très fragiles entre une mère et son enfant, mais aussi de rendre un peu plus noirs les chiffres des colonnes judiciaires.

397. Nos constatations nous ont conduit à dénoncer le malentendu relatif aux dénis de grossesse ; celui de le considérer comme le simple fait de ne pas se savoir enceinte. Les réalités biologiques nous rappellent qu'il ne faut pas systématiquement mettre sur le compte du déni toute connaissance tardive de la grossesse. Tout autant que les analyses psychopathologiques, les facteurs sociaux doivent être pris en considération. Peu de certitudes, quelques similitudes et beaucoup d'interrogations. Une définition aussi large que possible pourrait éclairer la compréhension de ce contexte néonaticide. De cette manière, beaucoup plus de situations pourraient être prises en considération dans les études sur le déni et par conséquent dans les travaux comparatifs avec le néonaticide (**Titre 2**). A cet égard, nous partageons l'avis du psychiatre des hôpitaux Daniel Zagury pour qui il est « tout à fait possible de maintenir le terme générique de déni de grossesse, à la condition de s'accorder sur son contenu »[1151].

[1150] Marinopoulos, S. et al. (2011), *op.cit.*
[1151] Zagury, D. (2011), *op.cit.*

TITRE 2 : LE TRAITEMENT PENAL DU MEURTRE DU NOUVEAU-NE

398. Depuis la révélation de l'affaire dite « des bébés congelés », des interrogations ont émergé sur un éventuel lien entre déni de grossesse et néonaticide[1152]. Qu'en est-il réellement ? L'approche de certaines études est-elle suffisante pour établir un lien indiscutable ? Si les dénis de grossesse ne conduisent pas nécessairement à la mort du nourrisson, le constat inverse n'est pas encore vérifié.

399. Le taux de déni de grossesse est estimé à environ vingt-et-un dénis partiels sur dix mille naissances[1153] contre quatre dénis massifs[1154], si bien qu'un déni sur cinq se poursuivrait jusqu'à l'accouchement. Le nombre de néonaticides, quant à lui, est évalué en France à une centaine par an[1155], ce qui représente plus d'un néonaticide pour dix mille naissances. S'il existe un lien entre déni de grossesse et néonaticide, ce serait un déni massif sur quatre qui se terminerait par un néonaticide. Près de 25% des dénis massifs pourrait conduire à un néonaticide. Néanmoins, cette proportion serait très certainement en dessous de la réalité compte tenu d'un certain nombre de cas inconnus des services judiciaires[1156] et de la variabilité des définitions retenues au titre du déni de grossesse.

[1152] Le néonaticide constitue le meurtre d'un nouveau-né dans les 24 heures de sa naissance par l'un de ses parents (Resnick, Ph. « Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide ». *American Journal of Psychiatry* 126 (1970): 1414-1420 et Resnick, Ph, M.-C. Genet, R. Evans, V. Voruz, et S. Yang. « Meurtre de nouveau-né : une synthèse psychiatrique sur le néonaticide ». *Enfances & Psy* 44, n°3 (2009) : 42-54).

[1153] Le ratio moyen d'un déni de grossesse partiel (au moins pendant les vingt premières semaines de grossesse) a été évalué à 1 sur 475 : Beier, K.M., R. Wille, et J. Wessel. « Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems ». Journal of Psychosomatic Research 61, no. 5 (novembre 2006): 723–730. *V.* également Wessel, J. et U. Buscher. « Denial of pregnancy: population based study ». *BMJ : British Medical Journal* 324, nº 7335 (2002): 458 ; Brezinka C, O. Huter, et W. Biebl. « Denial of pregnancy: obstetrical aspects ». *J Psychosom Obstet Gynecol* 15 (1994): 1–8.

[1154] Wessel a pu déterminer qu'une grossesse sur 2500 en Europe correspondait à un déni massif de grossesse : Wessel, J. et al. (2002), *op.cit.* et Wessel J, J. Endrikat, et U. Buscher. « Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin ». *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* 81, nº 11 (novembre 2002): 1021–1027.

[1155] Tursz, A. et J.M. Cook. « A population-based survey of neonaticides using judicial data ». *Archives of Disease in Childhood* (2010).

[1156] Tursz, A. « Avantages et limites de l'approche épidémiologique pour la connaissance des infanticides ». *Enfances & Psy* 49, nº 4 (2010): 112-120.

Une étude française très récente a affirmé que sur les dix-huit néonaticides recensés, aucune des femmes n'avait subi un déni de grossesse total et quatre seulement avait été en état de déni partiel[1157]. Néanmoins, cette étude ne définit le déni de grossesse autrement que comme la simple méconnaissance de la grossesse. Or, nous avons pu démontrer que les dénis de grossesse ne portent pas sur l'état de grossesse, mais sur certaines de ces caractéristiques. En effet, pour dénier une grossesse, encore faut-il que la femme ait eu connaissance de son état gravide. Ainsi, ces études ne mettraient-elles pas en évidence le lien réel qui pourrait exister entre le déni de grossesse et le néonaticide.

400. Ce qui est finalement complexe dans la relation du déni de grossesse avec le néonaticide, c'est davantage la difficulté qu'éprouvent les hommes à entendre, à écouter la parole de ces femmes qui révèlent autant ou si peu, mais qui nous mettent à mal. Si les statistiques se révèlent être exactes, le nombre de néonaticides commis à la suite d'un déni de grossesse massif ne risquerait pas de diminuer. Un déni massif sur quatre conduirait à un néonaticide. Y a-t-il systématiquement un déni de grossesse dans chaque meurtre de nouveau-né ? Dans une telle hypothèse, qu'est-ce qui différencie les dénis criminogènes de ceux sans néonaticide ? Les hypothèses pathologiques sont-elles similaires ? Nous tenterons de répondre à ces interrogations dans une analyse du contexte multidimensionnel du néonaticide.

401. L'évocation conjointe d'une intention juridique très théorique et d'une grossesse passée sous silence dans l'analyse du meurtre du nouveau-né nous révèle l'existence de deux mondes parallèles dont le croisement se fait difficilement (**Chapitre 2**). En effet, les représentations qui y sont mises en œuvre semblent relever d'une approche différente, mais qui ne nous semble pas incompatible (**Chapitre 1**).

[1157] Tursz A, L. Simmat-Durand, P. Gerbouin-Rérolle, N. Vellut, et J. Cook. *Les morts violentes de nourrissons: trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. Implications pour la prévention.* Inserm-CNRS, février 2011.

CHAPITRE 1 : LA SUBJECTIVITE DE L'INTENTION PSYCHIQUE

402. A l'image du déni de grossesse, l'analyse du contexte néonaticide aux moyens de recherches sociodémographiques et psychofamiliales a mis en évidence l'absence de typologie des femmes néonaticides (**Section 1**). Toutefois, elles nous apprennent que le meurtre du nouveau-né met à mal nos propres représentations (**Section 2**).

Section 1 : Le contexte néonaticide

403. Si les caractéristiques sociodémographiques des femmes néonaticides ne permettent pas à elles-seules l'établissement d'un schéma infaillible (**I**), les multiples hypothèses psychopathologiques et/ou psychofamiliales pourraient, en partie, expliquer le passage à l'acte (**II**).

I- Caractéristiques sociodémographiques

404. Si les études sur les néonaticides sont relativement rares, leur lecture permet néanmoins de dégager certaines disparités culturelles (**A**) mais également de genre (**B**).

A- Disparités culturelles

405. Resnick, psychiatre américain à qui l'on doit le terme de néonaticide, établissait dans les années 70 un profil de femmes néonaticides jeunes et célibataires. Néanmoins, l'analyse de certains échantillons français a conduit à une toute autre constatation.

1. De jeunes femmes célibataires

406. Si les auteurs d'études sur le néonaticide avouent que leurs résultats sont à relativiser, notamment en raison du faible nombre de leur échantillon, l'étude de Resnick est encore considérée comme étant l'étude de référence en la matière.

a. Incertitudes scientifiques. La fréquence des néonaticides est généralement admise autour des 2,1 pour 100 000 naissances[1158] (contre 0.39 dans les statistiques officielles de mortalité). Les chiffres issus des études épidémiologiques sont très certainement sous-estimés en raison des facilités de dissimulation des petits corps mais également des erreurs commises lors d'autopsies qui peuvent parfois conclure à une mort accidentelle, voire naturelle[1159]. Si bien qu'il est impossible de connaître avec certitude le nombre réel de néonaticides[1160]. A ce titre, certaines études ont considéré que la législation criminelle pouvait avoir une influence[1161]. En Finlande, le meurtre du nouveau-né fait l'objet d'une incrimination autonome et se définit comme celui commis par la mère qui se trouvait dans un état d'épuisement physique ou mental après un accouchement. Or, ce serait près de 59% des dossiers finlandais qui ne seraient pas rentrés dans les statistiques officielles pour ne pas avoir été initialement enregistrés sous cette qualification[1162]. Toutefois, et à l'inverse, les législations qui n'ont pas opéré le choix d'une incrimination autonome rendent plus difficiles les travaux de recensement. La qualification française d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans englobe aussi bien le meurtre de nouveau-nés commis par sa mère, son père ou toute autre personne mais aussi le meurtre de tout enfant âgé de moins de quinze ans, la qualité de l'auteur pouvant constituer une circonstance aggravante. Ainsi, le simple enregistrement des procédures ne permet-il pas de déterminer les dossiers faisant référence à la mort d'un nouveau-né. Cette qualification pénale rend fastidieuse toute recherche sur le sujet et explique en partie la très faible quantité d'études françaises sur le meurtre du

---

[1158] Constat réalisé en France par Tursz (Tursz, A. et J.M. Cook. « A population-based survey of neonaticides using judicial data ». *Archives of Disease in Childhood* (2010)) mais également aux Etats-Unis par Herman-Giddens (Herman-Giddens M.E, J.B. Smith, et M. Mittal. « Newborns Killed or Left to Die by a Parent ». *JAMA* 289 (2003): 1425-1429). Seule une étude finlandaise a fait état d'un taux variant entre 0, 07 et 0,18 pour 100 000 naissances (Putkonen, H. et G. Weizmann-Henelius. « Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought - neonaticides in Finland 1980-2000 ». *Arch. Womens Men Health* 10 (2007): 15-23 ; Putkonen H, J. Collander, G. Weizmann-Henelius, et M. Eronen. « Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980-2000 ». *International Journal of Law and Psychiatry* 30, n° 3 (2007): 248-254). Néanmoins, les auteurs ont nuancé ce résultat en raison du système finlandais d'enregistrement des procédures.

[1159] Tursz A, M. Crost, P. Gerbouin-Rerolle, J. Beauté, et Institut national de la santé et de la recherche médicale. « Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Etude auprès des parquets ». Study report, 2005.

[1160] Herman-Giddens M.E, J.B. Smith, et M. Mittal. (2003), *op.cit*.

[1161] Tursz, A. et al. (2010), *op.cit.*

[1162] Putkonen, H. et al. (2007), *op.cit.* ; Putkonen, H. et G. Weizmann-Henelius. « Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought - neonaticides in Finland 1980-2000 ». *Arch. Womens Men Health* 10 (2007): 15-23.

nouveau-né[1163]. Les échantillons varient également d'une étude à une autre : à ce jour l'échantillon le plus large a été celui d'une étude brésilienne par le recensement de 53 cas sur une période de 95 années[1164]. S'ajoute à la rareté des études en matière de néonaticide, la diversité des méthodes utilisées rendant ainsi plus complexe les analyses comparatives. D'une part, ces études sont nécessairement rétrospectives étant donné la faible fréquence de ces crimes et le temps requis pour leur traitement judiciaire. Pour obtenir des échantillons plus importants, il est nécessaire d'étendre les périodes de travail[1165]. La comparaison est également rendu difficile par la sélection des échantillons : certains sont établis au sein d'établissements psychiatriques, d'autres sont recensés à partir des données judiciaires et d'autres encore par le recueil d'informations dans la presse papier et/ou électronique. Les études de cas sont quant à elles plus nombreuses mais leurs échantillons ne permettent pas non plus d'établir des généralités par leur seule lecture. Tout au plus, elles permettent d'avancer des hypothèses de travail. Si cette multiplicité de méthodologies peut rendre à certains égards l'analyse complexe, elle constitue néanmoins une source d'informations non négligeables en matière de néonaticide et n'a pas empêché l'émergence de certaines études de référence.

b. La naissance du néonaticide : une étude de référence. L'étude de référence sur le meurtre du nouveau-né est incontestablement celle menée par Resnick en 1969 et 1970[1166]. C'est à lui que l'on doit le terme de néonaticide (par opposition au filicide). Il a en effet distingué le meurtre du nouveau-né commis par l'un de ses parents dans les vingt-quatre premières heures de sa naissance de celui commis sur un enfant plus âgé. La première étude

---

[1163] Seulement deux études épidémiologiques ont été menées en France et par le même auteur : Tursz, A. « Avantages et limites de l'approche épidémiologique pour la connaissance des infanticides ». *Enfances & Psy* 49, nº 4 (2010): 112-120 ; Tursz, A. et J. M. Cook. « A population-based survey of neonaticides using judicial data ». *Archives of Disease in Childhood* (2010) et Tursz A, L. Simmat-Durand, P. Gerbouin-Rérolle, N. Vellut, et J. Cook. *Les morts violentes de nourrissons: trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. Implications pour la prévention*. Inserm-CNRS, février 2011.

[1164] Mendlowicz M. V, M. H. Rapaport, K. Mecler, S. Golshan, et T. M. Moraes. « A Case-Control Study on the Socio-Demographic Characteristics of 53 Neonaticidal Mothers ». *International Journal of Law and Psychiatry* 21, nº 2 (1998): 209-219.

[1165] L'étude brésilienne déjà citée a tenté de diriger des travaux sur quatre-vingt-quinze années (Mendlowicz, M. et al. (1998), *op.cit.*). Toutefois, les résultats se sont avérés discutables en ce qu'ils n'ont recensé que soixante-douze cas de néonaticides dont seulement cinquante-trois auteures ont été identifiées sur une période suffisamment longue pour supposer un nombre plus conséquent de cas.

[1166] Resnick, Ph. J. « Child Murder by Parents : A Psychiatric Review of Filicide ». *American Journal of Psychiatry* 126 (1969): 325-334 et « Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide ». *American Journal of Psychiatry* 126 (1970): 1414-1420 ; Resnick, Ph., M.-C. Genet, R. Evans, V. Voruz, et S. Yang. « Meurtre de nouveau-né : une synthèse psychiatrique sur le néonaticide ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 42–54.

procédait d'une revue de littérature mondiale sur le meurtre d'enfant de 1751 à 1968. Il a ainsi recensé cent-soixante-huit cas dont trente-sept néonaticides qu'il a approfondis dans sa seconde étude. L'ensemble des cas est issu d'hôpitaux psychiatriques et recueilli auprès de psychiatres évoluant dans des milieux libéraux ou judiciaires. Le premier constat a été celui de certaines spécificités du meurtre du nouveau-né au regard du filicide : les mères sont les seules meurtrières dans trente-quatre cas, les hommes dans uniquement deux cas et enfin, un seul cas relevait une participation des deux parents. C'est uniquement sur les mères meurtrières que l'étude s'est penchée. Tout en admettant que ses observations n'avaient aucune valeur universelle et n'étaient pas nécessairement représentatives des femmes néonaticides, il a constaté qu'elles étaient généralement plus jeunes que les femmes filicides (seize à trente-huit ans pour les premières contre vingt à cinquante ans pour les secondes), qu'elles étaient moins souvent mariées (19% contre 77%) qu'elles présentaient sensiblement moins de troubles psychiatriques (seulement 17% des femmes néonaticides contre deux tiers des femmes filicides) et de cas graves de dépression (seulement trois cas chez les femmes néonaticides contre 71% chez les femmes filicides).

Au-delà de ces considérations d'ordre sociodémographique, l'étude a permis à Resnick d'établir cinq catégories quant au mobile exposé par les femmes meurtrières : le meurtre commis en raison d'un enfant non désiré, le meurtre commis dans un état délirant aigu, le meurtre altruiste, le meurtre « accidentel » et le meurtre commis pour se venger de l'époux. Il a ainsi constaté que les mobiles des femmes néonaticides différaient de ceux invoqués par les femmes filicides. En effet, les néonaticides seraient généralement le fruit d'un enfant non désiré qui, pour les femmes mariées représenterait une paternité extraconjugale et pour les femmes célibataires, un enfant illégitime. Nous ne retiendrons pas de tels mobiles chez les femmes néonaticides d'aujourd'hui car la très forte stigmatisation des relations extra-conjugales de l'époque ne se confirme plus. Les filicides quant à eux résulteraient davantage d'un mobile altruiste. L'ensemble de ces observations a conduit Resnick à dresser une sorte de profil caractéristique des femmes néonaticides : ce serait principalement des jeunes femmes primipares, soumises aux relations sexuelles et dont la passivité serait l'un des principaux traits de personnalité. Elles dénieraient leur grossesse ou supposeraient que leur enfant était mort-né, si bien qu'aucune préparation n'est envisagée que ce soit pour les soins du nouveau-né ou sa mise à mort (dont le cri serait d'ailleurs le signe déclencheur). Elles seraient également dans une incapacité profonde de révéler leur grossesse à leur mère,

lorsqu'elles sont célibataires ou au père de l'enfant lorsqu'elles sont en couple. En 2009, Resnick est revenu sur sa première étude pour comparer ses analyses avec les données contemporaines et conclut de la même manière : à part la surprise de constater qu'un tiers des femmes néonaticides sont multipares ou au déjà vécu une grossesse, elles restent le plus souvent des jeunes femmes non mariées qui ne désirent pas d'enfant[1167].

407. Depuis plusieurs décennies, quelques études dites « épidémiologiques » se sont essayées à la détermination des traits caractéristiques de femmes néonaticides. Si certaines d'entre elles, majoritairement américaines, semblent confirmer le constat de Resnick, les constatations françaises et européennes semblent se différencier quelque peu des données sociodémographiques américaines.

2. La problématique des biais méthodologiques

408. Après avoir suivi le procès de quatre femmes accusées du meurtre de leur(s) nouveau-né(s), nos hypothèses de départ étaient majoritairement différentes des études existantes sur le sujet[1168].

a. Exposé de l'échantillon. Après avoir assisté au procès de quatre femmes et avoir procédé à une revue de presse de vingt-sept autres femmes accusées de la mort d'un ou plusieurs de leur nouveau-né, plusieurs constats ont pu être clairement posés : elles étaient majoritairement en couple, leur âge dépassait largement celui de l'adolescence et de la simple vingtaine. Leur expérience d'une première grossesse, voire de plusieurs maternités, ne faisait aucunement l'écho de femmes inexpérimentées. A l'évidence, ces hypothèses ne

---

[1167] Friedman, S. H. et Ph. J. Resnick. « Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention ». *International Journal of Law and Psychiatry* 32, nº 1 (janvier 2009): 43-47 ; Resnick Ph, B. Chaffel, V. Voruz, et S. Yang. « Retour sur le néonaticide : perspectives actuelles ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 55-59.

[1168] Celui de Véronique Courjault en juin 2009 aux assises d'Indre-et-Loire à Tours, celui de Valérie Le Gall en juin 2009 aux assises des Côtes-d'Armor à St Brieuc, celui de Céline Lesage en mars 2010 aux assises de la Manche à Coutances et enfin, le procès de Virginie Labrosse en octobre 2010 aux assises de la Savoie à Chambéry.

correspondaient en rien à ce qui est généralement admis en matière de meurtre de nouveau-né puisque d'un point de vue sociodémographique, l'âge moyen des femmes que nous avons recensées est de vingt-huit ans, douze d'entre elles ayant plus de trente ans (soit un peu plus du tiers de notre échantillon). Plus de la moitié d'entre elles vivaient avec le père de l'enfant au moment des faits et sur les sept femmes qui vivaient chez leurs parents, trois étaient toujours en relation avec le père de l'enfant décédé. Enfin, il s'agissait pour treize femmes de leur premier enfant et sur les dix-neuf femmes multipares, plus de la moitié avait plus de deux enfants (dix femmes sur dix-huit avaient au moins trois enfants) (**Tableau 1**).

TABLEAU 1 : Les caractéristiques sociodémographiques des femmes néonaticides

CARACTERISTIQUES	NOMBRE (n = 31)
Age	
< 20 ans	1
20-30 ans	18
> 30 ans	12
Age moyen	28
Statut marital	
Mariées	11
En couple	10
Célibataires	10
Mode d'hébergement	
Concubinage / Mariage	18
Vivait seule	6
Vivait chez ses parents	7
Nombre d'enfants au moment des faits	
0	12
1-2	9
> 3	10

b. Discussion. Notre étude a conforté nos hypothèses en ce que les femmes néonaticides ne représentaient pas uniquement de jeunes femmes célibataires et inexpérimentées dans le domaine de la maternité.

D'une part, l'âge moyen des trente-et-une femmes de notre échantillon s'élève à vingt-huit ans, ce qui est nettement plus élevé que d'autres études américaines qui constatent un âge moyen de dix-neuf ans[1169]. Notre constat est néanmoins conforté par deux autres études françaises relatives aux femems néonaticides dont l'âge moyen a été évalué à environ vingt-six ans[1170]. Les auteurs expliquent cette différence par la plus grande fréquence des grossesses jeunes outre-Atlantique : trois pour mille en France contre soixante-quinze aux États-Unis chez les filles de quinze à dix-neuf ans[1171].

D'autre part, notre étude confirme le nombre de femmes mariées ou vivant en concubinage avec le père de l'enfant au moment des faits observé par les études françaises. En effet, plus de la moitié des femmes vivaient avec le père de l'enfant décédé alors que les études américaines relèvent à peine 20% de femmes mariées[1172]. Et en définitive, le constat outre-Atlantique selon lequel les femmes néonaticides sont majoritairement jeunes et célibataires s'accompagne assez logiquement de l'observation d'un faible nombre de femmes multipares : seulement 35% dans l'étude d'Herman-Giddens et près de 38% dans celle de Meyer et d'Oberman[1173]. La même observation est valable pour nos études françaises mais en sens inverse. En effet, il est très fréquent que les femmes néonaticides soient déjà mères d'un ou plusieurs enfants lorsqu'elles commettent les faits qui leur sont reprochés, d'autant plus qu'elles sont plus âgées et majoritairement en couple. Alors que les études de Tursz font état de plus de deux tiers de multipares[1174], notre échantillon révèle treize nullipares pour dix-huit multipares, dont dix avaient au moins trois enfants.

[1169] Deux études menées aux Etats-Unis entre 1985 et 2000 pour la première et entre 1990 et 1999 pour la seconde, ont respectivement constaté une moyenne d'âge de 19,1 et 19,3 ans : Herman-Giddens, M.E. et *al*, (2003), *op.cit.* ; Meyer, C. L. et M. Oberman. *Mothers who kill their children. Understanding the Acts of Moms from Susan Smith to the « Prom Mom »*. New York University Press, 2001.
[1170] Tursz, A. (2010), Tursz, A. et J. Cook (2010), *op.cit.* et Tursz, A. et al. (2011), *op.cit.*
[1171] Vilain A, C. De Peretti, J.-B. Herbet, et B. Blondel. *La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale.* Etudes et résultats. D.R.E.E.S., mars 2005.
[1172] Herman-Giddens, M.E. et *al*, (2003, *op.cit.* ; Meyer, C. et M. Oberman ont observé une seule femme mariée sur les 37 femmes recensées dans leur échantillon (Meyer, C. et M. Oberman (2001), *op.cit.*).
[1173] *Ibid.*
[1174] Tursz, A. et J. Cook (2010), *op.cit.* et Tursz, A. et al. (2011), *op.cit.* Tout comme une étude finlandaise : Putkonen, H. et G. Weizmann-Henelius (2007), *op.cit*.

409. Force est de constater que les données sociodémographiques dépendent de variations culturelles et sociales. Si bien qu'il est difficile d'établir un profil type des femmes néonaticides, si ce n'est qu'elles n'entrent pas dans une catégorie sociodémographique particulière. Les femmes néonaticides se révèlent par leur non-typologie. Par ailleurs, nos recherches ne nous ont pas conduits à la constatation de néonaticides commis par le père[1175]. Rareté des situations ou situations peu étudiées ?

B- Le néonaticide paternel

410. Les pères sont rarement poursuivis par la machine judiciaire. Sont-ils pour autant étrangers à la situation de leur partenaire ? D'un point de vue actif, les cas de néonaticides paternels semblent exceptionnels. Toutefois, leur rôle dans la mort de leur(s) enfant(s) est loin d'être négligeable dans le jeu de la responsabilité psychique. Si bien que deux catégories de néonaticides paternels peuvent être élaborées : le néonaticide paternel par commission et le néonaticide paternel par omission.

1. Le néonaticide paternel par commission

411. Lors de ses recherches au niveau de la littérature mondiale entre 1751 et 1968, Resnick faisait état de deux cas de néonaticides dans lesquels les pères étaient les auteurs[1176]. En 1990,

---

[1175] Néanmoins, nous avons pu faire état de cet homme qui, à l'annonce de la troisième grossesse de sa femme, fait appel à un médecin pour « faire passer » l'enfant ; enfant qui sera retrouvé quelques temps plus tard dans les canalisations du domicile familial. *V.* Annexe 6 : cas n°3, p.693.
[1176] Resnick, Ph. (1970), *op.cit.*

Kaye observait deux autres cas[1177]. C'est en tout quatre cas qui ont ainsi été recensés par la littérature spécialisée.

a. Une étude de cas unique. La littérature a fait état de quatre cas de néonaticides paternels relevant chacun de situation différente.

Le premier âgé de trente-et-un ans, déficient mental, a empoisonné son nouveau-né car il pensait que sa propre mort laisserait sa femme et son enfant sans aide (meurtre altruiste)[1178]. Il fût condamné à dix ans d'emprisonnement. Le second, vingt-six ans, a été marié de force à une femme qui était enceinte de lui[1179]. L'enfant était pour lui un obstacle à ses ambitions, si bien qu'il a mis du poison dans la soupe de sa femme afin qu'il naisse mort-né. Il a accouché sa femme et étranglé l'enfant à la naissance. Aucun trouble n'a été observé lors de son arrestation, ce n'est que trois ans plus tard qu'une schizophrénie est diagnostiquée. Lui aussi est condamné à dix années d'emprisonnement.Le troisième cas fait état d'un homme de trente-cinq ans qui a poignardé son nouveau-né de cinq heures dans la chambre d'hôpital devant sa femme et une infirmière. Lors de la grossesse, sa femme avait été internée pendant une longue période, comme lui avait pu l'être par le passé. Ces antécédents psychiatriques ont certainement conduit cet homme à tuer son nouveau-né, estimant que sa femme serait incapable de s'en occuper. L'histoire de cet homme est particulière car il avait rédigé près de vingt-quatre pages sur le crime d'infanticide qu'il justifiait. En tuant son nouveau-né, il aurait ainsi lavé son nom. Il fût condamné à vingt-cinq années d'emprisonnement. La psychose serait la cause de con passage à l'acte. Enfin, le quatrième cas retrace l'histoire d'un homme marié de trente-six ans et déjà père d'une petite fille de six ans. A la naissance, le nouveau-né était cyanosé et n'a pas respiré pendant près de sept minutes. Les multiples anomalies et malformations ont conduit le père à jeter violemment son enfant par terre causant ainsi sa mort immédiate. L'autopsie du petit cadavre a révélé une trisomie treize et beaucoup de problèmes cardiaques. La folie passagère a été plaidée et le père a été jugé à deux reprises

---

[1177] Kaye N.S, N.M. Borenstein, et S.M. Donnelly. « Families, murder, and insanity: a psychiatric review of paternal neonaticide ». *Journal of Forensic Sciences* 35, nº 1 (janvier 1990): 133-139.
[1178] Hackfield, A. « Crimes of Unintelligible Motivation as Representing an Initial Symptom of an Insidiously Developing Schizophrenia; Study of Comparative Effects of Hospital Regime on such Cases ». *American Journal of Psychiatry* 91 (1934): 639-668, cite par Kaye, N.S. et al. (1990), *op.cit.*
[1179] Pfiester-Ammende, M. « Zwei Falle von Kindstotung in Psychiatrischev ». *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 39 (1937): 373-387, cité par Kaye, N.S. et al. (1990), *op.cit.*

sans que les jurés aient pu rendre un verdict. Lors de la rédaction de l'article mentionnant ce cas, l'affaire était toujours pendante. Cet homme éprouve beaucoup de remords et explique qu'il n'était nullement préparé à accepter autant d'anomalies chez son enfant. Selon lui, les trente minutes passées seul avec l'enfant, alors que le médecin réalisait une épisiotomie sur la mère, ont été déclencheuses.

b. Discussion. Kaye et ses collaborateurs ont analysé ces meurtres par analogie à la classification émise par Resnick en 1970[1180]. C'est ainsi que le premier homicide pourrait être analysé en un meurtre altruiste car le mobile du père était d'épargner à son enfant une vie misérable. Ce qui prédominerait dans le second cas, ce serait l'hypothèse d'un enfant non désiré. Toutefois, les auteurs atténueront cette qualification en raison de l'apparition tardive d'une schizophrénie trois ans après la commission des faits. Enfin, les deux derniers cas s'apparenteraient davantage à des états psychotiques plus ou moins aigus.

L'une des particularités du néonaticide paternel, tel qu'il nous a été présenté à partir de seulement quatre espèces, réside dans la préméditation. En effet, à part le quatrième cas qui apparaît être un acte très impulsif, l'ensemble des situations traduit des actes prémédités par la commission d'actes de préparation : poison dans la soupe de la femme enceinte ou l'apport d'un poignard à la maternité. Cette préméditation appellerait, par ailleurs, à des peines plus sévères contre les auteurs masculins.

412. Le peu d'opportunités pour les hommes de commettre le meurtre de leur nouveau-né explique très certainement le très faible nombre de néonaticides paternels. Si bien que certaines institutions américaines telles que l'*American Pediatric Association* ou l'*American College of Obstetric and Gynecology* préconisent une période néonatale plus large pour évoquer les infanticides[1181]. Trois subdivisions seraient ainsi créées : le meurtre commis à la naissance, le meurtre commis entre la naissance et les six mois de l'enfant et enfin, le meurtre commis entre les six mois et la première année de l'enfant.

Le néonaticide maternel se distinguerait nettement du néonaticide paternel de part :

[1180] Kaye, N.S. et al. (1990), *op.cit.*
[1181] Cité par Kaye, N.S. et al. (1990), *op.cit.*

- sa clandestinité (de la commission des faits et de la grossesse) ;

- l'absence de préméditation ;

- le faible nombre de psychoses ;

- l'existence d'un enfant non désiré ;

- des condamnations à des peines plus clémentes.

Au cours de notre étude, nous avons été marquée par l'histoire de Raymond Pezin, époux de Marinette Pezin condamnée à cinq années de prison avec sursis pour la mort de trois de ses nouveau-nés. Après avoir eu des jumelles avec sa femme, Raymond Pezin ne souhaitait plus avoir d'enfant si bien que lorsque son épouse s'est à nouveau trouvée enceinte, il décide de « faire passer l'enfant ». Il fît appel à une connaissance, médecin généraliste, réputé pour procéder à ce genre d'intervention. Quelques jours plus tard, prise de douleurs abdominales, Marinette Pezin expulse un enfant de plusieurs mois dans les toilettes de son domicile. Les tuyauteries étant obstruées par le petit cadavre, Raymond Pezin, toujours très pragmatique, fît appel à un plombier qui retira un bébé de l'égout. Cela ne choqua personne, ni le médecin, ni le plombier, ni l'époux : aucun de ces trois hommes ne sera inquiété par la justice, les faits étant prescrits lors de la découverte de faits postérieurs. S'il ne s'agit pas d'un néonaticide au sens strict du terme, il faut admettre qu'il ne nous semble pas qu'il y ait une grande différence entre un mécanisme de destruction du fœtus et celui du meurtre du nouveau-né : seulement quelques mois de gestation. De surcroît, le traumatisme d'un tel avortement forcé peut, à notre sens, expliquer pour partie les meurtres commis ultérieurement sur trois de ses nouveau-nés. En effet, le refus ferme et définitif du compagnon à envisager d'autres enfants ou tout simplement des enfants, semble raisonnablement s'ajouter aux sources possibles des néonaticides.

2. Le néonaticide paternel par omission

413. Si une généralisation caractéristique des pères est impossible à réaliser, certains traits reviennent souvent sur le devant de la scène et n'enlèvent en rien à leur responsabilité dans la mort de leur(s) enfant(s).

a. Typologie des géniteurs. Sophie Marinopoulos et Israël Nisand ont établi trois portraits des compagnons des femmes qu'ils estiment être dans le déni qu'ils relient, par ailleurs, au néonaticide en tant qu'altération de la représentation[1182] :

- *l'homme naïf* est celui qui ne s'aperçoit aucunement de la grande souffrance dans laquelle se trouve sa femme. Il ne se penche pas plus sur la sienne. Les relations humaines ne l'intéressent pas, la psychologie est une histoire de femmes. Il refuse de se poser des questions, il subit sa vie. Il ne regarde pas sa femme et ne regarde pas les autres non plus. Lors de la découverte du déni, il ne comprend rien et ne la comprend pas. Tout ce qu'il souhaite c'est sortir de ce cauchemar le plus rapidement possible. Homme de bonne foi, il sait qu'il n'a pas été à la hauteur, mais il ne sait pas de quoi il s'agit. Il a toujours été là, que pourrait-on lui reprocher ? Au sujet de la contraception, ni lui, ni elle, n'ont parlé de son utilité. Or, pour les auteurs, envisager une contraception, c'est indiquer que nous ne souhaitons pas d'enfant pour le moment.

- *l'homme névrosé* est capable de grandes colères et d'emportements ou, à l'inverse, de grands silences et retraits. Peu équilibré dans ses manifestations affectives, il dit ce qu'il pense. C'est d'ailleurs ce qui a plu chez sa partenaire, elle qui a grandi dans une atmosphère familiale où l'on ne parle pas. Par la suite, il ne consacre que très peu de temps à sa femme et ne peut que s'occuper de lui-même. Sa femme est là pour répondre à ses propres besoins et ne comprend pas qu'elle puisse elle-même en éprouver. Il est incapable d'envisager que sa femme ait des attentes amoureuses et des désirs de projets. Depuis qu'ils ont eu des enfants, il vit moins bien, car sa femme est également devenue une mère qui lui rappelle la sienne. Il tolère les annonces tardives des grossesses de sa femme, il les banalise et les ignore pour éviter d'en parler. Pauvreté affective, lors de la mise en lumière du déni, avec néonaticide ou pas, il est vexé et n'apprécie pas que son intimité puisse être déballée et fait porter la responsabilité sur sa femme. Il ne s'exprime pas, disparaît et reconstruit très rapidement un autre foyer pour prouver sa normalité.

- *le pervers narcissique* accorde la priorité à des enjeux strictement personnels. « L'autre du couple n'est qu'un moyen d'arriver à ses fins ». Il tire profit d'une femme incapable de

---

[1182] Marinopoulos, S. et I. Nisand. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Le déni de grossesse*. Les liens qui libèrent, 2011, p.116 et s.

répondre et/ou de se défendre. Si tel était le cas, les atteintes exercées pourraient faire l'objet de poursuites judiciaires pour harcèlement moral ou sexuel. Ces femmes, dont le sentiment de dévalorisation est très fort, resteraient avec ces hommes « par faiblesse de les quitter ». Il est souvent partie civile et se comporte en victime d'une femme meurtrière de ses enfants. Or, ce type de géniteur est tout autant responsable que l'accusée.

b. Responsabilité psychique. A défaut de participation active dans le meurtre, le géniteur ne peut être pénalement poursuivi. Toutefois, sa responsabilité psychique est indéniable. Il est hors de tout sentiment de culpabilité et ne comprend même pas sa mise en examen initiale. Très souvent, les femmes finissent par considérer qu'ils ont raison ; qu'elles ne sont rien et qu'elles ne méritent pas de se plaindre. La femme est toujours dans un état de négation lorsqu'elle affirme que le père de l'enfant n'est pas concerné. Jean-Luc Viaux analyse cet enfant comme un enfant-objet non attendu, comme le fantôme du père non attendu[1183]. Certains d'entre eux savent ou du moins pourraient savoir puisqu'ils vivent avec leur femme et continuent à avoir des relations intimes. Selon l'auteur, les pères ne seraient pas en mesure de savoir en raison de la place que les mères leur assignent. Fréquemment, elles invoquent la peur que le père les quitte. Certaines auraient du mal à penser leur partenaire comme père car serait incapable d'aimer à la fois l'enfant et la mère. En définitive, le bébé devient impossible car le père, ou plus précisément cet homme là, est impossible ; il en est exclu par la femme.

414. Si leur mise en cause relève de l'exception[1184], les hommes ont trop souvent eu des soupçons sur une éventuelle grossesse. Lorsqu'une mise en examen a été entamée, elle

---

[1183] Viaux, J.-L. et S. Combaluzier. « Néonaticide, un non-désir mélancolique : étude clinique de 12 cas ». *L'évolution Psychiatrique* 75, nº 1 (2010): 3-17.

[1184] Seuls deux dossiers appartenant à notre échantillon font état de la condamnation du père des enfants. L'un fût condamné cinq ans de prison dont trois avec sursis pour non empêchement de crimes (Allain, P.-H. « La mère pratiquait l'infanticide comme contraceptif ». *ForumauFeminin.com*, article paru le 2 juin 2004 et consulté le 19 novembre 2006 ; « Rennes. Le procès d'une mère infanticide ». *ladepeche.fr*, article paru le 14 novembre 2005 et consulté le 19 novembre 2006 et Cazi, E., et P. Egré. « A Tinténiac, Christine accouche seule dans la salle de bains ». *LeParisien.fr*, article consulté le 29 juillet 2010) et l'autre à quatre mois d'emprisonnement pour avoir transporté le cadavre jusqu'au container. Trois hommes ont également été mis en examen pour complicité, non dénonciation de crime ou recel de cadavres avant de faire l'objet d'un non-lieu (*V.not* : « Bébés congelés : Jean-Louis Courjault mis en examen ». *LCI.fr*, article paru et consulté le 13 octobre 2006 sur : http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2006-10/jean-louis-courjault-mis-examen-4864190.html; « Bébés congelés: non-lieu pour Jean-Louis Courjault ». *L'EXPRESS.fr*, article paru et consulté le 23 janvier 2009 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/bebes-congeles-non-lieu-pour-jean-louis-courjault_735451.html ; « Bébés congelés : Véronique Courjault aux assises, non-lieu pour le mari ». *L'EXPRESS.fr*, article paru le 12 mars 2008 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/veronique-courjault-aux-assises-non-lieu-pour-le-

n'aboutit que très rarement à des poursuites devant les assises. Non-dénonciation de crime, non assistance à personne en péril (uniquement pour la femme enceinte) ou complicité… Très difficile, juridiquement, de trouver une qualification précise qui corresponde au rôle joué par les pères, rôle qui nous peut nous apprendre beaucoup sur les caractéristiques psychofamiliales des femmes néonaticides (**II**)

II- Caractéristiques psychofamiliales

415. Pour Israël Nisand et Sophie Marinopoulos, pour que la filiation soit pleine, trois axes doivent être réunis : un axe biologique, un axe juridique et un axe psychique. Dans les cas de néonaticides, l'axe psychique n'existerait pas. Cette défaillance serait en partie due à contexte familial qui pourrait pousser les femmes néonaticides dans une misère affective (**A**) les empêchant d'être actrice de leurs désirs. Nonobstant la diversité des informations, nous avons pu observer quelques occurrences essentiellement liées à la grossesse (**B**).

A- Le contexte familial du néonaticide

416. Les femmes néonaticides n'ont jamais été considérées comme des personnes pouvant éprouver des besoins d'affection. La présence physique et alimentaire ne suffit pas à la construction d'une personne : un contenant doit lui être apporté.

---

mari_471052.html ; « Bébés congelés : Jean-Louis Courjault n'ira pas aux assises ». *TF1 News*, article paru et consulté le 23 janvier 2009 sur : http://lci.tf1.fr/france/justice/2009-01/jean-louis-courjault-fixe-sur-son-sort-4866993.html ; Rotman, Charlotte. « Affaire Courjault : la mère seule au procès ». *Libération.fr*, article paru et consulté le 24 janvier 2009 sur : http://www.liberation.fr/societe/0101314335-affaire-courjault-la-mere-seule-au-proces et « Sextuple infanticide:"c'était pas un bébé, c'était rien" ». *TF1 News*, article paru le 15 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010).

1. Une misère affective

417. Dans un premier temps, la misère affective doit être distinguée de la misère sociale : les femmes néonaticides ne sont pas nécessairement des femmes isolées financièrement. En effet, l'image de la jeune femme dépourvue de moyens financiers lui permettant de surmonter l'arrivée d'un enfant non désiré est fausse en ce qu'elle ne recouvre aucunement la majorité des femmes néonaticides. En effet, l'étude française de 2010 a pu observer que deux tiers des femmes étaient employées au moment des faits, ce qui ne les distingue pas du reste de la population générale[1185].

a. Une misère affective aux multiples facettes. La misère affective correspond parfois plus à un ressenti des femmes néonaticides plus qu'à une solitude réelle dans laquelle elles se trouveraient. Comme nous avons pu le démontrer auparavant, plus de la moitié des femmes de notre échantillon vivait avec le père des enfants au moment des faits. Toutefois, elles se sentent terriblement seules. A partir des expertises psychiatriques et psychologiques, des rapports de suivi judiciaire et des enquêtes de personnalité, une étude française a mis en évidence différents traits de la personnalité des femmes néonaticides[1186].

Sur les soixante-deux expertises réalisées, trente-et-une présentaient un certain isolement social et affectif. Elles manqueraient également d'assurance et de stabilité à la fois relationnelles et affectives. Immaturité et dépendance à l'autre sont également relevées dans quarante-six expertises, ce qui explique un repli sur soi et une inhibition assez prononcée dans trente-huit expertises. Enfin, l'équipe de l'INSERM a observé que les femmes néonaticides de leur étude souffraient d'un profond désamour de soi et avaient vécu dans l'inaffectivité et l'inexpressivité de leurs propres parents : absence de communication et de dialogue entre les parents et les enfants ainsi qu'un manque de chaleur et d'affection. C'est ainsi que très fréquemment, les femmes néonaticides ont grandi au sein de familles qui vivent dans le déni des émotions corporelles des enfants.

[1185] Tursz, A et J. Cook (2010), *op.cit.*
[1186] Tursz, A. et al. (2011), *op.cit.*

Selon la psychanalyste Sophie Marinopoulos, cette misère affective est celle que le déni sous-tend : « le déni de la vie affective de l'enfant »[1187]. Si certaines femmes néonaticides ont vécu des maltraitances caractérisées dans leur enfance, l'enfance de certaines ne laisse aucunement présager de telles souffrances. Leurs propres mères étaient présentes, leurs enfants n'ont manqué de rien, ce qui laisse par ailleurs penser qu'elles étaient de très bonnes mères. « Ces mères sont d'anciens enfants en souffrance affective. Elles sont absentes des besoins affectifs de leur enfant, car elles-mêmes n'ont pas reçu cette nourriture émotionnelle. Elles ne sont donc pas en mesure de soutenir leur bébé dans leur expérience sensorielle et émotionnelle »[1188]. Le délaissement ces dernières décennies de l'importance du maternage, et que nous avons pu constaté dans nos précédents développements, peut à notre sens expliquer ces situations : une certaine forme de féminisme déterminée à traduire l'image de la maternité en esclavage, des politiques de naissance issues d'une culture qui prône le maternage distal en mettant en garde contre la fusion mère-enfant et des politiques de naissance vouées au rendement toujours plus important. En définitive, ces femmes incapables de se penser comme mères apparaissent comme le reflet d'une société aveugle de l'origine de ses maux, où tout le monde est personne et personne n'est singulier.

b. Illustrations des propos. Le récit des experts psychiatres et psychologues lors des sessions d'assises consacrées aux affaires de meurtres de nouveau-nés nous ont permis de recueillir de nombreux témoignages dans le sens d'une misère affective. Nous avons ainsi pu observer des histoires familiales multiples : certaines ne traduisent pas avec évidence un malaise affectif, d'autres familles dans lesquelles le manque d'affection se fait lancinant et enfin celle qui révèlent de réelles maltraitances et humiliations.

Indépendamment des faits qui lui étaient reprochés, Céline Lesage, condamnée à quinze années d'emprisonnement pour le meurtre de six de ses nouveau-nés, a été décrite par l'expert psychiatre Roland Coutanceau comme une personnalité réservée, introvertie, rétractée sur elle-même, discrète et un peu secrète[1189]. Fragile dans sa manière d'exister, elle est soumise à de nombreuses angoisses. C'est une femme qui doute d'elle-même et qui a particulièrement peur de la pensée des autres. Cette constante auto-dévalorisation la place dans une dimension

---

[1187] Marinopoulos, S. et I. Nisand (2011), *op.cit.*, p.111.
[1188] *Ibid*.
[1189] Selon nos propres constatations lors du procès de Céline Lesage près la Cour d'assises de la Manche en mars 2010. *V.*également : « Les six enfants morts de Valognes: les médias à la cour d'assises ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le 16 mars 2010.

névrotique et pessimiste dans son rapport au monde. Cette intense mésestime de soi est également relevée par Jean-Luc Viaux[1190], expert psychologue agréé par la Cour de Cassation. Aînée d'une fratrie de deux enfants, Céline Lesage identifie ses parents, mais uniquement dans la distance, dans une certaine forme de « désert relationnel ». Elle a pu exprimer lors des entretiens avec le psychologue son sentiment d'être à l'écart. Ce ressenti l'a conduit à ne vouloir intéresser personne et à ne pas supporter être mise sur le devant de la scène. Elle ne supporte pas les compliments : « je ne veux pas ». Elle a ainsi depuis longtemps pris une position d'inhibition massive. Son angoisse (de ne pas être à la hauteur) la pousse à ne rien laisser paraître de sa personne. Selon l'expert, le sentiment d'auto-dévalorisation de Céline Lesage trouve son origine dans la perception qu'elle se fait du regard de l'autre. Cette tendance à interpréter la pensée d'autrui dessine un aspect phobique et de persécution de son portrait. Si l'ensemble de ces aspects ne reposent sur aucun vécu, il explique néanmoins le repli sur soi.

De la même manière, l'environnement familial dans lequel Véronique Courjault a grandi met en exergue ce désert relationnel intrafamilial[1191]. Issue d'un milieu modeste et rural, elle est la sixième d'une fratrie de sept enfants. Lorsque Lydie, la petite dernière, arrive, Véronique se sent délaissée de ses frères et sœurs. Sa mère n'est pas nécessairement heureuse et peut paraître dépressive, irritable et impatiente. Elle veut tout contrôler, est accaparante et ne veut pas partager. Son époux, quant à lui, travaille beaucoup et laisse l'éducation ainsi que les tâches ménagères à son épouse. Les enfants bénéficient d'une éducation avec un certain savoir vivre : politesse et tolérance dans le respect des autres. La famille est composée de personnages calmes, discrets et peu démonstratifs. Toutefois, elle est habitée par le non-dit qui donne une dimension d'un poids familial important. L'enquête de personnalité observera des « enfants trop sages, autocensurés ». S'ils n'ont jamais manqué de rien, les manifestations d'amour sont rares : « on s'aime mais on se le dit peu ». Les anniversaires sont très peu souhaités et il y a peu d'échanges. Le secret tient également une place particulière au sein de la famille. Jocelyne, la sœur aînée, est issue d'une première union de la mère de Véronique Courjault. Cette dernière sera mise au courant du fait uniquement à l'âge de douze ans. Par

---

[1190] Selon nos propres constatations lors du procès de Céline Lesage près la Cour d'assises de la Manche en mars 2010. *V.*également : « Deuxième jour du procès de l'infanticide de Valognes: homme bafoué, père dépossédé ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le 17 mars 2010.

[1191] Véronique Courjault a été condamnée à huit années d'emprisonnement pour le meurtre et les assassinats de trois de ses nouveau-nés.

ailleurs, Lydie, la petite dernière, est arrivée par « surprise ». Aucun des enfants n'a été mis dans la confession de la dernière grossesse de leur mère, si bien que les enfants ont découvert l'arrivée de la nouvelle petite sœur au moment du départ pour la maternité. Chacun a du mal à se livrer à l'autre. Selon les dires de Véronique Courjault, son enfance et son adolescence ont été ternes. Enfin, l'audition des parents de Véronique Courjault témoigne également de leur incapacité d'une part à retenir la date de naissance de leurs enfants et la couleur des yeux de leur fille. Après une scolarité difficile (elle redouble ses classes de quatrième, de première, puis de première et de seconde année de sociologie), son parcours sentimental, quant à lui, est plus simple. Elle a des amies fidèles de longues dates. C'est une femme sensible chaleureuse et agréable. Elle est fidèle en amitié, calme, discrète et parfois secrète. Peu ambitieuse, elle trouvera en Jean-Louis Courjault, son époux, un homme de savoir qui l'aidera à obtenir un diplôme de technicienne informatique.

De manière plus explicite, Virginie Labrosse, condamnée à cinq années d'emprisonnement pour la tentative de meurtre et le meurtre de deux de ses nouveau-nés, illustre parfaitement ce désert affectif dans lequel les femmes néonaticides peuvent évoluer. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux enfants au sein de laquelle sa mère l'a toujours appelée « retour de couche » affirmant haut et fort à ses enfants « je ne vous aime pas, je ne voulais pas vous avoir ». Très jeune, elle assiste aux frasques sexuelles de sa mère et échappe de peu au souhait de sa mère de « l'offrir » à l'un de ses amis. Ses parents se séparent lorsqu'elle a dix ans, elle vit avec son père jusqu'à son décès. C'est sa grand-mère paternelle qui s'occupera par la suite des enfants. Elle apprendra le décès de sa mère lors de l'instruction alors qu'elle est décédée depuis déjà neuf années. Elle rencontre Philippe Viguet-Poupelloz à l'âge de dix-neuf ans mais très rapidement ce dernier est condamné à deux reprises pour des agressions sexuelles commises sur des auto-stoppeuses. Il expliquera ces gestes devant la Cour d'assises par le manque d'attention que pouvait lui porter Virginie Labrosse. L'enquête de personnalité révèlera chez elle une capacité à subir dès le moindre signe d'affection chez son interlocuteur. Elle a toujours eu l'impression de « faire partie des meubles », si bien que lorsqu'elle fût placée en détention provisoire, l'aide sociale et le juge d'instruction lui sont apparus comme « des parents bienveillants » qui lui ont permis de mettre en lumière son existence humaine et non plus « mobilière ». Malgré les humiliations subies durant sa vie d'enfant et de femme, Virginie Labrosse n'a souhaité, ni au cours de la procédure d'enquête, ni au cours de son

procès, incriminer Philippe Viguet-Poupelloz ou sa mère pour les maltraitances qu'ils lui ont infligée.

418. Cette capacité à subir les évènements de leur vie est un autre aspect de la personnalité des femmes néonaticides : pas d'impulsivité, pas de colère, pas de relations particulièrement instables, pas de conduites addictives, ni d'instabilité de l'humeur. Elles doivent être les seules responsables de ce qu'il leur arrive. Au-delà de la discrétion des personnages, leur effacement et leur réserve traduisent par ailleurs un état de passivité dans la gestion de leur vie quotidienne.

2. État de passivité

419. Les femmes néonaticides n'ont pas toutes été malheureuses et maltraitées par leur entourage mais il aura suffit que le contenant affectif fasse défaut pour qu'elle soit incapable de s'en accorder un et surtout d'en accorder un à leurs enfants clandestins. Cette absence d'« investissement d'amour possessif » en elles par leur entourage explique en partie que rien dans la pensée de ces femmes n'est passionnel. Elles subissent les évènements les uns après les autres, les initiatives et les prises de décision les concernant sont rares ou de très faible envergure.

a. A l' égard d'une éventuelle maternité. Déjà Resnick, en 1970, évoquait cette particularité des femmes néonaticides et notamment celle de leur passivité à l'égard de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse[1192]. Elles sont incapables de prendre une décision qui les concerne et attendent donc que quelqu'un de l'extérieur le fasse pour elles. C'est le cas lors des relations sexuelles : elles subissent plutôt qu'elles agissent. Pourquoi les femmes néonaticides éprouvent de grandes difficultés dans la maîtrise de leur contraception ? Selon notre point de vue, maîtriser sa contraception, c'est pouvoir décider du moment de ses grossesses. Or, marquées par une ambivalence très forte, les femmes

[1192] Resnick, Ph.J. (1970), *op.cit.*

néonaticides sont incapables de prendre une décision les concernant. Elles sont dans l'incapacité de savoir ce qui est bon pour elles, si bien qu'elles attendent d'entendre ce que leur entourage pourrait préconiser pour elles. Si décider d'une contraception, c'est affirmer son non-désir d'enfant, ne pas prendre de contraception ne signifie pas pour autant qu'elles désirent ardemment un enfant. Bien au contraire, selon Jean-Luc Viaux, l'incapacité à penser la contraception traduit une incapacité à élaborer un désir d'enfant[1193]. Ce serait davantage l'absence d'élaboration d'un désir d'enfant qui fait que ces femmes enceintes attendent que « l'on voit ». Selon lui, ce qui est criminogène, c'est la traduction d'un non-désir par une grossesse sans fin[1194]. Elles refusent d'envisager le moment de l'accouchement et de la séparation d'avec les corps, notamment parce qu'ils ne sont pas représentés en tant que tels par la femme néonaticide.

Lorsqu'elles sont interrogées sur les raisons de l'absence de contraception, les femmes néonaticides expliquent qu'elles ne se sentaient pas concernées par l'éventualité d'une grossesse. Si elles savent qu'une telle absence de réactivité laisse place au risque d'une grossesse, elles restent dans l'incapacité d'y remédier. Lorsque le président Domergue interroge Véronique Courjault sur la question, elle répond que la maternité ne pouvait pas lui arriver et que par conséquent, elle ne pouvait pas tomber enceinte. Elle n'aura que très brièvement pris la pilule. De la même manière, lorsqu'il l'interroge sur l'éventualité d'une interruption volontaire de grossesse avant le premier meurtre, elle répondra que pour avorter il faut être enceinte et que « ça ne correspondait pas à mon état »[1195], « je ne pouvais pas être enceinte, c'est comme si ce qui se passe avec mon corps n'a rien à voir avec ma tête ». Le magistrat suggéra que la prise de contraceptif constituait pour Véronique Courjault une contrainte auquel elle répondra : « je n'ai pas pris la décision ». Sur les raisons qui l'ont poussée à mentir à son époux, elle estime qu'il s'agissait davantage d'un mensonge par omission : « je ne lui ai pas dit que je ne prenais pas de contraception et je n'ai pas démenti ». Véronique Courjault avait parfaitement conscience de la connotation absurde que pouvaient

---

[1193] Cet avis a été énoncé lors de la déposition de l'expert à propos de ses entretiens avec Céline Lesage (selon nos propres constatations lors du procès de Céline Lesage en mars 2010 près la Cour d'assises de la Manche).
[1194] Viaux, J.-L. et S. Combaluzier (2010), *op.cit.*
[1195] Lors de sa déposition au procès de Véronique Courjault, Paul Bensussan a qualifié cet état de déni de la réalité (*V.* également : Horlans, I. « Assises - "Véronique Courjault savait qu'elle allait dans le mur !" » *FranceSoir.fr*, article paru le 17 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur : http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/assises-%E2%80%9Cveronique-courjault-savait-qu%E2%80%99elle-allait-dans-mur-%E2%80%9D-39493.html).

revêtir ses propos devant les jurés. En effet, elle explique qu'elle sait très bien que l'absence de contraception peut conduire à une grossesse mais que cela ne la concernait pas et qu'en conséquence elle n'a rien fait pour éviter une telle éventualité. Virginie Labrosse reste également totalement passive face à la prise de contraception puisque c'est son compagnon, Philippe Viguet-Poupelloz, qui allait acheter des ovules et des spermicides à la pharmacie. Lorsque la présidente Zerbib lui pose la question, elle lui répondra : « je ne suis rien ». Il faut entendre par ces mots qu'une grossesse ne peut la concerner, elle a tellement peu de considération pour sa personne que même une grossesse est impossible chez elle. Céline Lesage, quant à elle, explique qu'elle n'y pensait pas, que c'était « un non-choix ». Le non-choix semble être la traduction de cette passivité : elles n'ont pas choisi de ne pas prendre de contraceptif.

b. A l' égard de la vie quotidienne. L'état de passivité dans lequel évoluent les femmes néonaticides ne s'attache pas uniquement au domaine de la maternité. Les actes de la vie quotidienne sont tout autant concernés. Face aux situations difficiles, leur incapacité à demander de l'aide les conduit à opter pour un comportement passif. Leur mésestime de soi les conduit à considérer qu'elles ne méritent aucune aide.

Valérie Le Gall, condamnée à huit années d'emprisonnement pour le meurtre de son nouveau-né, a laissé son couple s'endetter au lieu de demander de l'aide à son mari pour la gestion des comptes. Véronique Courjault s'est laissée guidée par son époux dans la recherche d'un travail. Cette dévalorisation de soi dans le travail a clairement été énoncée par Jean-Louis Courjault qui disait à propos de sa femme qu'elle manquait d'ambition professionnelle. Les experts psychologues Simone Lamiraud-Laudinet et Fulbert Jadech décrivent à ce sujet Véronique Courjault comme une personne ambivalente et indécise : « tout est subi »[1196]. N'ayant aucune application existentielle, elle refoulerait ses souvenirs personnels mais également la manière de se projeter. Si elle est intelligente, ne présentant aucune pathologie mentale avérée, son mode de fonctionnement serait marqué par l'inaffectivité et l'indécision. « Elle se fuit elle-même (…) elle fuit la réalité ». Sa vie sociale est convenable et elle s'investit dans d'autres démarches que pour elle. Les experts parleront ici d'apragmatisme[1197].

[1196] Selon nos propres constatations lors du procès de Véronique Courjault près la Cour d'assises d'Indre-et-Loire en juin 2009. *V.* également : Jolly, P. « La question du déni de grossesse de Mme Courjault divise les experts ». *Le Monde*, article paru et consulté le 17 juin 2009.
[1197] Trouble d'origine psychique se traduisant par l'incapacité de réaliser une action.

Elle évolue dans l'attente d'une chose indéfinie mais également dans la crainte. Elle diffère les problèmes, la réalité qui dérange est constamment différée.

420. Nous avons ainsi pu dresser l'hypothèse d'un contexte familial dépourvu d'affectivité entraînant un peu plus les femmes dans un état de passivité. Au-delà de ces considérations, nous avons abordé la question de la contraception qui est une occurrence par ailleurs insuffisamment exploitée dans l'analyse du néonaticide. En effet, elle semble être simplement considérée comme une preuve de la volonté de ces femmes d'être tout de même enceinte. Accompagnée d'une absence de suivi de la grossesse, la question de la contraception appartient à ces occurrences invariables dans l'analyse du crime de néonaticide.

B- De quelques occurrences

421. La première réaction face au fait divers de néonaticide : « Mais tout de même avec tout ce qui existe aujourd'hui, elle n'avait qu'à prendre la pilule ou avorter si elle ne voulait pas d'enfant ». S'il est généralement avancé que les grossesses ayant donné lieu à la mort d'un nouveau-né étaient des grossesses non désirées[1198], le crime de néonaticide pose nécessairement la question de la contraception et de l'interruption de grossesse. Si elles ne voulaient pas d'enfant, pourquoi ne se sont-elles pas munies d'un mode de contraception ou en cas d'échec de celui-ci, pourquoi ne se sont-elles pas retournées vers les services d'interruption volontaire de grossesse ou d'accouchement sous X ?

[1198] Resnick en a fait l'un des principaux mobiles du néonaticide. Par opposition au mobile altruiste des femmes filicides, les femmes donneraient la mort à leur nouveau-né parce que ce dernier, fruit d'une paternité extraconjugale ou synonyme d'illégitimité, ne serait pas désiré (Resnick, Ph.J. (1970), *op.cit.*). A notre sens, cette hypothèse d'une maternité hors mariage entendue comme une aberration n'a plus de valeur en 2010, si ce n'est dans de très rares milieux.

1. Une contraception inappropriée

422. Nos recherches nous ont conduits à la constatation d'un état passif de ces femmes néonaticides à l'égard de la contraception. Des questions se posent : cet état de passivité à l'égard de la contraception concerne-t-il uniquement les femmes néonaticides ? Si tel était le cas, ne serait-ce pas là la traduction de l'échec d'une politique de régulation des naissances rendant peu accessible la contraception ? Ces enfants seraient donc le fruit d'une contraception mal utilisée ?

a. L'inadaptation de la contraception. Les réponses peuvent varier en fonction des cultures et des politiques sociales adoptées par les États. En effet, le constat des études américaines selon lequel les femmes néonaticides sont davantage jeunes et immatures entraîne avec lui une prévention du néonaticide essentiellement axée sur une amélioration des conditions d'accès à la contraception pour les femmes mineures[1199]. Toutefois en France, un nombre résiduel de meurtres de nouveau-né persiste depuis la libéralisation de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse et concerne principalement des femmes plus âgées, déjà mères d'un ou plusieurs enfants. Si bien que les interrogations se placent à davantage au niveau de l'efficacité de la contraception (qu'elle soit théorique ou pratique). En effet, un certain nombre de situations faisant apparaître des grossesses sous contraception[1200] traduit à la fois la différence entre efficacité théorique et efficacité pratique des modes de contraception et les difficultés que peuvent rencontrer les femmes à les gérer au quotidien. A part trois femmes qui étaient enceintes alors qu'elles avaient recours à un mode de contraception, l'étude de Tursz[1201] a observé d'une part, que très peu de dossiers mentionnaient l'état contraceptif des femmes néonaticides et d'autre part, lorsque c'était le cas, près de 60% d'entre eux faisaient état d'une absence totale de contraceptif. Pour le reste, un tel recours était antérieur à la commission des faits avec parfois beaucoup d'irrégularités.

[1199] Resnick, Ph.J. (1970), *op.cit.* et Friedman, S.H. et *al.* (2009), *op.cit.*
[1200] Une grossesse sur trois est qualifiée de non prévue par les femmes et dont les deux tiers surviennent lors d'une prise de contraception (Bajos N, C. Moreau, H. Leridon, et M. Ferrand. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » *Population et sociétés*, nº 407 (décembre 2004)).
[1201] Tursz, A.et *al.* (2011), *op.cit.*

En 2000, un peu moins de 2% des femmes n'utilisaient aucun moyen contraceptif, constat qui semble augmenter avec l'âge et le nombre d'enfants. Il existerait ainsi un profil de femmes qui n'ont recours à aucun mode de contraception : des femmes ouvrières âgées de plus de vingt-quatre ans et ne bénéficiant d'aucune mutuelle[1202]. Une utilisation non systématique d'un moyen de contraception est tout de même reconnue par 1,4% des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête Baromètre Santé de 2005[1203]. Lors de notre étude, lorsque des informations transparaissaient sur la pratique éventuelle d'un mode de contraception, il est apparu que même si elles avaient connaissance et accès aux modes de régulation des naissances, les femmes néonaticides étaient majoritairement dans l'incapacité d'en adapter l'utilisation à leur situation (**Tableau 2**). Ainsi lorsqu'un mode de contraception est employé, est-il souvent inapproprié[1204]. Par manque de connaissance sur le sujet, par une utilisation irrégulière ou par un refus de principe (de la femme elle-même ou de son partenaire), les femmes néonaticides passent entre les mailles de la norme contraceptive[1205].

Si certaines femmes refusent par principe l'utilisation d'un moyen de contraception, l'opinion du partenaire peut ne pas être étrangère au mode d'utilisation. Nous avons pu constater qu'une femme ne prenait aucune contraception car elle refusait la pilule et son ami refusait le port du préservatif. Dans un autre dossier, c'est l'homme qui s'occupait d'acheter des ovules. De la même manière, une mauvaise utilisation des modes de contraception trouve une réponse auprès des pratiques médicales. Lorsqu'ils sont consultés pour l'adoption d'un moyen de contraception, les médecins ne prennent pas le temps de s'intéresser au style de vie de leur patiente pour pouvoir leur en prescrire un des plus adaptés[1206].

b. L'incapacité de prévenir. Alors que leur contexte affectif devrait les inciter à se protéger d'une éventuelle grossesse non prévue, les femmes néonaticides n'adoptent aucun moyen de contraception. Celles qui ont déjà utilisé la pilule ou le préservatif avant de commettre un néonaticide n'arrivent pas à s'expliquer sur leur incapacité à maintenir une contraception, si ce n'est en affirmant que cela ne les concerne pas. Très vraisemblablement,

---

[1202] En 2000, l'un des derniers facteurs d'inégalités d'accès à la contraception réside dans le caractère remboursable du produit : Leridon H, P. Oustry, et N. Bajos. « La médicalisation croissante de la contraception en France ». *Population & Sociétés*, nº 381 (août 2002).
[1203] L'enquête du Baromètre Santé de 2005 est consultable sur le site de l'INPES : http://www.inpes.sante.fr/
[1204] Tursz A. et *al*. (2011), *op.cit.*
[1205] *V. supra*, p.135 et s.
[1206] Tursz, A. et al. (2011), *op.cit.*

la question de la contraception dans le néonaticide renvoie davantage à un problème d'utilisation inappropriée plutôt que d'un problème d'accès à la contraception[1207]. En effet, chez les femmes néonaticides, ce qui ressort principalement c'est l'incapacité à pouvoir décider du meilleur choix contraceptif pour elles. En laissant éventuellement cette tâche aux médecins ou à leur partenaire, étant donné les constats d'inattention de leur part, il n'est plus surprenant qu'un non-choix se soit installé.

En cas de survenance d'une grossesse non désirée, la possibilité d'y mettre fin ou de remettre l'enfant à l'adoption pouvaient constituer deux solutions pour ces femmes. Toutefois, là aussi, les réactions sont différentes de la population générale : la grande majorité des femmes affirme ne pas y avoir pensé. Hormis les cas de déni de grossesse massif, auquel cas recourir à une IVG devient impossible du fait de la méconnaissance-même de la grossesse, certaines femmes néonaticides affirment ne pas avoir pu y recourir en raison d'un délai légal dépassé[1208], alors que d'autres semblent ne pas s'être senties concernées par une telle éventualité.

423. Après avoir assisté à quatre procès de femmes accusées d'avoir donné la mort à leur(s) nouveau-né(s), le dépassement des délais légaux et l'impossibilité de rapprocher leur état gravide d'une éventuelle interruption volontaire de grossesse sont mélangés entre d'un côté les auditions rationnelles des gardes à vue et interrogatoires de première comparution et de l'autre les dires subjectifs de l'accusée lors de la tenue de son procès. Comme si la réponse logique consistait à reconnaître qu'elles avaient dépassé le délai légal alors que la réponse la plus proche de leur état traduisait cette incapacité à relier la possibilité d'une IVG à leur état de grossesse. Comme si elles étaient incapables de décider de la méthode à employer. Comme si leur capacité à savoir ce qu'il y a de meilleur pour elles leur avait été ôtée. A notre sens, des conseils plus avisés de médecins plus attentifs auraient sans doute permis pour certaines

---

[1207] En France, afin d'éviter les grossesses précoces et non désirées, l'accès à la contraception par les plus jeunes s'améliore encore aujourd'hui par la création récente d'un « Pass contraception » disponible dans les infirmeries scolaires. Cinq coupons sont ainsi mis à disposition des élèves : le premier est destiné à la consultation d'un médecin, le second à une prise de sang, le troisième pour la prise en charge d'un contraceptif, le quatrième donnant droit à une seconde consultation chez un médecin et enfin le cinquième donnant lieu au renouvellement éventuel du mode de contraception.

[1208] Selon Anne Tursz, sur un échantillon de vingt-deux femmes néonaticides, dix ont affirmé ne pas vouloir avoir recours à une IVG, cinq y ont pensé mais ne se sont pas renseignées et enfin deux ont souhaité interrompre leur grossesse mais elles avaient dépassé le délai légal (Trusz, A. et *al.* (2011), *op.cit.*)

de se rapprocher un peu plus d'elles-mêmes[1209]. Les femmes néonaticides ne semblent avoir aucun contrôle sur leur vie et leur sexualité.

[1209] Après la naissance de son premier enfant, Céline a utilisé la pilule pendant près de trois ans sur les conseils du personnel de la maternité. Elle ne s'expliquera pas sur son incapacité à demander son renouvellement auprès du médecin de famille qu'elle consultait pourtant pour son fils. Céline a été condamnée en mars 2010 par la Cour d'Assises de la Manche à quinze années d'emprisonnement pour le meurtre de six de ses nouveau-nés.

TABLEAU 2 : Mode de régulation des grossesses par les femmes néonaticides

Mode de régulation	Nombre (n = 31)
Contraception	
Absence de contraception par choix	2
Utilisation de contraception lors de la commission des faits	2
Connaissance des modes de contraception mais aucun usage	3
Aucune information	24
Interruption de grossesse	3
Deux IVG	1
IVG après un viol	1
Interruption forcée (hors délai)	1

2. Une grossesse non suivie

424. L'une des premières particularités du crime de néonaticide réside dans l'absence totale de suivi médical de la grossesse. Ce sont 90 à 100% de grossesses non suivies qui ont été relevées dans les différentes études déjà énoncées (ce qui en termes de prévention devient difficile). Si certains estiment qu'elle traduit la volonté de dissimuler l'annonce d'un geste criminel, une grossesse non suivie est aussi parfois une manière pour les femmes de se protéger d'un monde médical qu'elles craignent et qu'elles n'ont jamais eu l'habitude de côtoyer.

a. Par méfiance du monde médical. Les femmes néonaticides ont une position ambigüe avec leur corps, si bien que toute prise de décision à l'égard de la contraception et de l'issue à donner en cas de grossesse est impossible pour elles. Pourquoi serait-il plus aisé de faire suivre l'évolution d'un fœtus qu'elles ne reconnaissent pas ? Fréquemment, elles éprouvent une peur des médecins, des gynécologues, mais également de l'ensemble des personnels médicaux. Cette crainte se fonde parfois sur un vécu traumatisant évident comme des humiliations lors d'hospitalisations ou de grossesses suivies. Dominique Cottrez, mise en examen pour le meurtre de huit de ses nouveau-nés, a affirmé ne plus vouloir avoir affaire avec les médecins depuis la naissance de sa dernière fille. Elle dit avoir subi de nombreuses humiliations du fait de sa forte corpulence et de la difficulté à distinguer sa grossesse. Dans d'autres situations, les femmes néonaticides sont incapables d'expliquer leurs réticences et ne consultaient de médecin que pour les soins à apporter à leurs enfants et que très rarement pour leur propre personne. C'est notamment le cas de Céline qui ne s'est rendue qu'une seule fois chez le médecin depuis la naissance de William en 1996. La crainte éprouvée à l'égard du corps médical en tant que facteur de grossesse non suivie est présent non seulement après la commission des faits, que certains attribuent à la peur de se faire découvrir, mais également bien avant la mort des nouveau-nés. La part de la médecine dans la réalisation d'homicides sur des nouveau-nés n'est pas à prendre à la légère ; elle fait partie de l'ensemble de ces facteurs déterminants dans la construction psychique si fragile de ces femmes. Alors qu'aux

États-Unis, le système d'assurance santé appartient aux riches, il en va totalement différemment en France, même si les femmes ne se sentent pas pour autant plus en sécurité. Bien au contraire, elles se sentent dépossédées par ce corps médical qui les juge de ne pas appartenir à « la norme ». A partir d'entretiens réalisés auprès de femmes incarcérées pour le meurtre de leur enfant, Michelle Oberman et Cheryl Meyer ont pareillement relevé cette méfiance des femmes à l'égard du système de santé américain[1210]. La raison principale de leur crainte réside dans la possibilité que leurs enfants leur soient retirés. Les auteures relèvent également que ces femmes n'ont pas été pleinement satisfaites des échanges qu'elles ont pu avoir : trop courtes notamment lorsqu'elles devaient faire face à des situations médicales graves. Lorsqu'elles étaient elles-mêmes petites filles, les visites médicales étaient rares. Leur entourage était lui-même dans l'incapacité d'établir la nécessité de les soigner, de leur apporter une attention singulière. Lors de leurs premières grossesses, elles ont eu le sentiment d'avoir été laissées entre les mains d'autres personnes, sans pouvoir y faire quoi que ce soit. Si bien que nombreuses d'entre elles ont été incapables de déceler leur grossesse, laissant le soin aux autres de s'en apercevoir et d'en prendre soin. Selon les auteures, ce descriptif est significatif des femmes qui évitent les soins prénataux. Ce qui distingue les différences d'approche des jeunes femmes célibataires recensées par les études américaines et des femmes plus âgées, notamment françaises, c'est la constatation selon laquelle plus les femmes plongent dans la maternité, plus les tendances d'évitement du monde médical s'intensifient. La surmédicalisation de la grossesse et de la naissance au détriment du bien-être psychique des femmes et des mères les écartent inéluctablement de leur propre personne.

b. Par l'absence de nécessité subjective. Tout d'abord, s'il n'est aucunement obligatoire de déclarer une grossesse[1211], trop souvent l'absence de déclaration de grossesse est assimilée à une dissimulation de grossesse. Quelque soit ses raisons, une femme a tout à fait le droit de ne pas déclarer sa grossesse. A cet égard, une étude française avait expliqué la difficulté de déterminer les cas de dénis de grossesse par leur dissimulation administrative sous le terme de grossesses non déclarées[1212]. Or, chaque grossesse non déclarée n'est pas une grossesse nécessairement dissimulée ou niée. Les études menées par Tursz et parues en 2010

[1210] Oberman, M. et C. L. Meyer. *When mothers kill. Interviews from prison*. New York University. New York and London, 2008 et Oberman M. et C. L. Meyer (2001), *op.cit.*
[1211] *V. supra*, p. 161 et s. ainsi que l'annexe 2 relative aux examens préntaux, p.683.
[1212] Pierronne C, M.A. Delannoy, C. Florequin, et M. Libert. « Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité ». *Perspectives Psy* 41, nº 3 (2002): 182-188.

et 2011, affirment que l'ensemble des grossesses, sans exception, ont été dissimulées à la famille et aux amis, ne permettant pas un suivi médical. Si les auteurs estiment qu'il n'y avait pas de déni mais uniquement des dissimulations, ils précisent par ailleurs qu'il y avait « en revanche le plus souvent pas de représentation de l'enfant ». Lorsqu'une femme ne se représente pas l'enfant qu'elle porte, qu'elle soit ou non dans le déni, il paraît inenvisageable qu'elle pense à être suivie par un médecin qu'elle craint. Même dans l'hypothèse d'une levée du déni en cours de grossesse, le système de santé ne les croira jamais et ne leur offrira qu'une assistance limitée[1213]. Comment ressentir le besoin de faire suivre sa grossesse si aucune conscience ne se fait de son état ? Quand bien même elle aurait eu connaissance à un moment donné de sa grossesse, un suivi médical très imposant devient vite oppressant pour des femmes qui s'ignorent et que les institutions n'identifient pas.

425. La méfiance à l'égard du monde médical pourrait être un signe annonciateur d'un « état néonaticide ». Parmi d'autres certes mais lorsqu'elle est accompagnée ou lorsqu'elle créé de la négation corporelle, une telle crainte enferme un peu plus les femmes dans l'impossibilité de verbaliser leur état. La libéralisation de la contraception et l'autorisation de l'IVG ont rendu difficile l'octroi d'une exonération de responsabilité lorsqu'une grossesse survient indépendamment de toute discussion sur l'arrivée d'un enfant. En instaurant la possibilité pour les femmes de choisir leur maternité, la contraception a également grandement accentué leurs responsabilités. Le poids de ces responsabilités peut avoir conduit les femmes à ne plus vouloir les porter seules et à laisser les autres s'en occuper. L'absence d'investissement de l'entourage et la rigidité des institutions les plonge un peu plus dans une solitude psychique dévastatrice. Incapables de se représenter l'enfant qu'elles portent, elles mettent en lumière les propres représentations de la société (**Section 2**).

[1213] *V.* « Déni de grossesse. Ces bébés clandestins ». France 3, émission retransmise le 19 janvier 2009.

Section 2 : Les représentations à l'œuvre dans le néonaticide

426. Dès le premier procès, nous avons été marquée par les différentes représentations en œuvre dans l'appréhension du meurtre du nouveau-né. Altération grave de la représentation de la grossesse chez la femme accusée (**I**), représentation rationnelle des procès-verbaux d'audition ou encore représentations mitigées de la justice (**II**).

I- Le meurtre du nouveau-né : une grave altération de la représentation de la grossesse

427. Très souvent le néonaticide est associé à un état de déni de grossesse. Si le déni doit être entendu comme la méconnaissance de son état gravide, alors peu de femmes néonaticides sont dans le déni. Toutefois, si le déni était défini de manière plus large comme une altération grave de la représentation de la grossesse, alors les femmes néonaticides se trouveraient dans le déni. Notre postulat est le suivant : les femmes néonaticides traduisent des cas graves de l'altération des représentations psychiques qui ne leur permettent pas de transmettre la vie à autrui (**A**) et ce, parfois, à plusieurs reprises (**B**).

A- L'impossible transmission de la vie

428. Aujourd'hui le déni de grossesse s'invite aux procès pour meurtre de nouveau-nés et certains s'élèvent contre cette notion qui déresponsabiliserait les femmes néonaticides. Effectivement, si le déni de grossesse est considéré comme un état qui ne permet absolument pas de se rendre compte de son état de grossesse, alors les femmes néonaticides ne peuvent bénéficier d'une telle circonstance atténuante car pour la plupart d'entre elles, une connaissance de leur état s'est manifestée à un moment de leur grossesse. Serait-ce dès lors des dissimulatrices ayant prémédité leur acte criminel ? Cette notion de déni, engendrée par

une filiation devenue impossible, devient le point d'achoppement des débats judicaires dans ce type d'affaires.

1. Une grossesse non-pensée

429. Dans les affaires de néonaticides, l'enfant n'apparaît absolument pas pensé par la femme. De surcroît, elle peut être représentée de manière erronée lorsqu'elle prend l'aspect d'un interdit. Cette manière de percevoir la grossesse peut varier d'une espèce à une autre, mais dans tous les cas elle ne remplit pas sa fonction de grossesse psychique.

a. L'épineuse question du déni de grossesse. A l'instar des différents types de déni de grossesse que nous avons pu relever, certains auteurs établissent différentes formes de néonaticides. Ils distinguent nettement le néonaticide commis dans un contexte de déni de grossesse de ceux commis par désespoir, de ceux dits « narcissiques » et enfin de celui commis en présence de troubles psychiatriques[1214]. Dans le néonaticide commis dans un contexte de déni, l'absence de grossesse psychique empêcherait que le bébé soit pensé en tant que sujet, si bien qu'aucune altérité ne se créerait vis-à-vis du tout petit. Selon Hélène Romano, psychologue clinicienne, les dénis de grossesse massifs dans les affaires de néonaticides seraient rares notamment parce qu'il s'agirait essentiellement de dissimulations[1215]. Dans le cas du néonaticide « par désespoir », les femmes seraient jeunes voire adolescentes et ne se percevraient pas comme des femmes capables d'enfanter ou lorsqu'elles sont plus âgées, elles vivraient avec la pensée magique qu'elles ne peuvent pas être enceintes. La psychologue explique cette catégorie notamment par la découverte tardive de la grossesse ou l'angoisse liée à une grossesse inattendue. Enfin, les femmes qui commettent un néonaticide de type « narcissique » ne percevraient pas le bébé *in utero* comme un corps distinct du leur. Selon l'auteure, ces femmes néonaticides de type

---

[1214] Romano, H. « Meurtres de nouveau-nés et processus psychiques à l'œuvre chez les femmes néonaticides ». *Devenir* 22, nº 4 (2010): 309-320.
[1215] Romano, H. (2010), *op.cit.* et « Homicides sur mineurs de moins d'un an : de quoi parle-t-on ? » *Le Journal des psychologues* 265, nº 2 (2009): 35-41 ; Tursz, A. (2010), *op.cit.* ; Tursz, A. et J. Cook (2010), *op.cit*.

« narcissique », seraient fréquemment instruites par leurs avocats pour soutenir un contexte de déni comme ligne de défense, mais lorsqu'elles se trouvent « contraintes de témoigner lors des procédures (…), leur discours est souvent distancié de façon effroyablement précise »[1216]. Néanmoins, à notre sens, le récit désaffectivé des femmes néonaticides lors de leurs auditions ne constitue pas une preuve de l'absence de déni. A l'inverse, il nous paraît traduire une forme de *continuum* du déni de grossesse, entendu comme la somme de « mécanismes puissants qui entravent la « grossesse psychique » et détournent le sujet de la prise de conscience de ses métamorphoses physiques »[1217].

Sur un échantillon de seize femmes néonaticides, Margaret Spinelli a fait état de cinq femmes qui auraient dénié leur grossesse jusqu'à l'accouchement et onze qui auraient décrit une sorte de connaissance intermittente[1218]. Aucune d'entre elles n'aurait, par ailleurs, prêté attention aux changements éventuels de leur corps. Lors de l'accouchement, toutes les femmes auraient affirmé « se regarder » pendant la naissance de l'enfant. Peu de douleurs pour cinq d'entre elles contre onze femmes qui n'auraient strictement rien ressenti. Cette étude affirme la présence d'un déni de grossesse chez toutes les femmes de son échantillon, qu'il ait été massif ou atypique. Dès lors, qu'est-ce qui fait que certains auteurs puissent affirmer que le déni de grossesse, sauf à être massif, n'a que très peu d'incidence sur l'issue d'un néonaticide et que d'autres observent nettement sa prévalence[1219] ? Nous avons pu constater que les études qui affirment ne pas trouver de corrélation significative entre déni de grossesse et néonaticide recueillent généralement leur échantillon au sein de structures judiciaires. A l'inverse, les études qui accordent une place primordiale à ce lien puisent leurs échantillons dans des services de psychiatrie.

430. La classification des néonaticides par Hélène Romano a le mérite de décrire différents processus psychiques en œuvre dans le crime de néonaticide et de mettre en avant l'absence

---

[1216] *Ibid*.
[1217] Zagury D. « Quelques remarques sur le déni de grossesse ». *Perspectives Psy* 50, n°4 (2011) : 3314-321. *V. infra*, p.430 et s.
[1218] Spinelli, M.S. « A systematic investigation of 16 cases of neonaticide ». *American Journal of Psychiatry*, nº 158 (2001): 811-813.
[1219] *V.* Tronche, A.-M., M. Villemeyre-Plane, G. Brousse, et P.-M. Llorca. « Du déni de grossesse au néonaticide : hypothèses diagnostiques autour d'un cas ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 165, nº 9 (novembre 2007): 671-675.

d'élaboration psychique vis-à-vis du nourrisson, ce qui autorise, par ailleurs, de tels passages à l'acte[1220]. Nous pensons, effectivement, que les processus psychiques varient d'une hypothèse à une autre. Néanmoins, si pour Hélène Romano, « le déni de grossesse n'est qu'un des éléments de la psychopathologie du néonaticide »[1221], nous nous rallions davantage à la position de l'expert psychiatre Daniel Zagury pour qui le déni de grossesse ne doit pas être assimilé à un déni d'existence portant sur l'état de grossesse, ni de dénégation des représentations psychiques, mais plutôt de déni de certaines caractéristiques de la grossesse[1222]. En effet, à partir des travaux de Racamier qui a décrit toute une catégorie de dénis indépendamment de l'état de grossesse, le psychiatre estime que les dénis de grossesse ne sont pas des « dénis d'objet, mais des dénis sur l'objet (qui) privent l'objet de certaines de ses qualités ou propriétés, qu'il s'agisse de sa matérialité, de sa gravité, sa localité, sa signifiance, ses origines, son autonomie, ses désirs propres… »[1223]. En fonction de l'histoire de vie de ces femmes, différents dénis pourraient émerger. Il les illustre à partir de phrases prononcées par des femmes néonaticides qu'il a examinées en expertise :

- le déni de conception : « Je ne pouvais pas être enceinte ». Nous devons préciser que ce type de déni pourrait parfaitement correspondre à la description faite par Hélène Romano des néonaticides commis « par désespoir ».

- le déni des métamorphoses du corps : « Je ne ressentais aucun des signes de la grossesse, donc pour moi je n'étais pas enceinte » ;

- le déni d'altérité : « C'était une partie de moi… ». Ici encore, les néonaticides dits « narcissiques » peuvent correspondre à ce type de déni en ce qu'il décrirait l'impossibilité pour les femmes néonaticides de considérer le bébé *in utero* comme un corps distinct du leur.

- le déni de signification : « Je le savais, mais n'y accordais aucune importance » ;

- le déni d'un processus vital en cours : « Pour moi, il ne pouvait pas être vivant » ;

- le déni de l'inéluctabilité du terme de l'accouchement : « Je le pressentais, mais je n'y pensais pas ».

[1220] Romano, H. (2010), *op.cit.*
[1221] Romano, H. (2009), *op.cit.*
[1222] Zagury, D. (2011), *op.cit.*
[1223] *Ibid.*

431. Comme nous avons pu le souligner précédemment[1224], le déni de grossesse peut revêtir des formes cliniques diverses dans lesquelles la femme se rendrait bien compte de temps en temps de sa grossesse, mais dont le mécanisme d'effacement reprendrait activement le dessus sur des femmes qui ne souviendraient plus de leur état. « Cet impensé a pour corollaire l'impréparation et l'absence d'anticipation, d'où ce qui constitue une quasi constante : l'improvisation catastrophique de l'accouchement dans un état psychique paroxystique, semi crépusculaire »[1225]. Dans ces espèces, il devient difficile de qualifier les faits de meurtre lorsqu'aucune intention ne peut être mise en évidence. Il est question de la difficulté à admettre qu'une femme puisse être sous l'emprise d'un déni si puissant qu'il peut la faire vaciller entre connaissance et ignorance. Or, pour être dans le déni, il faut en priorité avoir eu connaissance de la réalité. L'enfant est connu, mais il ne serait pas investi d'une vie potentielle, il n'est pas considéré comme une Sujet indépendant ou futur nourrisson dont il faudra se séparer par la naissance, puis par une autonomie nécessaire à sa construction. La principale distinction entre les mère filicides et les mères néonaticides résiderait dans la très grande souffrance que les premières éprouvent dans « l'intersubjectivité que leur impose leur bébé ». L'absence d'élaboration psychique des femmes néonaticides à l'égard de leur nouveau-né les positionnerait dans des états de rumination et de silence mortifère.

b. Des femmes en état de rumination. Face à la réalité d'une grossesse et l'incapacité d'élaboration psychique de l'enfant, les femmes néonaticides rumineraient sur leur état. Cette hypothèse émise par Jean-Luc Viaux, Professeur en psychopathologie, caractérise le néonaticide comme le meurtre de l'interdit[1226]. Ces femmes auraient réalisé des constructions inconscientes dans lesquelles l'enfant ne serait pas celui qu'elles pouvaient attendre. Or, attendre celui qu'on ne peut attendre serait une situation irreprésentable qui conduirait à une « méditation en abîme sur cette progressive sidération-dissociation de Soi » que seul le cri du bébé viendrait casser et déclencher l'acte meurtrier[1227]. Selon lui, elles utiliseraient toute leur énergie à procéder par des conduites d'évitement. En ajoutant à cela, la

---

[1224] *V. Supra*, p.342 et s.
[1225] Zagury, D. « Quelques remarques sur le déni de grossesse ». *Perspectives Psy* 50, nº 4 (2011): 314–321.
[1226] Viaux, J.-L. et al. (2010), *op.cit.*
[1227] *Ibid.*

non-préparation de la naissance et un clivage de la personnalité, les femmes néonaticides seraient soumises à un fonctionnement traumatique très puissant. La sidération éprouvée lors du face-à-face de l'accouchement traduirait cette différence brutale entre les représentations mises en place et la réalité. C'est cette sidération qui déterminerait l'acte et ce serait en cela que l'altération des représentations serait le point déterminant du passage à l'acte. « Nous ne sommes pas dans le processus de la grossesse d'une femme seule, mais dans celui d'une femme seule dans sa grossesse face aux tiers qu'elle imagine et dont elle anticipe le jugement négatif »[1228]. La tendance à interpréter la pensée d'autrui, l'aspect dépressif, mais aussi phobique de la personnalité de Céline Lesage expliquent, selon l'avis de Jean-Luc Viaux, son repli sur soi ; et lorsqu'elle est humiliée par son ancien compagnon, cela la conforte dans le mésestime qu'elle a de sa propre personne[1229]. Par ailleurs, nous avons également pu observer ce même aspect chez d'autres femmes de notre échantillon, notamment lros du procès de Virginie Labrosse en octobre 2010. En effet, constamment humiliée par sa mère et régulièrement agréssée sexuellement par son compagnon, Virginie Labrosse estime qu'elle fait « partie des meubles » et que son malheur n'a aucune importance. Cette mésestime de soi les empêche à demander de l'aide, il leur ait impossible d'extérioriser leur désespoir si bien qu'elles reviennent sans cesse sur le désamour de soi et survivent qu'en étouffant la vie de leur enfant, comme pour sortir de ce deuil impossible de soi. Dès lors, l'incapacité d'élaboration psychique à l'égard de leur grossesse les enferme dans un silence interminable et inavouable. Par ailleurs, cet état de rumination dans lequel se trouvent les femmes néonaticides trouve écho dans notre hypothèse selon laquelle les femmes néonaticides vivent dans un état de passivité à l'égard de la contraception, de la maternité mais aussi de leur propre personne en général[1230]. Ainsi, l'état de rumination dans lequel les femmes néonaticides se trouvent serait-il antérieur aux grossesses néonaticides[1231].

432. Les femmes néonaticides sont incapables de confier leur état en raison de la complexité du « lien entre savoir (la grossesse) et ignorance (l'absence d'élaboration) de la

---

[1228] Viaux, J.-L. et al. (2010), *op.cit.*
[1229] Selon nos propres constatations lors du procès de Céline Lesage en mars 2010 près la Cour d'assises de la Manche.
[1230] *V. supra*, p.396 et s.
[1231] *V. supra*, p.359 et s.

transmission de la vie »[1232]. Dès lors, le néonaticide traduirait également un refus de transmission.

2. Le néonaticide ou l'impossible filiation

433. L'incapacité d'élaboration psychique chez les femmes néonaticides témoigne de leur incapacité à créer des liens de filiation autres que strictement biologiques.

a. Une filiation psychique défaillante. Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, pour être établie, la filiation doit s'articuler sur trois axes : biologique, juridique et psychique[1233]. Pour la majorité des femmes néonaticides, « « l'appareil généalogique de filiation » est en panne d'élaboration et dans l'incapacité de transmettre « les objets imaginaires » indispensables aux fantasmes de transmission (…) L'acte néonaticide devient ainsi le symptôme d'une psychopathologie du lien de filiation »[1234]. En définitive, le lien de filiation devrait permettre à tout individu de se situer par rapport à ses ascendants mais aussi « descendants réels ou imaginaires »[1235]. Fréquemment décrites comme des femmes ayant peu confiance en elles, faisant preuve d'une certaine immaturité sans doute liée à des carences affectives et à une forte dépendance à l'autre, les femmes néonaticides se trouveraient dans l'incapacité d'établir une filiation sur cet axe psychique[1236]. Emprisonnée par cette ambivalence, que ressentent par ailleurs beaucoup de femmes à l'égard de leur maternité, d'égaler leur propre mère et la crainte de ne pas y parvenir, elles seraient incapables de transmettre la vie. Dès lors, le geste néonaticide traduirait davantage un refus de transmission qu'un geste de mort.

[1232] Viaux, J.-L. (2010), *op.cit.*
[1233] *V. supra*, p.362 et s.
[1234] Romano, H. (2010), *op.cit.*
[1235] Guyotat, J. *Mort, naissance et filiation / études de psychopathologie sur le lien de filiation*. Médecine et Psy. Masson, 1980.
[1236] Hypothèse élaborée par la psychanalyste Sophie Marinopoulos (Marinopoulos, S. (2010), *op.cit.*).

b. Le déni du don de l'autre. Si le déni prive la mère d'une élaboration sur sa descendance, il agit également à l'égard du père de cet enfant. Le professeur en psychopathologie, Loïck Villerbu a pu dire de Céline Lesage qu'elle était dans le déni d'un don de l'autre : « je ne veux rien de toi »[1237]. Elle refuserait ainsi de recevoir le don de l'autre si bien qu'elle s'exprimerait dans le refus symétrique de donner. Le père serait donc lui aussi concerné par ce déni de l'altérité. Certains assimilant l'enfant au fantôme du père non attendu, ce serait davantage la place que les femmes assignent à ce partenaire qui obscurcirait la vue des pères[1238]. La peur de l'abandon pourrait parfois empêcher les femmes néonaticides à penser leur partenaire sur le registre de la paternité. Il s'agirait de l'exclusion du géniteur perçu comme un père impossible : peur de perdre la relation conjugale, crainte d'une incapacité chez le géniteur d'aimer mère et enfant ou impossibilité à voir en cet « homme-là » un père potentiel. « La femme se tait ou dénie, moins pour que l'homme ne parte pas, mais pour rester dans une relation où elle n'est pas, ne sera pas ou plus « la mère de son enfant » »[1239]. Nous noterons à cet égard la réponse de Véronique Courjault à la question du Président Domergue pourquoi elle n'avait pas mis au courant son mari pour la grossesse qui a suivi le premier meurtre : « Je ne sais pas. Pourtant lui, sans doute, les aurait accueilli »[1240].

434. Enfants impensables, pères impossibles, autant de cas singuliers qui ont pour point commun de révéler un déni de l'autre rendu possible par une altération grave de l'élaboration psychique de la femme néonaticide.

Les cas multiples de morts de nourrissons soulèvent l'indignation et l'incompréhension, mais révèlent l'intensité de ces altérations. Pour autant, sont-ils si différents des autres espèces ? Procèdent-ils de mécanismes différents ? En définitive, il semblerait qu'ils traduisent de manière plus prononcée le comportement aveugle de leur entourage. Cette transparence

---

[1237] Déposition du Professeur Loïck Villerbu, expert en psychopathologie auprès des tribunaux, au procès de Céline Lesage le 15 mars 2010. *V.* également : « Une mère infanticide "très atypique" ». *TF1 News*, article paru le 16 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010 sur : http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-03/une-mere-infanticide-tres-atypique-5772609.html.
[1238] Viaux, J.-L. et al. (2010), *op.cit.*
[1239] Viaux, J.-L. (2010), *op.cit.*
[1240] Selon nos propres constatations lors du procès de Véronique Courjault en juin 2009 près la Courd'assises d'Indre-et-Loire.

ardemment ressentie pour le premier passage à l'acte aurait conforté les femmes dans leur solitude.

B- Les cas complexes de réitération

435. La fréquence non négligeable de cas de réitération présents dans notre échantillon nous a conduits à nous interroger sur le mécanisme en jeu : s'agit-il d'une particularité ou simplement d'une reproduction à l'identique d'un mécanisme lourdement ancré ?

1. État de la littérature

a. Littérature étrangère. Dans la littérature scientifique, très peu d'articles ont trait à la répétition de néonaticides. Certains cas ont pu être recensés à Hokkaïdo entre 1983 et 1992[1241]. Cinq femmes ont été accusées de la mort d'au moins quatre de leurs nouveau-nés. Aucune d'entre elles ne présentaient de troubles mentaux. Deux étaient célibataires et les trois autres étaient mariées dont les époux n'étaient pas au courant des grossesses, notamment en raison de leurs absences professionnelles répétées. Les mobiles exprimés par les femmes néonaticides étaient d'ordre économique et/ou pour sauver les apparences.

Un autre article japonais, paru en 2000, fait état d'un cas de néonaticides multiples[1242]. Une femme âgée de quarante ans, mariée et mère de trois enfants a été suspectée d'avoir donné la mort à neuf de ses nouveau-nés. Après avoir donné naissance en 1973, 1974 et 1975, sa belle-mère lui aurait intimé l'ordre de prendre un traitement contraceptif et lui aurait donné de l'argent à cette fin. Toutefois, la suspecte aurait utilisé l'argent pour autre chose, aurait dissimulé l'absence de traitement et aurait tué ces nouveau-nés pour cette raison. A la suite de

---

[1241] Funayama M, T. Ikeda, N. Tabata, J. Azumi, et M. Morita. « Case report: repeated neonaticides in Hokkaido ». *Forensic Science International* 64, nº 2-3 (février 1994): 147-150.

[1242] Yamauchi M, S. Usami, R. Ikeda, N. Echizen, et N. Yoshioka. « Medico-legal studies on infanticide: statistics and a case of repeated neonaticide ». *Forensic Science International* 113, nº 1-3 (11 septembre 2000): 205-208.

saignements relativement importants, elle se serait rendue à l'hôpital au sein duquel un médecin a constaté un accouchement récent. C'est ainsi que les corps des neuf nourrissons ont été retrouvés à divers endroits de la propriété paysanne. Elle a été condamnée à quarante-deux mois d'emprisonnement.

En 2006, une allemande de quarante ans a été condamnée à quinze années d'emprisonnement pour la mort de huit de ses nouveau-nés. En réalité, neuf cadavres ont été découverts, mais les poursuites judiciaires n'ont pas été possibles pour l'un des faits en raison de sa prescription[1243].

b. Les affaires françaises. En France, les néonaticides à répétition ont fait la une des journaux ces dernières années. L'affaire judiciaire qui a connu le plus d'écho a été celle de Véronique Courjault, condamnée à huit années d'emprisonnement pour le meurtre et les assassinats de trois de ses nouveau-nés. Par la suite, les affaires se sont succédé témoignant de réitérations de plus en plus nombreuses (**Tableau 3**). Un tiers des femmes de notre échantillon a commis des néonaticides à répétition ; le nombre d'enfants décédés allant de deux à huit nouveau-nés. La grande majorité des femmes était mariées au moment du premier néonaticide et avait au moins deux enfants (6/10). Sur les treize condamnations recensées par Anne Tursz et les collaborateurs de l'INSERM, neuf femmes étaient poursuivies pour la mort de plusieurs nouveau-nés (de deux à quatre nourrissons)[1244].

436. Ces femmes présentent-elles des différences avec les femmes néonaticides d'un seul de leur nouveau-né ? De notre point de vue, tant que le néonaticide n'est pas pensé, il est condamné à la répétition. Il ne s'agit aucunement de la récidive d'un acte précédemment mis en lumière et sanctionné, il ne s'agit pas de « x » nouveau-nés tués, mais « x » fois le même acte. Tant que des mots n'auront pas été posés sur le premier ou le précédent néonaticide, la femme sera enfermée dans la répétition de ses actes. A cet égard, nous avons pu observer que dans ces cas de néonaticides répétés, il y avait eu pourtant des signes avant coureurs qui auraient pu mettre un terme aux actes si leurs auteurs et/ou leur entourage avaient pris conscience de ce qu'il se jouait.

[1243] « L'infanticide de Francfort-sur-l'ODer ». *LCI.fr*, article paru le 1er juin 2006 et consulté le 23 octobre 2006 ; « Le cas de Sabine Hilschenz ». *AFP*, article paru le 2 août 2008 et consulté le 25 octobre 2010.
[1244] Tursz, A. et al. (2011), *op.cit.*

TABLEAU 3 : Caractéristiques des cas de néonaticides réitérés

CARACTERISTIQUES	NOMBRE (n = 10)
Nombre d'enfants décédés par mère	
2	3
3	4
4	1
5	0
6	1
7	0
8	1
Nombre moyen d'enfants décédés par mère	4,3
Nombre moyen d'enfants décédés par mère sur l'ensemble de l'échantillon	1, 8
Age des mères au moment du 1er néonaticide	
< 20 ans	0
20-30 ans	6
> 30 ans	4
Statut marital	
Mariée	6
En couple	3
Célibataire	1
Parité au moment des faits	
Nullipare	2
Multipare	8
1-2	3
> 3	5

2. Illustration des propos

437. A la lecture de ces cas de réitération, nous avons constaté que sur les dix femmes concernées, sept d'entre elles avaient, par le passé, dévoilé une faille dans leur mécanisme de protection. En effet, ces signes avant-coureurs, comme la découverte tardive de grossesses précédentes, auraient pu mettre fin à un long processus si certaines des interventions n'avaient pas été vécues comme un vrai traumatisme pour les accusées.

a. Des tierces interventions traumatiques. Lorsque Céline Lesage est enceinte de son premier enfant, son concubin, Philippe Catherine, s'en rend compte au bout de quelques mois et l'a force à avouer son état devant sa belle-mère. Selon Jean-Luc Viaux « ce premier né obtenu par forçage est un traumatisme contre lequel elle devait se protéger »[1245]. En effet, de par notamment l'image négative qu'elle a d'elle-même, Céline Lesage a été confortée dans cette idée lorsque Pascal Cathérine l'a humiliée devant sa propre mère. Selon l'expert, lorsque son compagnon l'a forcée, il ne s'est pas interrogé pas sur le pourquoi de cette difficulté à annoncer la grossesse et a rendu cette première naissance traumatique. Le forçage l'a confirmée dans sa position et l'a obligée à dissimuler davantage, à être encore plus secrète. Lors du procès, des interrogations ont fait jour sur d'éventuels doutes de Pascal Catherine sur la présence de cadavres dans la cave… Six cadavres de nouveau-nés seront découverts dans la cave de son logement.

Marinette Pezin, après avoir accouché de jumelles, est à nouveau enceinte. Son mari, non content de la nouvelle, demande à un médecin réputé pour « faire passer les enfants », d'intervenir auprès de sa femme. Quelques jours plus tard, elle a expulsé un fœtus dans les toilettes. Un plombier est venu plusieurs plus tard enlever un bébé des égouts… Elle a été condamnée pour les meurtres de trois nouveau-nés.

[1245] Selon nos propres constatations lors du procès de Céline Lesage en mars 2010 près la Cour d'assises de la Manche. *V.* « Deuxième jour du procès de l'infanticide de Valognes: homme bafoué, père dépossédé ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le 17 mars 2010.

438. Ainsi, des failles sont-elles apparues sans qu'elles eurent été pour autant prises en considération en tant que telles, confortant ainsi les femmes néonaticides dans leur processus psychique mortifère.

b. Des découvertes tardives de grossesses précédentes. Chez Véronique Courjault, les deux premières grossesses, dont sont issus deux enfants en parfaite santé, ont été révélées vers les deux mois et demi pour l'une et plus de cinq mois pour l'autre. Cette dernière a affirmé les avoir annoncées dès qu'elle en a eu connaissance. Pour le Président Domergue, Véronique Courjault aurait eu peur de diffuser l'information de grossesse par crainte de ne pas pouvoir revenir sur sa décision de garder ou non l'enfant à sa naissance. La réaction de son époux à l'annonce tardive de cette seconde grossesse aura été de lui répondre : « ne refais plus ça ». De surcroît, il a avoué avoir eu des doutes lors de la troisième grossesse, qui fût par la suite le premier néonaticide, mais sous la négation de sa femme il a fini par lui faire confiance.

Christine Feude, mère de six enfants, a été condamnée à quinze années d'emprisonnement pour le meurtre de quatre nouveau-nés. La procédure a fait apparaître que les deux plus jeunes de la fratrie ont eu la vie sauve grâce au père qui a pu joindre les urgences alors que sa femme lui avait dissimulé les grossesses. Par ailleurs, entre les crimes, un autre enfant était né. Cette fois-ci, c'est la belle-sœur de Christine qui a remarqué l'état gravide et l'a poussée à consulter un médecin. Elle a finalement décidé d'accoucher seule à domicile et l'enfant a été sauvé en urgence par un médecin[1246]. Ici encore, la découverte tardive des grossesses ou les accouchements « surprises » ont été passées sous silence, sous un silence partagé.

439. Deux autres dossiers ont également attiré notre attention. L'un d'entre eux se faisait l'écho d'une femme, prénommée Karine, qui a déjà fait l'objet d'une enquête pour la mort d'un de ses nouveau-nés qui a été découvert dans son congélateur. Toutefois, les analyses médico-légales n'ayant pas permis de déterminer les causes de la mort, le parquet a procédé

[1246] « Rennes. Le procès d'une mère infanticide ». *ladepeche.fr*, article paru le 14 novembre 2005 et consulté le 7 juin 2010 et Cazi, E. et P. Egré. « A Tinténiac, Christine accouche seule dans la salle de bains ». *LeParisien.fr*, article paru le 29 juillet 29 et consulté le 25 septembre 2010.

au classement sans suite du dossier[1247]. Deux autres nourrissons ont été trouvés morts quelques années plus tard. A Troyes, une mère de famille a été condamnée pour avoir volontairement donné la mort à son nouveau-né, mais également pour tentative de meurtre[1248]. En effet, après avoir été arrêtée pour le meurtre de son nouveau-né, son époux a fait tout de suite le rapprochement avec une autre affaire s'étant déroulée une année auparavant. Un nourrisson a été retrouvé vivant dans les toilettes d'un supermarché alors même que le couple s'y trouvait. La femme y a passé un certain temps prétextant des ennuis gastriques. Lorsque le mari a découvert le néonaticide de sa femme, il a immédiatement pensé à cette précédente affaire, preuve, peut-être, qu'il a eu des doutes sur l'implication de sa femme… Enfin, Dominique Cottrez est accusée d'avoir volontairement donné la mort à huit de ses nouveau-nés[1249]. Si l'instruction est toujours en cours, elle a d'ores et déjà mentionné l'hypothèse de la participation d'une tierce personne dans la dissimulation des deux premiers cadavres, laissant ainsi le doute planer sur le rôle qu'aurait pu jouer ses parents[1250].

440. Finalement, si chacun des protagonistes avait pris ses responsabilités, un certain nombre de nouveau-nés aurait pu être épargné. Confortées dans leur solitude psychique, les femmes néonaticides s'y sont encore un peu plus enfermées. Comment ne pas se sentir encore un peu plus transparente lorsque de telles situations sont restées sans suite, sans aucune prise en charge de leur souffrance ? Les mécanismes mis en œuvre chez les accusées, mais

---

[1247] « Macabre découverte à Ecrouves ». *leJDD..fr*, article paru le 12 décembre 2009 et consulté le 8 juin 2010 sur : http://www.lejdd.fr/Societe/Faits-divers/Actualite/Macabre-decouverte-a-Ecrouves-157639/; « Ecrouves: La mère en détention ». *leJDD..fr*, article paru le 13 décembre 2009 et consulté le 8 juin 2010 sur : http://www.lejdd.fr/Societe/Faits-divers/Actualite/Ecrouves-La-mere-en-detention-157826/ ; « Ecrouves : Un troisième corps retrouvé ». *leJDD..fr*, article paru le 17 décembre 2009 et consulté le 8 juin 2010 ; « Ecrouves: La mère infanticide livre ses secrets ». *leJDD..fr*, article paru le 19 décembre 2009 et consulté le 8 juin 2010 sur : http://www.lejdd.fr/Societe/Faits-divers/Actualite/Ecrouves-La-mere-infanticide-livre-ses-secrets-159216/.

[1248] *V.* Annexe 6 : Cas n°27, p.704 et s.

[1249] *V.* Annexe 6 : Cas n°28, p.704 et s.

[1250] Dussart, E. « Cinq ou six infanticides prescrits ? » *La Voix du Nord*, article paru et consulté le 30 juillet 2010 sur : http://www.lavoixdunord.fr/Region/actualite/Secteur_Region/2010/07/30/article_cinq-ou-six-infanticides-prescrits.shtml et « La mère infanticide nie avoir enterré deux de ses bébés ». *Le Parisien.fr*, article paru le 30 juillet 2010 et consulté le 25 septembre 2010 sur : http://www.leparisien.fr/faits-divers/la-mere-infanticide-nie-avoir-enterre-deux-de-ses-bebes-30-07-2010-1017272.php et « Infanticides. La mère nie avoir enterré deux nouveau-nés ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 31 juillet 2010.

également dans l'enceinte judiciaire répondent en partie au fossé qu'il peut y avoir entre les différents intervenants judiciaires (**II**).

II- Le meurtre du nouveau-né ou la mise à mal des représentations judiciaires

441. Ce qu'il revient sans cesse dans les débats en cours d'assises ce sont les prétendues contradictions entre les auditions de l'accusée lors de la garde à vue ou de son interrogatoire de première comparution et ses dires lors du procès (**B**). D'un discours froid et distant des faits, l'accusée mettrait en place une ligne de défense au fil des mois qui consisterait à « humaniser » ses actes (**A**).

A- Les circonstances des faits

442. L'approche contemporaine de la maternité a plutôt tendance à considérer qu'une femme qui se met au travail alors qu'elle n'a pas conscience de sa grossesse, augmente le risque de décès. L'enfant aurait ainsi moins de chance de naître vivant si sa mère ne l'attend pas psychiquement[1251]. Les connaissances actuelles de la grossesse psychique n'ont jamais été aussi développées, mais leur méconnaissance n'a pas empêché les hommes de se reproduire. La disparition de la plupart des facteurs socio-économiques, l'évolution de la psyché et la place grandissante accordée à l'enfant pourraient davantage expliquer que des accouchements clandestins se soldent par la mort du nouveau-né. En effet, ce ne serait pas tant l'accouchement à proprement parler qui poserait des difficultés, mais la construction psychique qu'il nécessiterait en 2012.

[1251] *V.* Marinopoulos, S. (2007) et (2010), *op.cit.* ; Marinopoulos, S. et I. Nisand (2007) et (2011), *op.cit.*

1. Les constatations médico-légales

443. Sur un échantillon de cinquante-sept nouveau-nés, l'asphyxie est la cause la plus fréquente des décès (25 sur 57)[1252]. Il faut, toutefois, noter que dans un peu moins de la moitié des cas (27 sur 57), les causes de la mort sont inconnues, soit parce que les autopsies n'ont pas pu les établir, soit parce que les résultats des autopsies ne nous sont pas parvenus. Dans deux affaires, des gestes violents ont été commis sur les nouveau-nés sans qu'ils constituent pour autant la cause du décès. L'une des femmes, après avoir étranglé le nourrisson a causé une fracture du crâne en le projetant sur une surface plane[1253]. La seconde, après avoir occulter les voies respiratoires de son enfant à l'aide de la main, l'a poignardé à deux reprises[1254].

444. Nonobstant la violence de ces deux derniers dossiers, la mort des nouveau-nés reste le plus souvent le résultat d'une asphyxie mécanique, soit par un geste suffocateur volontaire (occultation des orifices respiratoires, obstruction des voies respiratoires par un objet

---

[1252] Observations comparables à d'autres études d'échantillons équivalents, notamment japonais et américains : *V.* Resnick, Ph. (1970), *op.cit.* et Funayama, M, T Ikeda, N Tabata, J Azumi, et M Morita (février 1994), *op.cit.*

[1253] « Bebé congelé: Un nouveau drame ». *leJDD..fr*, article paru et consulté le 25 mars 2008 sur : http://www.lejdd.fr/Societe/Actualite/Bebe-congele-Un-nouveau-drame-95323/ ; « Bébé congelé en Bretagne : la mère mise en examen ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le mars 26 2008 sur : http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20080326.OBS6635/bebe-congele-en-bretagne-la-mere-mise-en-examen.html ; « Un bébé congelé à Saint-Nicolas-du-Pélem (Côtes-d'Armor) ». *ouest-france.fr*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://www.ouest-france.fr/actu/societe_detail_-Un-bebe-congele-a-Saint-Nicolas-du-Pelem-Cotes-d-Armor-_3636-604673_actu.Htm ; « La mère du nouveau-né congelé découvert en Bretagne mise en examen ». *liberennes.fr*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://www.liberennes.fr/libe/2008/03/un-nouveau-n-co.html ; Morvan, A., et G. Hameury. « Infanticide. Un bébé découvert dans un congélateur ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 26 mars 2008 ; Morvan, A., et J. Vaillant. « Bébé tué: le récit du grand-père ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 27 mars 2008 ; Le Pivert, F. « Assises: l'infanticide jugée aujourd'hui ». *Le Penthièvre*, article paru et consulté le 11 juin 2009 ; Morvan, A. « Infanticide. Le drame du silence ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 12 juin 2009 et « Infanticide. Huit ans de prison ferme à la mère ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 13 juin 2009 ; Chaupitre, M.-C. « En prison pour infanticide, elle était enceinte ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 10 septembre 2008 ; Pouchard, Y. « Ecrouée pour infanticide, elle accouche en prison ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 11 septembre 2008.

[1254] « Une mère de 24 ans est jugée pour le meurtre de son bébé ». *Au Troisième Oeil*, article paru et consulté le 30 mars 2010 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32706 ; « Une jeune lyonnaise jugée pour Infanticide (vidéo) ». *Teva.fr*, article paru et publié le 31 mars 2010 ; « Pas de prison pour la mère infanticide ». *20minutes.fr*, article paru et consulté le 1 avril 2010 ; « Une étudiante infanticide ne retournera pas en prison ». *Au Troisième Oeil*, article paru et consulté le 1 avril 2010 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32726.

étranger[1255] ou strangulation), soit par le placement du nouveau-né dans un espace confiné comme c'est souvent le cas avec les sacs plastiques.

Lors du recueil de notre échantillon, nous avons volontairement écarté des causes de la mort (sous le terme d' « inconnues » dans notre **Tableau 4**) les dossiers dans lesquels nous avions comme seuls éléments d'information les dires de l'accusée. Ce choix se justifie par l'observation à plusieurs reprises d'une contradiction entre le récit de certaines femmes sur les circonstances de leur accouchement et les constatations médico-légales. Ceci a notamment été le cas de Véronique Courjault qui a affirmé avoir étranglé les nouveau-nés alors que les résultats d'autopsie ont indiqué une mort par asphyxie par appui naso-buccal et compression faciale sévère[1256]. De la même manière, Virginie Labrosse a avoué lors de sa garde-à-vue que le deuxième enfant décédé était vivant à la naissance et qu'elle l'avait mis rapidement dans un sac poubelle. Or, les médecins légistes ont autopsié un enfant mort-né. L'avocat général a estimé la croyance de Virginie Labrosse dans la vie du nouveau-né suffisante pour que la qualification de tentative de meurtre sur mineur de quinze puisse être valablement retenue. De surcroît, s'agissant du décès du troisième nourrisson, l'autopsie a constaté une mort par asphyxie sans qu'aucune trace de lésion n'ait été observée. Or, toujours lors de sa garde-à-vue, Virginie Labrosse a affirmé avoir étranglé le nouveau-né à travers un sac plastique. Si, pour l'avocat général, il n'y a pas eu de lésion cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y a pas eu d'étranglement, nous pouvons toutefois mentionner la possibilité que la mort ait été accélérée par le sac poubelle lors du premier cri[1257]. A cet égard, selon certains spécialistes, ce seraient le cri ou le visage de l'enfant qui déclencherait l'acte[1258], ce qui expliquerait la prédominance de l'asphyxie, notamment lorsqu'elle est le fait d'un geste suffocateur volontaire. Ainsi, nous avons privilégié les résultats d'autopsie aux révélations des accusées

---

[1255] *V. not :* Leprince, J. « Epinal - Un nouveau né retrouvé mort dans une poubelle d'un fast food ». *FranceSoir.fr*, article paru et consulté le 25 novembre 2008 ; « Le cadavre d'un bébé retrouvé dans la poubelle d'un fast-food ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 26 novembre 2008 sur : http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20081126.OBS2678/le-cadavre-d-un-bebe-retrouve-dans-la-poubelle-d-un-fast-food.html.

[1256] Selon nos propres constatations lors du procès de Véronique Courjault en juin 2009 aux assises de la Loire.

[1257] Selon nos propres constatations lors de la déposition du Docteur Leconte qui a procédé à l'autopsie du troisième corps lors du procès de Virginie Labrosse en octobre 2010 devant la Cour d'assises de Savoie (*v.* « Infanticides : Albertville : deux des nouveau-nés sont morts asphyxiés ». *TF1 News*, article paru et consulté le 27 août 2007 ; Chiola, F. « Je ne me souviens pas des accouchements ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru et consulté le 20 octobre 2010.

[1258] Resnick, Ph. J. (1970), *op.cit.* et Viaux, J-L. (2010), *op.cit.*

d'autant plus que certains discours sur les circonstances des accouchements peuvent semer le trouble.

445. Les professeurs Israël Nisand et Michel Delcroix ont pu, de par leurs dépositions respectives ou contributions lors de colloques universitaires, semer le doute sur les causes de la mort des nouveau-nés.

Le témoignage d'Israël Nisand, à la demande de la défense de Véronique Courjault, a conduit à un supplément d'information sur les causes de la mort. Les médecins légistes ont néanmoins confirmé l'asphyxie mécanique par la pression brève d'un linge sur les voies respiratoires. Selon le Professeur Nisand : « L'engagement et le dégagement successifs des deux épaules sont la seule manière de rendre l'accouchement peu traumatique pour l'enfant. Or cette manœuvre ne peut être effectuée par une femme seule, qui n'a d'autre choix, pour empaumer la tête, que de placer une main sur la face et l'autre main sur l'occiput puis de tirer la tête vers l'avant – il ne lui est pas possible de pousser la tête vers l'arrière pour engager d'abord l'épaule antérieure. Elle agrippe donc la tête comme elle le peut, en général dans une douleur indescriptible et tire vers l'avant – seule manœuvre possible pour elle. Il s'agit plutôt d'une manœuvre d'arrachement, car, pour sortir le fœtus alors que ses deux épaules s'engagent en même temps, il faut une traction bien plus forte sur la tête, permettant de faire que les deux épaules se rapprochent l'une de l'autre pour passer tout de même dans la filière pelvienne. Cette traction intense et longue, douloureuse et difficile pour l'enfant, le fait souvent naître en état de mort apparente (…) Dans l'état de mort apparente du nouveau-né, s'il n'y a pas de réanimation efficace et immédiate, comme l'enfant ne ventile plus tout seul, il continue de s'enfoncer dans l'asphyxie après sa naissance et décède dans les minutes qui suivent (…) on ne trouve rien d'autre qu'une « mort par asphyxie avec de l'air dans les poumons » »[1259].

Michel Delcroix, quant à lui, attire l'attention sur la détermination du statut juridique du fœtus, ou de l'enfant[1260]. Selon lui, avant de naître, l'enfant peut avoir des gaz, des mouvements respiratoires qui pourraient conduire à la conclusion selon laquelle l'enfant était

---

[1259] Marinopoulos, S. et I. Nisand (2011), *op.cit.* p.159-160.
[1260] AFRDG, Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse. *Déni de grossesse : 99 Histoires vécues*. Editions Amalthée, 2010, p.151-153.

vivant à la naissance. Or, un fœtus serait capable de naître en état de mort apparente après avoir respiré alors même qu'il n'est pas encore sorti complètement du corps de sa mère.

446. Toutefois, nous ne pouvons pas nous empêcher de nous interroger sur l'histoire de l'humanité. Comme nous l'avons déjà évoqué[1261], comme aurions-nous survécu si les femmes ne pouvaient accoucher seules ? Les considérations du Professeur Nisand ne se résumeraient-elles pas aux accouchements hospitaliers au sein desquels les parturientes sont tenues pour incompétentes dans le processus de naissance ? En effet, nous avons pu relever la facilité dans laquelle les femmes néonaticides accouchent[1262] : dans un accouchement physiologique, aucune manipulation particulière n'est à réaliser.

[1261] *V. supra*, p.159 et s.
[1262] *V. infra*, p.427 et s.

TABLEAU 4 : Les causes de la mort

Causes de la mort	N = 57
Asphyxie (sans autre précision)	6
Asphyxies mécaniques	19
Mort naturelle par asphyxie	1
Noyade	3
Mort à la naissance	1
Inconnues	27

2. Les conditions de l'accouchement

447. Pour apprécier les conditions d'accouchement des femmes néonaticides, nous y avons inclus le cas d'un enfant vivant qui avait été abandonné dans les toilettes d'un supermarché et dont la mère a, par la suite, été condamnée du chef de tentative de meurtre et du meurtre d'un autre nouveau-né.

S'agissant du lieu de l'accouchement, dans trois dossiers il n'a pas été possible de déterminer avec certitude l'endroit dans lequel les enfants étaient nés (**Tableau 5**). Seulement 19% des accouchements se sont déroulés dans des lieux extérieurs au domicile (11 sur 58). Les toilettes, qu'ils soient privés ou publiques ont été la scène d'un accouchement clandestin dans 14% des cas (7 sur 58). De la même manière, la salle de bain et la chambre semblent être les lieux d'accouchement les plus fréquents de notre échantillon (25 sur 58). Ce constat aurait pu être plus élevé car 24% des accouchements ont eu lieu dans la maison sans qu'une autre précision soit apportée sur la pièce exacte.

Les circonstances de l'accouchement ont été, quant à elles, plus difficiles à établir, notamment parce que les femmes éprouvent beaucoup de difficultés à s'en rappeler, soit parce que trop douloureux, soit parce que prise d'une réelle amnésie. Nous avons toutefois obtenu la copie d'un procès-verbal d'audition d'une jeune femme condamnée à huit mois d'emprisonnement pour homicide involontaire. Elle a été consciente de sa grossesse, n'a aucunement été suivie médicalement et a accouché seule dans un bois sur le trajet de l'hôpital. La nuit des faits, vers une heure du matin, elle s'est rendue aux toilettes, dans l'appartement qu'elle a occupé avec son petit ami et sa sœur et s'est aperçue de la perte des eaux. Néanmoins, elle est retournée se coucher auprès de son petit ami. Vers 2h30, elle a finalement décidé de prendre le chemin de l'hôpital, mais n'a prévenu aucun de ses colocataires. Selon ses dires, l'accouchement a duré une éternité. Elle n'a ni crié, ni appelé des secours. Elle pense que le bébé a pleuré à sa naissance. Il est tombé sur l'herbe et elle aurait, par la suite, perdu connaissance avant de perdre pied et d'apercevoir le bébé bouger. Elle a coupé le cordon avec des ciseaux qui se trouvaient dans la poche de son blouson (elle expliquera aux enquêteurs qu'elle les avait récupérés dans la journée par une amie à qui elle les avait prêtés). Elle était à genoux lorsque le placenta est tombé. Elle a posé le bébé sur son T-shirt et s'est persuadée qu'elle ne pouvait pas le garder : « c'était trop dur à assumer ». « Je ne l'ai pas prise contre moi sauf à une

reprise et comme elle avait les yeux ouverts, je l'ai reposée car je ne voulais pas qu'elle me voit ». Elle a ensuite cherché dans les alentours des sacs plastiques et placé le placenta dans l'un d'entre eux, le bébé dans un autre et, enfin, le tout dans un troisième sac qu'elle a déposé dans la poubelle d'un particulier. Elle avouera par la suite que les sacs plastiques n'étaient pas le fruit du hasard mais qu'elle les avait pris « au cas où ».

Nous reprenons un entretien entre Catherine Bonnet et une patiente prénommée Hélène[1263] :

Hélène : « J'ai commencé à avoir des douleurs au ventre, des petites douleurs, pas comme des douleurs d'accouchement, comme lorsque j'ai vu ma sœur accoucher. J'avais seulement un peu mal. Et comme j'avais envie de vomir, je me suis levée pour aller chercher une cuvette…Et d'un seul coup, je me suis mise à perdre du liquide, du sang…Je ne sais pas…Je ne me suis pas rendu compte de ce qui s'est passé, car je me suis accroupie sur la cuvette… (Elle est gênée et s'arrête).

Le praticien : Aviez-vous envie de pousser ?

Hélène (gênée, fuyante, lointaine) : Je ne sais plus…L'enfant est tombé comme cela…Je ne sais plus…Il ne bougeait pas…Je l'ai pris dans mes bras…Il avait l'air mort…Pour moi, il était mort. Après, je l'ai mis dans un sac et je l'ai mis dans un coin ».

Après d'autres échanges sur le fait qu'elle avait conscience de sa grossesse mais qu'elle était dans l'incapacité d'en parler à son entourage, Catherine Bonnet pose la question suivante :

« Vous deviez pourtant bien penser que vous alliez accoucher un jour ?

Hélène : Oui, c'est incroyable. Je ne pensais pas que mon accouchement serait comme celui-là, sans douleurs. Quand j'ai vu ma sœur accoucher, elle se tordait de douleur, elle avait mal. Et moi, c'est incroyable, quand j'ai accouché, je n'ai pas réalisé que c'était un accouchement…

C'est incroyable…je n'ai rien senti… Je ne sentais rien…C'est vraiment incroyable. Je ne sentais rien du tout… Je ne comprends pas ce qui s'est passé… ».

Nous prenons également l'exemple de Claire qui, à quatre reprises, a accouché sur les toilettes, a placé les nouveau-nés dans un sac poubelle qu'elle déposait aux ordures. Lorsque

---

[1263] Bonnet, C. Bonnet, C. *Geste d'amour: L'accouchement sous X*. Nouv.éd. Sciences Humaines. Odile Jacob, 2001, p.192 et s.

Catherine Bonnet lui demande pourquoi les toilettes, la jeune femme répond : « Je ne sais pas… C'est d'instinct… Je ne sais pas… Je me mets sur les toilettes »[1264].

448. La description des conditions d'accouchement par les premières concernées apparaît pour le moins lointaine de celle avancée et annoncée par les professionnels de santé. Relativement à ce que nous avons déjà observé tout au long de nos développements sur l'accouchement, il semblerait que l'accouchement des femmes néonaticides soit moins traumatisant du point de vue physiologique que celui réalisé dans certains hôpitaux. Rapide et presque indolore, l'accouchement clandestin revêtent, selon certains, des allures de gestes prémédités. Nous avons assisté, lors d'un procès, à un échange entre Maître Costantino, partie civile, et Céline Lesage sur les circonstances de l'accouchement. Il existait un doute sur la présence, préalable à l'accouchement, de ficelle et de sacs plastiques dans la chambre. En effet, Céline Lesage a affirmé ne pas avoir regardé les nourrissons, d'avoir procédé à tâtons pour accoucher, tirer sur le cordon afin que le placenta se retire et attraper les sacs plastiques et la ficelle. Elle aurait ainsi répété ces circonstances à six reprises… De la même manière, les femmes néonaticides accouchent seules, à des horaires où l'ensemble de la famille est occupé à l'extérieur, à des heures où elles ne risquent pas, par exemple, d'avoir à aller chercher les autres enfants à l'école. Toutefois, cela n'est pas toujours le cas. Nous avons pu observer à plusieurs reprises que certaines femmes ont accouché alors que d'autres enfants étaient à la maison[1265] ou lorsque le concubin dormait dans une pièce annexe[1266]. *A contrario,* une femme a accouché dans les toilettes d'un supermarché et a laissé l'enfant dans la cuvette parce que son mari s'impatientait. L'enfant a été récupéré par une autre femme et a été par la suite adopté. La grossesse suivante s'est soldée par un accouchement à la maison en présence des enfants dont l'un a eu la chance de couper le cordon. Aujourd'hui, l'enfant se porte bien. Cependant, la dernière grossesse s'est à nouveau terminée par un accouchement clandestin sur le lieu de travail (nous n'avons aucune information supplémentaire sur la pièce exacte, s'il

---

[1264] Bonnet, C. (2001), *op.cit.* p.198.
[1265] Hutin, B. « La mère soupçonnée d'infanticide reste "amnésique" ». *lamontagne.fr,* article paru et consulté le 19 février 2010.
[1266] Selon nos propres constatations lors du procès de Céline Lesage en mars 2010 devant la Cour d'assises de la Manche. *V.* également : « Sextuple infanticide : la mère "est aussi victime d'elle-même" ». *20minutes.fr,* article paru le 17 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010 et « Sextuple infanticide :"c'est pas possible, j'ai pas pu faire ça..." » *TF1 News,* article paru le 17 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010.

s’agissait, par exemple, des toilettes) et la mort du nouveau-né. Ainsi sur quatre grossesses consécutives, celle qui a conduit à la mort de l’enfant est celle dont l’accouchement s’est déroulé dans la plus grande clandestinité.

Ainsi, l’intervention d’un tiers, tout comme dans le déni de grossesse, serait-elle salvatrice.

TABLEAU 5 : Les différents lieux d'accocuhement

Lieux d'accouchement	N = 57 + 1
Maison	14
Buanderie	1
Cage d'escalier	1
Chambre	10
Salle de bains	15
Toilettes privés	4
Toilettes publiques	3*
Lieu de travail	2
Jardin	1
Bois	2
Voiture dans un bois	3
Inconnus	3

* Dont un était sur le lieu de travail.

B. Les maux des accusées

449. Selon nos propres constatations lors des procès pour meurtre, la garde à vue apparaît divisée en deux temps : tout d'abord celui, très court, du refus, de la négation. Puis, celui de la libération que beaucoup d'officiers de police judiciaire (OPJ) reconnaissent. Il ne s'agit pas réellement d'aveux qu'ils ont réussi à obtenir d'elles, mais plutôt d'un soulagement, d'une confession pour elle et d'une période de retranscription des paroles pour la police ou la gendarmerie. Toutefois, ces derniers ne sont pas spécialement formés pour l'audition de telles « meurtrières » : parfois ils les coupent, leur posent des questions très pratiques visant à rationaliser les faits autant que possible. Ces pratiques habituelles de travail traduisent une rationalisation quasi-systématique des faits par le système judiciaire lorsqu'il doit faire face au discours des femmes néonaticides.

1. Le recueil de la parole

450. L'analyse de notre échantillon et plus spécialement notre présence à quatre procès nous a interpelés sur le poids des mots dans ce gendre de procédure. D'une part, parce que depuis quelques années le déni de grossesse s'est introduit dans les débats de meurtre de nouveau-né. Si bien que les parties en présence tentent de s'attribuer les mots : avocat général et fréquemment partie civile s'attachent à démontrer, par exemple, que l'accusée a bien employé le terme de « bébé » ou d' « enfant » pour désigner leurs victimes. Les avocats de la défense, quant à eux, mettent en avant la possibilité d'une interprétation par les enquêteurs. Ainsi, feraient-ils face à deux catégories de représentations : celle judiciaire et celle néonaticide.

a. Le contenu de la parole. L'importance des mots retranscrits sur les procès-verbaux appartient essentiellement au domaine du déni de grossesse dans l'enceinte judiciaire depuis quelques années. Il s'agit des débats relatifs à l'emploi, par les accusées, de mots tels que

« chose » ou « boule » et qui pourraient avoir été retranscrits sous les termes d'enfant ou de fœtus ou d'enfant à naître. Si les expressions « chose » ou « boule » correspondent, dans la réalité, aux nouveau-nés, elles ne s'attachent pas au même contenu dans l'élaboration psychique de ces femmes néonaticides.

451. L'arrestation suivie d'un interrogatoire quasi immédiat sont des moments très particuliers pour n'importe quelle personne qui doit en passer par là, mais ils revêtent un aspect beaucoup plus traumatisant pour les femmes néonaticides. En effet, le monde qu'elles avaient construit pendant toutes ces années avec ses murailles de défense s'effondre comme un château de cartes en seulement quelques minutes[1267]. Il s'agirait, pour elles, d'une véritable effraction psychique, celle-là même qui les a conduites à étouffer le cri de leur nourrisson[1268]. Elles se doivent d'affronter brutalement la réalité qu'elles ont pendant parfois très longtemps niée. Parfois, leur apparence distante et froide laisse les policiers soupçonner une meurtrière sans aucun remords. C'est le portrait qui a été peint par les médias dans les premiers moments de l'enquête dans l'affaire de Véronique Courjault en 2006[1269]. Dans d'autres espèces, les femmes néonaticides remercient les services d'enquête pour l'accueil qui leur a été réservé lors de leur garde-à-vue. Elles sont majoritairement reconnaissantes : quelqu'un s'intéresse à leur sort, elles qui n'ont jamais fait parlé d'elles[1270].

La défense de Virginie Labrosse a évoqué la possibilité que les procès-verbaux de garde à vue n'aient pas expressément retranscris les paroles de l'accusée. Le commandant de police fait état d'une femme abattue, en détresse et qu'il n'a pas eu de comportement agressif à son égard. Il l'aurait interrogée avec du recul sur les faits et n'aurait aucunement interprété les réponses. Selon lui, Virginie Labrosse était là pour se confesser, en toute sécurité, en toute liberté de parole. Il ajoute qu'il n'avait aucun intérêt à dénaturer sa confession, qu'il s'agissait de « recueillir un lourd secret ». Toutefois, après avoir échangé avec sa cliente, l'avocat de la

---

[1267] Marinopoulos, S. et I. Nisand (2011), *op.cit.*
[1268] *Ibid*, p.167.
[1269] *V. not :* Rizet, D. « Les aveux effarants d'une mère infanticide ». *LeFigaro.fr*, article paru le 20 octobre 2006 et consulté le 3 novembre 2006 sur : http://www.lefigaro.fr/lefigaromagazine/2006/10/20/01006-20061020ARTMAG90392-les_aveux_effarants_d_une_mre_infanticide.php.
[1270] Selon nos propres constatations lors du procès de Virginie Labrosse, condamnée en octobre 2010 par la Cour d'assises de Savoie, à cinq années d'emprisonnement pour tentative et meurtre sur mineur de quinze ans.

défense mettra l'accent sur le terme de cadavres que Virginie Labrosse aurait utilisé lors de ses dépositions. Il insiste sur le fait que le commandant de police ait peut être retranscrit le mot « cadavres », mais qu'elle ne l'aurait pas forcément prononcé en tant que tel. Pour le commandant, il s'agissait bien de cadavres, mais était-ce réellement le contenu de ses propos ? Silence dans la salle d'audience. L'avocat de la partie civile a sérieusement posé un doute sur la retranscription des dires de Virginie Labrosse. Si effectivement le commandant de police n'a pas eu de comportements agressifs et que les aveux n'ont aucunement été extorqués, les mots utilisés par l'accusée ont pu faire l'objet d'une interprétation sémantique par les enquêteurs, ne pouvant plus décrire l'état psychique dans lequel se trouvait exactement sa cliente : « Virginie Labrosse, en garde à vue, a dit des choses contradictoires : qu'elle ne s'était jamais sentie enceinte tout en ayant pu lâcher des explications convenables, celles qu'on attendait d'elle…celles qui dessinaient un rempart contre la folie…Elle était dans un état de sidération, comme un polytraumatisée après un accident de la route. Dès lors, elle ne sera jamais en mesure d'expliquer les faits et de se rappeler ce qu'elle a dit en garde à vue… »[1271].

452. Nous pensons sincèrement que ces débats sur l'exactitude des mots employés et de l'état psychique dans lequel se trouverait l'accusée lors des interrogatoires appartiendront au passé lorsque l'obligation d'installer des caméras en salle d'interrogatoire recevra les moyens nécessaires à sa réalisation[1272].

Les représentations judiciaire et néonaticide ne sont toutefois pas si éloignées ; au contraire, elles répondent au jeu de l'une et l'autre. Face à une réalité écrasante et des questions rationnelles, la femme néonaticide procèderait elle-même à une rationalisation des faits même s'ils n'ont aucunement été vécus comme tels. Le risque d'une telle complicité pourrait conduire à une « interprétation (qui) se gèle en rationalisation »[1273].

[1271] « Le procès de Virginie Labrosse entre crime et déni ». *La Savoie*, article paru et consulté le 15 octobre 2010.
[1272] La loi n°2007-291 du 5 mars 2007 tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale a introduit un article 64-1 dans le Code de procédure pénale exigeant un enregistrement audiovisuel des personnes placées en garde à vue pour crime.
[1273] Cherki-Nicklès, C. et M. Dubec. *Crimes et sentiments*. Seuil, 1992, p.260.

b. La rationalisation des faits. Toujours selon nos propres constatations lors de procès, les parties civiles et avocats généraux émettent l'idée que la femme change son discours en fonction de ses interlocuteurs. De déclarations très rationnelles en garde à vue et devant le juge d'instruction, elle adopterait une méthode de défense souvent fondée sur le déni de grossesse et « ses dérivés » pour expliquer son geste et s'exonérer de ses responsabilités. Dès lors, le combat central de ces procès s'articule majoritairement autour de la notion d'intention de donner la mort et indirectement sur la condition préalable d'autrui par l'intermédiaire de la notion du déni de grossesse. En effet, nous rappelons que la constitution du meurtre sur mineur de moins de quinze ans n'est entière uniquement si la condition préalable d'autrui et l'élément constitutif d'intention de lui donner la mort sont réunis. Si bien que chacune des parties va s'attacher à démontrer pour les unes que les conditions sont constituées et pour les autres qu'elles ne le sont pas. Ces face-à-face ont fait émerger les différentes représentations en œuvre dans le crime de néonaticide. D'une part, au-delà de la notion de déni de grossesse, c'est l'absence d'élaboration psychique qui semble prédominer chez les femmes néonaticides. Il s'agirait ici d'aborder la question de l'altérité : le nouveau-né constituait-il aux yeux de l'accusée un être à part entière ? D'autre part, ce trouble doit faire face aux représentations judiciaires qui ont la dent dure et pour qui une grossesse est nécessairement consciente, pour qui la mort d'un nouveau-né est nécessairement intentionnelle puisqu'une grossesse se termine nécessairement par un accouchement, c'est-à-dire la naissance d'un enfant. Dans cette seconde hypothèse, il s'agirait, au travers du discours précis et distant, de démontrer l'intention des femmes de mettre fin à la vie d'un nouveau-né. La logique est certaine et ne laisse que très peu de place à l'écoute du ressenti et de la crédibilité de ces femmes.

453. Nous avons pu constater que certaines de ces femmes étaient prêtes à avouer tout ce qu'on leur reprochait. Elles se mettent à avouer des modes opératoires qu'elles n'ont pas commis. Nous avons déjà évoqué le cas de Virginie Labrosse qui a avoué avoir étranglé un de ses nouveau-nés alors que l'autopsie ne révélait aucune lésion traumatique. Selon nos propres constatations, Véronique Courjault a également avoué avoir étranglé les nouveau-nés et avoir utilisé des ciseaux pour couper les cordons ombilicaux, ce que les autopsies ne démontraient aucunement. Il ne s'agit pas d'affirmer que la police « extorque » de faux aveux, mais qu'elle suit une logique criminelle qui repose sur des actes conscients et rationnels d'un meurtre qui

ne le sont pas. « Elle veut bien lui parler quand on lui demande de s'expliquer. Elle est prête à coopérer, mais elle ne sait pas quoi dire. Personne ne semble comprendre ce qu'elle vit, ils parlent tous un autre langage. Ils ne semblent pas attendre les mêmes aveux que ceux qu'elle à faire. Ces hommes et ces femmes n'ont qu'un mot à la bouche : « mort ». Il y aurait quelqu'un de mort. On lui dit « un bébé ». On lui explique qu'il est né d'elle. Elle se souvient une fois encore de la douleur, qu'elle avoue inlassablement, sans que personne ne s'y intéresse. Elle explique qu'en effet elle a fait cesser la douleur et qu'elle a caché les traces de celle-ci. Ces interlocuteurs s'énervent et lui font remarquer que ce qu'elle a caché est un « bébé », bien plus encore, « un bébé mort » »[1274]. Celles qui n'ont jamais mis de mots sur leurs maux ne peuvent peser le sens de leur expression.

2. Le meurtre du nouveau-né et la notion d'intentionnalité

454. « La prétendue reconnaissance de la force de l'inconscient par le blanchiment de toute intentionnalité équivaut à : vous n'avez rien à endosser de votre conscience »[1275]. Or, selon Michel Dubec, « la signification inconsciente ne peut être exonératoire »[1276]. Nous partageons parfaitement cette observation et notre démarche est toute autre. En effet, nous souhaitons au travers de ses propos sur la notion d'intentionnalité ajouter un élément nouveau à notre argumentaire en faveur d'une incrimination spécifique de meurtre de nouveau-né.

455. Le terme d'intentionnalité est une expression qui raisonne comme une intention toute particulière, qui se détacherait de l'intention strictement juridique exigée dans le traitement pénal du meurtre du nouveau-né[1277].

Le premier qui a fait état de ses travaux en la matière fût Franz Brentano, un philosophe et psychologue allemand du XIXème siècle[1278]. Entendue comme une caractéristique de la

---

[1274] Marinopoulos, S. et I. Nisand (2011), *op.cit.* p.166.
[1275] Chercki-Nicklès, C. et M. Dubec (1992), *op.cit.* p.260.
[1276] *Ibid.*
[1277] *V. Supra*, p.275 et s.

conscience, l'intentionnalité chez Brentano devient le critère permettant de distinguer les faits psychiques des faits physiques en ce que « l'intentionnalité est le rapport à l'objet propre à tout acte psychique et qui manque aux phénomènes physiques »[1279]. Sa thèse consiste à affirmer que chaque phénomène psychique est intentionnel et a un objet propre. C'est parce que le phénomène psychique se rapporte à un objet qu'il est intentionnel et spécifique. Or, pour Husserl, ce n'est pas l'immanence de l'objet qui fait la spécificité de l'acte mais justement ce qui n'est pas dans l'acte[1280]. Ainsi, ce qui serait immanent à l'acte intentionnel serait davantage la relation à l'objet que l'objet lui-même[1281]. Comme le soutien Maria Gyemant, « quand nous décrivons un acte intentionnel, nous décrivons la façon déterminée dont il se rapporte à un objet, et rien d'autre. Or il y a une différence essentielle entre *le rapport à l'objet* et *l'objet lui-même* »[1282].

456. Toutefois, le lien étroit entre conscience et intentionnalité et faits psychiques, qui résulterait de la thèse de Brentano, est mis à mal par les découvertes des neurosciences qui indiqueraient que de nombreux processus mentaux ne seraient pas conscients mais génétiquement programmés.

Lawrence Tancredi, dans *Hardwired Behavior, What Neuroscience Reveals about Morality*, met en avant l'importance du rôle que peut jouer le cerveau humain sur le comportement et l'esprit humains[1283]. Ainsi, la décision humaine d'agir serait-elle prise avant même que l'individu en ait eu conscience, si bien que les traditionnelles croyances sur la moralité (comme par exemple le meurtre, l'infidélité, la cupidité ou encore la manipulation) devraient

---

[1278] *V.* Brentano, F. *Psychologie vom empirischen Standpunkt*. Leipzig: Felix Meiner Verlag, 1924, cité par Gyemant, M. « Repräsentation et intentionnalité : Sur l'impossibilité de purger l'intentionnalité de tout objet immanent ». *Bulletin d'analyse phénoménologique* VI, nº 8 (2010): 29-45.
[1279] Gyemant, M. (2010), *op.cit.*
[1280] *V. not :* Elie, H., A. Kelkel, et R. Schérer. *Recherches logiques*. Vol. 1. Paris: PUF, 1961 et *RLV:Recherches logiques*. Vol. 2. Paris: PUF, 1993 ; Husserl, E. « Etudes psychologiques pour la logique élémentaire, Philosophische Monatshefte ». Dans *Articles sur la logique*, 123-167. Paris: PUF, 1995, cités par Gyemant, M. (2010), *op.cit.*
[1281] *V.* Zagury, D. (2011), *op.cit.* (relativement au déni de grossesse entendu comme un déni des caractéristiques de la grossesse et non un déni de l'existence de la grossesse ; un déni sur l'objet plutôt qu'un déni de l'objet).
[1282] Gyemant, M. (2010), *op.cit.*
[1283] Tancredi, L. R. *Hardwired Behavior: What Neuroscience Reveals About Morality*. 1er éd. Cambridge University Press, 2010. *V.* également : Tovino, S.A. « Book Review: "Hardwired Behavior : What Neurosicence Reveals about Morality ». *Scholarly Works*, nº 85 (2006) et Wildman, W.J. « Hardwired Behavior: What Neuroscience Reveals about Morality. By Laurence Tancredi ». *Journal of the American Academy of Religion* 75, nº 1 (1 mars 2007): 233 -236.

désormais être appréhendées sous l'angle de la biologie cérébrale[1284]. L'approche traditionnelle de ces « interdits » consiste à considérer l'esprit comme séparé du cerveau et du corps ; libre arbitre et intentionnalité étant les critères constitutifs. Ce mode de pensée considère que chacun a le choix de s'engager ou non dans des actes dépourvus de morale. L'avancée des neurosciences traduit la transition de l'esprit (*mentalism*) à la biologie (*physicalism*) en accordant ainsi la primauté au cerveau en tant que réalité biologique[1285]. A ce titre, et après avoir démontré le rôle que peuvent jouer certaines parties du cerveau dans notre vie et plus particulièrement sur notre vision de la moralité, les neurosciences ont pu observer la modification de l'état émotionnel des individus chez qui des lésions au cerveau étaient apparues. La tradition sociale, voire religieuse, définit les hommes comme des êtres responsables de leurs pensées et actions. Or, les neurosciences sont capables d'affirmer que le libre arbitre ne traduirait pas réellement ce qu'il se passe dans le cerveau d'une personne dont les pensées et les sentiments se transforment en action. Selon les neurosciences, admettre que la moralité peut être une caractéristique innée du cerveau, ne signifie pas que nous sommes tous capables de faire de « bons » choix (dans l'ordre de la morale). La théorie actuelle, chez la plupart des biologistes évolutionnistes, consiste à affirmer que depuis des millions d'années, notre capacité à penser en termes de moralité serait programmée[1286]. Notre capacité à réagir d'une manière particulière pourrait avoir été transmis génétiquement ou constituer le résultat de changements biologiques du cerveau, amélioré depuis son premier conditionnement. Ainsi, la programmation de notre « capacité morale » serait-elle génétiquement programmée[1287]. En définitive, nous découvririons, à travers des moments personnels, ce qui a déjà été construit dans notre cerveau.

Une théorie alternative consiste à refuser le caractère inné de la moralité et mettre en avant l'influence de l'environnement dans la prise de décision. Ainsi, un bon environnement encouragerait-il la morale au sein du processus décisionnel alors qu'un entourage défaillant empêcherait « la pensée morale » de se développer[1288]. Or, les avancées des neurosciences insistent sur le retour à la prééminence de la sélection dans la prise de décision. Nos cerveaux

---

[1284] Nous avons tous fait l'expérience de rester au lit après que le réveil ait sonné tout en promettant que nous nous lèverions dans les cinq minutes. Soudain, nous nous levons avant même d'en avoir pris la décision.
[1285] Tovino, S.A. (2006), *op.cit.*
[1286] *V. not* : Brosnan, S.F. et F.B.M. de Waal. « Monkeys reject unequal pay ». *Nature* 425, n°6955 (18 septembre 2003): 297-299.
[1287] Trancredi, L. (2010), *op.cit.* p.81.
[1288] *Ibid.*

contiendraient tous les moyens nécessaires au développement et à la capacité mentale. L'environnement sélectionnerait simplement, mais n'altèrerait pas les options déjà construites dans notre cerveau. Il s'agirait d'une combinaison de facteurs naturels, ou d'une capacité génétique à transmettre, et d'instructions qui s'apparenteraient à des évènements déclencheurs de notre capacité génétique. En tout état de cause, la programmation de notre capacité génétique serait insuffisante à l'assurance de sa transmission[1289].

457. Les effets de l'intentionnalité rendent difficile, voire inadapté le traitement pénal du meurtre du nouveau-né. Comme nous l'évoquions dans l'introduction de nos propos, il ne s'agit pas de trouver une cause exonératoire au traitement pénal de ces femmes (**Chapitre 2**), mais de justifier une incrimination autonome de meurtre de nouveau-né par l'identification d'éléments propres à ce crime, notamment au regard de la personnalité et de l'intentionnalité de son auteur.

« Les faits disent que c'est moi, mais ça n'est pas. J'ai dû faire les gestes mécaniquement »[1290].

[1289] *Ibid*.
[1290] Chiola, F. « Je ne me souviens pas des accouchements ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru et consulté le 20 octobre 2010.

CHAPITRE 2 : LA NON-SUBJECTIVITE DU TRAITEMENT PENAL

458. La qualification pénale d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans suppose deux interrogations légales indispensables : l'enfant était-il vivant au moment de sa naissance ? L'accusée a-t-elle intentionnellement donné la mort à son nouveau-né ? Au début de nos propos nous avons abordé la question de la condition préalable d'autrui qui nécessite que la victime soit une personne née vivante et viable. Nous avons également abordé l'épineux sujet de l'intentionnalité chez les femmes néonaticides en ce qu'il n'est pas un domaine aussi intangible qu'il y paraît. Lorsque les faits divers font écho du meurtre de nouveau-nés par leur propre mère, l'opinion publique crie au scandale et dresse un portrait de ces femmes des plus horrifiants : des monstres qui ont perdu la tête. Les femmes néonaticides sont-elles pénalement irresponsables ? La responsabilité pénale, principe fondamental de notre droit pénal, implique que la répression ne peut être exercée qu'à l'encontre des personnes responsables de leurs actes. Par conséquent, le délinquant n'encourt pas de plein droit une sanction du seul fait de son acte, encore faut-il qu'il soit reconnu pénalement responsable. L'analyse de trente-et-un dossiers pour lesquels des femmes ont été condamnées ou poursuivies pour la mort de leur nourrisson ne fait pas apparaître d'irresponsabilité pénale totale si bien que la justice des hommes est confrontée au jugement de ces femmes dont l'histoire de vie ne laisse paraître aucun trait du criminel ordinaire que peuvent habituellement rencontrer les cours d'assises. Cette spécificité du crime de néonaticide interroge : comment une femme peut-elle donner la mort à « la chair de sa chair » si elle n'est pas folle ? La diversité des qualifications pénales et des condamnations nous conduit à nous interroger sur l'opportunité de conserver une qualification pénale d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans. La spécificité du crime de néonaticide en ce qu'elle interroge les questions de la maternité et de la filiation ne doit pas être écartée au profit d'une qualification pénale générale devenue illisible.

459. L'évolution de la législation du crime d'infanticide, jalonnée par la clémence des jurés d'assises s'est accompagnée d'une responsabilité pénale atténuée des mères infanticides (**Section 1**). Toutefois, la qualification actuelle de meurtre sur mineur de quinze ans a totalement effacé les circonstances spécifiques de ce crime. L'analyse du droit comparé permettra ainsi de discuter de l'opportunité d'une incrimination autonome de néonaticide (**Section 2**).

Section 1 : De l'autonomie à l'indifférence

460. La lecture de l'évolution législative du crime d'infanticide met en évidence de nombreuses vacillations entre d'une part, la volonté de sévérité du législateur et d'autre part, la clémence des jurés populaires réticents à condamner les femmes meurtrières à la peine maximale (**I**). Si la législation criminelle en la matière est identique depuis 1994, la qualification pénale d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans peine toujours à répondre aux interrogations que suscitent le crime de néonaticide (**II**).

I- L'évolution législative de l'infanticide

461. Si à l'origine, l'infanticide n'était pas considéré comme un crime (**A**), les incertitudes à la fois sociales et législatives ont, par la suite, fait de l'infanticide un crime spécial dont l'appréhension et l'approche ne pouvaient se faire qu'au cas par cas. C'est ainsi que les jurys d'assises ont perpétuellement remis en question la position adoptée par un législateur pourtant inspiré par la répression (**B**).

A- L'infanticide : une pratique originelle non criminelle

462. L'infanticide n'a pas toujours intéressé le droit pénal. Il a tout d'abord été pratiqué comme un moyen de réguler les naissances et constituait également un droit de propriété du père de famille ou encore un geste religieux d'offrande à une divinité. C'est essentiellement l'Église qui va progressivement introduire des notions de droit à l'égard de cet enfant nouveau-né.

1. L'enfant objet de propriété

463. Le droit du *Pater Familias* de la Rome antique, puis dans l'Antiquité, l'exposition abandon ou le meurtre du nouveau-né étaient des pratiques courantes[1291]. L'enfant n'existait pas par sa naissance, mais par sa reconnaissance paternelle qui passait par la cérémonie dite du soulèvement. Il existait alors un délai pour décider du sort de l'enfant : au septième jour, le nom étant donné, l'enfant était admis et adopté par la famille ; l'exposition devenait alors interdite et sanctionnée. Dans cet intervalle de temps, le père pouvait les tuer, les vendre ou les abandonner pour diverses raisons : enfant illégitime (même sur simple présomption), malformation, naissance à un jour néfaste ou encore si l'enfant portait un signe de malédiction (s'il était chevelu à la naissance par exemple)[1292]. A Sparte, l'enfant, alors propriété de l'Etat, méritait de vivre s'il était « robuste ». En France comme à Rome, l'infanticide a longtemps été perçu comme l'expression du droit de propriété du père sur les membres de sa famille. La *Lex Pompéia de Parridiis*, établie sous l'empereur chrétien Constantin, incrimina finalement le meurtre du nouveau-né puni de la peine de mort, tout comme chez les Hébreux. La loi qui donnait le droit au père de mettre à mort ses enfants ne fût abrogée à Rome qu'en 374 après J-C. Dans l'ancien droit, l'article 131 de la loi Caroline, publiée par Charles V en 1533 énonçait « La femme qui secrètement par mauvaise volonté et de propos délibéré tuera son enfant, après qu'il aura reçu la vie et sa formation naturelle, sera condamnée suivant l'usage à être enterrée vive, et à périr à coups de pieux. Pour obvier néanmoins au désespoir que ce supplice pourrait causer, dans les lieux où l'on sera à portée de l'eau, il sera permis de faire noyer une femme convaincue de ce crime, à moins qu'elle ne l'eut commis plusieurs fois, auquel cas, pour inspirer plus d'horreur contre la cruauté de pareilles femmes, Nous voulons que le premier supplice soit employé, ou bien que la personne criminelle soit tenaillée avec des fers ardents avant que d'être précipitée dans l'eau, le tout sur l'avis que l'on demandera aux Gens de Loi.

[1291] *V.* Corbier, M. « Lois, normes, pratiques individuelles et collectives : la petite enfance à Rome ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 54, nº 6 (1999): 1257-1290.
[1292] *Ibid.*

Toutefois, lorsqu'une femme ou fille aura accouchée en secret ou aura caché l'enfant né en vie et formé, lequel on trouvera ensuite mort, si celle qui sera reconnue en être la mère, soutenait pour sa justification que l'enfant est né mort sans qu'il y ait eu de sa faute, des semblables cas étant quelquefois parvenu à Nous, on se conformera à ce qui est prescrit par l'Article 74 qui commence par ces mots : lorsque l'accusé voudra produire des Témoins : et il lui sera permis de prouver son innocence par des témoignages, des moyens et circonstances valables : pour cet effet on procédera à une plus ample perquisition, et à moins que l'accusée ne produisit des preuves suffisantes, sa justification ne sera point reçue, parce qu'il dépendrait ainsi de chaque personne criminelle de se procurer la liberté à la faveur de cette fausse exposition. Toutes les fois donc qu'une femme ou fille aura caché ou déguisé ainsi une grossesse véritable, et que de propos délibéré elle aura accouché seule et sans le secours d'aucune autre femme, un pareil accouchement la rendant nécessairement suspecte de la mort de son enfant, on ne peut avoir une plus forte preuve pour croire que la mère par un dessein criminel a cherché de cacher aux yeux du Public son libertinage par la mort d'un enfant innocent dont elle s'est rendue coupable avant, pendant et après sa naissance ; c'est pourquoi si une telle meurtrière voulait persister à se justifier sur des allégations fausses, téméraires et non fondées, les indices susdits ayant été suffisamment établis contre son crime, on doit la forcer par la rigueur de la question à le confesser, et sur la confession, la condamner au dernier supplice, ainsi qu'il a été dit. Dans les cas douteux, les Juges prendront conseil des Gens de la Loi, en leur communiquant les circonstances de la procédure, comme il sera marqué ci-après »[1293]. Toutefois, l'infanticide est toujours toléré, pratiqué sous forme d'accident. Il est en fait préféré, à l'époque, à l'avortement du fait de la forte toxicité des produits abortifs.

[1293] Texte de loi consulté le 29 décembre 2011 sur : http://ledroitcriminel.free.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/la_caroline/la_caroline_5.htm.

2. L'enfant sujet de protection divine

464. Sous l'influence de l'Église, la période de l'Ancien Régime a vu la sévérité de la répression de ce crime s'accroître[1294]. Pour la première fois des décisions officielles sont prises pour « défendre l'enfant nouveau-né privé du sacrement du baptême et de la sépulture chrétienne »[1295]. L'ordonnance des Moulins de février 1556, adoptée pendant les travaux du Concile de Trente, créa le crime de recel de grossesse. Ainsi, pour réprimer l'infanticide autant que pour le prévenir, l'édit d'Henri II de 1557 oblige les filles mères à déclarer leur grossesse et leur accouchement : « Toute femme qui se trouvera dûment atteinte et convaincue d'avoir celé, couvert et occulté, tant sa grossesse que son enfantement, sans avoir déclaré l'un et l'autre, et avoir pris de l'un et l'autre témoignage suffisant, même de la mort ou de la vie de son enfant lors de l'issue de son ventre ; et après se trouve l'enfant avoir été privé tant du saint sacrement du baptême que de la sépulture publique et accoutumée ; qu'une telle femme tenue pour avoir homicidé son enfant, pour réparation publique, sera punie de mort et de dernier supplice, de telle rigueur que la qualité particulière du cas le méritera »[1296]. Dès lors, la culpabilité de la mère se fondait sur deux présomptions d'infanticide : la dissimulation de la grossesse et de l'accouchement ainsi que le fait de priver l'enfant de sépulture chrétienne. Il était ainsi présumé le meurtre d'un nouveau-né lorsque sa mère avait accouché seule, sans avoir préalablement déclaré sa grossesse et lorsqu'elle avait fait disparaître le petit corps[1297]. Les considérations d'ordre religieux fondaient l'infanticide car il constituait un crime contre Dieu en privant l'enfant de baptême. Ce n'était pas l'atteinte à la faiblesse d'un nouveau-né qui était spécialement sanctionné mais le fait qu'il puisse naître et mourir sans que personne ne le sache ; d'où la nécessité d'une « inscription symbolique », « de l'assertion qu'un humain a le droit à sa trace écrite »[1298]. Pour protéger davantage

---

[1294] Laingui, A. « Histoire de la protection pénale des enfants ». *RIDP* (1979): 521-533.
[1295] Lalou, R. « L'infanticide devant les tribunaux français (1825-1910) ». *Communications* 44, nº 1 (1986): 175-200, p.187.
[1296] Isambert, F.-A. *Recueil général des anciennes lois françaises, depuis l'an 420 jusqu'à la Révolution de 1789*. Vol. 29. Paris, 1821, p.471-473.
[1297] M.Chataignier écrivait à propos de ces présomptions légales : « il s'agissait d'une inquisition révoltante et brutale, contraire aux bonnes mœurs et mortelle à la réputation d'une fille peut-être innocente » (Chataignier, M. *De l'infanticide dans ses rapports avec la loi, la morale, la médecine légale et les moeurs administratives*. Paris, 1855, p.18, cité par Lalou, R. (1986), *op.cit.*).
[1298] Cherki-Nicklès, C. et M. Dubec. *Crimes et sentiments*. Seuil, 1992, p.52.

l'éthique, cet édit devait être lu dans les églises tous les trois mois[1299]. La pratique fondée sur ces textes avait organisé un système de répression moins sévère qu'il ne pouvait sembler, et exigeait en fait sept conditions pour que la peine de mort pût être prononcée, parmi lesquelles la preuve de la grossesse et de l'accouchement, le recel de grossesse, mais aussi que la fille mère ait connu l'obligation qui lui était faite de déclarer sa grossesse. A la fin du 18ème siècle, la place de l'enfant dans la société avait beaucoup évolué notamment par la mise en place de l'assistance publique qui facilitait le recours à l'abandon de l'enfant et diminuait le recours à l'infanticide. L'Église commençait à prendre clairement position pour l'interdiction faite par l'évêque d'Arras aux parents de coucher avec leurs enfants de moins d'un an, tant les étouffements, considérés comme des infanticides déguisés, devenaient fréquents[1300]. L'application de ce texte varia plus tard selon les régions, la peine de mort étant parfois remplacée par le bannissement. Il restera, cependant, en vigueur jusqu'à l'établissement du Code pénal de 1791[1301].

B- Une répression maximale du crime d'infanticide

465. Devenu plus tard un crime, l'infanticide ne suscite pas que la réprobation, mais aussi bien souvent de la pitié envers la mère, que des circonstances dramatiques ont conduite à un geste fatal. Dans la plupart des législations[1302], la répression s'attache à l'une ou l'autre des attitudes suivantes : faire de l'infanticide un crime spécial, rigoureusement puni car la victime est un être sans défense ou instituer, en raison de la tolérance vis-à-vis de la mère coupable, une excuse entraînant une moindre sévérité à son égard, ou même parfois aux profits des autres parents qui l'ont aidé à dissimuler sa honte en faisant disparaître le fruit de sa faute. Ces différentes conceptions ont marqué tour à tour le droit pénal français.

[1299] Lalou, R. (1986), *op.cit.*, p.199.
[1300] Blaffer Hrdy, S. *Les instincts maternels*, Payot, 2002, p.269 et suivantes.
[1301] L'édit d'Henri II, de février 1556, fût confirmé par Henri III en 1585 et par Louis XIV en 1708 (Isambert, F.-A. (1821), *op.cit.*).
[1302] *V. infra*, p.439 et s.

1. Les difficultés de constitution du crime

466. Si le code pénal de 1791 ne contenait aucune disposition spécifique pour l'infanticide qui était sanctionné comme les autres meurtres, c'est-à-dire la condamnation à la peine de mort, il s'agissait selon Xavier Lameyre, chargé de formation et de recherche à l'Ecole nationale de la magistrature jusqu'en 2007, de « laïciser » les lois qui faisaient davantage référence à la morale religieuse qu'au droit[1303]. Cette laïcisation mît fin au régime de la présomption d'infanticide. Toutefois, les travaux parlementaires préalables à l'adoption du Code pénal de 1810 ont abouti au classement de l'infanticide dans la catégorie des meurtres avec préméditation passibles de la peine de mort. Cette grande sévérité va rendre difficile le travail des magistrats en ce que d'une part, la constitution du crime d'infanticide était selon les circonstances compliquée à établir et d'autre part, la condamnation à une peine trop sévère répugnait les jurés à sanctionner et conduisait le législateur à réformer.

a. La difficile détermination de la qualification pénale. En créant l'article 300 du Code pénal, la législation napoléonienne a fait réapparaître ce crime spécifique en augmentant la répression par l'insertion de l'infanticide parmi les meurtres aggravés en raison de la qualité de la victime et lui restitua alors le caractère de crime spécial, toujours puni de la peine de mort, quelque soit l'auteur et sans distinguer si l'acte était ou non prémédité. Cet article du Code pénal de 1810 disposait en effet qu'était qualifié d'infanticide « le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né » et puni de mort par l'article 302 du même code. A l'origine, cette définition portait uniquement sur la qualité de la victime sans que l'on prenne en considération la qualité de son auteur, père, mère, frères, sœurs ou un tiers auteur. Le crime d'infanticide rejoignait ainsi l'assassinat, l'empoisonnement et le parricide, érigé lui aussi en crime *sui generis,* considéré comme le plus horrible des attentats. Cependant, lors des débats parlementaires, la peine de mort n'avait pas fait l'unanimité[1304]. Ses partisans la justifiaient

---

[1303] Cité par Guernalec-Levy, G. *Je ne suis pas enceinte : Enquête sur le déni de grossesse*. Stock, 2007, p.191.
[1304] A partir d'un procès-verbal du Conseil d'Etat, dressé lors de la séance du 8 novembre 1808, Annick Tillier observait : « Dans le camp des opposants à la peine de mort, quelques-uns, tel Berlier, sensibles à la crainte du déshonneur qui poussait nombre de mères illégitimes au crime, préconisaient plutôt la déportation. D'autres voyaient dans la rigueur du châtiment une source d'impunité. Treilhard estimait ainsi qu'une telle sanction serait

par deux principaux arguments : d'une part, la peine de mort était un châtiment exemplaire face à l'accroissement des crimes contre les nouveau-nés perçus comme le symptôme du dérèglement des mœurs, d'autant plus que toute société se doit de protéger les êtres sans défense. De surcroît, les nombreuses présomptions établies par l'édit d'Henri II (dissimulation de la grossesse, dissimulation de l'accouchement et absence de déclaration)[1305], certes abrogées par le Code pénal de 1810, persistaient et rendaient impensable un crime d'infanticide non prémédité, si bien qu'une présomption de préméditation subsistait, renouant ainsi avec la tradition de l'Ancien Régime[1306]. Il était entendu que la nature particulière du crime d'infanticide justifiait son assimilation à l'assassinat et appelait, par voie de conséquence, à une sanction sévère. Ainsi, le fait que la mort ait été donnée à un nouveau-né suffisait-il à justifier l'application de la peine de mort.

Selon Chauveau et Hélie, « ce crime n'existe que par le concours de trois conditions : la volonté de tuer, car le meurtre est l'homicide volontaire, c'est-à-dire l'homicide consommé avec l'intention de tuer ; que l'enfant ait vécu, car il n'y a point d'homicide si l'être auquel il a voulu ôter la vie était déjà mort ; enfin, que l'enfant soit nouveau-né, car s'il a perdu cette qualité, le crime n'est plus un infanticide, mais un simple meurtre »[1307]. La première condition de constitution du crime d'infanticide tenait à une intention criminelle parfois difficile à établir. En effet, la seule dissimulation de la grossesse et de l'accouchement ou du corps du nourrisson ne pouvaient suffire à déterminer l'intention de donner la mort. Dans les hypothèses où le décès de l'enfant était du à un simple défaut de soins, seul le délit d'homicide involontaire était retenu[1308]. Cette incrimination a souvent fait l'objet d'une question subsidiaire lors des débats d'assises lorsque l'intention criminelle n'était pas

---

rarement prononcée car, disait-il : « Il répugne aux jurés d'envoyer à l'échaffaud une mère que la crainte du déshonneur a égarée » » (Tillier, A. *Des criminelles au village. Femmes infanticides en Bretagne*. Presses Universitaires de Rennes 2 (PUR), 2001, p.120) .

[1305] Edit d'Henri II cité par Richard Lalou : « Etant dûment averti d'un crime très énorme et exécrable, fréquent en notre royaume, qui est de plusieurs femmes ayant conçu enfants par moyens déshonnêtes ou autrement, persuadées par mauvais vouloir et conseil, déguisent, occultent et cachent leurs grossesses, sans rien découvrir et déclarer ; et advenant le temps de leur part et délivrance de leur fruit, occultement s'en délivrent, puis le suffoquent, meurtrissent et autrement suppriment, sans leur avoir fait impartir le saint sacrement de baptême ; ce fait les jettent en lieux secrets et immondes ou en enfouissant en terre profane, les privant par tels moyens de la sépulture coutumière des chrétiens » (Lalou, R. (1986), *op.cit.*, p.199).

[1306] Lalou, R. (1986), *op.cit.*, p.189.

[1307] Chauveau, A. et F. Hélie. *Théorie du Code pénal*. t. 5. Paris, 1839, p.191-192.

[1308] L'ancien article 319 du Code pénal réprimait l'homicide involontaire d'une peine d'emprisonnement maximale de deux ans et d'une amende d'un montant situé entre 50 et 600 francs.

manifeste, mais il s'agissait également pour les magistrats professionnels d'obtenir une condamnation, certes atténuée, mais plus sûre.

S'ajoutait à la démonstration d'une intention criminelle celle de la vie préalable de l'enfant. C'est principalement l'expertise médico-légale qui apportait les éléments permettant d'affirmer que l'enfant avait respiré. Lorsqu'il n'était pas prouvé que l'enfant avait vécu ou qu'aucune trace probante de violences n'avait été observée, les juges d'instruction retenaient fréquemment à l'encontre des accusés le délit de suppression d'enfant et dans certains cas, le délit d'abandon d'enfant ou d'inhumation non autorisée ou encore le défaut de déclaration de naissance[1309]. De surcroît, les travaux d'Annick Tillier montrent que ce n'était pas tant les questions médico-légales qui posaient des difficultés en matière de preuve, mais davantage les conditions dans lesquelles les autopsies étaient réalisées : « Dans la plupart des cas, les autopsies se font à la hâte, au domicile même des inculpées, avec des moyens de fortune. Il est tout à fait exceptionnel que les cadavres des nouveau-nés soient transportés à l'hôpital où les praticiens peuvent opérer dans de meilleures conditions et disposer d'un matériel adapté »[1310]. De telles pratiques empêchaient de rendre des conclusions formelles laissant ainsi la voie libre aux avocats de la défense pour jeter le doute sur la preuve que l'enfant avait respiré avant d'être tué. Le constat de cette situation a parallèlement rendu les magistrats méfiants à l'égard du corps médical en ce qu'il revenait souvent sur ses propres conclusions arguant d'une certaine incompétence ou d'une prise de position envers les accusées.

Enfin, pour que le crime d'infanticide soit constitué, l'enfant devait être un nouveau-né, entité que le législateur n'a jamais expressément définie. D'une part, les médecins de l'époque n'utilisaient pas tous la même conception : certains estimaient qu'un enfant était un nouveau-né pendant le premier mois de sa naissance, d'autres se rapportaient à la chute du cordon ombilical environ huit jours après la naissance[1311]. D'autre part, la Cour de cassation, tout en restant lacunaire, estimait que « La loi, en qualifiant d'infanticide et en punissant d'une peine plus forte le meurtre d'un nouveau-né, n'a eu en vue que l'homicide volontaire commis sur un enfant au moment où il vient de naître, ou dans un temps très rapproché de celui de sa naissance ; (…) ses dispositions ne peuvent être étendues au meurtre d'un enfant qui a déjà atteint l'âge de trente-un jours et dont, par conséquent, la naissance, si elle n'a été légalement

---

[1309] Lalou, R. (1986), *op.cit.*, p.190-191.
[1310] Tillier, A. (2001), *op.cit.*, p.107.
[1311] *V. Supra*, p.20 et s.

constatée, n'a pu du moins le plus souvent rester entièrement inconnue ; (…) cette extension répugne et à la lettre de l'article 300 du Code pénal, qui n'a voulu protéger par un châtiment plus sévère la vie de l'enfant, que lorsqu'elle n'est pas encore entourée des garanties communes, et que le crime peut effacer jusqu'aux traces de sa naissance »[1312]. Cette notion de nouveau-né constituait dès lors une question de fait devant être laissée à l'évaluation du jury, si bien que la pratique des tribunaux consistait à user du délai de déclaration de naissance de trois jours pour déterminer la qualification pénale la plus adéquate, généralement entre l'infanticide ou le simple meurtre[1313]. En effet, au-delà de ce délai d'état civil, ce n'est plus la qualification d'infanticide qui était retenue, mais celle de meurtre[1314]. En définitive, la définition du crime d'infanticide se fondait, dans la pratique judiciaire, sur un délai de trois jours relatif aux déclarations de naissance à l'état civil. Lorsque la Cour de cassation a énoncé à propos d'un enfant de trente-et-un jours que « la naissance, si elle n'a été légalement constatée, n'a pu du moins le plus souvent rester entièrement inconnue », elle met implicitement l'accent sur une des principales difficultés de mise en œuvre de l'action publique en matière d'infanticide : la dissimulation des cadavres. Comme le faisait remarquer le Docteur André Théodore Brochard, « avortements et infanticides sont les deux crimes les plus faciles à commettre et les plus faciles à cacher » [1315]. En l'absence de cadavres, il devenait difficile de prouver le crime d'infanticide et notamment que l'enfant avait vécu. Étant donné que l'existence sociale de la victime n'avait pas été encore reconnue, les coupables pouvaient facilement échapper à la sanction du crime d'infanticide. Toutefois, d'autres qualifications pénales pouvaient valablement être retenues en cas d'échec de constitution de l'infanticide.

Il n'était pas rare qu'une femme soit poursuivie à la fois pour infanticide et avortement lorsque le meurtre avait été commis au cours d'un accouchement prématuré provoqué par un avortement. Par ailleurs, les anciens articles 349 et 351 du Code pénal réprimaient l'exposition d'un enfant dans un lieu solitaire. Ces dispositions ne visaient pas spécialement les nouveau-nés mais concernaient la protection des enfants de moins de sept ans. Lorsque

---

[1312] Cour de cassation, 24 décembre 1835, arrêt *Marie Demange* (Tillier, A. (2001), *op.cit.*, p.25).
[1313] Article 55 du Code civil : « les déclarations de naissance seront faites dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu ».
[1314] Cependant, Annick Tillier retrouve parmi les affaires jugées dans le ressort de Rennes, des accusations d'infanticide sur un enfant âgé de plus de trois jours (Tillier, A. (2001), *op.cit.*, p.25).
[1315] Brochard, A.T. *De la mortalite des nourrissons en France: spécialement dans l'arrondissement de Nogent-Le-Rotrou.* Paris: Baillière, 1866.

l'enfant avait survécu à son délaissement, l'article 349 du Code pénal prévoyait une peine d'emprisonnement de six mois à deux ans et une amende de 16 à 200 francs. En cas de décès de l'enfant, l'exposition était assimilée à un meurtre. Toutefois, rarement employée, cette incrimination avait le mérite de pouvoir suppléer au crime d'infanticide lorsqu'il était difficile de le prouver et assurer une condamnation[1316]. Enfin, l'ancien article 345 du Code pénal réprimait « les coupables d'enlèvement, de recelé ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée ». Ce texte ne visait que la protection de l'état civil de l'enfant afin que ce dernier conservît les droits que lui attribuait la naissance. Certains magistrats posaient, à titre subsidiaire, la question de la suppression d'enfant à l'occasion d'une accusation pour infanticide. Dans un arrêt de 1825, la Cour de cassation a expressément posé la distinction entre l'infanticide et la suppression d'enfant : « Le crime de suppression d'enfant ne peut être considéré comme une modification du crime d'infanticide ; (…) celui-ci est un attentat contre la vie de l'enfant, tandis que l'autre, placé dans une section différente du Code pénal, est surtout un attentat contre son état civil »[1317]. Si cette prise de position avait le mérite de ne pas être ambigüe, les questions subsidiaires de suppression d'enfant ont persisté lors des débats en cour d'assises[1318]. La première difficulté des magistrats qui avaient à appliquer la politique criminelle en matière d'infanticide résidait ainsi dans la détermination de la qualification pénale. La diversité des qualifications pénales à la disposition des magistrats permettait ainsi de répondre aux difficultés de preuve que soulevaient les circonstances de commission du crime d'infanticide. La correctionnalisation de l'infanticide par le choix d'autres qualifications a ainsi permis de réprimer un crime qui serait resté impuni s'il avait été jugé comme infanticide[1319].

b. L'incertitude du législateur quant à la répression. Quand bien même le crime d'infanticide était constitué dans tous ses éléments, les magistrats peinaient à obtenir des condamnations. Face à la sévérité des peines proposées par le Code pénal, les jurés

---

[1316] Tillier, A. (2001), *op.cit.*, p.28.
[1317] Cour de cassation, 20 août 1825, arrêt *Jeanne Périchon* (Tillier, A. (2001), *op.cit.*, p.31).
[1318] *Ibid.*
[1319] En 1900, le ministre de la Justice soulignait : « Bien que la loi du 13 mai 1863 ait enlevé au jury la connaissance des affaires dans lesquelles il n'est pas démontré que l'enfant ait vécu ou dans lesquelles il est établi qu'il n'a pas vécu, les magistrats en présence des verdicts systématiquement négatifs du jury se sont attachés de plus en plus à correctionnaliser les attentats dirigés contre la vie de l'enfant… », *Rapport du Compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie*. Ministère de la Justice, 1827-1934.

éprouvaient de grandes difficultés à expédier les mères coupables à un châtiment qu'ils jugeaient disproportionné. Selon les travaux d'Annick Tillier, portant sur les infanticides commis en Bretagne de 1825 à 1865, plus d'un tiers des affaires portées devant les cours d'assises bretonnes ont fait l'objet d'un acquittement[1320]. Les législateurs qui se sont succédé ont alors tenté d'adapter la loi à la tendance de l'opinion publique.

Le projet Peyronnet du 5 avril 1824 portant réforme de plusieurs articles du Code pénal a permis aux magistrats d'accorder aux mères infanticides des circonstances atténuantes conduisant ainsi à réduire la peine encourue aux travaux forcés à perpétuité[1321]. Cette excuse atténuante accordée à la femme, parfois appelée « excuse de puerpéralité », était fondée sur l'idée que la psychologie de la femme avait été profondément perturbée par les douleurs de l'accouchement, et que l'affolement et l'angoisse de l'avenir lui avaient enlevé partiellement sa raison. Le législateur a donc estimé que ne pouvait être tenue pour entièrement responsable de ses actes la femme qui, dans les instants qui suivirent l'accouchement, où elle se trouvait en état de choc, avait tué l'enfant qu'elle venait de mettre au monde. Cette excuse qui, par ailleurs, ne nous paraît pas éloignée de l'état de sidération qui suit tout accouchement, était strictement personnelle à la mère, et lui profitait qu'elle fût l'auteur principal ou seulement le complice du crime. A travers ce projet, le gouvernement entendait lutter contre l'absolution dont les femmes infanticides bénéficiaient si souvent. La clémence des jurés s'expliquaient en partie par le constat selon lequel les femmes accusées d'infanticide étaient majoritairement des mères célibataires, pauvres et abusées[1322]. Face à ce constat, ce sont vingt-cinq départements qui se prononcèrent en faveur du rétablissement des déclarations de grossesse, tombées en désuétude au lendemain de la Révolution française. D'autres avaient également demandé la réouverture des tours d'exposition[1323].

[1320] Sur 620 accusés, 12 ont été condamnés à mort, 275 aux travaux forcés, 92 à une peine de prison et de réclusion et 241 ont été acquittés (Tillier, A. (2001), *op.cit.*, p.124). *V*. également : Richard Lalou qui fait état de 70% des accusés qui ne sont pas jugés (Lalou, R. (1986), *op.cit.*, p.180).

[1321] Peyronnet. « Présentation du projet de loi, 5 avril 1824 ». *Archives parlementaires de 1787 à 1860*. 2ème série. Paris, 1878, p.653.

[1322] Tillier, A. (2001), *op.cit.*, p.201 et s.

[1323] Ce sont des armoires cylindriques et tournantes posées dans l'épaisseur d'un mur d'un monastère ou d'un hôpital pour recevoir ce qu'on y déposait du dehors, notamment des nouveau-nés.

L'article 5 de la loi du 25 juin 1824 entérina ces circonstances atténuantes[1324]. Il s'agissait là de l'inauguration du mouvement de correctionnalisation des crimes qui se poursuivît tout au long du XIXème siècle car l'opinion publique n'était toujours pas prête à condamner cet acte. Une réforme très importante de 1832, par des lois du 28 avril et du 1er mai, généralisa le système des circonstances atténuantes en octroyant aux jurés, et non plus seulement aux magistrats, la possibilité de prendre en considération des circonstances atténuantes[1325]. Elle supprima les peines corporelles autorisant même les jurés à descendre la peine jusqu'aux travaux forcés à temps, dont le minimum est de cinq ans. Ce transfert de compétence en faveur des jurés a conduit en 1863 à la correctionnalisation de certaines incriminations de suppression d'enfant quand il n'était pas établi que l'enfant avait vécu[1326]. Ce dispositif législatif permettait aux cours d'assise de se soustraire à de nombreux infanticides dont les conditions de perpétration assuraient l'impunité à leurs auteurs. En effet, cette loi permettait de porter directement devant les tribunaux correctionnels ces faits qui, sous la qualification de suppression d'enfant, étaient désormais passibles, quand la preuve de la vie de l'enfant n'avait pas été rapportée, d'une peine d'emprisonnement d'un mois à cinq ans. Les jurés ont toutefois continué à prononcer des acquittements, qui s'élevaient dans la région Bretagne et dans les dernières années avant la réforme de 1901, à 36 % des inculpations pour infanticide[1327].

La réaction législative de 1901[1328] avait pour finalité de rendre la répression plus sûre en la faisant plus mesurée : la peine de mort est rétablie pour les assassins et meurtriers mais selon l'article 302 du Code pénal, « la mère, auteur principal ou complice de l'assassinat ou du meurtre de son enfant nouveau-né, sera punie de la réclusion criminelle à temps de dix à vingt ans », la peine étant également réduite aux travaux forcés à perpétuité lorsque l'auteur de l'assassinat était la mère. En cas de simple meurtre, une nouvelle « excuse de puerpéralité » était instaurée et la peine encourue était réduite aux travaux forcés à temps. Contrairement au législateur de 1810, le législateur de 1901 a fondé la répression de l'infanticide sur la personne de la mère coupable. Il a, en effet, établi une évidente différence de traitement entre

---

[1324] Article 5 de la loi du 25 juin 1824 contenant diverses modifications au Code pénal, n°676 de la 7ème série du Bulletin des Lois : « La peine prononcée par l'article 302 du Code pénal contre la mère coupable d'infanticide, pourra être réduite à celle des travaux forcés à perpétuité. Cette réduction de peine n'aura lieu à l'égard d'aucun individu autre que la mère ».
[1325] Article 103 de la loi du 28 avril 1832 : « La loi du 25 juin 1824 est abrogée ».
[1326] Lois des 13 mai et 1er juin 1863.
[1327] Schaffhauser, D. « Un crime sans nom ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 75-83.
[1328] Loi du 21 novembre 1901.

les tiers auteurs et la mère infanticide, accordant à cette dernière une réduction de peine eu égard à sa qualité d'ascendante. Le minimum dont la mère était ainsi passible de cinq ans de réclusion en cas de préméditation et, en cas de meurtre simple, de deux ans d'emprisonnement. Si l'infanticide demeure un crime aux yeux du législateur, dans les faits, il fait encore l'objet d'un traitement judiciaire d'ordre délictuel. Si bien que, sous le gouvernement de Vichy, le législateur décida de correctionnaliser à nouveau l'infanticide par une loi du 2 septembre 1941 et par souci d'efficacité répressive, de supprimer le sursis et les circonstances atténuantes. Les sanctions encourues s'étalaient sur une échelle de trois à dix années d'emprisonnement. Cette attitude n'était pas illogique, elle permettait des condamnations systématiques. Un nouveau problème surgissait principalement en ce que l'infanticide était pénalement traité comme les délits d'atteinte aux animaux. De plus, le délit de suppression d'enfant était plus sévèrement réprimé que l'homicide d'un enfant. Cette correctionnalisation avait comme unique finalité de retirer l'infraction aux jurys populaires et de l'attribuer à des juges professionnels.

Il fallu attendre une loi du 13 avril 1954 pour voir l'infanticide à nouveau criminalisé et sanctionné en application du droit commun du meurtre[1329]. La mère infanticide bénéficia à nouveau d'un régime de faveur tel qu'issu de la loi de 1824 puisque d'une part, l'excuse de puerpéralité conduisait à une peine d'emprisonnement de dix à vingt ans et l'article 302 du Code pénal prévoyait une peine unique pour la mère infanticide sans distinguer si elle avait agi avec ou sans préméditation. A la lecture de ce cheminement législatif, il ressort de la politique criminelle en matière d'infanticide deux formes de traitement pénal du crime : d'une part, une forme « neutre » quand le coupable est un tiers et d'autre part, une forme « spéciale » atténuée, propre à la mère infanticide, regardée comme auteur ou complice d'un meurtre « excusé ».

[1329] Loi du 13 avril 1954 relative à la répression de crimes ou délits commis contre les enfants, *J.O.* du 14 avril 1954, p.3580.

2. La clémence des jurés ou l'échec de la répression

467. D'après les travaux d'Annick Tillier, entre 1825 et 1865 en Bretagne, très rares sont les femmes poursuivies pour infanticide qui étaient mariées : seulement 6, 99% des femmes étaient des femmes mariées adultères contre 86, 37% de femmes célibataires et 6, 64% de femmes veuves[1330]. Le constat de femmes domestiques abusées par le pouvoir de leur maître et par la promesse de mariage de nombreux séducteurs a certainement conduit les jurés, majoritairement masculins, dans un processus d'identification aux inculpées. L'âge moyen des accusées étaient relativement élevé puisqu'il atteignait 28 ans[1331] et ce, malgré la grande majorité de femmes célibataires. Ces chiffres sont comparables à ceux relevés par Simone Geoffroy-Poisson lors de son étude sur l'infanticide près la cour d'assises de Haute-Marne au XIXème siècle[1332]. L'âge des femmes accusées de la mort de leur nouveau-né oscillait entre 15 et 53 ans et la tranche d'âge au cours de laquelle le crime était le plus pratiqué était celui de 21-29 ans avec un taux de 62%.

Plus de 77% des femmes accusées étaient célibataires contre un peu plus de 10% pour les femmes mariées et 6% de veuves. Annick Tillier explique la prévalence des femmes célibataires sur le banc des accusés en raison de « la mauvaise conjoncture économique (qui les a) exclues du mariage »[1333]. Les femmes célibataires étaient « excusées » par le milieu socio-économique dans lequel elles vivaient et les femmes mariées étaient déjà suffisamment sanctionnées par la honte et le déshonneur que pouvait représenter la naissance d'un enfant illégitime : « le crime d'honneur est sans doute la définition la plus fréquente de l'infanticide »[1334]. La société du XIXème siècle ayant érigé le mariage et la famille en valeur normative, certains justifiaient le crime d'infanticide comme « le résultat presque inévitable de l'affreuse alternative où se trouve une infortunée qui n'a cédé que par faiblesse ou qui a succombé sous les effets de la violence. D'un côté l'infamie, de l'autre la mort d'un être incapable de sentir la perte de la vie. Comment ne préfèrerait-elle pas ce dernier qui la dérobe

---

[1330] Tillier, A. (2001), *op.cit.*, p.201 et Lalou, R. (1986), *op.cit.*, pp.182-185.
[1331] V. *Supra*, p.382 et s.
[1332] Geoffroy-Poisson, S. « L'infanticide devant la cour d'assises de la Haute-Marne au XIXe siècle ». *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, nº 35 (2005).
[1333] Tillier, A. (2001), *op.cit.*, p.202.
[1334] Lalou, R. (1986), *op.cit.*, p.194.

à la honte, à la misère elle et son malheureux enfant ? »[1335]. D'une certaine manière, l'indulgence des jurés s'expliquerait par la reconnaissance de l'accusée au travers de son crime des normes morales de la société[1336]. Les mêmes constatations ont été faites près la cour d'assises de la Haute Marne au XIXème siècle : le facteur moral que constituait la honte et la crainte du déshonneur, le facteur économique qui plaçait les accusées dans une grande misère matérielle et enfin, le facteur psychologique qui traduisait la détresse morale et la solitude inhérente au crime d'infanticide[1337] que M.Chataignier nommait la « solitude meurtrière »[1338].

468. S'ajoutaient à ces raisons socio-économiques, la version des accusées quant au déroulement du passage à l'acte. Plusieurs raisons étaient invoquées et les plus fréquentes étaient fondées sur la dramatisation de l'accouchement. En l'absence de trace de violence, les femmes accusées affirmaient avoir perdu connaissance à cause des douleurs subies lors de l'accouchement. La folie puerpérale, même si elle a été largement critiquée[1339], constituait le fondement même de la loi de 1901 dont l'exposé des motifs tenait compte de l' « état morbide de la mère, légitime ou naturelle, lors de l'accouchement »[1340]. Cette perte de connaissance aurait expliqué leur incapacité à donner des soins à leur enfant. Ce mode de défense avait pour avantage de correspondre avec le caractère solitaire et imprévu de l'accouchement. Il pouvait également expliquer les nombreuses asphyxies lorsque le nouveau-né se retrouvait bloqué sous le corps de sa mère et n'avait pu respirer lors de la perte de connaissance. L'évanouissement consécutif à un accouchement douloureux pouvait justifier l'existence de certaines ecchymoses sur le corps des nouveau-nés. Les femmes expliquaient être tombées sur l'enfant, l'étouffant et causant ainsi certaines blessures. Lorsque le corps du nouveau-né recouvrait certaines traces de violence, certaines femmes ont expliqué qu'elles avaient accouché debout[1341]. Toutefois, Annick Tillier a observé que la lecture des dossiers montrait que de telles justifications étaient minoritairement invoquées ; la position accroupie étant beaucoup plus répandue.

[1335] Beccaria, C. *Des délits et des peines. Traduction par Maurice Chevallier. Préface de Robert Badinter*. GF Flammarion. Paris, 1991, p.146.
[1336] Lalou, R. (1986), *op.cit.*, p.195.
[1337] Geoffroy-Poisson, S. (2005), *op.cit.*
[1338] Chataignier, M. (1855), *op.cit.*, p.169, cité par Lalou, R. (1986), *op.cit.*
[1339] *V. not.* : Tardieu, A. *Étude médico-légale sur l'infanticide*. J.-B. Baillière et fils (Paris), 1868 et Brouardel, P. *L'infanticide*. 1897, p.159-165.
[1340] Lalou, R. (1986), *op.cit.*, p.200.
[1341] L'idée selon laquelle la mort de l'enfant serait due à une chute est une hypothèse que Tardieu réfute dans son étude médico-légale sur l'infanticide : Tardieu, A. (1868), *op.cit.*, p.141 et s.

Assez fréquemment, les femmes affirmaient également que leur enfant était mort-né ou qu'il n'avait pas crié. Elle justifiait cette situation par le fait qu'elles avaient accouché prématurément. La découverte de nombreux cadavres de nouveau-nés dans les latrines démontrait le caractère souvent impromptu des accouchements. Toujours selon l'historienne, il ne s'agissait ni plu ni moins du seul endroit dans lequel ces femmes pouvaient dissimuler les petits corps et qu'il s'agissait rarement d'un accouchement spontané ou surprise. Néanmoins, elle a rapporté les dires, comparables à ceux que nous avons pu relever[1342], d'une jeune femme accusée d'avoir volontairement donné la mort à son nouveau-né : « Elle déclara alors que le matin, s'étant sentie prise de coliques, elle était descendue aux latrines, s'était placée accroupie sur le siège et y était accouchée, sans s'en être aperçue qu'au moment même, d'un enfant qui était tombé dans la fosse d'aisance »[1343]. Enfin, la perte de la raison était également invoquée par les femmes accusées de la mort de leur nouveau-né. Selon elles, les circonstances de l'accouchement les ont conduites à une perte momentanée de la raison. Cette explication leur permettait d'apporter un doute sur une éventuelle préméditation et de voir leur responsabilité atténuée.

C'est pourquoi, effrayés par les conséquences de leur verdict, les jurés acquittaient même les infanticides les mieux prouvés, parfois ceux avoués. Quelque soit la peine encourue tout au long des réformes législatives, elle apparaissait aux jurés d'une excessive sévérité. Le jury, composé majoritairement de propriétaires, était plus porté à la répression des atteintes aux biens. Les jurés repoussaient un châtiment qui leur paraissait exagéré ; un nouveau-né n'ayant pas la même place symbolique qu'aujourd'hui, à une époque où les morts naturelles d'enfants en bas âge étaient chose courante et où, dans les situations de misères et de famines, la charge supplémentaire d'un nouveau-né poussait souvent au crime.

469. En définitive, la législation sur l'infanticide a toujours vacillé, notamment en raison de la constante clémence des jurés, entre criminalisation et correctionnalisation, entre meurtre prémédité et meurtre atténué. La définition du crime autonome d'infanticide n'a jamais expressément mis en évidence le lien de filiation ; c'est essentiellement au niveau de la peine encourue que cette situation était prise en considération en ce qu'elle prévoyait une peine

---

[1342] *V. supra*, p.159 et s.
[1343] AN/BB/20/174/2, L-I, 3ème trim. 1854, Taslé, 26 septembre 1854 (cité par Tillier, A. (2001), *op.cit.*, p.78).

moindre lorsque l'auteur du crime était la mère. L'incrimination autonome était justifiée du fait de la qualité de la victime et les circonstances atténuantes du fait de la qualité de l'auteure. Les réformes législatives n'ayant pu endiguer la clémence des jurés, elles ont finalement eu raison de l'incrimination autonome d'infanticide. Le législateur a certainement vu dans le projet de refonte du Code pénal de 1994 une nouvelle opportunité d'un traitement pénal simplifié du crime d'infanticide. C'est ainsi que l'incrimination autonome d'infanticide a disparu au profit de l'établissement d'une circonstance aggravante du fait de la minorité de la victime ; la qualité de l'auteur des faits étant désormais inopérante. Si la généralisation de la loi à l'égard de nombreuses incriminations spécifiques, et en particulier celle d'infanticide, a procédé à la simplification du Code pénal, elle n'a aucunement mis un terme à la « loterie judiciaire » à laquelle sont soumises les accusées (**II**).

II- La « loterie judiciaire » de l'homicide volontaire sur mineur de quinze ans

470. L'une des particularités du néonaticide tient au fait que les circonstances n'ont pas à être élucidées. En effet, dans la très grande majorité des affaires, l'auteure des faits a été identifiée et seul le moment de l'accouchement et du passage à l'acte reste inexpliqué par l'accusée. Si les condamnations sont largement en dessous des peines encourues, elles ne traduisent en rien la clémence des jurés. Bien au contraire, leur inadéquation avec l'application de diverses qualifications pénales constitue une confusion dans la lecture du crime de néonaticide. L'homicide volontaire sur mineur de quinze ans, ainsi que les incriminations connexes, rendent illisible le traitement pénal de la mort du nouveau-né par sa mère. Les qualifications pénales et les condamnations qui s'y réfèrent ne traduisent aucunement le contexte néonaticide et participe à l'incompréhension de cet acte.

A. Des qualifications pénales inadaptées

471. Dans notre étude, nous avions un échantillon de trente-et-une femmes soupçonnées d'être impliquées dans la mort de leur(s) nouveau-né(s). Sept d'entre elles n'ont pas encore

été jugées, vingt-et-une ont reçu une condamnation définitive, trois ont été acquittées dont une partiellement (**Tableau 1**). Une femme s'est donnée la mort avant la tenue de son procès. Ce sont au total cinquante-huit enfants qui étaient concernés par les procédures dont un qui avait pu être sauvé. Au regard du nombre d'enfants concernés, ce sont cinquante-huit qualifications pénales de mise en examen qui ont été retenues par les magistrats ; l'information relative à deux dossiers n'ayant pu être recueillie.

TABLEAU 1 : État des procédures au 22 décembre 2011

État des procédures	N = 31
Instruction en cours	**7**
Mandats de dépôt	**17**
Condamnations	**21**
Peines d'emprisonnement ferme	17
Peines assorties d'un sursis total	4
Peines assorties d'un sursis partiel	4
Peines assorties d'une mise à l'épreuve	4
Peines assorties d'un suivi socio-judiciaire	2
Acquittements	**3**
Acquittements total	2
Acquittements partiel	1

1. En termes de mises en examen

472. Le chiffre élevé de cinquante-huit mises en examen s'explique par le nombre élevé d'enfants concernés. En effet, un tiers de ces femmes a été mis en examen pour la mort d'au moins deux de leur nouveau-né dont l'une d'entre elles est actuellement suspectée d'avoir donné la mort à huit de ses nouveau-nés. De surcroît, la méthodologie utilisée dans le recueil de l'échantillon a très certainement eu une influence. En effet, les affaires de néonaticides multiples sont davantage relayer par les journaux.

473. Près de 80% des procédures concernait un renvoi devant une cour d'assises pour homicide volontaire sur mineur de quinze ans (**Tableau 2**). Une seule femme a été renvoyée du chef d'assassinat sur mineur de quinze ans pour la mort de deux de ses nourrissons. Deux tentatives de meurtre sur mineur de quinze ans ont été engagées, l'une concernant un enfant qui a été retrouvé vivant dans les toilettes d'un supermarché et l'autre concernant un enfant mort-né. Enfin, deux femmes ont été renvoyées devant une cour d'assises pour privation de soins sur mineur de quinze ans ayant entraîné la mort.

Parallèlement, concernant les sept procédures qui sont toujours en cours d'instruction ou d'audiencement, ce sont dix-sept mises en examen qui ont été rédigées (**Tableau 2**). Sur ce total, à quatorze reprises la qualification pénale de meurtre sur mineur de quinze ans a été retenue. Le délaissement de mineur de quinze ans ayant entraîné la mort est relevé à une seule reprise.

Dans une affaire, la qualification de mise en examen n'est pas connue en raison de l'hospitalisation psychiatrique de la mère, en état de choc après l'accouchement de jumelles. Toutefois, le procureur de la République laisse entrevoir une incrimination de délaissement de mineur ou de privation de soins. En effet, de ce que nous avons pu recueillir comme information, la jeune femme aurait rapidement accouché de jumelles dans sa salle de bain et aurait immédiatement placé les corps dans un sac poubelle que le mari retrouvera le soir même sur la terrasse du domicile familial[1344].

[1344] Hutin, B. et F. Lagie. « Deux nouveau-nés découverts morts dans un sac poubelle ». *lamontagne.fr*, article paru et consulté le 12 janvier 2010 ; Hutin, B. « Mort des jumelles : le témoignage de la mère est essentiel ». *lamontagne.fr*, article paru le 13 janvier 2010 et consulté le 7 juin 2010 et « La mère soupçonnée d'infanticide

474. Concernant les qualifications pénales dont l'intention homicide n'est pas à rechercher, la privation de soins ayant entraîné la mort concerne tout d'abord, le cas d'une femme qui avait accouché dans ses toilettes et dans lesquels elle avait, dans un premier temps, laissé l'enfant, puis congelé rapidement[1345]. La seconde affaire concerne une femme qui a accouché dans sa voiture en pleine forêt. L'enfant n'a bougé que quelques secondes, elle l'a enveloppé dans du papier puis dans un sac en plastique. Elle a repris sa voiture et a déposé le nouveau-né sur les escaliers d'une maison. Elle a su couper le cordon dans les règles de l'art car, préparatrice en pharmacie, elle avait eu connaissance de la manière à suivre lors de stages[1346].

Quant à la qualification de délaissement de mineur de quinze ans dans le cadre des mises en examen n'ayant pas encore conduit à un renvoi devant une cour d'assises, il s'agissait d'un bébé retrouvé dans un congélateur. La mise en cause a affirmé que le bébé était mort-né lors de l'accouchement dans la baignoire. Le croyant mort-né, elle l'aurait déposé dans le congélateur[1347]. L'autopsie n'a ni affirmé, ni infirmé les déclarations de l'accusée.

475. Si certaines affaires révèlent des actes positifs de la part des auteures (voies respiratoires bouchées, strangulation, asphyxie mécanique…), certaines espèces se font l'écho de femmes poursuivies pour meurtre sur mineur de quinze ans dont le *modus operandi* ne diffère pas de celui des femmes poursuivies pour des incriminations qui ne prennent pas en considération l'*animus necandi*. C'est le cas d'une jeune femme poursuivie pour homicide

---

reste "amnésique" ». *lamontagne.fr*, article paru et consulté le 19 février 2010 ; Belingard, C. « Cublac : l'audition de la mère peu probante ». *france3.fr*, article paru et consulté le 23 février 2010 ; Hutin, B. et F. Lagie. « Deux nouveau-nés découverts morts dans un sac poubelle ». *lamontagne.fr*, article paru et consulté le 12 janvier 2010 et Hutin, B. « Mort des jumelles : le témoignage de la mère est essentiel ». *lamontagne.fr*, article paru le 13 janvier 2010 et consulté le 7 juin 2010.

[1345] Nos propres constatations lors du procès. *V.* également : « Bébés congelés en Savoie: une accusée "hantée" par ses actes ». *TF1 News*, article paru et consulté le 19 octobre 2010.

[1346] « Un infanticide jugé aux assises ». *Le Figaro - Flash actu*, article paru et consulté le 14 décembre 2009 sur : http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2009/12/14/01011-20091214FILWWW00498-un-infanticide-juge-aux-assises.php.

[1347] « Bébé retrouvé dans un congélateur. La mère mise en examen ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 21 mai 2009 ; « Le corps d'un bébé retrouvédans un congélateur à Metz ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 20 mai 2009 ; « Metz. Le corps d'un bébé découvert dans un congélateur ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 20 mai 2009 ; « Un bébé retrouvé mort dans un congélateur à Metz-Borny ». *AFP*, article paru et consulté le 19 mai 2009.

volontaire sur mineur de quinze ans pour avoir accouché clandestinement dans sa chambre d'un nouveau-né qu'elle a enroulé dans un jogging lui-même placé dans un sac plastique. L'autopsie avait mis en évidence une mort par asphyxie[1348].

Les qualifications pénales choisies lors de la mise en examen des femmes suspectées de la mort de leur nouveau-né résident outrageusement dans l'homicide volontaire. Or, les faits font état d'actes aussi bien positifs que d'omission, sans qu'ils aient une incidence sur la qualification pénale de mise en examen. Les qualifications pénales retenues lors de la mise en examen ont-elles évolué lors du prononcé de la peine ou de l'acquittement ?

[1348] « «Pour moi, mon enfant n'était pas vivant» ». *Libération*, article paru et consulté le 18 novembre 2006 sur : http://www.liberation.fr/societe/010166764-pour-moi-mon-enfant-n-etait-pas-vivant ; « Face aux assises, Gabrielle, 27 ans, pleure désormais l'enfant qu'elle a "perdu" ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 17 novembre 2006 ; « La relation mère-fille au coeur du procès d'une jeune mère infanticide ». *Au troisième oeil*, article paru et consulté le 16 novembre 2006 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=22188 ; « Une jeune mère aux assises pour infanticide ». *Au troisième oeil*, article paru et consulté le 16 novembre 2006 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=22193.

TABLEAU 2 : Qualifications pénales employées en termes de mises en examen

Qualifications pénales	Mises en examen ayant donné lieu à une condamnation ou un acquittement (N=38)	Mises en examen ayant donné lieu à requalification lors de la condamnation (N = 5)	Mises en examen dont la procédure est toujours en cours (N=17)	TOTAL
Homicide volontaire sur mineur de 15 ans	26	5	14	45
Tentative d'homicide volontaire sur mineur de 15 ans	2	0	0	2
Assassinat sur mineur de 15 ans	2	0	0	2
Délaissement de mineur de 15 ans ayant entraîné la mort	0	0	1	1
Homicide involontaire sur mineur de 15 ans	0	0	0	0
Privation de soins sur mineur de 15ans ayant entraîné la mort	2	0	0	2
Violences volontaires sur mineur de 15 ans ayant entraîné la mort sans intention de la donner	0	0	0	0
Qualification inconnue	0	0	2	2
TOTAL	**33**	**5**	**17**	**55***

***** Le total des mises en examen (55) figurant dans le tableau ci-dessous ne correspond pas au total des nouveau-nés décédés car une femme initialement mise en examen pour le meurtre de deux de ses nouveau-nés s'est donné la mort avant la fin de l'instruction.

2. En termes de condamnation

476. Vingt-et-une femmes ont été condamnées pour la mort de trente-cinq nouveau-nés et la tentative de meurtre sur un nouveau-né qui a survécu. Sur les trente-cinq chefs de condamnation, vingt-sept des condamnations ont été prononcées pour homicide volontaire sur mineur de quinze ans[1349] (**Tableau 4**). Seules trois femmes ont été condamnées pour une incrimination indépendante de l'intention de tuer : une pour avoir volontairement délaissé deux de ses nouveau-nés compromettant ainsi leur santé, une pour homicide involontaire et une autre pour avoir exercé des violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner (**Tableau 3**).

477. Une des premières particularités des affaires recensées réside dans la condamnation de Véronique Courjault pour l'assassinat de deux de ses nouveau-nés. Cette condamnation est atypique d'une part parce qu'elle est la seule à être fondée sur une préméditation et d'autre part, parce Véronique Courjault a également été condamnée pour le meurtre d'un premier nouveau-né. Les jurés ont estimé que les deux derniers meurtres avaient été prémédités en raison d'un premier meurtre commis quelques années auparavant. Il est assez clairement apparu que les jurés ont estimé que la répétition des actes traduisait une certaine préméditation dans les deux meurtres qui ont suivi. La condamnation à huit années d'emprisonnement nous est apparue désuète eu égard aux qualifications pénales retenues, essentiellement celles d'assassinat. Les experts qui ont eu à déposer, que ce soit à ce procès très médiatique ou à tout autre procès ayant eu à traiter de néonaticides, sont unanimes : la mère qui tue son nouveau-né ne prémédite pas son acte, même lorsqu'il s'est répété.

[1349] L'étude de l'Inserm a relevé une prise en considération de l'intentionalité du geste dans vingt-deux qualifications sur trente-quatre. Toutefois, elle n'opère aucune distinction entre l'intention homicide et l'intention infractionnelle. Sont ainsi compris dans ces vingt-deux qualifications le meurtre (14), les violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner (1), la non assistance à personne en danger (3), la privation de soins (3) et le délaissement (1). (Tursz A, L. Simmat-Durand, P. Gerbouin-Rérolle, N. Vellut, et J. Cook. *Les morts violentes de nourrissons: trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. Implications pour la prévention*. Inserm-CNRS, février 2011).

La seconde particularité des condamnations pour homicide volontaire tient à celles basées sur la tentative. L'une des deux femmes concernées a accouché dans les toilettes d'une grande surface. Elle lui a mis le pouce dans la bouche pour ne pas qu'elle crie et l'a laissée au fond de la cuvette, à l'endroit où une autre femme a découvert l'enfant et l'a sauvée *in extremis*. Dans le récit que nous avons pu recueillir, l'incrimination de meurtre ne nous a pas semblé être adaptée au déroulement des faits[1350]. Le délaissement de mineur de quinze ans, prévu à l'article 227-1 du Code pénal, nous semble plus approprié en ce qu'il réprime « le délaissement d'un mineur de quinze ans en un lieu quelconque » d'une peine d'emprisonnement de sept ans et d'une amende de 100 000€. L'accusée n'a aucunement manqué son action à cause d'une circonstance indépendante de sa volonté, mais a laissé son nouveau-né. Aucun élément de l'enquête n'a permis de confirmer une intention de donner la mort dans ce comportement. L'autre femme a également accouché dans les toilettes de sa maison d'un enfant mort-né[1351]. Au moyen d'une construction juridique critiquable[1352], elle a été condamnée pour tentative de meurtre sur un mineur de quinze ans, ce dernier étant pourtant un enfant mort-né. La cour d'assises a ainsi estimé qu'il existait une intention criminelle indiscutable si bien qu'ils ont fondé leur décision sur ce seul élément de fait. Toutefois, rien dans les faits ne permettait de retenir une telle intention puisque l'enfant, né dans les toilettes, a rapidement été mis dans un sac poubelle sans qu'aucune trace de lésion traumatique n'ait été observée.

Nous déduisons de ces observations que les tentatives de meurtre ont essentiellement été retenues dans un but de construction juridique visant à mettre en évidence une intention de donner la mort. Retenir le délaissement de mineur de quinze ans empêchait de retenir tout *animus necandi* et prendre en considération que l'enfant était mort-né entraînait un abandon des poursuites. Ce choix a certainement été influencé par la comparution de ces femmes pour le meurtre d'un autre nouveau-né. Pour l'une, son nouveau-né avait été retrouvé dans une poubelle avec les anses d'un sac plastique autour du cou. Néanmoins, il nous faut également

---

[1350] « Dix ans de prison pour la mère infanticide ». *L'Est-Eclair*, 26 mai 2011. http://www.lest-eclair.fr/article/a-la-une/dix-ans-de-prison-pour-la-mere-infanticide (consulté le 26 mai 2011) ; « Infanticide : une accusée difficile à cerner ». *L'Est-Eclair*, 24 mai 2011. http://www.lest-eclair.fr/article/a-la-une/infanticide-une-accusee-difficile-a-cerner (consulté le 24 mai 2011) ; « Le Figaro - Flash actu : Troyes: infanticide suspecté ». *Le Figaro - Flash actu*, 21 avril 2009 (consulté le 21 avril 2009) ; « Troyes : Soupçonnée d'infanticide(s), une femme écrouée ». *TF1 News*, 22 avril 2009 (consulté le 21 avril 2009).
[1351] V. *Infra*, n°**Erreur ! Signet non défini.**.
[1352] V. *Supra*, p.314 et s.

relever qu'entre ces deux faits, cette femme a également donné naissance à une petite fille dans les toilettes de sa maison, mais a appelé ses enfants pour qu'ils viennent couper le cordon[1353]… La seconde femme a été acquittée du chef de privation de soins ayant entraîné la mort, car l'enfant dont elle avait accouché dans les toilettes y avait été laissé sans soins avant d'être placé dans le congélateur. Elle a été condamnée pour le meurtre d'un troisième nouveau-né également accouché dans les toilettes puis remis dans ce même congélateur emballé dans un sac plastique. Les expertises médico-légales ont mis en avant que la mort de l'enfant avait été précipitée par le sac poubelle lors du premier cri[1354].

[1353] V. *Supra*, n°**Erreur ! Signet non défini.**.

[1354] «Cette affaire ressemble beaucoup à l'affaire Courjault» ». *20minutes.fr*, article paru et consulté le 23 août 2007 sur : http://www.20minutes.fr/article/175915/France-Cette-affaire-ressemble-beaucoup-a-l-affaire-Courjault.php ; « Albertville : Cinq ans de prison pour une mère infanticide ». *TF1 News*, article paru et consulté le 22 octobre 2010 ; « Albertville : Infanticide: Virginie Labrosse mise en examen ». *L'EXPRESS*, article paru et consulté le 24 août 2007 ; « Albertville : Six ans de prison requis pour un triple infanticide ». *TF1 News*, article paru et consulté le 22 octobre 2010 ; « Bébés congelés en Savoie: une accusée "hantée" par ses actes ». *TF1 News*, article paru et consulté le 19 octobre 2010 ; Boutry, T. « La mère infanticide n'explique rien ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 20 octobre 2010 ; « Chambéry | "Pas de sentiment réel pour cet enfant. Il n'a pas existé" ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru et consulté le 22 octobre 2010 ; « Chambéry | Les experts partagés sur le "déni de grossesse" ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru et consulté le 19 octobre 2010 ; Chiola, F. « Je ne me souviens pas des accouchements ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru et consulté le 20 octobre 2010 et « Les experts partagés sur le "déni de grossesse" ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru et consulté le 19 octobre 2010 ; « Infanticides : Albertville : deux des nouveau-nés sont morts asphyxiés ». *TF1 News*, article paru et consulté le 27 août 2007 ; « Je ne sais même pas si c'était des êtres humains ». *TF1 News*, article paru et consulté le 18 octobre 2010 ; « La mère soupçonnée d'infanticide a été mise en examen ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 24 août 2007 sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2007/08/24/la-mere-soupconnee-d-infanticide-a-ete-mise-en-examen_947184_3224.html ; « Le procès de Virginie Labrosse entre crime et déni ». *La Savoie*, article paru et consulté le 15 octobre 2010 ; « Savoie : Triple infanticide, le couple en garde à vue ». *L'EXPRESS*, article paru et consulté le 24 août 2007 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/triple-infanticide-le-couple-en-garde-a-vue_466197.html ; « Savoie: une mère infanticide aux assises ». *TF1 News*, article paru et consulté le 17 octobre 2010 ; « Triple infanticide: l'amant, père d'un des bébés ». *TF1 News*, article paru et consulté le 21 septembre 2007 ; « Triple infanticide à Albertville ». *Le Figaro - Flash actu*, article paru et consulté le 23 août 2007 sur : http://www.lefigaro.fr/france/20070823.WWW000000331_triple_infanticide_a_albertville.html ; « Triple infanticide: le compagnon était en prison lors de la première naissance ». *20minutes.fr*, article paru et consulté le 24 août 2007 sur : http://www.20minutes.fr/article/176138/France-Triple-infanticide-le-compagnon-etait-en-prison-lors-de-la-premiere-naissance.php ; « Un triple infanticide découvert à Albertville ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 23 août 2007.sur : http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20070823.OBS1755/un-triple-infanticidedecouvert-a-albertville.html ; « Un triple infanticide découvert à Albertville ». *20minutes.fr*, article paru et consulté le 24 août 2007 sur : http://www.20minutes.fr/article/176049/France-Un-triple-infanticide-decouvert-a-Albertville.php ; « Virginie Labrosse, le procès du déni de grossesse ». *France Soir*, article paru et consulté le 18 octobre 2010.

478. Cinq femmes ont vu leur mise en examen d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans requalifiée[1355]. L'une d'entre elles a été condamnée pour le délaissement de deux de ses nouveau-nés et une autre pour homicide involontaire. Initialement mise en examen du chef de meurtre sur mineur de quinze ans, la première d'entre elles a tout d'abord été condamnée à quinze années d'emprisonnement. Elle a fait appel et vu sa peine réduite à huit années et la qualification pénale revue en délaissement de mineur de quinze ans ayant entraîné la mort. Par deux fois, elle a accouché seule chez elle, placé les nouveau-nés sous des couvertures dans une des pièces de son appartement. Elle a constaté leur décès quelques jours plus tard pour ensuite les placer dans un sac plastique caché sur le balcon puis dans la cave. Les faits ont été requalifiés en délaissement de mineur de quinze ans ayant entraîné la mort très certainement parce qu'ils ne faisaient aucunement référence à un acte positif de la part de l'accusée[1356].

La seconde femme a été condamnée à huit mois d'emprisonnement (peine qui recouvrait la durée de la détention provisoire) par un tribunal correctionnel du chef d'homicide involontaire. Initialement mise en examen pour homicide volontaire sur mineur de quinze ans, l'avocat de la défense, après d'âpres discussions sur l'intention criminelle de sa cliente, a réussi à convaincre le procureur de la République ainsi que le juge d'instruction de correctionnaliser les faits. S'appuyant sur les résultats de l'autopsie, ses conseils ont rédigé une demande de correctionnalisation : « le décès est la résultante de plusieurs facteurs notamment d'intenses lésions d'inhalation de liquide amniotique produites à la fin de l'accouchement lorsque les premiers mouvements respiratoires se sont produits dans l'utérus[1357]. Ces lésions n'ont pu être compensées par une assistance respiratoire dont on ignore quel aurait été le résultat si elle avait été mise en place dans le cadre d'un

---

[1355] Putkonen H, J. Collander, G. Weizmann-Henelius, et M. Eronen. « Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980-2000 ». *International Journal of Law and Psychiatry* 30, nº 3 (2007): 248-254.

[1356] « 15 ans de réclusion pour la mère infanticide de Montluçon ». *News Auvergne*, article paru le 8 juin 2010 et consulté le 10 juin 2010 ; « Double infanticide à Montluçon : la mère condamnée à 8 ans en appel (direct terminé) ». *www.lamontagne.fr*, article paru le 26 mars 2011 et consulté le 8 juin 2011 sur : http://www.lamontagne.fr/editions_locales/riom/double_infanticide_a_montlucon_la_mere_condamnee_a_8_ans_en_appel_direct_termine_@CARGNjFdJSsBExwBBB8-.html ; « Le corps de deux bébés découverts dans l'Allier ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 4 février 2009 ; « Quinze ans de réclusion pour une mère accusée d'avoir laissé mourir ses nouveaux-nés ». *EasyDroit.fr*, article paru et consulté le 8 juin 2010 ; « Riom : une mère infanticide jugée en appel ». *Europe1.fr*, article paru et consulté le 24 mars 2011 sur : http://www.europe1.fr/Faits-divers/Riom-une-mere-infanticide-jugee-en-appel-469561/.

[1357] La lecture du dossier pénal ne nous a pas permis de savoir s'il s'agissait d'un accouchement par le siège. Toutefois, les éléments de l'autopsie font apparaître quelques similitudes avec les conséquences d'un tel accouchement.

accouchement médicalisé. Les autres lésions sont dues à un état asphyxique. L'enfant est né viable mais rien ne prouve que la seule cause du décès est le placement dans un conteneur poubelle. Ces éléments doivent entraîner une requalification (correctionnalisation) des faits ». La jeune femme, dont la grossesse était inconnue de son entourage, a été prise de contractions au milieu de la nuit. Elle a décidé de partir à pied en direction de l'hôpital, mais a accouché en cours de route dans un petit bois. L'enfant est tombé parterre, elle a perdu connaissance avant de reprendre ses esprits, d'enrouler le nouveau-né dans son t-shirt et de placer le placenta et le petit corps dans deux sacs différents avant de mettre le tout dans un troisième sac qu'elle a déposé dans une poubelle. Aux vues des constatations médico-légales et du récit de la jeune femme, le tribunal correctionnel a condamné la jeune femme à huit mois d'emprisonnement pour avoir « par maladresse, imprudence, inattention ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, involontairement causé la mort d'un enfant nouveau-né non dénommé, en l'espèce en ne prenant pas les précautions nécessaires au suivi de sa grossesse et aux conditions d'accouchement ». Ce qui a été principalement reproché à l'accusée a été son manque de précautions. Le tribunal s'est interrogé : alors qu'elle savait qu'elle allait accoucher, pourquoi n'a-t-elle pas appelé un taxi pour la transporter à l'hôpital ? Pourquoi n'a-t-elle pas appelé les secours lorsqu'elle a su qu'elle ne pourrait pas parvenir jusqu'à la maternité ? A noter que la peine de huit mois d'emprisonnement recouvrait en totalité la durée de sa détention provisoire.

La troisième femme concernée par une requalification a, quant à elle, été acquittée du chef de violences volontaires sur mineur de quinze ans ayant entraîné la mort sans intention de la donner. En effet, sur demande du ministère public, les faits ont été requalifiés au cours des débats. Après avoir accouché d'un nouveau-né qu'elle a cru mort, elle l'a enroulé dans une serviette pour le placer dans le tambour de la machine à laver. Elle a été acquittée probablement par l'absence de violences apparentes[1358].

Une quatrième femme a, dans un premier temps, été acquittée du chef d'homicide volontaire sur mineur de quinze, pour ensuite, être condamnée à cinq ans de prison dont quatre avec sursis et trois ans de mise à l'épreuve du chef de violences ayant entraîné la mort sans

---

[1358] « Acquittement d'une mère poursuivie pour infanticide à Toulouse ». *LeParisien.fr*, article paru et consulté le 27 octobre 2010 ; « Acquittement d'une mère poursuivie pour infanticide à Toulouse ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 27 octobre 2010 ; Cohadon, J. « La douleur et les larmes de la mère infanticide ». *ladepeche.fr*, article paru et consulté le 26 octobre 2010 ; « Une Toulousaine accusée d'avoir tué et congelé son bébé ». *Le Figaro - Flash actu*, article paru et consulté le 15 octobre 2007.

intention de la donner sur appel du Ministère public[1359]. Après avoir accouché seule chez elle, la jeune femme a déposé le nouveau-né dans un sac plastique près de toilettes publiques. Les conclusions de l'autopsie ont révélé une asphyxie du bébé dans les heures qui ont suivi sa naissance. Estimant qu'il y avait eu en l'espèce un homicide caractérisé, le parquet a décidé de faire appel dans le délai qui lui était imparti.

Enfin, une femme mise en examen du chef de meurtre a été condamnée à cinq ans d'emprisonnement dont deux avec sursis pour défaut de soins sur mineur de quinze ayant entraîné la mort[1360]. Pour le parquet, cette dernière qualification pénale était justifé, en partie, par le fait que l'accusée, après avoir coupé le cordon ombilical, a laissé le nouveau-né se « vider de son sang »[1361] pour, ensuite, le placer dans un sac plastique et le brûler. Le conseil de l'accusée a fait connaître son intention de faire appel, notamment en raison de l'absence de certitude autour de la vie préalable de l'enfant et de l'intention homicide de sa cliente.

479. S'agissant des incriminations originairement non intentionnelles, les deux seules femmes qui avaient initialement été mises en examen du chef de privations de soins ont toutes les deux été acquittées.

[1359] « La mère infanticide acquittée ». *Le Parisien.fr*, article paru le 8 octobre 2009 et consulté le 18 août 2011 sur : http://www.leparisien.fr/beauvais-60000/la-mere-infanticide-acquittee-08-10-2009-666508.php ; « Infanticide : le parquet général fait appel de l'acquittement ». *Le Parisien.fr*, article paru et consulté le 15 octobre 2009 ; ; « Procès pour infanticide : vers un second acquittement? » *Le Parisien.fr*, article paru le 23 novembre 2010 et consulté le 18 août 2011 sur : http://www.leparisien.fr/beauvais-60000/proces-pour-infanticide-vers-un-second-acquittement-23-11-2010-1161544.php ; « Acquittée en première instance, condamnée en appel ». *Le Parisien.fr*, article paru le 24 novembre 2010 et consulté le 18 août 2011 sur : http://www.leparisien.fr/faits-divers/acquittee-en-premiere-instance-condamnee-en-appel-24-11-2010-1163341.php ; « Infanticide et non déni de grossesse ». *france3.fr*, article paru le 24 novembre 2010 et consulté le 18 août 2011 sur : http://picardie.france3.fr/info/infanticide-et-non-deni-de-grossesse-65984224.html ; « La jeune maman condamnée à 5 ans de prison ». *fmcradio*, article paru et consulté le 24 novembre 2010 sur : http://www.fmcradio.info/index.php?dd1=6&news=14312.

[1360] « Loire : une femme mise en examen et écrouée pour infanticide », *LePoint.fr*, article paru et consulté le 1 août 2008 sur : http://www.lepoint.fr/actualites-chroniques/2008-08-01/loire-une-femme-mise-en-examen-et-ecrouee-pour-infanticide/1238/0/264545 ; « Une mère entendue pour infanticide à Saint-Etienne », *LibéLyon*, article paru et consulté le 1 août 2008 sur : http://libelyon.blogs.liberation.fr/info/2008/08/une-mre-entendu.html ; « Infanticide. Une femme soupçonnée d'avoir tué son bébé ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 2 août 2008 ; « Loire. Une mère mise en examen pour infanticide ». *Le Télégramme*, article par uet consulté le 2 août 2008 ; « Procès-infanticide-Assises-42 * 4 ». *AFP France*, article paru le 4 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://intranet.paris.msf.org/apps/afp.nsf/dx/0B704522A1F08DB7C125791F00676CF9 ; « Une mère entendue pour infanticide à Saint-Etienne », *LibéLyon*, article paru et consulté le 1 août 2008 sur : http://libelyon.blogs.liberation.fr/info/2008/08/une-mre-entendu.html.

[1361] « Procès-infanticide-Assises-42*4 » (2011), *op.cit.*

L'une d'entre elle a accouché dans ses toilettes puis placé le corps du nouveau-né dans un sac plastique qu'elle a remisé au congélateur. La seconde a, quant à elle, accouché dans sa voiture en pleine forêt pour ensuite emballer le corps du nouveau-né dans du papier placé dans un sac plastique, pour enfin le déposer sur l'escalier d'une maison[1362]. Les faits ont révélé deux modes opératoires totalement différents sans qu'aucun acte positif n'ait conduit à mettre en lumière une quelconque intention de donner la mort.

Nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que la qualification pénale de mise en examen ne prenant pas en compte l'intention de donner la mort ait pu avoir une incidence sur l'acquittement de ces deux femmes. Toutefois, il est permis de s'interroger lorsque nous constatons parallèlement qu'une seule femme a été acquittée du chef d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans, d'autant plus que, sur appel du ministère public, elle a finalement été condamnée à cinq ans d'emprisonnement dont un ferme assortis d'une mise à l'épreuve de trois ans pour violences volontaires sur mineur de quinze ans ayant entraîné la mort sans intention de la donner. Ayant déjà effectué une détention provisoire de treize mois, elle n'est pas retournée en prison.

[1362] « Assises du Bas-Rhin : sursis requis pour l'accusée ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 16 décembre 2009 sur : http://www.lalsace.fr/actualite/2009/12/16/assises-du-bas-rhin-sursis-requis-pour-l-accusee ; « Assises du Bas-Rhin : un déni total de grossesse ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 15 décembre 2009 sur : http://www.lalsace.fr/fr/offresemploi/article/2471800/Assises-du-Bas-Rhin-un-deni-total-de-grossesse.html ; « Déni de grossesse : Valérie Goeller acquittée à Strasbourg ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 16 décembre 2009 sur : http://www.lalsace.fr/actualite/2009/12/16/deni-de-grossesse-valerie-goeller-acquittee-a-strasbourg ; « Un infanticide jugé aux assises ». *Le Figaro - Flash actu*, article paru et consulté le 15 décembre 2009 sur : http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2009/12/14/01011-20091214FILWWW00498-un-infanticide-juge-aux-assises.php.

TABLEAU 3 : Comparatif des qualifications pénales des mises en examen et condamnations (procédures définitives)

Qualifications pénales	Mises en examen	Non-lieu	Condamnations	Requalifications	Acquittements
Homicide volontaire sur mineur de 15 ans	32	2	27	5	1*
Tentative d'homicide volontaire sur mineur de 15 ans	2	0	2	0	0
Assassinat sur mineur de 15 ans	2	0	2	0	0
Délaissement de mineur ayant entraîné la mort	0	1	2	0	0
Homicide involontaire	0	0	1	0	0
Privation de soins sur mineur de 15 ans ayant entraîné la mort	2	0	0	0	2
Violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner	1	0	1*	0	1
TOTAL	**39**	**3**	**35**	**5**	**4**

* Acquittée en première instance du chef de meurtre sur mineur de quinze ans et condamnée en appel du chef de violences sur mineur de quinze ayant entraîné la mort sans intention de la donner.

B. Des condamnations disparates

480. Sur un total de vingt-et-une condamnations, dix-sept peines d'emprisonnement ferme ont été prononcées, allant de huit mois à quinze années d'emprisonnement. Quatre femmes ont été condamnées à au moins dix ans, huit condamnations sont comprises entre cinq et dix années et enfin, cinq peines sont inférieures ou égales à cinq ans[1363]. Parmi ces condamnations, quatre ont été assorties d'un sursis partiel. Deux condamnations ont été assorties d'un suivi socio-judiciaire[1364] et quatre d'une mise à l'épreuve[1365]. Quatre femmes ont bénéficié d'un sursis total (**Tableau 4**). Qu'il s'agisse de longues, de moyennes ou de courtes peines, les condamnations ne permettent pas d'établir une jurisprudence malgré la similitude des espèces[1366]. Est-ce parce que le principe d'individualisation de la peine joue ici tout son rôle ? Ce constat est-il lié à la diversité des acteurs en présence et de leur appréhension des faits ?

[1363] Sur les treize femmes condamnées et recensées dans l'étude de l'Inserm, une femme a été condamnée à quinze années d'emprisonnement, neuf à une peine d'emprisonnement ferme avec ou sans sursis et trois à une peine assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve (Tursz, A. et al. (2011), *op.cit.*).

[1364] Articles 131-36-1 et suivants du Code pénal ainsi que les articles 132-44 et 132-45 du Code pénal énumérant les mesures applicables.

[1365] Articles 152-41 et suivants du Code pénal, les articles 132-44 et 132-45 du Code pénal énumérant les mesures applicables ainsi que les articles 739 et suivants du Code de procédure pénale.

[1366] Ce constat est le même aux Etats-Unis. En effet, l'étude de Schwartz et Isser met en évidence la disparité des peines prononcées dans les différents Etats américains : en Californie sur les dix cas recensés, cinq d'entre eux vont de quatorze à vingt-cinq ans d'emprisonnement, alors que dans l'Etat de New-York, les peines s'étalent de huit mois à 1,75 ans d'emprisonnement (Schwartz, L.L. et N. Isser. *Endangered children: neonaticide, infanticide, filicide*. CRC Press, 2000, cité par Meyer, C.L. et M. Oberman. *Mothers Who Kill Their Children: Understanding the Acts of Moms from Susan Smith to the « Prom Mom »*. New York University Press, 2001 et *When Mothers Kill: Interviews from Prison*. New York University Press, 2008). L'étude de Cheryl Meyer et Michelle Oberman a également noté que lorsque les poursuites étaient d'ordre criminel, les peines s'étalaient de l'acquittement à l'emprisonnement à vie ; seulement quelques femmes ayant bénéficié d'une obligation de suivi psychologique ou d'une mise à l'épreuve (Meyer, C.L. et M. Oberman. (2001) et (2008), *op.cit.*).

TABLEAU 4 : Quantum des peines

Nature des peines	N = 21
Peines fermes	**17**
≥ 10 ans	4
Entre 5 et 10 ans	8
≤ 5 ans	5
Peines assorties d'un sursis	**8**
Sursis total	4
Sursis partiel	4
Peines assorties d'une autre mesure	**6**
Mise à l'épreuve	4
Suivi socio-judiciaire	2

1. Relativement aux longues et moyennes peines

481. Les deux femmes qui ont été condamnées aux plus lourdes peines l'ont été à hauteur de quinze années d'emprisonnement.

La première s'est rendue coupable d'avoir volontairement donné la mort à six de ses nouveau-nés. Après avoir accouché à six reprises dans la salle de bain, elle a placé, à six reprises, les petits corps dans des sacs plastiques dont certains avaient un sac plastique sur la tête fermé au moyen d'une ficelle. Si les experts ont attribué la cause de la mort de certains des nouveau-nés à une asphyxie mécanique, ils n'ont pas pu affirmer qu'il s'agissait d'une asphyxie volontaire. En effet, il a été envisagé que les enfants étaient morts par asphyxie lors du contact entre leur bouche et le sac plastique lors de leur premier cri[1367]. La seconde femme a également été condamnée pour avoir volontairement donné la mort à quatre de ses nouveau-nés. Elle aurait accouché seule dans sa salle de bain, puis placé les petits corps dans des sacs plastiques avant de les remiser dans le garage ou sous un tas de bois[1368].

A l'évidence, ces deux peines très lourdes ont été justifiées par la réitération des actes. C'est également l'hypothèse que nous avions évoquée relativement à cette femme condamnée à dix années d'emprisonnement pour le meurtre d'un de ses nouveau-nés et la tentative sur un nourrisson qui a survécu[1369]. Il lui était reproché d'avoir, par deux fois, accouché dans les toilettes d'un centre commercial et de son lieu de travail et d'avoir laissé le premier corps sur le lieu de la délivrance et d'avoir mis le second dans un sac plastique dont les anses étaient

---

[1367] « Jugée pour avoir tué six de ses enfants ». *Télégramme*, article paru et consulté le 15 mars 2010 ; Leconte, Christophe. « Accusée du meurtre de six de ses bébés ». *Ouest-France*, article paru et consulté 15 mars 2010 ; Briclot, S. « J'ai volontairement donné la mort à des bébés ». *France-Soir*, article paru et consulté le 16 mars 2010 ; « L'accusée avait peur de tout et de tout le monde ». *Le Télégramme*, article paru et consulté 16 mars 2010 ; « Les six enfants morts de Valognes: les médias à la cour d'assises ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le 16 mars 2010 ; « Infanticides de Valogne: le déroulé du procès ». *Ouest-France*, article paru et consulté le16 mars 2010 ; « La mère infanticide avait "peur de tout" ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 16 mars 2010 ; « La mère infanticide vivait dans un climat taiseux ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 17 mars 2010 ; « Le procès pour infanticides divise les experts ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 17 mars 2010 ; « Deuxième jour du procès de l'infanticide de Valognes: homme bafoué, père dépossédé ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le 17 mars 2010 ; Lièvre, L. « Infanticide: deux des enfants ne sont pas morts sur le coup ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le 18 mars 2010 ; « Troisième jour: ça bloque chez Céline ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le18 mars 2010.

[1368] « La mère pratiquait l'infanticide comme contraceptif ». *ForumauFeminin.com*, article paru le 2 juin 2004 et consulté le 17 août 2011 ; « Rennes. Le procès d'une mère infanticide ». *ladepeche.fr*, article paru le 14 novembre 2005 et consulté le 7 juin 2010.

[1369] V. *Supra*, note n°**Erreur ! Signet non défini.**.

croisées autour du cou. En définitive, si pour le premier accouchement l'enfant a été laissé dans les toilettes d'un supermarché et a pu être sauvé par une tierce personne, la revue de presse dédiée à cette affaire nous apprend également que, dans le temps qui séparait la commission des faits de tentative et de meurtre, elle a une nouvelle fois accouché dans les toilettes, mais cette fois-ci de sa maison[1370]. Elle a été capable d'appeler ses autres enfants afin qu'ils viennent couper le cordon. Cette enfant a parfaitement été accueillie par l'ensemble de la famille.

L'idée selon laquelle la peine est fonction du nombre d'enfants tués ne vaut pas nécessairement pour toutes les condamnations sévères. En effet, une jeune femme de vingt-deux ans a été condamnée à douze années d'emprisonnement pour le meurtre d'un seul nouveau-né[1371]. A partir du peu d'informations que nous avons pu recueillir sur cette affaire, il semblerait que la jeune femme ait accouché seule dans les toilettes de son appartement avant de le dissimuler dans un sac poubelle. La ressemblance commune de ces affaires réside dans le *modus operandi* : elles ont toutes les trois placé les corps de leur(s) nouveau-né(s) dans un sac plastique immédiatement après l'accouchement.

482. Enfin, les huit condamnations comprises entre cinq et dix années d'emprisonnement représentent la moitié des condamnations de notre échantillon. Quatre femmes ont été condamnées à huit ans d'emprisonnement. Seule une d'entre elles a été condamnée pour délaissement de mineur ayant entraîné la mort de deux de ses nourrissons[1372]. Les trois autres femmes ont été condamnées pour meurtre sur mineur de quinze ans ou assassinats.

483. Hormis le cas des délaissements de mineur, l'ensemble des affaires a révélé des *modus operandi* semblables. Cinq femmes ont étouffé leur nouveau-né en mettant leur main ou un

---

[1370] *V.* Annexe 6 : cas n°13.

[1371] « Perpignan : 12 ans de prison pour la mère infanticide, 4 mois pour le père ». *LaClau*, article paru et consulté le 25 octobre 2008 sur : http://www.la-clau.net/noticia/perpignan-12-ans-de-prison-pour-la-mere-infanticide-4-mois-pour-le-pere-1169 ; « Perpignan : la mère infanticide avait caché sa grossesse à ses proches ». *LaClau*, article paru et consulté le 23 octobre 2008.

[1372] V. *Supra*, note n°**Erreur ! Signet non défini.**.

tissu sur la bouche de l'enfant et dans l'affaire restante, des traces de strangulation et des fractures du crâne ont pu être relevées par les expertises médico-légales[1373].

484. En définitive, les très longues peines semblent faire écho au nombre de nouveau-nés tués. Toutefois, cette affirmation ne se confirme pas pour les moyennes peines qui sanctionnent de manière identique les femmes ayant tué un ou deux de leur nouveau-né, mais également les femmes qui commettent activement le crime et celles qui délaissent leurs nouveau-nés. De telle sorte que les qualifications pénales peuvent revêtir indifféremment une intention de donner la mort puisque les condamnations prononcées ne permettent pas d'établir une distinction. S'ajoute ainsi à la diversité des qualifications pénales employées, l'impossibilité d'établir une jurisprudence cohérente et respectueuse de l'égalité des citoyens devant la justice.

2. Relativement aux courtes peines

485. Ce sont au total dix femmes qui ont été condamnées à une peine inférieure ou égale à cinq années d'emprisonnement ou de sursis. Parmi elles, seules deux femmes ont été condamnées à des peines de prison exclusivement fermes : l'une a été condamnée à cinq ans

---

[1373] « Bébé congelé en Bretagne : la mère mise en examen ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20080326.OBS6635/bebe-congele-en-bretagne-la-mere-mise-en-examen.html ; « Bebé congelé: Un nouveau drame ». *leJDD..fr*, article paru et consulté le 25 mars 2008 sur : http://www.lejdd.fr/Societe/Actualite/Bebe-congele-Un-nouveau-drame-95323/ ; Chaupitre, M.-C. « En prison pour infanticide, elle était enceinte ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 10 septembre 2008 ; « Infanticide. La mère a "un droit de visite quotidien" ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 25 septembre 2008 ; « Infanticide. La mère accouche en prison ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 11 septembre 2008 ; « Infanticide. La mère autorisée à garder son nouveau-né en prison ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 23 septembre 2008 ; « Infanticide. Une femme de 36 ans devant les assises ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 6 juin 2009 ; « La détenue enceinte était suivie régulièrement ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 11 septembre 2008 ; Morvan, A. « Infanticide. Huit ans de prison ferme à la mère ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 13 juin 2009 ; « Infanticide. Le drame du silence ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 12 juin 2009 ; Morvan, A. et G. Hameury. « Infanticide. Un bébé découvert dans un congélateur ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 26 mars 2008 ; Morvan, A. et J. Vaillant. « Bébé tué: le récit du grand-père ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 27 mars 2008 ; Le Pivert, F. « Assises: l'infanticide jugée aujourd'hui ». *Le Penthièvre*, article paru et consulté le 11 juin 2009 ; Pouchard, Y. « Ecrouée pour infanticide, elle accouche en prison ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 11 septembre 2008 ; « Rennes - Toute l'actualité de la région avec Libération: La mère du nouveau-né congelé découvert en Bretagne mise en examen ». *liberennes.fr*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://www.liberennes.fr/libe/2008/03/un-nouveau-n-co.html ; « Un bébé congelé à Saint-Nicolas-du-Pélem (Côtes-d'Armor) ». *ouest-france.fr*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://www.ouest-france.fr/actu/societe_detail_-Un-bebe-congele-a-Saint-Nicolas-du-Pelem-Cotes-d-Armor-_3636-604673_actu.Htm.

pour le meurtre et la tentative de meurtre sur deux de ses nouveau-nés[1374] et l'autre à huit mois d'emprisonnement pour homicide involontaire[1375]. Il nous faut toutefois rappeler que cette dernière condamnation recouvrait intégralement la détention provisoire, si bien que la jeune femme n'est jamais retournée en prison. Toutes les autres femmes ont vu leur condamnation assortie d'un sursis partiel ou total.

486. La qualification de meurtre sur mineur de quinze ans est présente dans plus de 77% des condamnations, une seule condamnation après requalification du chef de violences volontaires sur mineur de quinze ans ayant entraîné la mort, une seule pour défaut de soins et une dernière pour homicide involontaire. Il apparaît que la qualification pénale fondant la condamnation n'ait pas d'incidence particulière sur le *quantum* de la peine. En effet, les femmes ayant bénéficié d'une peine assortie d'un sursis total, qui sont au nombre de quatre, ont toutes été condamnées du chef de meurtre sur mineur de quinze ans, la qualification la plus sévère. Elle pouvait se justifier au regard des causes de la mort qui font toutes état d'actes positifs de la part des femmes : noyade, suffocation, asphyxie et défenestration.

487. Dans les autres affaires relatives aux courtes peines, le mode opératoire ne se différencie guère des autres catégories de condamnations : des enfants enveloppés dans un linge et/ou enfermés dans des sacs plastiques. Toutefois, parmi l'ensemble des affaires observées, l'acte le plus violent commis à l'encontre d'un nouveau-né se situe dans les condamnations à des courtes peines. En effet, une jeune femme, après avoir accouché seule dans sa chambre alors que sa mère dormait dans la pièce voisine, a tenté d'étouffer son nouveau-né puis l'a poignardé à deux reprises avant de cacher le corps dans un placard du salon familial. Elle fût condamnée à cinq ans d'emprisonnement dont trois ans avec sursis et une mise à l'épreuve de trois ans[1376]. Dès lors, nous pouvons affirmer, même s'il s'agit là d'un

---

[1374] V. *Supra*, note n°**Erreur ! Signet non défini.**.

[1375] V. *Supra*, p.280.

[1376] « Un nouveau-né découvert dans un réfrigérateur à Metz Devant-les-Ponts ». *Le Républicain Lorrain*, article paru et consulté le 7 juin 2010 ; « La mère du nouveau-né retrouvé dans un congélateur à Metz mise en examen ». *TF1 News*, article paru et consulté le 22 juillet 2010 ; « Metz: le corps d'un nouveau-né retrouvé dans un congélateur ». *Voilà Actu*, article paru et consulté le 7 juin 2010 ; « Pas de prison pour la mère infanticide ». *20minutes.fr*, article paru et consulté le 1 avril 2010 ; « Une étudiante infanticide ne retournera pas en prison ». *Au Troisième Oeil*, article paru et consulté le 1 avril 2010 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32726 ; « Une jeune lyonnaise jugée pour Infanticide (vidéo) ». *Teva.fr*, article paru et consulté le 31 mars 2010 ; « Une mère de 24 ans est jugée pour le meurtre de

seul cas, que le mode opératoire n'a pas nécessairement d'influence sur la peine prononcée. Si le nombre d'enfants tués se révèle, tout de même, plus faible que dans les tranches de condamnations plus élevées, il n'apparaît pas pour autant comme un facteur d'aggravation de la peine puisque l'une des dix femmes était accusée de la mort de trois de ses nouveau-nés. Finalement condamnée à cinq années d'emprisonnement pour le meurtre d'un de ses nouveau-nés et la tentative d'homicide volontaire sur un autre enfant mort-né, elle sera acquittée du chef de privation de soins pour le premier enfant décédé[1377].

488. Deux femmes ont été définitivement acquittées[1378] : une du chef de privation de soins ayant entraîné la mort et une du chef de violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner.

La première avait accouché dans sa voiture en pleine forêt avant d'abandonner l'enfant mort dans un village proche. Selon les expertises médico-légales, l'enfant était né prématuré, viable mais certainement décédé dans la minute de sa naissance de « mort naturelle » par asphyxie du fait d'un système respiratoire immature. Pour survivre, il aurait dû être pris en charge par des professionnels de réanimation. C'est ce que l'accusation reproche à la jeune femme : ne pas avoir appelé les secours. Selon l'avocat général, elle avait l'intention de priver de soins son nouveau-né. D'autant plus qu'elle a su couper le cordon ombilical avec une paire de ciseaux et le clamper avec une pince à linge, deux objets qui se trouvaient dans sa voiture. Elle a réussi ce geste qu'elle avait appris lors de stages réalisés dans le cadre de ses études en Sciences Médico-sociales[1379].

La seconde avait accouché dans les toilettes de sa maison et croyant à la mort de son nouveau-né l'avait caché dans un sac plastique au fond du tambour de sa machine à laver. Les experts ne sont pas certains des causes de la mort du nouveau-né : « à la barre, les présents ont beau arguer qu'ils n'ont pas tous travaillé sur les mêmes données, la confusion s'installe. Au final,

---

son bébé ». *Au Troisième Oeil*, article paru et consulté le 30 mars 2010 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32706.

[1377] V. *Supra*, note n°**Erreur ! Signet non défini.**.

[1378] Putkonen, H. et al. (2007), *op.cit.*

[1379] « Assises du Bas-Rhin : un déni total de grossesse ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 15 décembre 2009 sur : http://www.lalsace.fr/fr/offresemploi/article/2471800/Assises-du-Bas-Rhin-un-deni-total-de-grossesse.html ; « Assises du Bas-Rhin : sursis requis pour l'accusée ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 16 décembre 2009 sur : http://www.lalsace.fr/actualite/2009/12/16/assises-du-bas-rhin-sursis-requis-pour-l-accusee ; « Déni de grossesse : Valérie Goeller acquittée à Strasbourg ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 16 décembre 2009 sur : http://www.lalsace.fr/actualite/2009/12/16/deni-de-grossesse-valerie-goeller-acquittee-a-strasbourg.

on retient l'idée que l'enfant était vivant mais pouvait…paraître mort »[1380]. Nous pouvons noter que la qualification de violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner apparaît discutable, non pas en terme d'intention homicide puisqu'elle n'est pas exigée, mais essentiellement en ce qu'aucun acte positif ne semble avoir été commis par l'accusée. Le délaissement ou la privation de soins aurait sans doute était plus appropriée.

489. Nous observons également que les acquittements concernaient en totalité des qualifications pénales faisant référence à une absence d'intention de donner la mort. Une seule femme avait été acquittée en première instance du chef de meurtre sur mineur de quinze ans. Toutefois, sur appel du Ministère public, elle a été condamnée à cinq années d'emprisonnement assorties de quatre années de sursis et d'une mise à l'épreuve de trois ans pour violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner. Elle avait accouché seule chez elle, puis placé le nourrisson dans un sac poubelle caché près de toilettes publique à proximité d'une cathédrale. Les expertises médico-légales avaient révélé que l'enfant était bien vivant à sa naissance et était mort d'une asphyxie quelques heures après sa naissance[1381].

490. En définitive, seules trois condamnations ont retenu l'absence d'intention de tuer. Nos travaux nous ont permis de constater que lorsque la qualification pénale retenait une intention de donner la mort, la moyenne des condamnations à des peines fermes d'emprisonnement approchait les six années. Dans le cas contraire, lorsque la qualification pénale ne retenait aucune intention de tuer, la moyenne des condamnations à des peines fermes d'emprisonnement était de trois années. Si bien que, lorsque l'intention de tuer est retenue au sein de la qualification pénale, la peine d'emprisonnement est deux fois plus sévère[1382]. De la même manière, lorsque la qualification pénale retenait une intention de donner la mort, seulement deux dossiers sur dix-sept ont donné lieu à une condamnation à une peine ferme

---

[1380] Cohadon, J. « La douleur et les larmes de la mère infanticide ». *ladepeche.fr*, 26 octobre 2010.

[1381] « Acquittée en première instance, condamnée en appel », 24 novembre 2010, *op.cit.* ; « Infanticide : le parquet général fait appel de l'acquittement », 15 octobre 2009, *op.cit.* ; « Infanticide et non déni de grossesse », 24 novembre 2010, *op.cit.* ; « La mère infanticide acquittée », 8 octobre 2009, *op.cit.*; « Procès pour infanticide : vers un second acquittement? », 23 novembre 2010, *op.cit.*

[1382] Marks, M.N. *Infanticide in Britain*. Dans *Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill* 1er éd., American Psychiatric Press Inc. 2002.

assortie d'un sursis, soit environ 11% des affaires. Lorsque les qualifications pénales ne retenaient pas l'intention de tuer, un dossier sur trois a donné lieu à une condamnation à une peine d'emprisonnement ferme assortie d'un sursis, soit un tiers des affaires. Si le nombre d'enfants décédés ne semble pas avoir d'influence sur le *quantum* de la peine, ni les modes opératoires, qu'est-ce qui explique que les issues judiciaires varient entre l'acquittement et une peine de quinze années d'emprisonnement ? La personnalité des auteures prise en considération au moment du prononcé de la peine suffit-elle à expliquer ce sentiment de « loterie judiciaire » ?

491. Force est de constater que la qualification pénale constitue un facteur d'aggravation de la peine notamment lorsque leur inadéquation avec les faits ne permet pas de comprendre le contexte spécifique du néonaticide. Si la qualification pénale des faits joue un rôle primordial dans la condamnation et la compréhension de ces femmes néonaticides, leur responsabilité pénale au moment des faits doit être également abordée d'un œil critique (**Section 2**).

Section 2 : La nécessité d'une nouvelle autonomie de la qualification

492. L'utilisation de multiples qualifications pénales pour condamner les faits de néonaticide ne permet pas de mettre en évidence les spécificités de ce crime, que ce soit au niveau de leur définition ou des peines prononcées. Certaines législations étrangères ont fait le choix d'une incrimination autonome de meurtre du nouveau-né en y incluant les conditions de l'accouchement au titre de circonstances atténuantes (**I**). La totalité des femmes de notre échantillon qui ont été condamnées pour la mort de leur(s) nouveau-né(s) ont été déclarées pénalement responsables même si une altération du discernement a été observée dans la grande majorité des cas (**II**). Si cette constatation a pu avoir une influence sur le prononcé de la peine, ne devrait-elle pas être introduite au sein d'une incrimination autonome qui prendrait en compte l'ensemble des spécificités du néonaticide ?

I- La puerpéralité comme fondement de l'autonomie

493. Les pays qui ont introduit une législation spécifique en matière de meurtre du nouveau-né se sont principalement fondés sur un état mental de la femme affecté par les effets de l'accouchement ou ceux de l'allaitement (**A**). Si elle met davantage en évidence les particularités du néonaticide, la disparition des traditionnels facteurs socio-économiques de l'infanticide semble affaiblir un peu plus l'opportunité de son autonomie (**B**).

A- Le trouble mental de l'accouchement et de l'allaitement

494. Près de vingt-deux pays au monde ont opté pour une incrimination autonome du crime d'infanticide reprenant en partie la définition établie par l'*Infanticide Act* britannique de

1938[1383]. Si des différences d'ordre rédactionnel peuvent être observées, les législations ont pour fondement commun la situation psychique dans laquelle se trouve la femme au moment de l'accouchement ou immédiatement après. Cette prise en considération, fondamentale à la compréhension du crime de néonaticide, a pour principale conséquence de prévoir des sanctions plus douces.

1. L'Infanticide Act

495. L'histoire législative de l'infanticide en Angleterre s'apparente à celle de la France. Dès 1623, le Parlement britannique faisait passer une loi qui faisait de la dissimulation d'une naissance illégitime un crime puni de la peine capitale. Les difficultés d'administration de la preuve de vie de l'enfant ont conduit à l'élaboration d'une présomption d'infanticide pour laquelle la mère devait être condamnée du chef de meurtre. Si cette présomption a eu pour conséquence première l'augmentation des accusations pour infanticide, la persistance des actes criminels contre les nouveau-nés a conduit les jurés à remettre en cause la politique criminelle ainsi menée. Face à l'attitude de la population, le Parlement britannique fait passer en 1830 une nouvelle loi instituant une obligation pour l'accusation de prouver que l'enfant était né vivant. A défaut, la femme ne pouvait pas être condamnée à plus de deux années d'emprisonnement pour la dissimulation d'une naissance illégitime. Si elle était rendue coupable d'infanticide, elle était condamnée à la peine de mort. Si bien que la qualification de dissimulation d'une naissance illégitime, moins sévère, était devenue la préférence des jurés dans les procès pour infanticide et ils acquittaient les femmes en dépit de preuves incontournables de culpabilité[1384]. Par la suite, l'infanticide est perçu comme un crime commis par des femmes désespérées et/ou immorales. Influencée par les travaux d'Esquirol[1385] et de Marcé[1386] qui faisaient un lien entre la grossesse, la naissance et les

---

[1383] Oberman, M. « Mothers Who Kill: Coming to Terms with Modern American Infanticide ». *American Criminal Law Review* 34 (1996-1997): 1.
[1384] Backhouse, C.B. « Desperate Women and Compassionate Courts: Infanticide in Nineteenth-Century Canada ». *The University of Toronto Law Journal* 34, nº 4 (1984): 447-478.
[1385] Esquirol, J.-E. « Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiéniste et médico-légal ». Paris: Baillière, 1838.

maladies mentales maternelles, l'Angleterre a décidé d'associer l'infanticide à une maladie mentale dont seraient victimes les femmes lors de l'accouchement. Si bien qu'entre 1922 et 1938, l'Angleterre prend en considération l'état mental des femmes lors de la commission des faits criminels et distingue l'infanticide des autres homicides. Dès 1922, les mères qui prouvaient qu'elles avaient souffert d'une dépression du post-partum devaient être jugées pour homicide involontaire plutôt que pour meurtre[1387]. Les femmes n'allaient pas en prison et recevaient des peines avec sursis. L'*Infanticide Act* de 1938 est revenu sur cette législation en introduisant l'incrimination spécifique d'infanticide qui est défini comme l'homicide d'un enfant de moins d'un an commis par le geste de sa mère qui, au moment des faits, a été troublée par les effets de l'accouchement ou de l'allaitement[1388]. Cette définition suppose que la grossesse trouble l'esprit de la femme et que le geste infanticide est la conséquence d'une instabilité mentale associée à l'accouchement et à l'allaitement. Cette position peut justifier que l'intention criminelle soit inopérante puisque le législateur a signifié que l'acte pouvait être volontaire ou résulter d'une omission sans que son caractère ait une incidence sur la peine et l'auteur du crime est expressément désigné en la qualité de la mère. Aucune disposition particulière n'est prévue lorsque le père est l'auteur de la mort de l'enfant car soumis au droit commun des homicides.

496. A l'inverse de la qualification française d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans, la législation britannique est orientée sur la qualité de l'auteure. Un acte ou une omission ayant causé la mort d'un nouveau-né lors de sa naissance ou dans les premiers moments qui ont suivi, tels sont les éléments des législations ayant opté pour une incrimination spécifique.

[1386] Marcé, L.V. « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rapportent à ce sujet ». Paris: Baillière, 1858.

[1387] L'*Infanticide Act* de 1922 a été amendé et étendu par l'*Infanticide Act* de 1938.

[1388] Infanticide Act 1938, Chapter 36 1 and 2 Geo 6 : "(1)Where a woman by any wilful act or omission causes the death of her child being a child under the age of twelve months, but at the time of the act or omission the balance of her mind was disturbed by reason of her not having fully recovered from the effect of giving birth to the child or by reason of the effect of lactation consequent upon the birth of the child, then, notwithstanding that the circumstances were such that but for this Act the offence would have amounted to murder, she shall be guilty of felony, to wit of infanticide, and may for such offence be dealt with and punished as if she had been guilty of the offence of manslaughter of the child.
(2)Where upon the trial of a woman for the murder of her child, being a child under the age of twelve months, the jury are of opinion that she by any wilful act or omission caused its death, but that at the time of the act or omission the balance of her mind was disturbed by reason of her not having fully recovered from the effect of giving birth to the child or by reason of the effect of lactation consequent upon the birth of the child, then the jury may, notwithstanding that the circumstances were such that but for the provisions of this Act they might have returned a verdict of murder, return in lieu thereof a verdict of infanticide.
(3)Nothing in this Act shall affect the power of the jury upon an indictment for the murder of a child to return a verdict of manslaughter, or a verdict of guilty but insane".

Les variations appartiennent essentiellement à la nature ou la cause du trouble. Le Code pénal du Danemark le présume : « si une mère tue son enfant au cours de l'accouchement, ou immédiatement après, il est à présumer qu'elle a agit dans un état de détresse par peur du déshonneur, dans un état d'affaiblissement ou d'affolement »[1389]. La détresse et l'épuisement sont également des éléments qui ont été pris en considération par le législateur finlandais de 1995[1390]. Outre le trouble que peut entraîner l'accouchement, l'état puerpéral est parfois évoqué au sein même de l'incrimination ; c'est notamment le cas du Brésil[1391] et de la Suisse[1392]. Seuls le Royaume-Uni et le Canada ont introduit les effets de la lactation[1393], ce qui, par ailleurs, peut paraître contradictoire lorsque nous savons que la lactation empêche les violences mère-enfant[1394]. Cette définition britannique de l'infanticide est l'incrimination de référence pour les législateurs qui ont souhaité, non pas de prendre en considération les spécificités liées à ce crime, mais de lutter contre la clémence de jurés incapables d'appliquer la peine maximale aux femmes s'étant rendues coupables de la mort de leur nouveau-né. Tout comme les jurés français et britanniques, les jurés populaires canadiens éprouvaient de grandes difficultés à condamner à mort ou à perpétuité les femmes accusées du meurtre de leur nouveau-né entre la fin du XIXème et début du XXème siècle. Si bien qu'en 1948, le Canada a introduit dans son Code criminel une incrimination spécifique d'infanticide. Auparavant, les magistrats bénéficiaient de plusieurs qualifications pénales : meurtre, homicide involontaire, suppression de part[1395] ou négligence à se procurer de l'aide au

---

[1389] Article 238 du Code pénal du Danemark en vigueur au 1er janvier 2012 et qui prévoit une peine maximale de quatre ans.

[1390] Le chapitre 21 du Code pénal finlandais en vigueur au 1er janvier 2012, en sa section 4, énonce : « Une femme qui se trouve en état d'épuisement ou de détresse dû à l'accouchement tue son nouveau-né sera condamnée pour infanticide à une peine d'emprisonnement de quatre mois à quatre ans ».

[1391] Article 123 du Code pénal du Brésil en vigueur au 1er janvier 2012 : « Tuer, sous l'influence de l'état puerpéral, son propre enfant, pendant l'accouchement ou aussitôt, est puni de la détention de deux à six ans ».

[1392] Article 116 du Code pénal de la Suisse en vigueur au 1er janvier 2012 : « La mère qui aura tué son enfant pendant l'accouchement ou alors qu'elle se trouvait encore sous l'influence de l'état puerpéral sera punie d'une peine privative de liberté de trois ans au plus d'une peine pécuniaire ».

[1393] Article 233 du Code criminel du Canada en vigueur au 30 novembre 2011 : « Une personne du sexe féminin commet un infanticide lorsque, par un acte ou une omission volontaire, elle cause la mort de son enfant nouveau-né, si au moment de l'acte ou de l'omission elle n'est pas complètement remise d'avoir donné naissance à l'enfant et si, de ce fait ou par suite de la lactation consécutive à la naissance de l'enfant, son esprit est alors déséquilibré »

[1394] *V. supra,* p.249 et s.

[1395] L'article 243 du Code criminel du Canada énonce qu' « est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de deux ans quiconque, de quelque manière, fait disparaître le cadavre d'un enfant dans l'intention de cacher le fait que sa mère lui a donné naissance, que l'enfant soit mort avant, pendant ou après la naissance ».

moment de l'accouchement[1396]. Toutefois, les difficultés inhérentes à la démonstration de l'intention criminelle des accusées ou de la vie préalable de l'enfant ainsi que la clémence des jurés empêchaient la justice criminelle à engager des poursuites pour meurtre ou homicide involontaire et s'orientait vers des accusations moindres avec des peines moins lourdes[1397]. Lorsque l'incrimination d'infanticide fût introduite dans le Code criminel canadien, elle s'ajoutait aux autres accusations possibles. L'intérêt premier pour les législateurs était de pouvoir obtenir des condamnations. En effet, l'infanticide s'il peut s'apparenter à l'homicide involontaire ou au meurtre, il appelle systématiquement à des peines moins sévères. Si bien que l'adoption de la loi sur l'infanticide répondait essentiellement à un impératif d'ordre juridique et non scientifique. Outre la difficulté à l'époque de prouver la vie préalable de l'enfant, la constitution du crime d'infanticide devait, et doit toujours, répondre à l'existence d'un trouble mental consécutif à l'accouchement ou à l'allaitement.

2. Les remises en cause contemporaines

a. Remises en cause anglo-saxonnes. La disparition des facteurs socio-économiques et des difficultés liées à la contraception font aujourd'hui de l'infanticide la proie des partisans de son abolition[1398]. Les critiques britanniques considèrent qu'établir une incrimination spécifique à la mort d'enfants âgés de moins d'un an conduit à ne pas accorder les mêmes droits et protection à tous les enfants. Par ailleurs, ils estiment que l'*Infanticide Act* encouragerait la tolérance par la société des atteintes à la vie des enfants et empêcherait la compréhension des causes de tels actes. Or, les données épidémiologiques révèlent que le taux d'infanticide en Angleterre et au Pays de Galles ne sont pas en relation avec le déclin de la

---

[1396] L'article 242 du Code criminel du Canada énonce qu' « est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de cinq ans une personne du sexe féminin qui, étant enceinte et sur le point d'accoucher, avec l'intention d'empêcher l'enfant de vivre ou dans le dessein de cacher sa naissance, néglige de prendre des dispositions en vue d'une aide raisonnable pour son accouchement, si l'enfant subit, par là, une lésion permanente ou si, par là, il meurt immédiatement avant, pendant ou peu de temps après sa naissance ».

[1397] Selon Kramar, la clémence des jurés était fondée sur cette impossibilité de prouver la viabilité de l'enfant. Par ailleurs, dans les cas où les femmes étaient condamnées à la peine capitale, elles suscitaient de nombreuses protestations de la population si bien que les peines étaient commuées en peines d'emprisonnement à vie et les accusées étaient relâchées après de courtes périodes (Kramar, K.J. *Unwilling Mothers, Unwanted Babies: Infanticide in Canada*. Univ of British Columbia Pr, 2006).

[1398] Payne, A. « Infanticide and Child Abuse ». *The Journal of Forensic Psychiatry* 6, nº 3 (3 décembre 1995): 472-476.

mortalité infantile, ni avec la libéralisation de l'avortement en 1967. De la même manière, l'augmentation générale des homicides n'a eu aucune incidence sur les meurtres d'enfant[1399]. Par ailleurs, les opposants à l'*Infanticide Act* lui attribuent la diminution du nombre de condamnations et des peines d'emprisonnement pour les femmes infanticides. Ils estiment, en effet, que les juges sont influencés par la faiblesse de la législation britannique car depuis l'introduction de l'*Homicide Act* en 1957, il y a un déclin constant et effectif des poursuites pour infanticide. Toutefois, les accusations pour homicide sont, parallèlement, en augmentation, notamment le meurtre et l'homicide involontaire. En définitive, si une législation spécifique existe, il semblerait que l'acte infanticide soit condamné du chef d'autres qualifications pénales. Pour Marks *et al.* au lieu d'abolir l'*Infanticide Act*, il faudrait rechercher les raisons qui poussent l'accusation à poursuivre pour meurtre, homicide involontaire et infanticide[1400].

L'Écosse, quant à elle, n'a pas de législation spécifique d'infanticide car cette infraction est considérée comme n'importe quel autre homicide incluant la prise en considération de l'état mental de l'accusé. Plus la loi est dissuasive, plus le nombre d'homicide devrait être bas. Si le meurtre d'un enfant est assimilé à n'importe quel autre homicide, alors leur taux devrait être plus élevé. C'est le cas en Écosse en comparaison avec l'Angleterre. A partir des statistiques officielles écossaises concernant tous les enfants de moins d'un an qui ont été victimes d'un homicide entre 1978 et 1993, il a pu être observé que, malgré des différences sociales, culturelles et légales d'avec l'Angleterre, le nombre de ces actes criminels, les caractéristiques des victimes et des auteurs et les condamnations et peines étaient similaires[1401]. Marks en déduit que l'impact des facteurs culturels, sociaux et légaux a moins d'importance que d'autres facteurs, non encore identifiés. A l'heure actuelle, nous manquons d'informations pour adopter des études systématiques et valables pour répondre aux problèmes que pose la psychopathologie des parents infanticides. Selon Marks, l'esprit de l'*Infanticide Act* prend à juste titre en compte les circonstances psychologiques de la naissance et du maternage du nourrisson. Accuser chaque femme qui tue son nouveau-né de meurtre et les traduire devant

---

[1399] Marks, M.N. et R. Kumar. « Infanticide in England and Wales ». *Medicine, Science, and the Law* 33, nº 4 (1993): 329-339.
[1400] Marks, M.N. et R. Kumar (1993), *op.cit.*
[1401] Marks M.N. et R. Kumar, « Infanticide in Scotland », *Medicine, Science, and the Law* 36, nº 4 (octobre 1996): 299-305.

un tribunal pour meurtre augmente la proportion de leur emprisonnement[1402]. L'abolition de l'*Infanticide Act* ne conduira vraisemblablement pas à une réduction du nombre d'enfants tués ou à faciliter la recherche des causes de ces crimes. Elle n'encouragera pas non plus le développement d'une politique sociale pour régler ce genre de problèmes.

b. Remises en causes canadiennes. La définition canadienne et quasi-médicale de l'infanticide est également critiquée par les féministes qui y voient un moyen, pour les autorités judiciaires, de contrôler la sexualité des femmes et de construire une catégorie de la « mauvaise mère ». A l'origine, les législateurs ne souhaitaient pas « policer les frontières des relations de genre »[1403], mais obtenir plus de justice ce qui devait passer, pour eux, par plus de condamnations. Kirsten Kramar considère que dans ces deux hypothèses, « ces théorisations considèrent les lois sur l'infanticide comme une réaction des autorités au refus des femmes de se conformer à leur rôle maternel tel que défini par le discours patriarcal ». Selon l'auteure, le législateur a usé des théories psychiatriques pour arriver à ses fins : obtenir un plus grand nombre de condamnations. Initialement, les considérations d'ordre médical tenaient compte des conditions socio-économiques dans lesquelles vivaient les mères. Si leur pauvreté était considérée comme le principal facteur ayant provoqué le désordre mental responsable du néonaticide maternel, les transformations socio-économiques du XXème siècle ont apporté des changements dans l'orientation de la loi. Tout comme aujourd'hui, la principale difficulté réside dans la preuve du désordre mental et ses liens avec l'accouchement et la lactation. Si bien qu'en 1955, un amendement à la loi a enlevé cette obligation même si l'idée que des raisons psychologiques peuvent venir atténuer la gravité de l'acte demeure. L'institutionnalisation de la naissance, la contraception, l'avortement, la mise en place de mesures sociales ont conduit la société canadienne à condamner avec plus de sévérité l'infanticide, ce qui a parallèlement encouragé les autorités à plus de rigueur. Les principales interrogations des cours d'assises sont des questions légales concernant l'état du bébé à la naissance (mort-né ou vivant) et de l'intention criminelle ou non de la mère. En général, la jurisprudence contemporaine révèle une tendance à accroître le degré de responsabilité des femmes qui ne peuvent plus invoquer l'excuse de l'enfant non désiré ou proclamer leur innocence en soutenant que l'enfant était mort-né puisque désormais la viabilité de l'enfant est présumé. De plus, le Canada a connu depuis les années 1950 une montée des

---

[1402] V. *Supra* nos propres constatations, p.473 et s.
[1403] Kramar, K.J. (2006), *op.cit.*

préoccupations face aux abus d'enfants, ce qui a eu pour conséquence de mettre au même niveau ces abus et les infanticides. A tel point qu'aujourd'hui l'opinion publique et le législateur demandent l'abolition de la loi sur l'infanticide qui est perçue comme une disposition permettant aux femmes d'échapper à une condamnation pour meurtre « prémédité » depuis neuf mois. Toutefois, cette demande s'appuierait, selon Kirsten Kramar, « sur le discours féministe qui depuis 30 ans insiste sur la responsabilité des femmes vis-à-vis de leur capacité reproductive, un argument avancé pour défendre leur liberté de choix et libéraliser l'avortement »[1404]. En acquérant un statut quasi-légal au travers de l'évolution bioéthique et des pressions exercées par les associations « pro-vie », le nouveau-né est devenu une victime à part entière. Si l'opinion publique et les législateurs ont tendance à vouloir sanctionner plus sévèrement les femmes accusées de la mort de leur nouveau-né, peu de femmes qui tuent leur nouveau-né sont accusées d'infanticide. Généralement, elles sont poursuivies par des accusations moins graves, telles que la négligence à se procurer de l'aide lors de la naissance d'un enfant, la suppression de part (faire disparaître le cadavre d'un enfant) ou, plus rarement, l'homicide involontaire coupable. Depuis la mise en vigueur de l'accusation d'infanticide, aucune femme n'a passé plus d'un an en prison pour la mort d'un nouveau-né. La plupart reçoivent une ordonnance de sursis sans peine d'emprisonnement[1405].

B- L'opportunité d'une autonomie

497. Depuis 1994, le législateur a fait de la minorité de quinze ans une circonstance aggravante du meurtre ou de l'assassinat. De ce fait l'incrimination autonome d'infanticide a été abrogée « n'ayant plus de ce fait de raison d'être »[1406]. A en croire les faibles travaux parlementaires sur cette disparition, l'autonomie de l'infanticide qui était justifiée par la qualité de nouveau-né de la victime n'avait plus d'intérêt dans le traitement judiciaire actuel.

[1404] Baillargeon, D. « Review of Kramar, Kirsten Johnson, Unwilling Mothers, Unwanted Babies: Infanticide in Canada ». H-Canada, H-Review, 2006, http://www.h-net.org/reviews/showrev.php?id=12053 (consulté le 1 juillet 2011).
[1405] Dallaire, J. « L'infanticide, un acte consternant, mais que l'on peut comprendre », article paru et consulté le 1 juillet 2011 sur : http://www.capacadie.com/chroniques/2011/7/1/l-infanticide-un-acte-consternant-mais-que-l-on-peut-comprendre.
[1406] Doc.AN, session 1990-1991, n°2121, p.29.

L'incrimination d'infanticide réunissait dans sa traditionnelle définition deux caractères principaux : d'une part, elle tendait à protéger spécialement l'enfant nouveau-né et d'autre part, elle supposait, par le biais de circonstances atténuantes, la prise en considération du lien de filiation unissant l'auteure à sa victime. Aujourd'hui, que la mère soit l'auteur du meurtre et que la victime ait été tuée le jour de sa naissance n'a aucune incidence sur la qualification juridique et sur la compréhension de ce crime reconnu dans sa spécificité pendant un peu moins de 200 ans. Or, ce qui faisait autrefois la spécificité du crime d'infanticide vaut tout autant aujourd'hui et ce, malgré la disparition des facteurs traditionnels de commission du crime.

1. L'ignorance des spécificités du crime de néonaticide

498. Les praticiens du droit, notamment ceux qui exercent les poursuites, que nous avons interrogés sur le meurtre d'un nouveau-né par le geste de sa mère nous ont confié qu'ils considéraient le néonaticide comme un simple homicide[1407]. Ils traitent ces dossiers comme n'importe quel autre homicide et ne leur accordent aucun particularisme. Quant à la disparition de l'infanticide, elle traduit essentiellement pour eux une facilité : un homicide est un homicide dont plusieurs circonstances peuvent venir aggraver la sanction si les faits le justifient. La qualité d'auteur que représente la mère de la victime importe peu à leurs yeux, d'autant plus que l'article 132-24 du Code pénal prévoit que toute « juridiction prononce les peines et fixe leur régime en fonction des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur »[1408]. De surcroît, les cours d'assises qui ont à juger de ces crimes n'ont aucune obligation quant au *quantum* de la peine à prononcer si ce n'est une peine minimale de deux années sur le fondement de l'article 132-18 du Code pénal[1409].

[1407] En l'occurrence, Monsieur Dresen Substitut du Procureur et Madame Monnet, Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance de St Brieuc.
[1408] Cette disposition du Code pénal était invoquée par Madame Crédoz Marie-Agnès, Présidente du Tribunal de Grande Instance de Nancy et ex-présidente des Cours d'assises de Franche-Comté, lors de la conférence d'étude sur le thème des néonaticides organisée par le Comité National de l'Enfance le 1er décembre 2010.
[1409] Art.132-18, 1er CP : « Lorsqu'une infraction est punie de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, la juridiction peut prononcer une peine de réclusion criminelle ou de détention criminelle à temps, ou une peine d'emprisonnement qui ne peut être inférieure à deux ans ».

499. Si toutefois la personne de l'auteur leur paraît indifférente dans le meurtre du nouveau-né, la qualité de cette victime ne peut être ignorée. En supprimant la qualification autonome de l'infanticide et en faisant de la minorité de quinze ans une circonstance aggravante, le législateur entend traiter de la même manière le meurtre d'un nouveau-né commis par sa mère à la suite d'un accouchement clandestin et le meurtre d'un enfant plus âgé commis par toute autre personne. La qualité de la victime est devenue sans incidence sur la qualification des faits et celle de l'auteur totalement inopérante. D'un point de vue criminologique cela revient à traiter, de la même manière tous les auteurs d'homicide d'un enfant, qu'il soit la mère d'un nouveau-né, la mère ou le père d'un enfant plus âgé ou encore une tierce personne totalement étrangère à la famille.

500. Quel a été l'esprit du législateur dans sa décision de suppression du crime spécifique d'infanticide ? En 1986, Richard Lalou assimilait la baisse du taux d'infanticide de la fin du XIXème siècle au résultat d'un changement à la fois social et affectif[1410]. Les conditions qui auraient prévalu au développement de l'infanticide commençaient à disparaître et la société tolérait davantage les mères célibataires et les enfants illégitimes. La reconnaissance des enfants naturels par la société et la généralisation du « sentiment de l'enfance » expliqueraient, selon lui, la baisse du taux d'infanticides. Lorsque le législateur de 1994 estimait que l'incrimination d'infanticide n'avait plus lieu d'être, il faisait très certainement référence à la disparition de ces causes conduisant à l'infanticide. Or, les néonaticides persistent et nier la qualité de nouveau-né de la victime, c'est nier les conditions de commission du passage à l'acte qui, en elles-mêmes, constituent une grande partie de la singularité du meurtre du nouveau-né. Ce sont toujours la situation de faiblesse et l'âge de la victime qui définissent le meurtre commis sur un enfant, mais elles le définissent d'une manière plus large en visant la minorité de quinze ans établie par le législateur de 1994. Seule la vulnérabilité constitue la circonstance aggravante justifiant une condamnation à la réclusion criminelle à perpétuité sans aucune autre forme de considération. Or, dans les cas de néonaticide, la particulière vulnérabilité de la victime est due à sa qualité de victime et aux conditions de sa naissance. Si bien que nier la qualité de nouveau-né de la victime, c'est faire

[1410] Lalou, R. (1986), *op.cit.*

une totale abstraction du lien de filiation qui l'unit à l'auteure de sa mort. Selon Xavier Lameyre, la suppression de la qualification autonome d'infanticide répondait à la nécessité d'« achever le processus de laïcisation entamé par les révolutionnaires de 1791 »[1411], ce serait une sorte de démoralisation qui irait de pair avec la suppression des discriminations liées au sexe. L'évolution des mœurs et la fin de la mise à l'index des femmes célibataires, notamment grâce à l'acquisition d'une contraception libre et d'un accès autorisé à l'avortement, a indéniablement conduit l'opinion publique à ne plus considérer le meurtre du nouveau-né comme un meurtre « excusable ». « Cette entreprise de refonte à visée égalitaire a-t-elle été rendue possible par l'idée que les femmes, ayant désormais accès à de multiples procédés pour contrôler leur fertilité, n'avaient plus à être abusivement protégées par une loi infantilisante »[1412] ? « L'idéologie ambiante de notre culture qui a donné une place centrale à l'enfant, le sacralisant, a fait passer au second plan la détresse de la mère. Notre représentation sociale de la fonction maternelle et les idéaux que nous lui accordons créent des exigences pour la « bonne mère », qui n'a aucun droit de faillir »[1413]. Désormais la qualification pénale n'accorde plus dans sa définition de circonstance atténuante à la mère néonaticide. Or, tuer un enfant ou tuer son enfant n'est pas comparable. Au même titre que le crime passionnel recevait une circonstance atténuante, l'infanticide relevait du cadre familial. La suppression du lien de filiation suppose que le contexte spécifique qui était jusque là reconnu à l'infanticide ne doit plus être pris en considération pour le jugement[1414]. Or, le meurtre du nouveau-né n'est pas seulement une transgression de la loi, les expertises psycho-médicales attestent de cette dimension psychopathologique. Nous avons démontré tout au long de nos travaux que le lien mère-enfant était un lien spécifique, très fragile dès la conception de l'enfant.

[1411] Cité par Dominique Schaffhauser (Schaffhauser, D. (2009), *op.cit.*).
[1412] Guernalec-Lévy, G. (2007), *op.cit.*, p.194.
[1413] Marinopoulos, S. et I. Nisand. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Le déni de grossesse*. Les liens qui libèrent, 2011, p.173.
[1414] Verschoot, O. *Ils ont tué leurs enfants. Approche psychologique de l'infanticide*. Imago, 2007, p.32.

2. Le nouveau-né : l'élément constituant du crime de néonaticide

501. L'enfant de moins d'un an a quatre fois plus de risques de faire l'objet d'un homicide que les enfants plus âgés ou toute autre catégorie de la population générale[1415]. Il nous faut rappeler les travaux de Resnick qui a établi la distinction entre les néonaticides et les filicides, notamment au regard des mobiles[1416] : alors que le filicide serait un crime altruiste, le néonaticide résulterait d'un non désir d'enfant. La qualification pénale d'homicide volontaire sur mineur de quinze ans nécessite la condition préalable de la vie d'autrui. En l'occurrence, le mineur de quinze ans constitue cet « autrui » que la loi entend protéger sans qu'elle précise pour autant qu'il s'agit dans de nombreuses hypothèses d'un nouveau-né. Préciser au sein d'une nouvelle qualification pénale la qualité de nouveau-né de la victime permettrait de mettre en évidence d'une part, le lien de filiation entre la victime (nouveau-né) et l'auteur (la mère) matérialisé par le moment du passage à l'acte (l'accouchement) qui, d'autre part, est identique à toutes les espèces de néonaticides. Parallèlement, cette prise en considération permettrait de mettre en avant les difficultés liées à la grossesse et au lien fragile mère-enfant. La disparition des facteurs socio-économiques à laquelle s'ajoute la mise en place de mesures sociales telles que la contraception, l'avortement ou les allocations familiales ont certainement conduit à la suppression du crime d'infanticide même si, en définitive, elles permettent la mise en lumière des spécificités du néonaticide[1417]. En effet, la persistance du crime de néonaticide supprime la prévalence des facteurs socio-économiques dans son appréhension traditionnelle. Si bien que l'altération du discernement des femmes néonaticides semblerait traduire l'altération de leurs élaborations mentales lors de la grossesse (déni de grossesse pour Spinelli[1418], dénégation ou dissimulation pour d'autres[1419]).

[1415] Marks, M. N. « Characteristics and causes of infanticide in Britain ». *Int Rev Psychiatry* 8, nº 1 (1996): 99-106.

[1416] Resnick Ph.J, B. Chaffel, V. Voruz, et S. Yang. « Retour sur le néonaticide : perspectives actuelles ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 55-59 ; Resnick Ph.J, M.-C. Genet, R. Evans, V. Voruz, et S. Yang. « Meurtre de nouveau-né : une synthèse psychiatrique sur le néonaticide ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 42-54.

[1417] Marks, N.M. (2002), *op.cit.*, p.188.

[1418] Spinelli, M.G. et al. (2002), *op.cit.* et « A systematic investigation of 16 cases of neonaticide ». *American Journal of Psychiatry* 158, n°5 (2002) : 811-813.

[1419] Déposition de Paul Bensussan, expert psychiatre, lors du procès de Véronique Courjault le 16 juin 2009 devant la Cour d'assises de la Loire. *V.* également : Bensussan, P. « Déni de grossesse : le tribunal médiatique, par Paul Bensussan ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 24 juin 2009 sur :

502. Le choc brutal de la réalité de l'enfant provoquerait l'éruption d'un trouble psychique chez la femme en cours d'accouchement (amnésie dissociative pour Spinelli[1420], état de sidération pour d'autres[1421]) et le premier geste visant à annuler cette réalité serait celui de faire taire l'enfant et de l'empêcher de crier son existence[1422]. Par la suite, la capacité de ces femmes à reprendre une vie tout à fait normale après leur accouchement étonne. Elle peut être effarante lorsque nous oublions de prendre en considération que l'accouchement que nous propose la très grande majorité des centres hospitaliers est surmédicalisé. Comment notre Humanité aurait-elle survécu si les femmes étaient dans l'incapacité d'accoucher sans l'apport d'une aide extérieure ? En effet, l'approche évolutionniste que nous avons pu évoquer précédemment souligne la nécessité pour les femmes d'être capables, dans les sociétés nomades qui ont été les nôtres pendant des millions d'années, de se remettre à marcher avec le groupe dès après l'accouchement, à défaut de quoi elles, et leurs bébés, encouraient la mort. Ainsi, s'il ne se réalise pas sans douleur, l'accouchement peut toutefois se faire par le geste seul d'une femme. Dans les néonaticides, l'hypothèse d'un état dissociatif dans lequel se trouverait la femme lors de l'accouchement pourrait, en partie, expliquer l'inhibition de la douleur[1423] et l'incapacité des femmes à se rappeler les faits et notamment l'accouchement. A ce titre, les traditionnelles qualifications pénales d'infanticide se fondaient sur l'état puerpéral des femmes, mais désormais, il est nécessaire que le choix des législateurs s'oriente vers l'état psychique des femmes néonaticides. En effet, ce n'est pas tant les douleurs de l'accouchement qui conduisent au meurtre du nouveau-né (d'autant plus que ces femmes accouchent dans des conditions physiologiques totales ce qui a pour conséquence de réduire les douleurs), mais davantage l'état psychique de la femme tout au long de sa grossesse qui, au moment de

---

http://www.lemonde.fr/societe/article/2009/06/24/deni-de-grossesse-le-tribunal-mediatique-par-paul-bensussan_1210976_3224.html.

[1420] Spinelli, M.G. et al. (2002), *op.cit.*.

[1421] Viaux, J.-L. et S. Combaluzier. « Néonaticide, un non-désir mélancolique : étude clinique de 12 cas ». *L'évolution Psychiatrique* 75, nº 1 (2010): 3-17 et Nisand, I. et al. (2011), *op.cit.*

[1422] La fréquence de la suffocation dans les *modus operandi* du crime de néonaticide est généralement expliquée par la nécessité d'étouffer le premier cri de l'enfant : Resnick, Ph.J. (1969) et (2009), *op.cit.* ; Viaux, J.-L. et al. (2010), *op.cit.*

[1423] *V. not.* l'étude de Spinelli qui, sur un échantillon de dix-sept femmes, a relevé que douze d'entre elles ne se souvenaient pas d'avoir perçu la moindre douleur et que cinq femmes ont estimé que la douleur était tout à fait supportable (Spinelli, M.G. (2001) et (2002), *op.cit.*, p.109).

l'apparition de l'enfant, doit faire face au choc brutal d'une réalité qu'elle s'était refusée de voir pendant plusieurs mois voire plusieurs années.

503. A cet égard, le constat d'un trouble psychique ayant altéré le discernement de la femme lors de la mise au monde de son nouveau-né rend difficile une appréhension traditionnelle de l'intention criminelle. Il serait préférable qu'elle soit inopérante dans la nouvelle définition du néonaticide, seules les qualités de la victime et de l'auteur ainsi que le trouble au moment du passage à l'acte devraient être pris en compte. Actuellement fondée sur la constatation des faits matériels, l'intention dans le cadre des affaires de néonaticide est ambigüe et inlassablement discutée en Cour d'Assises : les femmes néonaticides avaient-elles l'intention de donner la mort à leur nouveau-né ? Or, préciser l'indifférence d'un acte volontaire ou d'une omission permettrait d'asseoir l'autonomie d'une qualification pénale de crime contre un nouveau-né à l'égard de la traditionnelle dichotomie des incriminations intentionnelles et non intentionnelles. Or, pour qu'il y ait meurtre, il faut qu'il y ait eu un acte volontaire consistant à mettre fin à la respiration de l'enfant. Dans le cas contraire, certains magistrats préfèreront à l'homicide volontaire la qualification de délaissement[1424] ou la privation de soins sur mineur de quinze ans[1425], toutes deux punies de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort. Si dans certaines espèces la constatation de faits matériels pourrait traduire une certaine intention criminelle, la mère qui a laissé sans soin son nouveau-né ou qui l'a empêché de crier participe de la même problématique : celle du néonaticide. A cet égard, le législateur français a exclu la femme de toute poursuite judiciaire en cas d'avortement illégal[1426].

504. Maintenir la généralité des qualifications pénales au meurtre du nouveau-né revient à considérer que les tourments profonds que peut revêtir la grossesse ne valent plus d'attention particulière une fois que l'enfant est né vivant (**II**).

[1424] Article 227-2 du CP.

[1425] Article 227-16 du CP.

[1426] L'article L.2222-4 du Code de santé publique énonce que « le fait de fournir à la femme les moyens de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000€ d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle. En aucun cas, la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte ». (*V. not.* : Schaffhauser, D. (2009), *op.cit.*).

II- La responsabilité pénale des femmes néonaticides

505. De manière générale, la responsabilité est définie comme l'obligation de répondre de ses actes. En droit pénal, la responsabilité correspond plus spécifiquement à l'obligation de répondre de ses actes délictueux en subissant une sanction pénale dans les conditions et uniquement selon les formes prescrites par la loi. Elle est fondée sur la faute et non sur les conséquences de l'acte ; c'est une sorte de responsabilité morale, ce qui n'est d'ailleurs pas le cas du domaine de la responsabilité civile[1427]. Le concept de responsabilité pénale comprend d'autres notions importantes parfois complexes. Il en est ainsi des notions de culpabilité et d'imputabilité. Tandis que la notion de culpabilité suppose l'accomplissement d'une faute au sens large du terme, intentionnelle, non intentionnelle, de commission ou d'omission, une tentative ou un acte consommé, un acte de complicité ou d'auteur principal, la notion d'imputabilité tient à un état de conscience et à une volonté libre du sujet-lui-même. L'agent doit posséder la jouissance de sa faculté mentale et de son libre arbitre ; il doit pouvoir distinguer le bien du mal et l'interdit de ce qui est légalement permis. C'est cette absence de discernement qui conduirait à une irresponsabilité pénale. Sans qu'il soit nettement identifié par les experts, un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré le discernement (**A**) de la grande majorité des femmes néonaticides a conduit à la considération d'une responsabilité pénale atténuée au moment du passage à l'acte (**B**).

A- Le trouble psychique ou neuropsychique comme fondement de la responsabilité pénale

506. La notion de culpabilité, en tant que participation effective d'une personne à une infraction, accorde une importance fondamentale à l'intention coupable ; la faute involontaire

[1427] La responsabilité pénale est à distinguer de la responsabilité civile qui consiste essentiellement à réparer le préjudice subi. Elle ne nécessite pas l'existence d'une faute de l'agent : c'est le cas par exemple de la responsabilité de plein droit prévues par l'alinéa 1er de l'article 1384 du Code civil.

ou d'imprudence faisant l'objet d'une grande indulgence, les actes fautifs ne sont imputables qu'aux individus aptes à être déclarés responsables, c'est-à-dire dont l'intelligence et la volonté ne souffrent d'aucune infériorité ou altérations naturelles ou pathologiques[1428].

1. L'établissement du trouble psychique ou neuropsychique

507. Depuis 1994, le Code pénal, dans son article 122-1[1429] reprend la distinction opérée en 1976 et effectuée entre les effets du trouble : s'il a entraîné une abolition du discernement ou du contrôle des actes au moment des faits, l'auteur est pénalement irresponsable et si ses facultés mentales ont seulement été altérées, l'auteur demeure punissable et la juridiction devra en tenir compte lors du prononcé de la peine. Le second alinéa a été le plus novateur en ce qu'il envisage l'hypothèse d'un amoindrissement du libre arbitre. Il suit ainsi les données modernes de la criminologie et de la psychiatrie attestant de l'existence d'un large éventail de troubles psychiques modifiant partiellement le comportement humain. Si ces dispositions ont rendu caduques les critiques d'ordre rédactionnel formulées à l'encontre de l'ancien article 64 du code pénal, elles ne suppriment pas totalement les difficultés de fond qui résultaient du droit antérieur.

[1428] En dehors de ces cas particuliers, la loi écarte toute déclaration de culpabilité à l'encontre d'un individu pour lequel il existe des causes de non imputabilité : l'ordre de la loi, le commandement de l'autorité légitime, la légitime défense, l'état de nécessité, la contrainte ou l'erreur de droit. Les causes de non-imputabilité ou faits justificatifs font obstacle à toute déclaration de culpabilité pour des raisons tenant aux circonstances de l'infraction. Le Code pénal de 1994 a mis fin à la distinction qu'il existait entre les faits justificatifs et les causes de non-imputabilité. Les faits justificatifs correspondent à des éléments objectifs extérieurs au sujet dont le libre arbitre reste intact. Ils portent sur l'infraction elle-même, *in rem*. Les causes de non-imputabilité, quant à elles, résident dans des circonstances propres à l'agent comme l'erreur, la contrainte ou les troubles psychiques ou neuropsychiques. Elles agissent *in personam*, directement sur le sujet et annihilent sa volonté. Désormais, le Code pénal énonce simplement les causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de responsabilité pénale aux articles 122-1 et suivants du même code.

[1429] Art.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 ».

a. L'état de démence. Lorsque les rédacteurs du Code pénal de 1810 énoncèrent, dans le célèbre article 64, le principe selon lequel « il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action », sa formulation a été très rapidement considérée comme imparfaite pour trois raisons principales. Elle donnait, tout d'abord, à penser que la démence avait pour conséquence la disparition de l'infraction, ce qui est inexact ; si la responsabilité pénale du dément ne pouvait être reconnue, une infraction avait cependant été commise. Elle laissait croire, par ailleurs, que cette cause d'irresponsabilité ne concernait que les crimes et délits, alors qu'il fût très vite admis par la jurisprudence qu'elle concernait également les contraventions. Enfin, le terme de « démence » était impropre car ne correspondait pas à son acceptation technique et scientifique, mais recouvrait toutes les formes d'aliénation mentale. Sur le fond, la règle posée par l'article 64 du Code pénal soulevait également de très nombreuses critiques, dont la plus importante résidait dans le fait qu'il laissait sans réponse le problème posé par les personnes atteintes d'un trouble mental insuffisamment grave pour être qualifié d'état de démence, mais de nature à influencer, tout de même, leur comportement et à diminuer, par voie de conséquence, leur libre arbitre. En pratique, ces personnes étaient déclarées pénalement responsables, mais se voyaient accorder les circonstances atténuantes. Il en résultait qu'elles étaient moins sévèrement condamnées que des délinquants « normaux », alors même qu'elles présentaient parfois un état dangereux plus important pour la société en raison de leur trouble mental. Une modification de l'article 64 passant par l'abandon de son manichéisme opposant « le fou criminel » au « délinquant sain » s'imposait. L'introduction de circonstances atténuantes en 1832 a, parallèlement, semé la confusion dans l'expertise psychiatrique en permettant d'apporter une certaine nuance aux irresponsabilités totales. Le rôle de l'expert a dès lors été élargi à l'évaluation de l'atténuation de la responsabilité[1430]. En définitive, jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal en 1994, les nombreux projets instaurant une dichotomie entre délinquant aliéné et délinquant anormal n'ont jamais abouti[1431].

[1430] Circonstances atténuantes réglementées par la circulaire Chaumié du 12 décembre 1905 en son article 463 et qui étaient destinées au sujet dont l'état mental pathologique était considéré comme de nature à diminuer le libre exercice de la volonté, sans toutefois justifier une totale irresponsabilité (Circulaire du Garde des Sceaux Chaumié du 12 décembre 1905).

[1431] Outre le cas du « prévenu en état de démence au temps de l'action », le projet de code pénal de Paul Matter de 1934 énonçait celui de « toute personne alcoolique, toxicomane ou atteinte d'une infirmité mentale grave ». La proposition de loi des sénateurs Emile Lisbonne et Laurent Comboulives de 1937 envisageait que « les délinquants qui sans être atteints d'aliénation mentale comportant l'internement dans un asile, apparaissent

b. Le trouble psychique ou neuropsychique. Face aux imperfections de l'ancien article 64 du Code pénal, l'article 122-1 issu de la réforme de 1994 a apporté trois principales modifications : d'une part, il a abandonné la notion de démence pour retenir celle de trouble psychique ou neuropsychique[1432] ; d'autre part, il précise que le trouble mental interdit la répression de toutes les infractions, sans, toutefois, remettre en cause l'existence même des dispositions répressives. Enfin, il distingue clairement selon que le trouble mental a aboli ou simplement altéré le discernement de l'agent coupable. Ce souci de différenciation de la part des rédacteurs du nouveau Code pénal appelle des précisions quant aux définitions. En effet, de la nuance entre abolition et altération va découler une irresponsabilité totale ou une responsabilité atténuée de l'auteur. L'abolition est le fait de supprimer, de réduire à néant. En l'occurrence, soit l'individu a perdu la capacité de comprendre, autrement dit d'interpréter ses actes dans la réalité, soit il a perdu la capacité de vouloir et est, par voie de conséquence, incapable de contrôler ses actes. L'auteur d'une infraction atteint d'une abolition du discernement est alors exclu de toute sanction en application de l'alinéa 1er de l'article 122-1 du Code pénal. Cette décision fait suite à une expertise psychiatrique[1433] qui, dès l'instruction ou lors du jugement, déclare le délinquant non accessible à la sanction pénale. L'auteur sort

---

porteurs d'une anomalie mentale durable, nettement caractérisée, constituant une prédisposition importante des délits ultérieurs ». Présenté en 1955 par une commission nationale présidée par le professeur Levasseur, un avant projet fût mis au point à partir des travaux de commissions régionales chargées d'étudier les législations et expériences étrangères en vue de l'élaboration d'une loi de défense sociale distinguant le délinquant aliéné du délinquant anormal. Enfin, l'avant projet de réforme des dispositions générales du Code pénal, tant dans son premier rapport diffusé en 1976 que sa présentation définitive de 1978, a supprimé la notion de responsabilité pour distinguer les personnes dites punissables des personnes non punissables. Ce projet fût d'une courte durée étant donné l'innovation trop importante qu'il représentait et l'impossibilité matérielle de sa mise en œuvre.

[1432] Michel Dubec et Claude Cherki-Nicklès regrettent le remplacement du terme démence par trouble psychique ou neuro-psychique qui selon eux est trop technique ; ils lui auraient préféré le terme d'aliénation (Cherki-Nicklès, C. et M. Dubec (1992), *op.cit.*).

[1433] L'expertise pénale psychiatrique est régie par les articles 156 et suivants du Code de procédure pénale dans les termes suivants :

« Toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans les cas où se pose une question d'ordre technique, peut, soit à la demande du ministère public, soit d'office, ou à la demande des parties, ordonner une expertise peut préciser dans sa demande les questions qu'il voudrait voir poser à l'expert.

Lorsque le juge d'instruction estime ne pas devoir faire droit à une demande d'expertise, il doit rendre une ordonnance motivée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande. Les dispositions des neuvième et dixième alinéas de l'article 81 sont applicables.

Les experts procèdent à leur mission sous le contrôle du juge d'instruction ou du magistrat que doit désigner la juridiction ordonnant l'expertise ».

Par ailleurs, l'article 283 du Code de procédure pénale prévoit également que le président d'une cour d'assises peut ordonner tout acte d'information, donc une expertise, avant l'ouverture d'une cession, s'il lui apparaît que l'instruction est incomplète ou si des éléments nouveaux ont été révélés depuis sa clôture. Selon l'article 310 du même code, il le peut également au cours des débats, soit en vertu de son pouvoir discrétionnaire, soit en saisissant la Cour afin qu'elle statue par arrêt sur incident contentieux selon les dispositions de l'article 316 du Code de procédure pénale.

alors du champ d'application du droit pénal et pose, par conséquent, moins de difficultés d'ordre procédural[1434] qu'en cas de simple altération du discernement. Ainsi, le sujet déclaré irresponsable est exclut du champ du droit commun de la responsabilité pénale, il est alors pris en charge par une administration, pénitentiaire ou hospitalière qui, à d'autres égards, ne bénéficie pas des moyens nécessaires pour accomplir correctement sa mission de soins et de suivi du malade. De manière générale, l'expertise psychiatrique retiendra : des troubles de l'ordre de la psychose en poussée aigüe (bouffées délirantes, états dépressifs atypiques francs accompagnés de dissociation et de discordance) ; des troubles majeurs de l'humeur (état dépressif d'intensité mélancoliforme ou état d'excitation de type maniaque franc) ; une confusion mentale déstructurant le champ de conscience ; des complications délirantes des problématiques addictives éthyliques ou toxicomaniaques ; des états cognitifs déficitaires du niveau de la débilité moyenne ou de la débilité profonde ; des états de détérioration mentale de type sénile à leur début.

En revanche, les troubles mentaux qui ne font qu'altérer le discernement entravent le contrôle des actes de l'agent, sans supprimer totalement son libre arbitre. La frontière entre les deux notions est parfois ténue, difficile à établir et la charge de l'évaluation de la responsabilité en est plus lourde pour l'expert psychiatre. L'application de l'alinéa 2 prévoit que l'altération du discernement n'exclut pas la responsabilité pénale et prévoit le maintien de l'auteur dans le processus pénal. Les différentes phases du procès, de l'instruction à l'audience, se déroulent classiquement et l'état psychique du délinquant n'est pas jusqu'à l'audience pris en considération. La mise en œuvre de ce second alinéa est donc une illustration du principe d'individualisation, principe fondamental de droit pénal, et en ce sens, aucune difficulté particulière ne se présente lors de son application : l'instruction se déroule normalement, l'auteur de l'infraction est présenté devant la juridiction de jugement qui, lors du prononcé de la sanction, prendra en considération l'état psychique et psychologique du sujet. Pour retenir

---

[1434] Toutefois, la victime privée de procès n'acquiert pas le statut de victime et se trouve de fait dans l'impossibilité d'effectuer le travail nécessaire à sa reconstruction psychologique. Face à ce constat, le législateur a introduit par la loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental des dispositions permettant à la victime de faire appel de l'ordonnance de non-lieu motivée par l'application de l'alinéa premier de l'article 122-1 du Code pénal. Voir notamment : Herzog-Evans, M. « La loi n°2008-174 du 25 février 2008 ou la mise à mal des "principes cardinaux" de notre droit ». *AJPénal* (2008): 161 ; Léna, M. « Application dans le temps de la loi relative à l'irresponsabilité pénale pour trouble mental: revirement ». *Dalloz Actualité* (8 janvier 2010) et « Irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental: premières questions procédurales ». *Dalloz Actualité* (4 mars 2010) ; Pradel, J. « Une double révolution en droit pénal français avec la loi du 25 février 2008 sur les criminels dangereux ». *D.* (2008): 1000.

l'altération du discernement telle que définie par l'alinéa 2 de l'article122-1, l'expert discutera essentiellement les pathologies suivantes : des troubles de l'ordre de la psychose (en dehors de poussées aigües), des épisodes anxiodépressifs d'intensité faible ou moyenne, des états déficitaires de l'ordre de la débilité légère, des états de détérioration mentale de type sénile à leur début. Les troubles liés à des addictions éthyliques ou toxicomaniaques n'entrent pas dans l'altération du discernement même si certains experts, ayant une conception large de l'altération du discernement, le retiennent.

508. L'irresponsabilité totale ou la responsabilité atténuée de l'auteur ne peuvent être invoquées que dans la mesure où elles répondent à certaines exigences d'ordre juridique. En effet, le Code pénal exige la réunion d'une part, d'un trouble grave de quelque nature que ce soit, d'un trouble ayant aboli le discernement de la personne poursuivie ou le contrôle de ses actes d'autre part, et enfin, le trouble doit avoir existé au moment des faits. Par conséquent, sous condition d'exister au moment des faits, seul un trouble grave devra être retenu.

2. Les conditions d'appréciation de la responsabilité pénale

509. Dans un premier temps, il s'agit d'évaluer la gravité du trouble au moment des faits. Puis, il faudra prouver la pertinence de cette constatation au moyen d'un diagnostic d'ordre psychiatrique.

a. L'existence d'un trouble mental au moment des faits. En substituant à « l'état de démence » le trouble psychique ou neuropsychique, le Code pénal consacre la jurisprudence qui avait déjà procédé à une lecture extensive de l'ancien article 64. A noter toutefois que si le législateur a procédé à un « toilettage sémantique »[1435] de l'ancien article 64 en substituant au terme « d'état de démence » les termes de « trouble psychique ou neuropsychique » ayant aboli ou atténué le discernement, l'appréciation clinique des experts concernant l'attribution

[1435] Coutanceau, R. *in Dictionnaire des sciences criminelles*, sous la direction de Lopez, Gérard, et Tzitis Stamatios, Paris: Dalloz, 2004.

de l'irresponsabilité pénale reste inchangée. L'appréciation de la gravité du trouble permet de placer le curseur entre une abolition ou une atténuation du discernement. Plus le trouble est grave plus l'expertise tendra vers le prononcé d'une irresponsabilité de l'agent. La personne peut avoir perdu la capacité de comprendre ses actes et ou celle de vouloir, c'est-à-dire de contrôler ses actes. Le problème ne se posera pas pour les troubles qui relèvent de la démence, des délires chroniques comme la psychose hallucinatoire[1436], le délire paranoïaque, les différentes formes de délires passionnels ou les épilepsies[1437]. Est également intégrée dans cette catégorie légale, l'aliénation mentale, que la médecine légale distingue, par ailleurs, de la démence, comme l'arriération ou la débilité mentale qui sont congénitales et constituent des troubles acquis de l'intelligence. En revanche, la dépression, les névroses, pas toujours facile à distinguer des psychoses, ne seront pas nécessairement des causes d'irresponsabilité. De la même manière, la question se posera pour les maladies de la volonté telles que la kleptomanie ou la pyromanie qui n'atteignent pas la faculté de raisonner et de comprendre, mais la personne est victime d'obsessions ou encore pour le somnambulisme qui ne doit pas, s'il est naturel ou hypnotique, engendrer de responsabilité[1438]. Pour les intoxications volontaires d'alcool ou de stupéfiants, en principe il y a trouble psychique et l'auteur sous l'emprise de drogue ou d'alcool, notamment s'il est victime d'une crise de *delirium tremens*, devrait être irresponsable. Cependant, les actes commis dans ces états sont incriminés de plus en plus sévèrement par le code pénal[1439]. Si le trouble psychique ou neuropsychique est avéré encore faut-il que le trouble mental ait existé au moment de la commission de l'infraction.

510. C'est en cela que la mission confiée à l'expert est complexe : mettre en évidence une éventuelle abolition ou altération du discernement au moment des faits. Il se doit de répondre à la question du magistrat instructeur qui le plus souvent est exprimée dans les termes suivants : l'auteur était-il atteint d'une abolition ou d'une altération de son discernement au moment des faits ? Cette exigence du droit présente non seulement un aspect temporel mais également un aspect causal. D'un point de vue temporel, le trouble doit être contemporain de

---

[1436] Crim.18 février 1998 : Bull.crim. n°66 (à propos d'un cas de schizophrénie).
[1437] CA Orléans, 22 juin 1886 : *D.*1887, 5, 213 ; crim.14 décembre 1982 : *Gaz.pal.* 1982.
[1438] Néanmoins dans l'hypothèse d'une hypnose, si l'exécutant n'est pas responsable, celui qui a recouru à cette méthode sera le complice, voire l'auteur moral de l'infraction.
[1439] Pour exemples les articles 221-6-1 2° et 3° du Code pénal réprimant l'homicide involontaire ainsi que l'article 222-19 2° et 3° du Code pénal relativement aux blessures involontaires ayant entraîné une incapacité de travail supérieure à 3 mois.

l'action. Si le trouble existait antérieurement, mais ne s'était pas manifesté pas au moment de l'infraction, l'agent pénal reste punissable et le juge pourra toujours tenir compte de cette circonstance en prononçant la peine[1440]. D'un point de vue causal, le trouble psychique doit être en rapport avec l'infraction. L'importance de cette condition se révèle en présence de troubles graves mais intermittents, comme les crises fréquentes d'épilepsie. Si la personne malade commet un acte répréhensible pendant un intervalle de lucidité, le trouble ne sera pas considéré comme la cause directe de l'infraction et cet agent sera responsable.

b. La preuve du trouble. L'existence d'un trouble mental faisant obstacle à la mise en œuvre de la responsabilité pénale, la non-imputabilité n'est jamais présumée et doit être prouvée, même dans l'hypothèse d'une personne majeure incapable qui serait placée sous tutelle. Il ne suffit pas d'affirmer l'irresponsabilité, encore faut-il en démontrer sa pertinence par des conclusions en ce sens et par des preuves tangibles soumises à contradiction et ce qui n'est pas sans poser de difficultés. L'expert est tenu de répondre uniquement aux questions qui lui ont été posées[1441] et il doit étayer ses réponses par des constatations d'ordre

---

[1440] Si le trouble survient postérieurement, trois situations doivent être envisagées : soit il se manifeste pendant la mise en état de l'affaire et dans ce cas l'action publique est suspendue pendant la durée du trouble pour ne reprendre qu'après la guérison. A ce sujet, il faut noter que l'instruction peut se poursuivre à condition que les actes accomplis ne portent pas sur la personne de l'intéressé. Soit il survient juste avant le jugement et l'action publique pour l'application des peines devra être stoppée. Soit enfin, il survient après le jugement définitif et l'infraction reste imputable à son auteur (Crim.27 mars 1924 : Bull.crim.n°141 ; crim.07 octobre 1992 : Bull.crim.n°314). Dans cette dernière hypothèse, le trouble sera seulement un obstacle à l'application de la peine privative de liberté, mais non à celle de des peines pécuniaires ou privatives de droits. Ceci peut paraître contestable car si on pense que l'exécution de la peine est dénuée de signification pour le condamné, cette mesure de clémence devrait s'appliquer à toutes les peines.

[1441] Après avoir pris connaissance du dossier et s'être entouré de tous renseignements utiles, l'expert procèdera à l'examen psychiatrique de la personne et répondra aux questions habituellement posées et fixées par une circulaire du Garde des Sceaux (article C345 de l'Instruction Générale pour l'application du Code de procédure pénale – qui pourrait être bientôt revu car rédigé sous l'ancien article 64), notamment :
- l'examen de la personne poursuivie révèle-t-il chez elles des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.
- l'infraction qui lui est reprochée est-elle ou non en relation ave de telles anomalies ?
- cette personne présente-t-elle un état dangereux ?
- est-elle accessible à une sanction pénale ?
- est-elle curable ou réadaptable ?
- la personne était-elle atteinte de troubles mentaux au moment des faits ?
- l'examen psychiatrique et biologique révèle-t-il chez elle des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer sa responsabilité ?
A noter que la question de la dangerosité du sujet se traduit en réalité en termes de récidive. Devenue un véritable enjeu politique, l'épineuse question de la récidive légale exige de l'expert la prévention d'un état dangereux chez l'accusé. Certes, cela permettrait de mieux adapter la peine mais vouloir prévenir la récidive avant toute démonstration de culpabilité ne reviendrait-il pas à demander à l'expert de condamner bien avant l'heure ? D'autant plus que seul l'expert psychiatrique mandaté par la justice peut se prononcer sur une telle situation, rendant ainsi sa mission essentielle dans la manière de juger.

scientifique et non en se fondant sur sa seule conviction. Tenus de répondre aux seules questions posées par la justice, les experts disposent, néanmoins, d'une grande liberté dans la manière de conduire leurs investigations et de rédiger leurs conclusions. Il ne résulte, en effet, ni de l'article 6 issu de la Convention européenne des Droits de l'Homme relatif au droit à un procès équitable[1442], ni d'aucun texte ou principe de procédure pénale, tel que la présomption d'innocence ou de tout autre droit de la défense, que l'accomplissement d'une mission d'expertise psychiatrique, relative à la recherche d'anomalies mentales susceptibles d'annihiler ou d'atténuer la responsabilité pénale du sujet, interdise aux médecins experts d'examiner les faits, d'envisager la culpabilité de la personne mise en examen, et d'apprécier son accessibilité à une sanction pénale[1443]. Cette liberté peut toutefois être contrebalancée par la possibilité pour les parties de demander, en cas d'irresponsabilité pénale prononcée par l'expert psychiatre, un complément d'expertise ou une contre-expertise. Dès lors, lorsque les conclusions de la première expertise vont dans le sens de l'irresponsabilité, le nouvel examen doit être réalisé par deux experts, en application des dispositions de l'article 167-1 du code de procédure pénale[1444].

[1442] L'article 6 de la convention européenne des droits de l'homme énonce que « Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. Le jugement doit être rendu publiquement, mais l'accès de la salle d'audience peut être interdit à la presse et au public pendant la totalité ou une partie du procès dans l'intérêt de la moralité, de l'ordre public ou de la sécurité nationale dans une société démocratique, lorsque les intérêts des mineurs ou la protection de la vie privée des parties au procès l'exigent, ou dans la mesure jugée strictement nécessaire par le tribunal, lorsque dans des circonstances spéciales la publicité serait de nature à porter atteinte aux intérêts de la justice.
Toute personne accusée d'une infraction est présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie.
Tout accusé a droit notamment à :
a) être informé, dans le plus court délai, dans une langue qu'il comprend et d'une manière détaillée, de la nature et de la cause de l'accusation portée contre lui ;
b) disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense ;
c) se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix et, s'il n'a pas les moyens de rémunérer un défenseur, pouvoir être assisté gratuitement par un avocat d'office, lorsque les intérêts de la justice l'exigent ;
d) interroger ou faire interroger les témoins à charge et obtenir la convocation et l'interrogation des témoins à décharge dans les mêmes conditions que les témoins à charge ;
e) se faire assister gratuitement d'un interprète, s'il ne comprend pas ou ne parle pas la langue employée à l'audience ».

[1443] Crim. 29 octobre 2003, Bull.crim. n°205.

[1444] Article 167-1 du Code de procédure pénale :
« Lorsque les conclusions de l'expertise sont de nature à conduire à l'application des dispositions du premier alinéa du code pénal prévoyant l'irresponsabilité pénale de la personne en raison d'un trouble mental, leur notification à la partie civile est effectuée dans les conditions prévues par le premier alinéa de l'article 167, le cas échéant en présence de l'expert ou des experts. En matière criminelle, cette présence est obligatoire si l'avocat de

Toutefois, les experts retiennent avec beaucoup plus de rigueur l'abolition du discernement, conduisant à une diminution significative des déclarations d'irresponsabilité pénale[1445]. Outre la division par deux du nombre de lits en psychiatrie et l'apparition de nouveaux moyens de médication et notamment avec la naissance de psychotropes permettant de stabiliser plus rapidement les crises psychotiques chroniques, « la stabilisation à un bas niveau des irresponsabilités pénales »[1446] serait également due à « une prise en compte plus attentive par les experts de l'état mental au moment des faits »[1447] ou leur incapacité à connaître l'état du trouble au moment des faits…qui pourrait le faire ? Si l'abolition du discernement reste stablement basse, l'altération du discernement semble plus fréquemment retenue par les experts[1448]. Elle permet ainsi de préciser l'existence d'une pathologie psychiatrique diminuant la capacité d'appréciation du sujet, diminuant en théorie la sanction pénale et, sans toutefois, lui enlever une dimension de responsabilité.

511. Néanmoins, la tâche de l'expert qui examine la personne poursuivie en plusieurs semaines, voire plusieurs mois, ou quelques années en cas de contre-expertise, peut s'avérer très délicate. Dans le domaine des néonaticides, le facteur temporel n'apparaît pas vraiment comme un obstacle à une expertise de qualité.

A travers les expertises psychiatriques, psychologiques, les rapports de suivi judiciaire, les enquêtes de personnalité et les interrogatoires de curriculum vitae, l'étude de l'INSERM a analysé les données expertales de vingt-deux femmes poursuivies pour la mort de leur nouveau-né[1449]. La moitié des expertises ont été réalisées entre le deuxième et le sixième mois

---

la partie civile le demande. La partie civile dispose alors d'un délai de quinze jours pour présenter des observations ou formuler une demande de complément d'expertise ou de contre-expertise. La contre-expertise demandée par la partie civile est de droit. Elle doit être accomplie par au moins deux experts.

[1445] L'édition 2009-2010 de l'Annuaire Statistique de la Justice fait état d'une diminution de plus de 20% des ordonnances de non-lieu prononcées en application de l'article 122-1 du Code pénal : « Annuaire Statistique de la Justice, Edition 2009-2010 », *justice.gouv.fr*, consulté le 21 août 2011 sur : http://www.justice.gouv.fr.

[1446] Senon, J.-L. et C. Manzanera. « L'expertise psychiatrique pénale: les données d'un débat ». *Actualité Juridique Pénal*, nº 2 (février 2006): 66-69.

[1447] *Ibid.*

[1448] Senon, J.-L. « Troubles psychiques et réponses pénales », Champ pénal / Penal field, nouvelle revue internationale de criminologie, XXXIVe Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, mis en ligne le 15 septembre 2005 et consulté le 5 août 2011 sur : http://champpenal.revues.org/77.

[1449] Tursz, A. et al. (2011), *op.cit.*

après la découverte des faits[1450]. La principale observation qui en a été faite a été celle de l'hétérogénéité : le contenu des expertises diffère, tout d'abord, selon les temporalités. Ce qui pouvait apparaître comme une difficulté d'expertise, constituerait en définitive un avantage. En effet, une meilleure collaboration des mises en cause est remarquée lorsque l'expertise est effectuée après l'écoulement d'un certain délai mais également une meilleure « qualité d'exploration des facteurs ayant facilité le passage à l'acte ». L'équipe de l'INSERM a estimé que les expertises les plus éclairantes étaient celles qui avaient effectivement pu être réalisées dans un temps proche de la découverte des faits, puis dans un temps plus éloigné. Cette constatation est en grande partie la résultante du travail parcouru par la mise en cause depuis sa mise en examen[1451]. L'hétérogénéité tient également dans la diversité des experts : sur soixante-deux expertises réalisées, quarante-six experts différents sont intervenus. Dans six dossiers, aucune expertise n'a été ordonnée ; très certainement en raison de l'appréciation anticipée par le magistrat de la peine qui allait être prononcée. En effet, quatre d'entre eux ont été classés sans suite pour absence d'infraction pénale, un dossier a fait l'objet d'un non-lieu et le dernier a fait l'objet d'une peine de trois ans d'emprisonnement avec sursis accompagnée d'une mise à l'épreuve.

Au-delà du facteur temporel dans l'expertise psychiatrique, l'existence d'un trouble mental intermittent pose le problème de savoir s'il existait au moment de l'acte. Les débats relatifs au déni de grossesse se font, à juste titre, l'écho de cette ambivalence entre connaissance et inconscience de l'état de grossesse. En effet, si certaines femmes dans le déni ont parfois connaissance de leur grossesse et sont parfois totalement inconscientes de leur état, comment prouver qu'au moment des faits elles n'avaient pas toutes leurs capacités mentales pour faire preuve de discernement ? Si depuis 1985, l'expertise psychiatrique n'est plus, sauf décision spéciale de la juridiction, confiée à deux experts qui pouvaient utilement confronter leurs points de vue, le juge d'instruction peut, si les circonstances le justifient (comme très souvent dans les cas de néonaticide), en désigner plusieurs qui doivent établir alors un rapport

---

[1450] La découverte souvent hasardeuse des petits corps induit un délai beaucoup plus important se comptant parfois en années entre la commission des faits et le temps de l'expertise.

[1451] Toutefois, il est souvent reproché aux femmes accusées de changer leur discours entre le temps de l'arrestation, le temps de l'expertise et le temps du procès. Pour certains, notamment Maître Costantino représentant de l'Association *Enfance et Partage* qui fait des procès de néonaticide leur fonds de commerce, le temps qui s'écoule entre la découverte des faits et la tenue d'une audience profite à l'accusée en ce qu'il lui permet d'élaborer une ligne de défense, notamment fondée sur les négations de grossesse ou les troubles mentaux.

commun, chacun ayant la possibilité d'indiquer son opinion ou ses réserves en les motivant[1452]. Est-ce cette altération qui expliquerait l'apparente clémence des condamnations pour néonaticide ? D'une part, le trouble psychique est une question de fait qui relève de l'appréciation souveraine des juges du fond, et sur laquelle la Cour de cassation n'exerce aucun contrôle, sauf en cas de contradiction de motifs[1453]. Si bien que les conclusions de l'expert ne lient pas juridiquement le juge pénal[1454], mais il paraît évident que, si le rapport conclut à l'existence d'un trouble mental excluant tout discernement, et sauf hypothèse d'une contre-expertise donnant un avis contraire, la personne sera déclarée irresponsable. Toutefois, en matière d'altération du discernement, il est plus difficile de déterminer avec certitude son impact sur la décision judiciaire, d'autant plus qu'il est très difficile de savoir comment les cours d'assises en ont tenu compte. D'autre part, selon l'étude française menée par l'INSERM en 2011, la reconnaissance d'une altération du discernement n'aurait pas d'incidence sur le *quantum* de la peine et n'apparaitrait pas comme une forme d'atténuation de la peine. Les conclusions des experts n'influenceraient donc pas la décision judiciaire.

512. Si auparavant, une mère qui tuait son enfant était systématiquement renvoyée à un contexte économique, social et familial plus que précaire, aujourd'hui, dans les cas de néonaticides, avec l'apparition d'alternatives à la naissance comme l'interruption volontaire de grossesse, l'assistance publique ou encore la possibilité d'avoir recours à la contraception et à l'accouchement sous X, le contexte de précarité comme élément de causalité peine à être valablement retenu. Néanmoins, les crimes de néonaticide persistent si bien que l'appréhension du profil psychique des accusées fait l'objet d'une attention grandissante. L'analyse des dossiers sur le sujet révèle une certaine conformité à la législation ancienne en ce que les femmes néonaticides sont reconnues pénalement responsables et en mesure de recevoir une sanction pénale.

[1452] Articles 156 et 166 du Code de procédure pénale. *V.* également : Soulez-Larivière, D. « Pour une expertise contradictoire ». *AJPénal*, nº 2 (février 2006): 75-76.
[1453] Crim.21 janvier 1992 : *Dr.pén.* nº. 196 (1992).
[1454] Crim.6 juin 1979 : Bull.crim. n°194.

B- Les femmes néonaticides : des femmes pénalement responsables

513. Le moment du passage à l'acte est très peu envisagé lors des sessions d'assises. En effet, lorsque les constatations matérielles permettent d'établir le *modus operandi* et l'intention criminelle de l'accusée, la seule observation selon laquelle cette dernière est incapable de narrer les circonstances de l'accouchement ne pèse pas lourd dans la prise en considération d'une responsabilité pénale atténuée. Or, la plupart des experts observe un état de sidération chez les femmes néonaticides au moment de l'accouchement et du passage à l'acte. Si cet état ne permet pas d'affirmer que le discernement de ces femmes était aboli au moment des faits, il établit toutefois une altération sérieuse de leur discernement. Alors que dans tout accouchement « normal » des opiacés naturels sont sécrétés par le corps féminin, les études menées outre-Atlantique mettent davantage l'accent sur la notion d'amnésie dissociative que pourraient subir les femmes néonaticides au moment de l'accouchement et du passage à l'acte.

1. Les troubles dissociatifs

514. Si elle est davantage évoquée sous le terme d'état de sidération lors des affaires de néonaticides soumis aux cours d'assises françaises, l'amnésie dissociative apparaît essentiellement dans des études d'outre-Atlantique.

a. L'amnésie dissociative. Outre-Atlantique, la notion d'amnésie est récurrente dans les tentatives de justification d'une responsabilité pénale atténuée des femmes néonaticides. Margaret Spinelli a mené l'interview de dix-sept femmes qui, à la suite d'un déni de grossesse, ont commis (seize femmes) ou tenté de commettre un néonaticide[1455]. Ces entretiens ont été menés au moyen du *Dissociative Experience Scale* (DES), reconnu et

[1455] Spinelli, M.G. (2001) et (2002), *op.cit.*

fréquemment usité pour déterminer les cas de dissociation avant et pendant la grossesse[1456]. Les résultats établissant un score entre quinze et vingt présumeraient de l'existence de troubles dissociatifs. Douze des femmes interviewées ont eu un score supérieur à quinze ce qui révèlerait l'existence de troubles dissociatifs. Toutefois, le constat de deux scores anormalement élevés suggère la simulation de deux femmes. Une seule femme refusera de répondre à l'entretien. Enfin, trois femmes ont eu un score de 12, 14 et 14.33. Selon l'analyse de Margaret Spinelli, quinze femmes auraient fait l'expérience d'une brève amnésie lors de l'accouchement et le récit de dix d'entre elles révèlerait des symptômes d'ordre psychotique lorsqu'elles se sont trouvées face à leur enfant[1457]. Déni de grossesse, état dissociatif, psychoses dissociatives, dépersonnalisation, hallucinations dissociatives, amnésie intermittente lors de l'accouchement sont autant d'états que Margaret Spinelli aurait pu observer lors ces interviews.

Toutefois, ses observations ont fait l'objet de critiques de la part d'auteurs brésiliens[1458]. Ils estiment que se présenter devant les accusées avec toute une liste de symptômes mentaux conduit à les « éduquer » et à leur fournir un alibi ou une justification à leurs actions. Dans leur propre étude menée sur la période de 1900 à 1995[1459], l'amnésie aurait été le seul symptôme psychiatrique relevé (dix-sept femmes sur un échantillon de cinquante-trois). L'échantillon était divisé en deux principaux groupes : un regroupant vingt-six femmes qui ont été accusées sous une qualification pénale issue d'une loi de 1890 qui prévoyait une peine plus douce en raison du déshonneur que représentait le crime de néonaticide et un regroupant vingt-sept femmes qui ont été accusées sous une qualification pénale issue d'une loi de 1940 qui prenait en considération au sein de sa définition l'état puerpéral. Dans le premier groupe, ce sont seulement deux femmes qui auraient présenté les symptômes d'une amnésie. Dans le second groupe, ce sont plus de la moitié des femmes qui auraient présenté de tels troubles, soit quinze femmes. Selon les auteurs brésiliens, le statut pénal du crime d'infanticide de 1940

[1456] Carlson, E.B. et F.W. Putman. « An update on the dissociative experiences scale ». *Dissociation* 6, nº 1 (1993): 16-27.

[1457] Brezinka C, O. Huter, et W. Biebl. « Denial of pregnancy: obstetrical aspects ». *J Psychosom Obstet Gynecol* 15 (1994): 1-8 ; Green, C.M. et S.V. Manohar. « Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. » *The British Journal of Psychiatry* 156, nº 1 (1990): 121 -123.

[1458] Mendlowicz M.V, M.H. Rapaport, J.-L. Girandin, et T.M. Moraes. « Amnesia and neonaticide ». *American Journal of Psychiatry*, nº 159 (2002): 498.

[1459] *Ibid. V.*également : Mendlowicz M.V, M.H. Rapaport, K. Mecler, S. Golshan, et T.M. Moraes. « A Case-Control Study on the Socio-Demographic Characteristics of 53 Neonaticidal Mothers ». *International Journal of Law and Psychiatry* 21, nº 2 (1998): 2009-219.

qui présume de l'existence de désordres psychiatriques aurait conduit les femmes à simuler pour éviter une incrimination d'homicide de droit commun. C'est ainsi qu'ils reprochent à l'étude de Margaret Spinelli de ne pas avoir utilisé de test pour détecter les éventuelles simulations. L'incertitude qui entourait la fiabilité des cas d'amnésie ne permettrait pas, selon les auteurs brésiliens, de déterminer la proportion exacte de leur rôle dans le passage à l'acte néonaticide.

515. En France, rares sont les articles faisant état de l'amnésie dissociative dans le cadre des néonaticides. L'étude d'un cas clinique de néonaticide, paru en 2007, s'est attachée à déterminer les hypothèses diagnostiques sur l'état psychique d'une jeune femme au moment du passage à l'acte[1460]. Âgée de 19 ans, elle accouche seule au domicile de ses parents et tue par un acte de violence extrême son nouveau-né. L'autopsie a révélé un décès par asphyxie avec écrasement de la face et de la cage thoracique.

A partir des études de Spinelli et de Mendlowicz, la première hypothèse qui a été vérifiée a été celle de l'amnésie dissociative. Selon les chercheurs français, c'est une hypothèse probable, mais qui n'expliquerait pas le passage à l'acte étudié. Il s'agirait davantage d'un symptôme s'intégrant dans un autre trouble. Celui de la dépersonnalisation leur apparaît peu probable, car celui du trouble dissociatif de l'identité pourrait convenir en ce que le comportement de la jeune femme au moment du passage à l'acte est en rupture totale avec sa personnalité antérieure qui faisait d'elle une personne calme et responsable. Selon les auteurs, l'amnésie dissociative pourrait éventuellement s'intégrer dans ce trouble. Par ailleurs, l'état de stress aigu a également été abordé et aurait été provoqué par l'accouchement inopiné. L'arrivée de l'enfant aurait ainsi provoqué une angoisse extrême chez la jeune femme. Le constat d'une amnésie dissociative s'inscrirait dès lors dans ce trouble : un état de stress aigu avec une amnésie dissociative. Face à la réalité de la grossesse et du néonaticide, l'auteure des faits aurait mis en place le mécanisme de défense de l'amnésie, comme si le déni s'était poursuivi au-delà de l'accouchement. Ce sont au total trois expertises qui ont été réalisées au cours de la procédure judiciaire menée à l'encontre de cette jeune femme. Leurs conclusions

---

[1460] Tronche A.-M., M. Villemeyre-Plane, G. Brousse, et P.-M. Llorca. « Du déni de grossesse au néonaticide : hypothèses diagnostiques autour d'un cas », *Annales Médico-Psychologiques* 165 (2007) : 671-675.

ont été totalement différentes : l'une faisait état de conversion hystérique, l'autre de psychose puerpérale et la troisième ne retrouvait aucun trouble psychiatrique en dehors d'une grande immaturité. De plus, les experts ne proposaient pas les mêmes réponses en termes de responsabilité pénale : application de l'alinéa 1er de l'article 122-1 pour l'un, application de l'alinéa second pour l'autre et application de l'article 122-2 pour le troisième. Cet article du Code pénal énonce que « 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 ». Cette cause d'irresponsabilité a, à ce titre, soulevée par une cour d'assises belge qui a acquitté une jeune femme qui avait agi « sous la contrainte d'une force irrépressible », un élément qui, en droit belge, tout comme en droit français, exempte l'auteur d'un crime ou d'un délit de toute responsabilité[1461]. La diversité des conclusions apportées par les experts traduit parfaitement la difficulté d'obtenir un diagnostique unanime, dans ce cas en particulier, mais également dans les cas de néonaticide en général. Par ailleurs, ce constat constitue le fondement même du refus du ministre de la justice d'accorder au déni de grossesse des effets juridiques. Suite à la question de Madame Odette Terrade dédiée à une éventuelle reconnaissance juridique du déni de grossesse, le Ministère de la justice estime que sa définition « suscite d'importantes controverses dans le milieu médical, ne peut, tant qu'il n'est pas clairement défini et identifié, bénéficier d'un statut juridique autonome porteur d'effets juridiques (notamment une

---

[1461] *V. not.* : « Une mère infanticide devant les assises du Hainaut ». *Au Troisième Oeil*, article paru le 12 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32466; « Une mère a étouffé son nouveau-né avant de retourner s'installer devant la télévision ». *Au Troisième Oeil*, article paru le 15 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32506 ; « Jessica, jugée pour avoir étouffé son bébé, a ignoré quatre grossesses ». *Au Troisième Oeil*, article paru le 16 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32516 ; « Belgique: mère infanticide acquittée ». *LeFigaro.fr*, article paru le 17 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur : http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2010/03/17/97001-20100317FILWWW00649-belgique-mere-infanticide-acquittee.php ; « Les psychiatres confirment le déni de grossesse chez Jessica ». *Au Troisième Oeil*, article paru le 17 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32529 ; « Une femme infanticide acquittée en Belgique ». *Nouvelobs.com*, article paru le 17 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur : http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20100317.OBS0167/une-femme-infanticide-acquittee-en-belgique.html ; « Jessica, jugée pour infanticide, a été acquittée ». *Au Troisième Oeil*, article paru le 18 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32547 ; « Une mère infanticide devant les assises du Hainaut ». *Au Troisième Oeil*, article paru le 12 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32466.

immunité de poursuite »[1462]. Il ajoute que les magistrats peuvent, en fonction des cas d'espèce, commettre des experts pour déterminer si l'accusée a souffert d'un trouble ayant altéré ou aboli son discernement ; ce qui, à notre sens, reste insuffisant en termes de politique criminelle.

516. Marinette est condamnée en février 2011 par la cour d'assises de Loir-et-Cher à cinq ans avec sursis pour avoir volontairement donné la mort à trois de ses nouveau-nés[1463]. Mariée à seize ans à un routier de dix-huit ans son aîné, elle est mère de quatre enfants lorsqu'elle aborde à peine ses vingt ans. Violée par son père dès son plus jeune âge, elle doit également faire face à un mari violent. Après la naissance de ses jumelles, elle est à nouveau enceinte, mais il est hors de question pour son mari de le garder. Le délai légal étant dépassé, son mari refuse qu'elle se rende en Angleterre pour un avortement légal et sécurisé. Il contacte un ami médecin pour « faire passer » l'enfant. Huit jours après la venue du praticien, Marinette est prise de douleurs abdominales. Le médecin lui demande de se rendre aux toilettes afin que l'enfant y tombe. Le caractère sordide de cette histoire se termine par l'intervention d'un « ami qui travaille dans les travaux publics » pour déboucher les toilettes quelques jours plus tard[1464]. Pour la défense, les traumatismes de son enfance ajoutés aux années de violences et d'humiliations expliquent en totalité le passage à l'acte de Marinette qui, par ailleurs, justifie ses gestes par la volonté d'éviter à ces enfants la violence de leur père. Lors de sa déposition, le psychiatre estime qu' « il s'est probablement produit un clivage entre ce qui est ressenti et

---

[1462] Question écrite n°08986 de Mme Odette Terrade (Val de Marne – CRC – SPG), publiée dans le JO Sénat du 04/06/2009 – p.1368 et réponse écrite du Ministère de la justice, publiée dans le JO Sénat du 10/09/2009 – p.2168.

[1463] Irjud, A. « Cinq ans avec sursis requis contre Marinette Pezin - Procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 4 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Cinq-ans-avec-sursis-requis-contre-Marinette-Pezin ; Oger, L. « Plaidoirie pour une mère meurtrie - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 4 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Plaidoirie-pour-une-mere-meurtrie ; « Peine de principe pour la mère meurtrière - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 4 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Peine-de-principe-pour-la-mere-meurtriere; « Cinq ans avec sursis pour une mère qui a noyé trois nouveau-nés ». *Leprogrès.fr*, article paru et consulté le 4 février 2011 sur : http://www.leprogres.fr/france-monde/2011/02/04/blois-cinq-ans-avec-sursis-pour-une-mere-qui-a-noye-trois-nouveau-nes.

[1464] Oger, L. « " J'ai sorti un bébé de l'égout " - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 2 février 2011 et consulté le 3 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/J-ai-sorti-un-bebe-de-l-egout.

ce qui est vécu (…) la personne garde alors une certaine conscience de ses actes, mais tout à fait altérée (…) il y a forcément une explication. Cela vient de ses troubles profonds de la personnalité, liés à une enfance particulièrement traumatique (…) on voit bien qu'il y a deux victimes, au sens où la personne qui est l'auteur des faits est plus caractérisée par son état de victime antérieur que par son état de culpabilité actuelle (…) Les personnes qui subissent ces maltraitances ont aussi des symptômes de dissociation de la personnalité, que l'on explique comme un mécanisme de défense dissocié de ce qui est vécu et ce qui peut être ressenti. Elle a des difficultés à se souvenir des faits vécus ; mais ce n'est qu'une hypothèse car elle a été examinée bien après les faits. On retrouve dans ses récits des refoulements de sa mémoire qui correspondent à ces symptômes de refoulement. Le deuxième examen n'a pas modifié les hypothèses plausibles et même probables : une très grande fragilité de sa personnalité, une dépression pas soignée avant quarante ans, qui peuvent conduire à des actes quasi automatiques, pas complètement conscients. Tout cela peut expliquer la situation et la répétition des faits. Les actes sont produits dans ces périodes de dissociations, pas en état d'inconscience, mais de réelle altération du discernement (…) L'abolition relève de troubles psychiques qui enferment totalement le sujet dans sa maladie et l'empêchent de comprendre ce qu'il vit. Ces troubles sont envahissants, on en retrouve des traces à d'autres moments que les seuls actes. Ce n'est pas le cas de Marinette, il n'y a pas de pathologie qui lui retire toute conscience. Cela aurait donné lieu à des prises en charge psychiatriques au cours de sa vie, même si elle ne le demandait pas. L'explication psychiatrique de ce qui a pu se passer, c'est une dissociation à un moment donné : on garde une conscience de ce qui se passe, mais une conscience altérée. C'est ce qui peut arriver quand on s'endort ou qu'on se réveille : mélange entre la réalité et le rêve qui se termine ou commence. Cet état de dissociation physiologique, c'est un peu ce qui peut arriver à des personnalités extrêmement traumatisées, qui ne peuvent vivre un évènement sans l'éloigner »[1465].

Les maltraitances ou les traumatismes vécus pendant l'enfance, les violences conjugales, qu'elles soient physiques ou verbales sont des points récurrents dans l'histoire de vie de onze femmes de notre échantillon qui comportait au total trente-et-une femmes. Toutefois, la

---

[1465] Bossard, B. « Y a-t-il eu abolition ou altération de la conscience ? - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 23 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Y-a-t-il-eu-abolition-ou-alteration-de-la-conscience.

notion de dissociation n'a été que très peu relevée et celle d'amnésie dissociative à aucun moment. Ces observations peuvent d'une part, s'expliquer par la méthodologie employée dans notre étude. En effet, les articles de presse évoquent difficilement les termes exacts des expertises. D'autre part, si la dissociation est une notion initialement employée par le philosophe et psychiatre français Pierre Janet[1466], les patients dissociatifs sont rarement diagnostiqués en France[1467]. Or, on estime le taux de prévalence des troubles dissociatifs entre 10 à 20% de la population générale dans les pays industrialisés. Pierre Janet distinguait la dissociation du mécanisme de défense psychologique et la rapprochait davantage d'une faiblesse du fonctionnement mental qui tomberait dans une hystérie en cas de stress. Selon lui, il s'agirait d'un déficit mental et/ou cognitif dont l'origine serait un vécu chronique traumatique.

517. D'une manière générale, les troubles dissociatifs sont définis comme un ensemble de troubles caractérisé par la survenue d'une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées (comme la mémoire, la conscience ou l'identité). Leurs critères diagnostiques sont précisés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) depuis la révision de 1987. Selon le DSM, font partie des troubles dissociatifs l'amnésie dissociative, le trouble dissociatif de l'identité, la dépersonnalisation ou encore le trouble dissociatif non spécifié. La révision du DSM-IV intervenue en 2000 considère que les symptômes comme la dépersonnalisation, la déréalisation et l'amnésie dissociative sont amenés à constituer la partie centrale des troubles dissociatifs[1468]. Afin de diagnostiquer ou de confirmer l'existence de tels troubles chez les personnes, le *Structural Clinical Interview for Dissociative Disorders* (SCID-D) est un système d'entretien reconnu pour être sûr[1469]. Dans aucune des affaires

---

[1466] Janet, P. « L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques ». *Revue philosophique* 23-1 (1887): 449-472 ; « Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme provoqué ». *Revue philosophique* 22-III (1886): 577-592 ; « Les phases intermédiaires de l'hypnotisme ». *Revue Scientifique (Revue rose)* 1 (1886): 577-597 ; « Sur quelques cas de somnambulisme ». *Revue philosophique* 21-1 (1886): 190-198.

[1467] Lazignac C, A. Cicotti, A.-L. Bortoli, M. Kelley-Puskas, et C. Damsa. « Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs ». *Annales Médico-Psychologiques* 163, nº 10 (2005): 889-895.

[1468] Association, American Psychiatric, et American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* American Psychiatric Pub, 2000.

[1469] Steinberg M, B. Rounsaville, et D. Cichetti. « Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structural diagnostic interview ». *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 1050-1054.

retenues dans notre échantillon, ces méthodes de détermination des troubles dissociatifs ne semblent pas avoir été employées. Si l'amnésie dissociative peut être un élément de réponse sur l'état psychiatrique de la femme au moment du passage à l'acte lorsque celle-ci a un vécu traumatique tel que des maltraitances durant son enfance, qu'en est-il des femmes dont le parcours de vie ne fait aucunement état de situations maltraitantes ? L'état de sidération lors du face-à-face que représente l'accouchement pourrait être une hypothèse de passage à l'acte répondant ainsi à l'impossibilité des accusées de revenir sur le récit de leur(s) geste(s) criminel(s).

b. L'hypothèse d'un état de sidération. Nous avons pu obtenir des informations sur la responsabilité pénale des accusées dans seulement dix dossiers de notre échantillon. La responsabilité pénale était atténuée pour huit d'entre elles et une responsabilité entière pour seulement deux d'entre elles. Aucune abolition du discernement n'a été relevée[1470]. Les raisons qui ont conduit les experts à atténuer la responsabilité de la majorité d'entre elles sont diverses et ne permettent pas de déterminer une cause commune. Toutefois, nous avons pu relever l'incapacité de la grande partie des femmes à raconter les circonstances exactes de leur accouchement et, par voie de conséquence, du passage à l'acte. Réelle amnésie ou mode de défense ?

518. Judith MacFarlane fait la présentation de trois types de défense fondés sur l'existence de troubles mentaux et fréquemment mis en place lors d'un procès pour néonaticide aux Etats-Unis[1471]. L'*Involuntary Act* consiste à démontrer que l'accusée était dans l'incapacité de contrôler ses propres actions, comme cela peut être le cas lors d'une crise de somnambulisme. Ainsi, plaider au moyen d'un tel mode de défense, c'est démontrer qu'il n'y a eu, au moment des faits incriminés, aucune connexion entre les muscles de l'accusée et son esprit. Si ce mode de défense est quasiment reconnu dans l'ensemble des juridictions américaines, il présente

---

[1470] Cette absence d'abolition du discernement a également été relevée par l'équipe de l'INSERM même dans les trois dossiers faisant référence à une structure psychotiques chez les accusées (Tursz, A. et al. (2011), *op.cit.*, p.75 et s.).

[1471] MacFarlane, J. « Criminal Defense in Cases of Infanticide and Neonaticide ». Dans *Infanticide. Psychosocial and LEgal Perspectives on Mothers who Kill*, 133-166. Margaret G. Spinelli, M.D. Washington, DC: American Psychiatric Press Publishing Inc, 2001.

l'inconvénient de ne pas être accompagné d'une liste exhaustive des troubles[1472]. D'autre part, le *Diminished Capacity Act* permet, quant à lui, de mettre davantage en avant l'absence de l'élément intentionnel de l'incrimination en raison de l'observation, chez l'accusée, de désordres ou retards mentaux. Enfin, l'*Insanity Act* est le mode de défense acceptée par la totalité des juridictions américaines. Elle regroupe deux principales formulations : le *M'Naghten test* qui permettrait de démontrer que l'agent ne connaissait pas la nature de ses actes ou si tel était le cas, il ne savait que ce qu'il faisait était mal, et le *Mode Penal Code*, adopté par la moitié des Etats américains et la grande majorité des cours fédérales[1473], qui stipule, quant à lui, qu'une personne ne peut être reconnue comme pénalement responsable si, au moment des faits, elle a manqué de discernement concernant la nature criminelle de son comportement ou la légalité de ce dernier[1474]. Alors que le premier test semblerait s'attacher à la capacité cognitive de l'agent, le second le complèterait par l'introduction de la notion de volonté : la preuve que le trouble mental a causé, au moment des faits, chez l'agent l'impossibilité d'apprécier son comportement au regard de la loi. Judith MacFarlane dénonce le système légal américain relativement à l'appréciation des troubles mentaux dans l'appréhension judiciaire des néonaticides[1475]. Outre l'obstacle que constitue l'absence de lois spécifiques sur le néonaticide aux Etats-Unis, les modes d'admission des troubles mentaux comme mode de défense empêchent les femmes néonaticides de recevoir une défense appropriée. C'est ainsi que dans une espèce *People v Wernick*[1476], la Cour a refusé le mode de défense fondé sur le « syndrome néonaticide »[1477] au motif que ce dernier n'était pas encore accepté et reconnu par la communauté scientifique appropriée[1478].

[1472] Les moments d'inconscience (*People v Newton, 87 Cal Rptr 394*, 1970) ou d'états dissociatifs (*People v Lisnow, 151 Cal Rptr 621*, 1978) ont été accueillis par certaines cours car considérés comme suffisamment sévères pour justifier l'incapacité exigée par l'*Involuntary Act Defense.*

[1473] MacFarlane, J. (2001), *op.cit.*

[1474] Model Penal Code, § 4.01 (1) (1985).

[1475] MacFarlane, J. (2001), *op.cit.*

[1476] *People v Wernick*, 215 AD2d 50, 1995 et *People v Wernick*, 674 NE2d 322, 1996.

[1477] *V. not.* : Barton, B. « When murdering hands rock the cradle : an overview of America's incoherent treatment of infanticidal mothers ». *Southern Methodist University Law Review* 51 (1998) : 591-619 et Schwartz, L.L. et N. Isser (2000), *op.cit.* et « Neonaticide : an appropriate application for therapeutic jurisprudence ? ». *Behavioral Sciences & the Law* 19, n°5-6 (2001) : 703-718 et « Neonaticide: an appropriate application for therapeutic jurisprudence? Behavioral Sciences and the Law, Vol. 19, No. 5–6, 703–718 ». *Behavioral Sciences & the Law* 20, n° 1-2 (1er janvier 2002): 211-213.

[1478] *V. supra*, p.349 et s. A noter, par ailleurs, l'existence de deux tests d'admissibilité aux Etats-Unis : le *Frye Test* (*Frye v United States*, 293 F 1013, 1923) et le *Daubert Test* (*Daubert v Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc*, 509 U.S. 579, 1993).

519. L'analyse de notre échantillon nous a permis d'obtenir des informations qu'à propos de dix dossiers, même si nous pouvons affirmer que vingt-deux femmes ont nécessairement été reconnues responsables de leurs actes puisque vingt d'entre elles ont fait l'objet de condamnations et deux d'un acquittement. La question qui reste en suspend est celle de l'altération du discernement : les femmes condamnées étaient-elles pleinement responsables ou les experts ont-ils observé une responsabilité atténuée ? Parmi les deux femmes dont la pleine responsabilité a été reconnue par les experts, l'une d'entre elles a été condamnée à quinze années d'emprisonnement pour les meurtres de six de ses nouveau-nés et la seconde à huit mois d'emprisonnement pour homicide involontaire. A elles deux, elles recouvrent l'échelle des peines prononcées au sein de notre échantillon ; si bien qu'il devient difficile de prime abord d'affirmer que la question de la responsabilité pénale, lorsqu'elle ne retient pas d'abolition, ait une quelconque influence sur les termes de la condamnation[1479]. Lorsque la responsabilité pénale est atténuée, les conclusions expertales de l'ensemble des dossiers ne permettent pas d'apercevoir un tronc commun. Les raisons le plus souvent invoquées par les experts et qui pourraient justifier l'altération du discernement des femmes de notre étude sont les suivantes : un déni de grossesse partiel, voire atypique et complexe[1480] ; une dénégation ; une alternance entre déni et dénégation[1481] ; un syndrome dépressif majeur ; une dimension névrotique[1482] ; des femmes subdépressives[1483] ; « un clivage entre ce qui est ressenti et ce qui

---

[1479] Tursz, A. et al. (2011), *op.cit.*, p.75.

[1480] Dépositions de Jadech Fulbert, Lamiraud-Laudinet Simone et Paul Bensussan, experts psychiatres, au procès de Véronique Courjault les 15 et 16 juin 2009 devant la Cour d'assises de la Loire. *V.* également : Horlans, I. « Assises - Un psychiatre et un gynécologue décryptent le mystère Courjault ». *FranceSoir.fr*, article paru le 16 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur : http://www.francesoir.fr/pratique/sante/assises-un-psychiatre-et-un-gynecologue-decryptent-mystere-courjault-39458.html ; Jolly, P. « La question du déni de grossesse de Mme Courjault divise les experts ». *Le Monde*, article paru et consulté le 17 juin 2009 ; « La parole donnée aux experts dans le procès Courjault ». *L'EXPRESS.fr*, article paru le 15 juin 2009 et consulté le 22 août 2011 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/la-parole-donnee-aux-experts-dans-le-proces-courjault_767539.html ; « Le système de défense de Véronique Courjault mis à mal par les psychiatres ». *L'EXPRESS.fr*, article paru le 17 juin 2009 et consulté le 22 août 2011 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/fait-divers/le-systeme-de-defense-de-veronique-courjault-mis-a-mal-par-les-psychiatres_768097.html ; « Procès Courjault. Des experts réfutent le déni de grossesse ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 17 juin 2009. *V.* ANNEXE 7 : REVUE DE PRESSE DES CAS ETUDIES, cas n°5.

[1481] Selon nos propres constatations lors du procès de Véronique Courjault devant la Cour d'assises d'Indre-et-Loire en juin 2009. *V.* également « Les experts partagés sur le "déni de grossesse" ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru et consulté le 19 octobre 2010.

[1482] Selon la déposition de Roland Coutanceau, expert psychiatre auprès des tribunaux, lors du procès de Céline Lesage devant la Cour d'assises de la Manche en mars 2010 (ANNEXE 7 : REVUE DE PRESSE DES CAS ETUDIES, cas n°2). *V.* également « Anita Arnoux: Sept ans de prison pour la jeune mère infanticide »,

est vécu (…) la personne garde une certaine conscience de ses actes mais tout à fait altérée »[1484] ; des troubles de la personnalité dus à l'enfance traumatique de certaines femmes[1485] ; une forte anxiété et dépression[1486] ; une dissociation[1487] ; une détresse et un effondrement dépressif[1488].

LaDépêche.fr, article paru et consulté le 13 mai 2009 (ANNEXE 7 : REVUE DE PRESSE DES CAS ETUDIES, cas n°30).

[1483] Selon nos propres constatations lors du procès de Céline Lesage devant la Cour d'assises de la Manche en mars 2010.

[1484] Selon nos propres constatations lors du procès de Véronique Courjault devant la Cour d'assises d'Indre-et-Loire en juin 2009. *V.* également Colombel, M. « Marinette Pezin : le déni de grossesse en débat ». *FMPlus.com*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 23 février 2011 sur : http://www.plusfm.com/actualites/societe/1940-marinette-pezin--le-deni-de-grossesse-en-debat.html et Oger, L. « Grossesse cachée ou déni de grossesse ? - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 4 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Grossesse-cachee-ou-deni-de-grossesse.

[1485] *V. Supra*, n°**Erreur ! Signet non défini.** *V.* également : Colombel, M. « Marinette Pezin : le déni de g rossesse en débat ». *FMPlus.com*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 23 février 2011 sur : http://www.plusfm.com/actualites/societe/1940-marinette-pezin--le-deni-de-grossesse-en-debat.html ; Delaunay, A. « Trois nouveau-nés enterrés dans le jardin ». *Ladépêche.fr*, article paru le 10 novembre 2006 et consulté le 7 juin 2010 sur : http://www.ladepeche.fr/article/2006/11/10/50996-Trois-nouveau-nes-enterres-dans-le-jardin.html ; « L'affaire Pezin : la preuve par les ondes ». *LeFigaro.fr*, article paru et consulté le 22 février 2008 ; Lecluyse, E. « Infanticide : Un troisième corps dans le jardin ». *L'EXPRESS.fr*, article paru et consulté le 10 novembre 2006 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/un-troisieme-corps-dans-le-jardin_461210.html ; Mazier, N. « Une mère de famille jugée pour trois infanticides ». *FranceSoir.fr*, article paru le 1 février 2011 et consulté le 2 février 2011 sur : http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/une-mere-famille-jugee-pour-trois-infanticides-69018.html ; « Mère infanticide. Les enfants racontent "l'enfer familial" ». *LeTélégramme.com*, article paru le 2 février 2011 et consulté le 3 février 2011 sur : http://www.letelegramme.com/ig/generales/france-monde/france/mere-infanticide-les-enfants-racontent-l-enfer-familial-02-02-2011-1195091.php ; Monhoven, N. « " J'ai toujours connu ma mère aimante ", affirme Thierry, le fils aîné - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 2 février 2011 et consulté le 3 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/J-ai-toujours-connu-ma-mere-aimante-affirme-Thierry-le-fils-aine ; Oger, L. « Accusée d'avoir tué ses trois nouveau-nés ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 31 janvier 2011 et consulté le 3 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Accusee-d-avoir-tue-ses-trois-nouveau-nes ; Oger, L. « Edmond Pezin ne veut pas que son ex-femme aille en prison - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 21 août 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Edmond-Pezin-ne-veut-pas-que-son-ex-femme-aille-en-prison ; Oger, L. « Grossesse cachée ou déni de grossesse ? - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 4 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Grossesse-cachee-ou-deni-de-grossesse ; Oger, L. « Interrogations autour de la mort du premier bébé - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru et consulté le 2 février 2011 ; Oger, L. « Le triste numéro d'Edmond Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru et consulté le 3 février 2011 ; Oger, L. et N. Monhoven. « Charlotte, souffre-douleur du père - Procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru et consulté le 2 février 2011 ; Oger, L. et N. Monhoven. « Une famille sous la coupe d'un tyran domestique ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru et consulté le 3 février 2011 sur : http://www.blois.maville.com/actu/actudet_-Une-famille-sous-la-coupe-d%E2%80%99un-tyran-domestique_dep-1679323_actu.Htm ; Pham, A.-L. « Mise en examen de la mère ». *L'EXPRESS.fr*, article paru et consulté le 10 novembre 2006 ; « Trois cadavres de nouveau-nés découverts dans le Loir-et-Cher ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 9 novembre 2006 sur : http://www.lefigaro.fr/france/20061109.WWW000000288_trois_cadavres_de_nouveaux_nes_decouverts_dans_le_loir_et_cher.html ; « Une femme soupçonnée d'un triple infanticide est mise en examen ». *LeMonde.fr*, article

paru et consulté le 10 novembre 2006 sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2006/11/10/une-femme-soupconnee-d-un-triple-infanticide-est-mise-en-examen_833295_3224.html. *V.* également: « Jugée pour avoir étouffé son dernier bébé ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru le 24 octobre 2010 et consulté le 25 octobre 2010 ; « Déni de grossesse ou infanticide ? » *Ladépêche.fr*, article paru le 27 octobre 2010 et consulté le 28 octobre 2010 sur : http://www.ladepeche.fr/article/2010/10/27/936435-deni-de-grossesse-ou-infanticide.html; Lebrère, R. « Assises de l'Aude. 11 ans de réclusion requis contre la mère infanticide ». *lindependant.com*, article paru le 27 octobre 2010 et consulté le 28 octobre 2010. « Face aux assises, Gabrielle, 27 ans, pleure désormais l'enfant qu'elle a "perdu" ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 17 novembre 2006. « Une étudiante condamnée à cinq ans pour infanticide - LibéLyon ». *Libération.fr*, article paru le 31 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur : http://www.libelyon.fr/info/2010/03/une-%C3%A9tudiante-condamn%C3%A9e-%C3%A0-cinq-ans-pour-infanticide.html.

[1486] *V. Supra*, n°. Selon la déposition de Roland Coutanceau, expert psychiatre auprès des tribunaux, lors du procès de Céline Lesage devant la Courd'assises de la Manche en mars 2010. *V.* également : « L'accusée avait peur de tout et de tout le monde ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 16 mars 2010 ; Leconte, C. « La mère infanticide avait "peur de tout" ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 16 mars 2010. Horlans, I. « Véronique Courjault face aux experts psychiatres ». *FranceSoir.fr*, article paru le 9 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur : http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/veronique-courjault-face-aux-experts-psychiatres-39187.html. « «Pour moi, mon enfant n'était pas vivant» ». *Libération*, article paru et consulté le 18 novembre 2006 sur : http://www.liberation.fr/societe/010166764-pour-moi-mon-enfant-n-etait-pas-vivant. Bossard, B. « Y a-t-il eu abolition ou altération de la conscience ? - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 23 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Y-a-t-il-eu-abolition-ou-alteration-de-la-conscience. « Bébé congelé en Bretagne : la mère mise en examen ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20080326.OBS6635/bebe-congele-en-bretagne-la-mere-mise-en-examen.html ; « Bebé congelé: Un nouveau drame ». *leJDD..fr*, article paru et consulté le 25 mars 2008 sur : http://www.lejdd.fr/Societe/Actualite/Bebe-congele-Un-nouveau-drame-95323/ ; Chaupitre, M.-C. « En prison pour infanticide, elle était enceinte ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 10 septembre 2008 ; « Infanticide. La mère a "un droit de visite quotidien" ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 25 septembre 2008 ; « Infanticide. La mère accouche en prison ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 11 septembre 2008 ; « Infanticide. La mère autorisée à garder son nouveau-né en prison ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 23 septembre 2008 ; « Infanticide. Une femme de 36 ans devant les assises ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 6 juin 2009 ; « La détenue enceinte était suivie régulièrement ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 11 septembre 2008 ; Morvan, A. « Infanticide. Huit ans de prison ferme à la mère ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 13 juin 2009 et « Infanticide. Le drame du silence ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 12 juin 2009 ; Morvan, A. et G. Hameury. « Infanticide. Un bébé découvert dans un congélateur ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 26 mars 2008 ; Morvan, A. et J. Vaillant. « Bébé tué: le récit du grand-père ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 27 mars 2008 ; Le Pivert, F. « Assises: l'infanticide jugée aujourd'hui ». *Le Penthièvre*, article paru et consulté le 11 juin 2009 ; Pouchard, Y. « Ecrouée pour infanticide, elle accouche en prison ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 11 septembre 2008 ; « Rennes - Toute l'actualité de la région avec Libération: La mère du nouveau-né congelé découvert en Bretagne mise en examen ». *liberennes.fr*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://www.liberennes.fr/libe/2008/03/un-nouveau-n-co.html ; « Un bébé congelé à Saint-Nicolas-du-Pélem (Côtes-d'Armor) ». *ouest-france.fr*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://www.ouest-france.fr/actu/societe_detail_-Un-bebe-congele-a-Saint-Nicolas-du-Pelem-Cotes-d-Armor-_3636-604673_actu.Htm; « Face aux assises, Gabrielle, 27 ans, pleure désormais l'enfant qu'elle a "perdu" ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 17 novembre 2006 ; « La relation mère-fille au coeur du procès d'une jeune mère infanticide ». *Au troisième oeil*, article paru et consulté le 16 novembre 2006 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=22188 ; « Une jeune mère aux assises pour infanticide ». *Au troisième oeil*, article paru et consulté le 16 novembre 2006 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=22193.

[1487] *V.* Bossard, B. « Y a-t-il eu abolition ou altération de la conscience ? - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 23 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Y-a-t-il-eu-abolition-ou-alteration-de-la-conscience. Horlans, I. « Assises - "Véronique Courjault savait qu'elle allait dans le mur !" » *FranceSoir.fr*, article paru le 17 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur : http://www.francesoir.fr/actualite/faits-

520. Cette diversité des conclusions expertales ne nous permettent pas de déterminer un fondement commun à la responsabilité atténuée des femmes néonaticides. Il serait opportun qu'un mode d'évaluation clinique commun aux experts agréés par la justice française soit mis en œuvre dans les cas spécifiques de néonaticide[1489]. En définitive, il semblerait qu'à partir des éléments que nous avons pu recueillir que les experts, à défaut de pouvoir relever un trouble psychiatrique préalablement défini, mettent principalement l'accent sur l'état psychique dans lequel se trouvait l'accusée lors de sa grossesse et du passage à l'acte ; c'est-à-dire lors de l'accouchement[1490].

521. A ce titre, alors que l'expertise psychiatrique rend possible l'appréciation de la responsabilité pénale de l'auteur ou de son éventuelle atténuation, l'examen médicopsychologique a pour qualité de conduire à l'appréhension des mobiles et motivations[1491]. Il s'agit de prendre en compte des troubles de la personnalité et leur incidence sur le passage à l'acte. C'est une expertise qui a pour but d'explorer de façon plus précise le profil de la personnalité, d'analyser le cas échéant la dynamique du passage à l'acte, d'apprécier les possibilités d'évolution et l'intérêt d'un accompagnement médicopsychologique ou psycho-éducatif. L'examen psychologique permet de repérer les éléments biographiques significatifs, de tenter de retracer l'histoire de vie de l'accusée (petite enfance, relations parents-enfants, cursus scolaire, le vécu de l'adolescence, vie professionnelle) ; de mettre en évidence un axe d'anxiété, des traits dits névrotiques, axe de

---

divers/assises-%E2%80%9Cveronique-courjault-savait-qu%E2%80%99elle-allait-dans-mur-%E2%80%9D-39493.html.

[1488] « «Pour moi, mon enfant n'était pas vivant» ». *Libération*, articler paru et consulté le 18 novembre 2006 sur : http://www.liberation.fr/societe/010166764-pour-moi-mon-enfant-n-etait-pas-vivant. Dubault, F. « Une mère avoue un double infanticide dans l'Aude ». *france3.fr*, article paru et consulté le 14 juin 2010 sur : http://languedoc-roussillon.france3.fr/info/une-mere-avoue-un-double-infanticide-dans-l-aude-60813793.html. « Le cadavre d'un bébé retrouvé dans la poubelle d'un fast-food - Société - Nouvelobs.com ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 26 novembre 2008 sur : http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20081126.OBS2678/le-cadavre-d-un-bebe-retrouve-dans-la-poubelle-d-un-fast-food.html; Leprince, J. « Epinal - Un nouveau né retrouvé mort dans une poubelle d'un fast food ». *FranceSoir.fr*, article paru et consulté le 25 novembre 2008.

[1489] A ce titre, Margaret Spinelli propose l'utilisation systématique du *Dissociative Experinece Scale* et d'entretiens basés sur le *Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders* (Spinelli, M.G. et al. (2002), *op.cit.*, p.116).

[1490] *V. Supra*, p.410.

[1491] A l'exclusion des réquisitions à personne, délivrées par exemple lors de la mise en œuvre de garde à vue pour connaître de la compatibilité d'une telle mesure avec l'état de santé physique, psychique et psychiatrique de l'intéressé, on peut répertorier quatre catégories d'expertises pénales : l'expertise psychiatrique, l'examen médico-psychologique, l'expertise introduite dans le Code pénal par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs et enfin l'expertise de victime.

psychorigidité, impulsivité, instabilité ; et également de mettre en évidence des éléments plus existentiels (vécus de frustration, d'abandon, de tension avec la recherche privilégiée d'affects d'animosité : rage haine, vengeance notamment). De ce fait, l'examen médicopsychologique décrit des traits de personnalité, des éléments de caractère permettant éventuellement d'inscrire le passage à l'acte dans l'étude précise de l'histoire du sujet et de ses relations aux autres. Toutefois, les troubles de la personnalité ne sont pas des troubles mentaux au sens d'une affection psychiatrique, mais témoignent d'aménagements dans l'organisation de la personnalité, relevant d'accompagnement médicopsychologique ou de mesures psycho-éducatives mais ne pouvant être considérées comme des maladies mentales traitables au sens psychiatrique. Ceci explique très certainement l'appréciation, par les experts psychiatriques, d'une entière responsabilité des femmes néonaticides. Nous pouvons ainsi relever que dans les cas de néonaticide, l'examen médicopsychologique a pour avantage notable d'apprécier l'incidence de ces troubles sur un passage à l'acte qui correspondrait davantage à un moment exceptionnel lié à des circonstances ou une situation à risque au sens criminologique[1492]. En l'occurrence, la situation à risque est constituée par les conditions de l'accouchement. Dans l'ensemble des affaires étudiées dans notre échantillon, les circonstances de l'accouchement constituent la seule zone d'ombre du crime de néonaticide. Si les constatations matérielles peuvent apporter des éléments de réponse, les femmes néonaticides sont incapables d'en faire le récit ce qui leur a d'ailleurs valu les reproches de parties civiles ou d'avocats généraux. Elles sont souvent remises en question dans leur sincérité en présumant chez ces dernières un mode de défense, une sorte de retour en arrière.

522. Face à eux, certains spécialistes se font l'écho d'un état de sidération propre aux accouchements clandestins, notamment Sophie Marinopoulos et Israël Nisand qui regrettent que le crime de néonaticide ne soit pas jugé comme un crime d'enfant particulier[1493]. Selon eux, la femme néonaticide doit bénéficier d'une circonstance atténuante consistant en la perte d'une partie de son discernement, successive au contexte de la naissance. C'est ainsi qu'ils souhaitent que soit retenue l'extrême vulnérabilité de la femme pendant la grossesse et

---

[1492] Certains experts ont défini le néonaticide comme un crime de situation ou d'adaptation. *V. not.* Cherki-Nicklès, C. et M. Dubec (1992), *op.cit.*
[1493] Marinopoulos, S. et I. Nisand (2011), *op.cit*.

l'altération ponctuelle de son discernement pendant l'accouchement, sous l'effet du déni, quelque soit son degré. Que le déni de grossesse soit ou non retenu, la femme se trouverait lors de l'accouchement dans un face-à-face inacceptable. L'absence de représentation ou la représentation défaillante de l'enfant placerait la femme dans un état de « sidération-dissociation de Soi jusqu'à ce que le cri du bébé vienne casser brutalement la rêverie, déclencher l'acte final »[1494]. De surcroît, Jean-Luc Viaux considère que le néonaticide constitue le meurtre de l'interdit qui traduit des constructions inconscientes dans lesquelles l'enfant représente cet interdit[1495]. Il n'est pas celui que les femmes néonaticides pouvaient attendre et cette hypothèse pourrait expliquer la grande majorité des modes opératoires consistant à mettre la main ou tout autre objet sur la bouche ou le visage du nouveau-né. Le face à face que représenterait l'accouchement serait totalement impossible et inimaginable si bien qu'une sidération s'installerait. Le choc entre le psychisme de la femme et la réalité déterminerait ainsi l'acte homicide. Toutefois, la violence psychique du passage à l'acte efface-t-elle la violence de l'accouchement[1496] ou joue-t-elle un rôle de protection à l'égard de l'accusée ? Ce sont des hypothèses qui ne peuvent pas non plus être écartées lorsque nous constatons que les femmes néonaticides de notre échantillon ont été dans l'incapacité de narrer les circonstances exactes de leur accouchement lors de leur procès. Souvent assimilée à de la mauvaise foi par les parties civiles et les avocats généraux, cette « sidération-amnésie » pourrait parallèlement apporter des éléments d'explication au retour à la vie normale, seulement de courts instants après la délivrance, renforçant un peu plus la notion de dissociation chez les femmes néonaticides.

[1494] Viaux, J.-L. (2010), *op.cit.*, p.16.
[1495] *Ibid.*
[1496] Dans l'étude de Spinelli, douze femmes ont affirmé n'avoir perçu aucune douleur lors de l'accouchement et cinq ont estimé que la douleur était tout à fait supportable (Spinelli, M.G. et al. (2002), *op.cit.* p.109). L'auteure attribue ces accouchements indolores à la dépersonnalisation connue pour être un symptôme dissociatif (DSM-IV).

2. L'obligation de soins : l'élément fondamental de la répression

523. Lorsque les cours d'assises condamnent une femme pour le meurtre de son nouveau-né, elles retiennent l'intention homicide. Notre échantillon a révélé des peines de prison deux fois plus élevées lorsque l'*animus necandi* était retenu au titre de la condamnation[1497]. La lecture des peines prononcées met en évidence une large échelle des peines : du sursis total à quinze années d'emprisonnement. A l'inverse, les législations qui ont fait le choix d'une incrimination autonome font état d'une très grande majorité de peines avec sursis[1498]. Si la moyenne des peines fermes prononcées à l'encontre des femmes de notre échantillon est d'un peu plus de sept ans, l'échelle des peines prononcées varie du sursis total à quinze années d'emprisonnement pour des faits qui relèvent de la même problématique. A l'heure actuelle, il est impossible de déterminer une jurisprudence en la matière et rien ne permet de mettre à l'écart les femmes néonaticides d'une peine plus sévère eu égard aux peines encourues de trente ans à la réclusion criminelle à perpétuité. Certains, pour s'opposer à une nouvelle autonomie du crime de néonaticide, invoqueront l'article 132-24 du Code pénal qui énonce que « dans les limites fixées par la loi, la juridiction prononce les peines et fixe leur régime en fonction des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur (…) La nature, le quantum et le régime des peines prononcées sont fixés de manière à concilier la protection effective de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de favoriser l'insertion ou la réinsertion du condamné et de prévenir la commission de nouvelles infractions »[1499]. Cette disposition expliquerait, en partie, la relative « clémence » des jurés. De plus, l'article 132-18 du Code pénal prévoit la possibilité de prononcer une peine qui ne peut être inférieure à deux années lorsque la réclusion ou la détention criminelle à perpétuité est encourue. Dès lors, à quoi bon opter pour une incrimination autonome si les peines prononcées ne sont pas si excessives eu égard à la peine

---

[1497] V. *Supra*, p.473 et s.

[1498] Selon une étude finlandaise, 83% des peines prononcées entre 1980 et 2000 étaient des peines avec sursis (Putkonen, H. et al. (2007), *op.cit.*). Au Royaume-Uni, aucune femme n'a été condamnée à une peine ferme d'emprisonnement ces cinquante dernières années (Barton, B. (1998), *op.cit.*). *V.* également pour le Canada : Dallaire, J. (2011), *op.cit.*

[1499] Cela a été la réponse de Madame Crédoz, Présidente du Tribunal de Grande Instance de Nancy et ancienne Présidente de la Cour d'Assises de Franche-Comté, lors du colloque organisé par le Comité nationale de l'enfance sur le thème « Les néonaticides », Paris, 6 décembre 2010.

encourue de la perpétuité[1500], d'autant plus que les jurés ont la possibilité de réduire la peine à deux années d'emprisonnement ?

524. Or, dans le cas des femmes néonaticides, l'emprisonnement est totalement inutile : s'il permet de satisfaire l'opinion publique, il ne prévient aucunement la récidive[1501]. Dans le cas particulier des femmes néonaticides, le seul moyen de prévenir la récidive reste la mise en place d'un suivi psychologique. A ce titre, Jean-Pierre Michel, conseiller général de la Haute-Saône, a récemment déposé un rapport proposant l'intégration systématique d'une obligation de soins lorsqu'un sursis avec mise à l'épreuve a été prononcé à l'encontre d'une personne dont le discernement était altéré au moment des faits[1502]. Cette proposition était rendue nécessaire par le nombre élevé de personnes incarcérées alors qu'elles sont en proie à de graves troubles psychiatriques, mais également par le constat selon lequel les personnes dont le discernement était altéré au moment des faits étaient plus sévèrement sanctionnées que celles qui étaient pleinement responsables de leurs actes[1503]. Les jurés procèderaient en termes de récidive lorsqu'ils ont à juger une personne dont la responsabilité pénale atténuée au moment des faits a été reconnue par les experts psychiatres. Par souci de protection de la société, ils seraient ainsi tentés d'allonger les peines d'emprisonnement. Or, nous ne pouvons penser au traitement des femmes néonaticides uniquement en termes de récidive[1504] ; dans ce cas, seules la ménopause, une hystérectomie ou une stérilisation pourraient constituer un remède[1505]. La meilleure prévention de la récidive réside dans la protection de ces femmes dont « la solitude est abyssale »[1506]. Si nous voulons sauver ces enfants d'une mort certaine, il faut avant tout protéger ces femmes. La sanction est nécessaire, mais pour être efficace, elle se doit d'être adaptée à des circonstances communes : une peine assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve et d'une obligation de soins.

[1500] Une moyenne d'un peu plus de sept ans pour notre échantillon.
[1501] Si certaines affaires relatent des faits réitérés, aucune d'entre elles ne font état de cas de récidive légale.
[1502] Michel J-P, Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernment au moment des faits, 2011.
[1503] Le rapporteur précisera à cet égard qu'aucun chiffre n'existe à ce sujet et qu'il s'agit essentiellement de considérations évoquées lors des délibérés.
[1504] D'autant plus qu'entre 2004 et 2008, l'Annuaire Statistique de la Justice ne fait état que de trois femmes en état de récidive légale pour la commission de crimes (http://www.justice.gouv.fr/budget-et-statistiques-10054/annuaires-statistiques-de-la-justice-10304/annuaire-statistique-de-la-justice-21359.html).
[1505] Henry, A. « Suivis de femmes infanticides à la prison de Rennes ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 84-91.
[1506] *Ibid.*

525. A l'heure actuelle, la diversité expertale du crime de néonaticide ne permet pas d'élaborer un schéma psychiatrique déterminé. Parallèlement, les moyens juridiques employés par la justice française tendent à ignorer l'irresponsabilité transitoire de ces femmes lors de l'accouchement. Il devient ainsi indispensable de revenir sur cette incrimination générale et abstraite du meurtre sur mineur de quinze ans et adopter la position de certaines législations étrangères en la matière. Fondées sur des éléments variables d'un pays à un autre, les incriminations ainsi retenues prennent toutes en considération l'état particulier lié à l'accouchement et dans lequel se sont trouvées les femmes au moment du passage à l'acte. La réalité juridique qui nous est proposée vient superposer le meurtre de l'enfant, grand et déjà né, à celui en train de naître, imbriqué dans des troubles psychiques de la maternité. Si les raisons d'une représentation altérée d'autrui sont diverses et variées, elles existent. En ne les prenant pas en compte, nous tombons également dans l'irreprésentation de l'altérité de ces femmes. Nous continuons à les ignorer dans leur détresse et participons à leur(s) déni(s). Il ne s'agit pas de retenir la même incrimination de l'ancien Code pénal qui, pour des motifs juridiques tenant à l'efficacité de la répression, avait fait du meurtre du nouveau-né une incrimination spéciale. L'accent était uniquement porté sur la qualité du nouveau-né, les hommes comme les femmes pouvaient être condamnées de ce chef, seules des circonstances atténuantes, non expressément définies par le législateur, permettaient de réduire la peine des femmes. Dès lors, il devient indispensable d'établir une nouvelle incrimination qui déterminerait la qualité de victime du nouveau-né et prendrait en considération les circonstances psychiques dans lesquelles se trouvent les femmes néonaticides lors de l'accouchement d'un enfant dont l'élaboration psychique de la grossesse a été gravement altérée pendant la grossesse. En attendant de connaître avec plus d'exactitude la nature du trouble, cette nouvelle incrimination permettrait de mettre fin à l'ignorance imposée des difficultés qui peuvent apparaître chez des femmes dont l'histoire de vie ne permet pas d'accueillir un enfant.

526. « Le silence du droit prolonge ainsi le silence de la mère néonaticide dont la grossesse puis l'accouchement sont restés clandestins en raison de l'impossibilité de les accepter. Ainsi,

le refus violent de donner la vie est assimilé à une atteinte volontaire à la vie, alors qu'aucune recherche criminologique ne justifie une telle assimilation »[1507].

[1507] Schaffhauser, D. (2009), *op.cit.*

BIBLIOGRAPHIE

Articles de presse

Articles de revue

Encyclopédies

Notes de jurisprudence

Ouvrages spéciaux et ouvrages collectifs

Rapports et colloques

Sites internet

Thèses et mémoires

Traités, manuels et ouvrages généraux

TRAITES, MANUELS et OUVRAGES GENERAUX

American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 2e éd. Editions Masson, 2003.

Bouloc, B. *Droit pénal général*. 20e éd. Précis. Dalloz, 2007.

Carbonnier, J :

Droit civil. Vol. 1. 49. Paris, 1961.

Droit civil. Introduction, les personnes. Vol. 1. 10e éd. Paris: PUF, 1976.

Les Personnes. PUF, 2004.

Chauveau A, et F. Hélie. *Théorie du Code pénal*. Vol. 5. Paris, 1839.

Conte Ph, et P. Maistre du Chambon. *Droit pénal général*. 4e éd. U. 234 et s. Armand Collin, 1999.

Coutanceau, R. « Expertise psychiatrique pénale ». Dans *Dictionnaire des sciences criminelles*, 412. Sous la direction de Gérard Lopez et Stamatios Tzitzis. Paris : Dalloz, 2007.

Debove, F. « Etat de nécessité ». Dans *Dictionnaire des sciences criminelles. Sous la direction de Gérard Lopez et Stamatios Tzitzis*, 383. Dalloz, 2004.

Debove F, et F. Falletti. *Précis de droit pénal et de procédure pénale*. 2e éd. Presses Universitaires de France - PUF, 2006.

Desportes F, et F. Le Gunehec. *Droit pénal général*. 16e éd. Economica, 2009.

Fodéré, F.-E. *Traité de médecine légale et d'hygiène publique ou de police de santé, adapté aux codes de l'empire français et aux connaissances actuelles*. Impr. de Mame, 1813.

Flour, J. *Cours d'introduction au Droit et Droit civil*. 1967-1968.

Garraud, R. *Traité théorique et pratique du droit pénal français*. Vol. 4. 2e éd. Paris, 1898.

Laingui, A. « La responsabilité pénale dans l'Ancien droit ». *LGDJ* (1970): 127.

Lopez G, et S.Tzitzis. *in Dictionnaire des sciences criminelles*. Paris, Dalloz, 2007.

Marcé, L.V. « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rapportent à ce sujet ». Baillière, 1858.

Marcovitch, J. *Manuel d'obstétrique à l'usage des professionnels du Droit*. L'Harmattan, 2007.

Marty G, et P. Raynaud :

Droit civil. Vol. 1. 337. Paris, 1961.

Droit civil. Introduction à l'étude du droit. Vol. 1. 1er éd. Sirey, 1971.

Mauriceau, F. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées.* Chez Laurent D'Houry fils, 1740.

Mayaud, Y :

« La volonté à la lumière du nouveau Code pénal ». Mélanges Larguier. 238 à 240. Presses Universitaires de Grenoble, 1993.

Droit pénal général. 2e éd. PUF, 2007.

Merle, R. et A. Vitu. « Traité de droit criminel ». 579. Cujas, 1997.

Ortolan, J. *Eléments de droit pénal*. Vol. 1. 4e éd. Paris, 1875.

Peyronnet. « Présentation du projet de loi, 5 avril 1824 ». *Archives parlementaires de 1787 à 1860*. 2ème série. Paris, 1878.

Pinatel, J. « La théorie générale de l'intention devant les sciences de l'homme ». Dans *L'évolution du Droit criminel contemporain. Recueil d'études à la mémoire de Jean Lebret*, 181. PUF, 1968.

Pradel J, et A. Varinard. *Les grands arrêts du droit pénal général*. 7e éd. Paris: Dalloz, 2009.

Prothais, A. *Tentative et attentat*. LGDJ, 1985.

Ripert G, J. Boulanger, et M. Planiol. *Traité de droit civil*. Vol. 1. LGDJ, 1956.

Robert, J.-H. *Droit pénal général*. 4e éd. Thémis. PUF, 1999.

Rossi, P. *Traité de droit pénal*. Vol. t.II. Bruxelles, 1835.

Simonin, C. *Médecine légale judiciaire*. Paris: Maloine, 1967.

Sordino, M.-C. *Droit pénal général*. Ellipses Marketing, 2002.

Tardieu, A :

Étude médico-légale sur l'infanticide. J.-B. Baillière et fils (Paris), 1868.

Question médico-légale de l'identité dans ses rapports avec les vices de conformation des os. Paris: Baillière, 1874.

Weill, A :

Droit civil. Vol. 1. 5. Paris, 1961.

Droit civil, les personnes, la famille, les incapacités. 3e éd. Dalloz, 1972.

Droit civil, les personnes, la famille, les incapacités. 3ème éd. 1983.

OUVRAGES SPECIAUX et OUVRAGES COLLECTIFS

A

AFRDG, Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse. *Déni de grossesse : 99 Histoires vécues*. Editions Amalthée, 2010.

Antier, E. *Eloge des mères*. J'ai lu, 2003.

Arwidson, P. et M. Brodin. *Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver*. 2e éd. Expertise opérationnelle. Paris: Les éditions INSERM, 2009.

Attané, I. *Une Chine sans femmes ?* Librairie Académique Perrin, 2005.

B

Badinter, E :

L'amour en plus : Histoire de l'amour maternel. Paris: Flammarion, 1980.

Le conflit : la femme et la mère. Flammarion Lettres, 2010.

Battagliola, F. *Histoire du travail des femmes*. 3e éd. Editions La Découverte, 2008.

Bayle, B. *L'enfant à naître : Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Erès, 2005.

De Beauvoir, S. *Le Deuxième Sexe*. Gallimard, 1949.

Bécache, S. *La maternité et son désir*. Lyon: Cesura, 1993.

Beccaria, C. *Des délits et des peines. Traduction par Maurice Chevallier. Préface de Robert Badinter*. GF Flammarion. Paris, 1991.

Benedek, T. « Parenthood during the life cycle ». Dans *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology*, 137-151. E. James Anthony et Therese Benedek. Boston: Little, Brown et Co, 1970.

Bernardini, R. « Mobiles ». Dans *Dictionnaire des sciences criminelles*, 628-631. Tzitzis, S. Dalloz, 2004.

Blaffer Hrdy, S. *Les Instincts maternels*. Payot, 2002.

Blin D, M. Soule, et E. Thoueille. *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre*. A l'Aube de la vie. Toulouse: Erès, 2003.

Blin D, et S.M. Cerruti :

« Le tiers: prémices au sevrage ». Dans *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre*, 263-272. Toulouse: Erès, 2003.

« Mon lait est bon, mon lait n'est pas bon. Le lait est maternel: reflet des passions et des projections ». Dans *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre*, 13-18. Toulouse: Erès, 2003.

Blöss, T. *La Dialectique des rapports hommes-femmes*. Presses Universitaires de France - PUF, 2001.

Boltanski, L. *La condition foetale : Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Editions Gallimard, 2004.

Bonnet, C. *Geste d'amour: L'accouchement sous X*. Odile Jacob, 2001.

Bowlby, J :

Attachment and Loss. Vol.I: Attachment. New York: Basic Book, 1969.

Attachment and Loss. Vol.II: Separation - Anxiety and Anger. New York: Basic Book, 1973.

Attachment and Loss: Loss - Sadness and Depression. Vol. Vol.III. London: Hogarth Press, 1980.

Brandt M, et G. Mitchell. « Parturition in primates : behavior related to birth ». Dans *Primate Behavior : Developments in Field and Laboratory Research*. Rosenblum. L.: Academic Press, 1971.

Brentano, F. *Psychologie vom empirischen Standpunkt*. Leipzig: Felix Meiner Verlag, 1924.

Brochard, A.T. *De la mortalite des nourrissons en France: spécialement dans l'arrondissement de Nogent-Le-Rotrou*. Paris: Baillière, 1866.

Brouardel, P. *L'infanticide*, 1897.

Bullier, A.J. *La Common Law*. 3ème éd. Paris: Dalloz, 2012.

Bydlowski, M. *Je rêve un enfant*. Odile Jacob, 2000.

C

Castelain-Meunier, C. *La Place des hommes et les métamorphoses de la famille*. Presses Universitaires de France - PUF, 2004.

Cesbron P, et Y. Knibiehler. *La Naissance en Occident*. Editions Albin Michel, 2004.

Chataignier, M. *De l'infanticide dans ses rapports avec la loi, la morale, la médecine légale et les moeurs administratives*. Paris, 1855.

Chemouni, J. *Clinique de l'intentionnalité*. Psycho. In Press, 2001.

Cherki-Nicklès, C. et M. Dubec. *Crimes et sentiments*. Seuil, 1992.

Collectif, M. Ferrand, et N. Bajos. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Inserm, 2002.

Cunningham, A.S. « Breastfeeding: Adaptive Behavior for Child Health and Longevity ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 243-264. New York: AldineTransaction, 1995.

D

Dana, A.-C. « Essai sur la notion d'infraction pénale ». Paris : LGDJ, 1982.

Daune-Richard, A.-M. « Hommes et femmes devant le travail et l'emploi ». Dans *La Dialectique des rapports hommes-femmes*, 285. Presses Universitaires de France - PUF, 2001.

Dayan J, G. Andro, et M. Dugnat. *Psychopathologie de la périnatalité*. Nouvelle. Editions Masson, 2003.

De Gasquet, B :

Bien-être et maternité. Editions Albin Michel, 2009.

Trouver sa position d'accouchement. Marabout, 2009.

Delaisi de Parceval, G. « Le don du lait ». Dans *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre*. Toulouse: Erès, 2003.

Dettwyler, K.A :

« A Time to Wean: The Hominid Blueprint for the Natural Age of Weaning in Modern Human Populations ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 39-73. New York: AldineTransaction, 1995.

« Beauty and the Breast; the Cultural Context of Breastfeeding in the United States ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 167-215. New York: AldineTransaction, 1995.

D'Ephèse, S. *Maladies des femmes*. Vol. 1. Texte établi, traduit et commenté par P.Burguière, D.Gourevitch et Y.Malinas. Paris: Broché, 2003.

Deutsch, H. *La Psychologie des femmes, étude psychanalytique, tome 2 : Maternité*. Vol. II. Maternité. Presses Universitaires de France - PUF, 1949.

Dolto, F. *L'image inconsciente du corps*. Paris: Le Seuil, 1984.

E

Elie H, A. Kelkel, et R. Schérer :

Recherches logiques. Vol. tome II/1. Paris: PUF, 1961.

RLV:Recherches logiques. Vol. tome II/2. Paris: PUF, 1993.

Ellison, P.T. « Breastfeeding, Fertility, and Maternal Condition ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 305-345. New York: AldineTransaction, 1995.

Equipe GINE, M. Ferrand, et N. Bajos. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Inserm, 2002.

Esquirol, J.-E. *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiéniste et médico-légal*. Paris: Baillière, 1838.

F

Ferrand, M. *Fémini, Masculin*. Repères. Paris: La Découverte, 2004.

Fildes, V. « The Culture and Biology of Breastfeeding: An Historical Review of Western Europe ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 101-126. New York: AldineTransaction, 1995.

Fraiberg, S. « Blind infants and their mothers: An examination of the sign system. » Dans *The Effect of the Infant on Its Caregiver*. New-York: John Wiley and Sons, 1974.

Freud, S. *Trois essais sur la théorie sexuelle (1905)*. Gallimard, 1989.

G

Gamelin-Lavois, S. *Préparer son accouchement : Faire un projet de naissance*. Édition revue et corrigée. Jouvence, 2009.

Gamelin-Lavois S, et M. Herzog-Evans. *Le droit des mères : La grossesse et l'accouchement*. Editions L'Harmattan, 2003.

Gould, G.M. et W.L. Pyle. « Unconscious pregnancy ». Dans *Anomalies and Curiosities of Medicine*. University of Virginia Library, 1898.

Grantly-Dick, R :

Natural Childbirth. N/A, 1933.

Revelation of Childbirth. William Heinemann Medical Books.Ltd, 1948.

Groupe ASCF, A. Spira, et N. Bajos. *Les comportements sexuels en France*. La Documentation française. La Documentation Française, 1993.

Guernalec-Levy, G. *Je ne suis pas enceinte : Enquête sur le déni de grossesse*. Stock, 2007.

Guyotat, J. *Mort, naissance et filiation / études de psychopathologie sur le lien de filiation*. Médecine et Psy. Masson, 1980.

H

Hélie, F. *Pratique criminelle des cours et tribunaux*. Vol. 2. 5e éd. Paris: J.Brouchot, 1948.

Héritier, F. *Masculin/féminin. La pensée de la différence*. Odile Jacob, 1995.

Herzog-Evans, M. *Allaitement maternel et droit*. L'Harmattan, 2007.

Hickman, S.A., et D.L. LeVine. « Postpartum disorders and the law ». Dans *Postpartum Psychiatric Illness : A Picture Puzzle*, 275-281. Hamilton J.A., Harberger J.A., Harberger P.N. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992.

K

Klaus M.H, et J.H. Kennel :

Maternal-infant Bonding. St. Louis: MO:Mosby, 1976.

Parent-Infant Bonding. St. Louis: MO:Mosby, 1982.

Kramar, K.J. *Unwilling Mothers, Unwanted Babies: Infanticide in Canada*. Univ of British Columbia Pr, 2006.

L

Labbée, X. *La condition juridique du corps humain, avant et après la naissance*. Presses Universitaires de Lille, 1990.

Leboyer, F. *Pour une naissance sans violence*. Seuil, 2000.

Legrand, P. et G. Samuel. *Introduction au Common Law*. La Découverte. Repères. Paris, 2008.

Lewis M, et L.A. Rosenblum. *The Effect of the Infant on Its Caregiver*. New-York: John Wiley and Sons, 1974.

Lopès, P. et F. Poudat. *Manuel de sexologie*. Pratique en gynécologie-obstétrique. Masson, 2006.

M

MacFarlane, J.A. « Criminal Defense in Cases of Infanticide and Neonaticide ». Dans *Infanticide. Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers who Kill*, 133-166. Margaret G. Spinelli, M.D. Washington, DC: American Psychiatric Press Publishing Inc, 2001.

Main M, et J. Solomon. « Discovery of an insecure disoriented attachment pattern : procedures, findings ans implications for the classification of behavior ». Dans *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex, 1986.

Marinopoulos, S :

Infanticides et néonaticides. Temps d'arrêt. yapaka.be, 2010.

Le déni de grossesse. Yapaka.be. Temps d'arrêt, 2007.

Marinopoulos, S. et I. Nisand :

9 Mois, et caetera. Fayard, 2007.

Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Le déni de grossesse. Les liens qui libèrent, 2011.

Marks, M.N. *Infanticide in Britain.* Dans Dans *Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill* 1er éd., American Psychiatric Press Inc. 2002.

McKenna, J.J. et N.J. Bernshaw. « Breastfeeding and Infant-Parent Co-Sleeping as Adaptive Strategies; Are They Protective againts SIDS? » Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 265-303. New York: AldineTransaction, 1995.

Mead, M. « La carence maternelle du point de vue de l'anthropologie culturelle ». Dans *La carence de soins maternels*. Centre international de l'Enfance. Paris: PUF, 1955.

Meyer, C.L. et M. Oberman. *Mothers Who Kill Their Children: Understanding the Acts of Moms from Susan Smith to the « Prom Mom »*. New York University Press, 2001.

Micozzi, M.S. « Breast Cancer, Reproductive Biology, and Breastfeeding ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 347-384. New York: AldineTransaction, 1995.

Moberg K.U, M. Odent, et J. Martin. *Ocytocine : l'hormone de l'amour : Ses effets sur notre santé et nos comportements*. Le Souffle d'Or, 2006.

O

Oberman, M. et C.L. Meyer. *When Mothers Kill: Interviews from Prison*. New York University Press, 2008.

Odent, M :

Birth Reborn. New-York: Pantheon Book, 1984.

Le bébé est un mammifère. Editions L'Instant Présent, 2011.

The Scientification of Love. Free Association Books, 1999.

P

Parat, H. « Sein de femme, sein de mère: d'une difficile rencontre ». Dans *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre*. Toulouse: Erès, 2003.

Peters, R.-S. *Le concept de motivation*. E.S.F., 1973.

Pettiti L.-E, E. Decaux, et P.-H. Imbert. *La convention européenne des droits de l'homme. Commentaire article par article*. Economica, 1995.

Phélip, J. *Le Livre noir de la garde alternée*. Dunod, 2006.

Prescott, J.W. *Early Somatosensory Deprivation as on Ontogenetic Process in Abnormal Development of the Brain and Behaviour*. Medical Primatology. New-York: I.E. Goldsmith and Moor-Jankowski, Eds, 1971.

Q

Quandt, S.A. « Sociocultural Aspects of the Lactation Process ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 127-143. New York: AldineTransaction, 1995.

R

Roques, N. *Allaitement maternel et proximité mère-bébé*. Paris: Albin Michel, 2004.

« Réflexions autour d'un tabou : l'infanticide ». Ouvrage collectif, juillet 2009.

S

Saleilles, R. *De l'individualisation de la peine*. Paris: PUF, 1927.

Schwartz, L.L. et N. Isser. *Endangered children: neonaticide, infanticide, filicide*. CRC Press, 2000.

Siksou, J. « Allaiter: au sein ou au biberon? » Dans *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre*. Toulouse: Erès, 2003.

Spinelli, M.G. *Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill*. 1er éd. American Psychiatric Press Inc., 2002.

Stuart-Macadam, P :

« Biocultural Perspectives on Breastfeeding ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 1-37. New York: AldineTransaction, 1995.

« Breastfeeding in Prehistory ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 75-99. New York: AldineTransaction, 1995.

Stuart-Macadam, P. et K.A. Dettwyler. *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*. New York: AldineTransaction, 1995.

Szpiner, F. *Une affaire de femmes*. Balland, 1988.

T

Tancredi, L. *Hardwired Behavior: What Neuroscience Reveals About Morality*. 1er éd. Cambridge University Press, 2010.

Thirion, M. *L'allaitement*. Nouvelle. Editions Albin Michel, 2004.

Tillier, A. *Des criminelles au village. Femmes infanticides en Bretagne*. Presses Universitaires de Rennes 2 (PUR), 2001.

Tinbergen N, et E.A. Tinbergen. *Autistic Children: New Hope for a Cure*. Unwin Hyman, 1986.

Trevathan, W.R. *Human Birth: An Evolutionary Perspective*. 1er éd. Transaction Publishers, 2011.

V

Van Esterik, P. « The Politics of Breastfeeding: an Advocacy Perspective ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 145-165. New York: AldineTransaction, 1995.

Veil, S. *Les hommes aussi s'en souviennent : Discours du 26 novembre 1974 suivi d'un entretien avec Annick Cojean*. Stock, 2004.

Verschoot, O. *Ils ont tué leurs enfants. Approche psychologique de l'infanticide*. Imago, 2007.

W

Winnicott, D.W. « La préoccupation maternelle primaire ». Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot, 1969.

Woolridge, M.W. « Baby-Controlled Breastfeeding: Biocultural Implications ». Dans *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, 217-242. New York: AldineTransaction, 1995.

THESES et MEMOIRES

Chaulet, S. « Déni de grossesse : exploration clinique et psychopathologique, prise en charge. Etude rétrospective sur 5 ans au CHU d'Angers ». Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, 2011.

Gorre-Ferragu, N. « Le déni de grossesse : une revue de littérature ». Thèse de Médecine, 2002.

Grangaud, N. « Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique ». Thèse de Médecine, 2001.

Laporte, J.-L. « Déni de grossesse ». Thèse de Médecine, 1993.

Lestienne, A. « Déni de grossesse : mises au point. Aspects épidémiologiques, cliniques et hypothèses psychopathologies ». Thèse de Médecine, 2009.

Orfali, K. « L'hôpital ou la critique de la raison instrumentale ». Thèse de doctorat, EHESS, 1997.

Pireyn-Piette, C.-A. « Accouchement à domicile, risque ou modèle ? » Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'Etat de sage-femme, 2005.

Sébag, L. « La condition juridique des personnes physiques et des personnes morales avant leur naissance ». Thèse de Doctorat en Droit, 1938.

Spohn, M. « An Evolutionary Psychology Approach to Unintended Pregnancy ». Gonzorga University, 2005.

Touré, H. « Le crime passionnel. Étude du processus de passage à l'acte et de sa répression ». Thèse de Doctorat en Droit, Paris VII, 2007.

ENCYCLOPEDIES

Aussel, J.-M. « Trouble psychique et neuropsychique ». *JCl.Pén* Fasc.20, art.122-1 et 122-2 (2011).

Angevin, H. « Interruption de grossesse sans le consentement de l'intéressée ». *JClPén*, Fasc.20, art.223-10 (2005).

Bonis-Garçon, E. « Troubles psychiques – Malades Mentaux ». *Rép.pén.* (octobre 2002).

Danti-Juan, M. « Etat de nécessité ». *Rép.pén.* (mars 2010).

Gaillard, Th. « Femmes (Travail et emploi) ». *Répertoire de droit du travail* (décembre 2010).

Garçon, E. « Code pénal annoté ». *Sirey* art.1, n°77 (1952- 1959).

Garraud, R. « Traité théorique et pratique du droit pénal français ». *Sirey*, n°287 (1913-1935).

Isambert, F.-A. *Recueil général des anciennes lois françaises, depuis l'an 420 jusqu'à la Révolution de 1789*. Vol. 29. Paris, 1821.

Labbée, X. « Respect et protection du corps humain. L'enfant "in utero" personne par destination ? » *JClCiv*, Fasc.54, art.16 à 16-3 (2006).

Maréchal, J.-Y. « Elément moral de l'infraction ». *JCl.pén*, Fasc.20, art.121-3 (2010).

Mistretta, P. « Interruption volontaire de grossesse ». *Rép.pén.* (2009).

Mayaud, Y. « Meurtre ». *Rép.pén.* (2006).

Porteron, C. « Infraction ». *Rép.pén.* (février 2002).

Rebut, D. « Tentative ». *Rép.pén.* (2009).

ARTICLES DE REVUE

A

Abdel-Baki A, et M.-J. Poulin :

« Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse ». *Psychothérapies* 24, n°1 (2004): 3-9.

« Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Perspectives psychodynamiques du vécu normal durant les phases de la grossesse et de l'accouchement ». *Psychothérapies* 24, n° 1 (2004): 11-16.

Aboucaya, E. « De l'usage ou du mésusage de l'expertise devant les juridictions répressives ». *Actualité Juridique Pénal*, n° 2 (février 2006): 70-71.

Abrahams S.W, et M.H. Labbok. « Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding ». *International Breastfeeding Journal* 4 (2009): 11.

Acheson, L. « Family violence and breastfeeding ». *Arc. Fam. Med.*, n°. 4 (1995): 650-652.

Achin, C. et D. Naudier :

« La libération par Tupperware ? » Édité par V. Porhel et M. Zancarini-Fournel. *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, n°. 29. 68', révolutions dans le genre ? (2009): 131-140.

« Trajectoires de femmes "ordinaires" dans les années 1970 ». *Sociologie* 1, n°. 1. Varia (2010).

Aggett P.J, C. Agostini, et O. Goulet. « The nutritional and safety assessment of breast milk substitutes and other dietary products for infants: a commentary by the ESPGHAN Commitee on Nutrition ». *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, n° 32 (2001): 256-258.

Ainsworth, M.D.S. « L'attachement mère-enfant ». *Enfance* 36, n° 1 (1983): 7-18.

Akrich, M. « Ne pas oublier l'avortement : parcours avec La Condition fœtale ». *Travail, genre et sociétés* 15 (2006): 163.

Amelink-Verburg M.P, M.E.B. Rijnders, et S.E. Buitendijk. « A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1988-2004 ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116 (juin 2009): 923-932.

Ardoino, J. « La complexité en tant que multidimensionnalité supposée des objets, ou en tant que multiréférentialité explicite des regards qui les inventent (Pluralité, temporalité, hétérogénéité, altération, métissage) ». *Le sociographe* Hors-série, nº 3 (2008).

Arletti R, C. Bazzani, M. Castelli, et A. Bertolini. « Oxytocin improves male copulatory performance in rats ». *Hormones and Behavior* 19, nº 1 (mars 1985): 14-20.

Arney, W.R. « Maternal-infant bonding: The politics of falling in love with your child. » *Feminist Studies* 6, nº 3 (1980): 547-570.

Arora S, C. McJunkin, J. Wehrer, et P. Kuhn. « Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply ». *Pediatrics* 106 (novembre 2000): 67.

Atwood, R.J. « Parturitional posture and related birth behavior ». *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica. Supplement* 57 (1976): 1-25.

Aussel, J.-M. « La contrainte et la nécessité en droit pénal, Quelques aspects de l'autonomie du droit pénal ». *D*, nº 254 (1956).

« Avis n°66 du 23 novembre 2000 : réponse du CCNE aux saisines du président du Sénat et du président de l'Assemblée nationale sur l'allongement du délai d'IVG ». *Journal International de Bioéthique* 13, nº 2 (2002): 97-101.

B

Backhouse, C.B. « Desperate Women and Compassionate Courts: Infanticide in Nineteenth-Century Canada ». *The University of Toronto Law Journal* 34, nº 4 (1984): 447-478.

Baillon-Wirtz, N. « La condition juridique de l'enfant sans vie : retour sur les incohérences du droit français ». *Dr.Fam.*, nº. 13 (avril 2007): 24.

Bajos, N. et M. Ferrand :

« L'avortement à l'âge de raison ». *Mouvements*, nº 17 (2001): 99.

« La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ». *Sciences Sociales et Santé* 22, n°3 (septembre 2004) : 117-142.

« L'avortement ici et ailleurs ». *Sociétés contemporaines* 61, nº 1 (2006): 5-18.

« L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative ». *Sociétés Contemporaines*, nº 61 (2006): 91-117.

« La condition fœtale n'est pas la condition humaine ». *Travail, genre et sociétés* 1, nº 15 (2006): 176.

Bajos N, C. Moreau, H. Leridon, et M. Ferrand. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » *Population et sociétés*, nº 407 (décembre 2004).

Balestriero, V. « La situation de l'enfant mort-né ». *D* chronique (1999): 82.

Balier, C. « Des mouvements infanticides internes ». *Perspectives Psy* 46, nº 2 (2007): 119-122.

Bardon, H. « Allaiter et travailler : puisqu'on vous dit que c'est possible ». *Travail, genre et sociétés* 24, nº 2 (2010): 129-149.

Bartels, A. et S. Zeki. « The neural correlates of maternal and romantic love ». *NeuroImage* 21 (mars 2004): 1155-166.

Barton, B. « When murdering hands rock the cradle : an overview of America's incoherent treatment of infanticidal mothers ». *Southern Methodist University Law Review* 51 (1998): 591-619.

Bayle, B. « La société procréatique, entre mythe et réalité. Apport de la psychopathologie de la conception humaine ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55, nº 5-6 (2007): 329-336.

Beaufrère B, J.-L. Bresson, et A. Briend. « Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. La promotion de l'allaitement maternel: c'est aussi l'affaire des pédiatres ». *Archives de Pédiatrie*, nº 7 (2000): 1149-1153.

Beier K.M, R. Wille, et J. Wessel. « Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems ». *Journal of Psychosomatic Research* 61, nº 5 (novembre 2006): 723-730.

Belleau, M.-C. « Les théories féministes : Droit et différence sexuelle ». *RTDCiv.* (2001): 1-39.

Bellivier, F. « IVG. Stérilisation. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (JO 7 juill.2011, p.10823) ». *RTDCiv.* (2001): 972.

Bellivier, F. et P. Egéa. « Les chemins de la liberté. Petite leçon de biopolitique ». *D.* (2004) : 647.

Belomo de Souza, C. « Droit d'allaitement sur le lieu de travail: peu adapté, peu pratiqué ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 30-31.

Belomo de Souza C, L. Cordova do Espirito Santo, et E.R. Justo Giugliani. « Politique publique de soutien à l'allaitement : l'expérience du Brésil ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 34-36.

Belomo de Souza C, et M.-J. Moquet. « Accompagner le choix de l'allaitement maternel ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 15-16.

Ben Slam F, I. Ayari, F. Ouzini, O. Belhadj, et N. Achour. « Allaitement maternel exclusif et allaitement mixte : connaissances, attitudes et pratiques des mères primipares ». *Eastern Mediterranean Health Journal* 16, nº 6 (2010).

Benifla, J. « La périnatalité : un enjeu de santé publique mal compris ! » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 32, nº 2 (février 2004): 107.

Benillouche, M. « La subjectivisation de l'élément moral de l'infraction : plaidoyer pour une nouvelle théorie de la culpabilité ». *RSC* (2005): 529.

Benoist, J. « Reinach et la visée (das meinen) : décliner l'intentionalité ». *Les études philosophiques* 1, nº 72 (2005): 19-37.

Berard, J. « Le droit du patient hospitalisé à être acteur dans sa prise en charge ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº. 282 (2000): 5-16.

Bertin-Steunou V, E. Bouquet, E. Cailliez, M. Tanguy, et S. Fanello. « Le médecin généraliste et l'oubli de pilule ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 39 (mai 2010): 208-217.

Biering G, S. Karlsson, N.C. Clark, K.E. Jónsdóttir, P. Lúdvígsson, et O. Steingrímsson. « Three cases of neonatal meningitis caused by Enterobacter sakazakii in powdered milk ». *Journal of Clinical Microbiology* 27, nº 9 (septembre 1989): 2054-2056.

Biguenet, J. « L'élément intentionnel dans les infractions formelles et obstacles depuis la loi du 13 mai 1996 ». *Gaz.Pal.* 2, Doctr. (2003): 3712.

Blair P.S, et H.L. Ball. « The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England ». *Archives of Disease in Childhood* 89, n°. 12 (décembre 2004): 1106-1110.

Blaise, S. « Réflexions sur le féminisme ou pour un féminisme critique ». *Genre, sexualités & société* 3 (2010) : Révolution / Libération.

Bloom S, D. Mc Intire, et M. Kelly. « Lack of effect of walking on labor and delivery ». *New England Journal of Medicine* 339 (1998): 76-79.

Boccia M.L, et C.A. Pedersen. « Brief vs. long maternal separations in infancy: contrasting relationships with adult maternal behavior and lactation levels of agression and anxiety ». *Psychoneuroendocrinology* 26, n°. 7 (2001): 657-672.

Bogren, L.Y. « Side preference in women and men when holding their newborn child: Psychological background ». *Acta Paediatrica Scandinavica* 69, n°1 (janvier 1984): 13-23.

Bonet M, L. Foix L'Hélias, et B. Blondel. « Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité: la situation en France en 2003 ». *Archives de pédiatrie* 15, n° 9 (2008): 1407-1415.

Bonet M, M. Kaminski, et B. Blondel. « Differential trends in breastfeeding according to maternal and hospital characteristics: results from the French National Perinatal Surveys ». *Acta Paediatrica* 96, n° 9 (septembre 2007): 1290-1295.

Bonnet, C :

« Adoption at birth: Prevention against abandonment or neonaticide ». *Child Abuse & Neglect* 17, n° 4 (août 1993): 501-513.

« L'abandon à la naissance (un autre regard) ». *SoinsGyn.Obs.Puer.Ped.* 125 (1991): 31-35.

Borgotta L, S.L. Piening, et W.R. Cohen. « Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 143 (1982): 186-189.

Bouisson, S. « L'agent public entre l'allégeance et la tentation d'Antigone : la clause de conscience ». *AJFP* (2003): 44.

Bowlby, J. « The nature of the child's tie to his mother ». *International Journal of Psycho-Analysis* 39 (1958): 350-373.

Brady E, Ph.D. Hamilton, J.A. Martin, et S.J. Ventura. « Births : Preliminary Data for 2007 ». *National Vital Statistics Reports* 57, nº 12 (2009): 23.

Brazelton, T.B. « Psychophysiologic reactions in the neonate: II. Effect of maternal medication on the neonate and bis bebavior ». *The Journal of Pediatrics* 58, nº 4 (avril 1961): 513-518.

Brazelton T.B, M.L. Scholl, et J.S. Robey. « Visual responses in the newborn ». *Pediatrics* 37, nº 2 (1966): 284 -290.

Brazy, J.E. « Effects of crying on cerebral blood volume and cytochrome ». *J. Pediatr.* 112, n°3 (mars 1988): 457-461.

Bretin, H. « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France ». *Sciences sociales et santé* 22, nº. 3 (2004): 87-110.

Brezinka C, O. Huter, et W. Biebl. « Denial of pregnancy: obstetrical aspects ». *J Psychosom Obstet Gynecol* 15 (1994): 1-8.

Brezinka C, H. Schröcksnadel, et W. Biebl. « Die negierte Schwangerschafftgeburtshilfliche und psychiatrische Aspekte ». *Gynäk Rdsch* 28, nº. 2 (1988): 97-100.

Brockington, I.F. « Infanticide : Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill ». *Am J Psychiatry* 161 (septembre 2004) : 1730.

Brosnan, S.F. et F.B.M. de Waal. « Monkeys reject unequal pay ». *Nature* 425, n°6955 (18 septembre 2003): 297-299.

Brown, H. III. « Physician demand for leisure: implications for cesarean section rates ». *Journal of Health Economics* 15, nº 2 (1996): 233-242.

Brozovsky, M. et H. Falit. « Neonaticide. Clinical and psychodynamic considerations ». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 10, nº 4 (octobre 1971): 673-683.

Bruggeman, M :

« Un congé dit « d'allaitement » consenti aux pères…ou des incidences du principe de non-discrimination entre les sexes ». *Dr.Fam.* n°11 (2010) : alerte 76.

« Accès à la contraception des adolescentes : de nouvelles difficultés dénoncées ». *Dr.Fam.*, nº 11 (2010): alerte 77.

« Vers un allongement radical du congé de maternité ». *Dr. Fam.* n°12 (2010) : alerte 84.

Bruxelles S, et E. Serverin. « Du judiciaire au juridique : un procès d'avortement dans les revues de jurisprudence ». *Langages* 12, nº 53 (1979): 51-65.

Buckley, S. « Epidurals : Real Risks for Mother and Baby ». *Midwifery Today*. News (2000).

Buka S.L,et A.P. Fan. « Association of prenatal and perinatal complications with subsequent bipolar disorder and schizophrenia ». *Schizophrenia Research* 39, nº 2 (1999): 113-119.

Bullough C.H, R.S. Msuku, et L. Karonde. « Early suckling and postpartum haemorrhage : controlled trial in deliveries by traditional birth attendants ». *Lancet* 8662, nº 2 (1989): 522-55.

Bydlowski, M :

« À propos de l'infanticide néonatal ». *Champ psychosomatique* 4, nº 56 (2009): 17-21.

« Les enfants du désir. Le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient ». *Psychanalyse à l'Université* 4 (1978): 59-92.

C

Cadeyro-Barcia, R. « The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of membranes, progress of labor and foetal head compression ». *Birth Family Journal*, nº 6 (1979): 7-15.

Campbell D, K.D. Scott, M.H. Klaus, et M. Falk. « Female relatives or friends trained as labor doulas: outcomes at 6 to 8 weeks postpartum ». *Birth (Berkeley, Calif.)* 34, nº. 3 (septembre 2007): 220-227.

Cannat, P. « Les avorteuses ». *RSC* (1950): 455.

Cardi, C. « Les ambivalences du traitement carcéral des femmes criminalisées ». *AJPén.* n°1 (janvier 2010) : 17-20.

Cario, R. « La résistance des femmes au crime. Aspects criminologiques ». *AJPén.* n°1 (janvier 2010) : 13-16.

Carlson, E.B. et F.W. Putman. « An update on the dissociative experiences scale ». *Dissociation* 6, n°1 (1993) : 1-8.

Carroli G, et L. Mignini. « Episiotomy for vaginal birth ». *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, nº 1 (2009).

Castetbon K, N. Duport, et S. Hercberg. « Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 52, nº 5 (2004): 475-480.

Cattaneo A, A. Yngve, B. Koletzko, et L.R. Guzman. « Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation ». *Public Health Nutrition* 8, nº 1 (2005): 39-46.

Cesbron, P. « Naître à la vie, en douleur ». *Spirale* 45, nº 1 (2008): 79-98.

Chamberlain G, A. Wraight, et P. Crowley. « Birth at home ». *The Practising Midwife* 2, nº 7 (août 1999): 35-39.

Chantraine, A. « Allaiter ou pas: accompagner le choix des mères ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 23-26.

Chaperon, S. « Du féminisme à la sexologie : un parcours en Histoire ». *Genre, sexualité & société*, nº. 4. Egologies (2010).

Charnov, E.L. et D. Berrigan. « Why do female primates have such long lifespans and so few babies? » *Evolutionary Anthropology* 1, nº 6 (1993): 191-194.

Chateau P, et B. Wiberg. « Long-term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hours postpartum ». *Acta Paediatrica* 66, nº 2 (1977): 145-151.

Chauveau, S. « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth ». Édité par F. Thébaud et M. Zancarini-Fournel. *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, nº. 18. Mixité et coéducation (2003): 223-239.

Clavel, E :

« Considérations sur la clause de conscience du médecin après la loi du 31 décembre 1979 ». *JCP* (1985): 3192.

« La clause de conscience du médecin dans la loi du 17 janvier 1975 ». *JCP* (1978): 2915.

Cnattingius S, C.M. Hultman, M. Dahl, et P. Sparén. « Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls ». *Archives of General Psychiatry* 56, nº 7 (1999): 634-638.

Collin, F. « Du sexe sans génération à la génération sans sexe ». *Cités*, nº 9 (2002): 39–48.

Colmant C, et R. Frydman. « Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37, nº 2 (2009): 195-199.

Committee on Nutrition. « Soy Protein-based Formulas: Recommendations for Use in Infant Feeding ». *AAP Policy* 101, nº 1 (1er janvier 1998): 148-153.

Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics :

« Soy-Protein Formulas: Recommendations for Use in Infant Feeding ». *Pediatrics*, nº 72 (1983): 359-363.

« The use of whole cow's milk in infancy ». *Pediatrics* 89, nº 6 Pt 1 (juin 1992): 1105-1109.

Condon, W.S. et L.W. Sander. « Neonate movement is synchronised with adult speech: Interactional participation and language acquisition ». *Science* 183, n°4120 (11 janvier 1974): 99-101.

Constant, J. « Quatre expertises d'infanticide - Pratique d'expert, écoute de clinicien ». *Perspectives Psy* 46, nº 2 (2007): 123-134.

Corbier, M. « La petite enfance à Rome : Lois, normes, pratiques individuelles et collectives ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 54, nº 6 (novembre-décembre 1999): 1257-1290.

Cornfeld D, et R.E. Cooke. « Vitamin A deficiency: case report; unusual manifestations in a 5 1/2 month old baby ». *Pediatrics* 10, nº 1 (juillet 1952): 33-39.

Corpart, I :

« Décès périnatal et qualification juridique du cadavre ». *JCP* I, nº 171 (2005): 1743.

« La santé de l'enfant à naître : vers l'enfant parfait? » *Biologie-Géologie (Bulletin de l'APBG)*, nº 2 (1997): 333-340.

Coursin, D.B. « Convulsive seizures in infants with pyridoxine-deficient diet ». *Journal of the American Medical Association* 154, nº 5 (janvier 30, 1954): 406-408.

Courtial J.-P, et G. Le Dreff. « Analyse de récits de femmes enceintes ». *Santé publique* 16, nº 1 (2004): 105-121.

Cresson, G. « Les hommes et l'IVG, expérience et confidence ». *Sociétés contemporaines* 61, nº 1 (2006): 65-89.

Cummings R.G, et R.J. Klineberg. « Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women ». *International Journal of Epidemiology* 22, nº 4 (août 1993): 684-691.

Cunningham, A.S. « Morbidity in breastfed and artificially fed infants ». *Journal of Pediatrics* 95, n°5 (1979): 685-689.

Cunningham A.S, D.B. Jelliffe, et E.F. Jelliffe. « Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review ». *The Journal of Pediatrics* 118, nº 5 (mai 1991): 659-666.

Cupa D, D. Perard, I. Moinet, F. Chassin, N. Thoret, C. Bel, et L. Valdes. « Devenir père ou la grossesse du père ». *Revue de médecine psychosomatique*, nº 37-38 (1994): 85-106.

D

Dangaix, D. « Allaiter ou pas? Témoignages croisés ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 29.

De Chateau P, H. Holmberg, et J. Winberg. « Left-side preference in holding and carving newborn infants ». *Acta Paediatrica Scandinavia* 67 (1978): 169-175.

Darchis, E. « Déni de grossesse : la part des ancêtres ». *Le Divan familial* 1, nº 18 (2007): 105-121.

David, D. « Les paradoxes du désir d'enfant ». *1001 bébés* 58 (2003): 11-23.

Davies, D.P. et R. Saunders. « Blood urea. Normal values in early infancy related to feeding practices ». *Archives of Disease in Childhood* 48, nº 7 (juillet 1973): 563-565.

Davis, M.K. « Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer ». *International Journal of Cancer. Supplement.* 11 (1998): 29-33.

Daws, D. « Les dangers de l'intimité: proximité et distance au cours de l'alimentation et du sevrage ». *Devenir* 13, nº 1 (2001): 7-30.

Dazelle C, N. Gelbert, G. Gremmo-Féger, A. Manela, L. Razanamahefa, D. Rieu, D. Turck, et M. Vidailhet. « Les propositions du groupe de travail du PNNS ». *La santé de l'homme*, nº 409 (septembre-octobre 2010): 52-55.

Decocq, A. « Les dérogations au droit commun en matière d' "interruption volontaire de la grossesse" ». *RSC* (1975): 725 et 734.

Delamaire, C. « L'allaitement maternel. Vécu et opinions des mères en 2009 ». *La santé de l'homme*, nº 409 (septembre-octobre 2010): 50-51.

Deleuze, I.D. « Le déni de grossesse : réalité ou intox ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37, nº. 11-12 (novembre 2009): 964-964.

Demichel, A. « Le droit pénal en marche arrière ». *D* chron. (1995): 213.

De Gasquet, B :

« Il faut encourager la mobilité des femmes ». *Profession sage-femme*, nº 117 (2005): 40-41.

« La liberté posturale au cours de l'accouchement ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº 182 (1991): 9-11.

« Les positions pour l'accouchement ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº 232 (1995): 20-30.

Del Giudice, M. « The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the "denied pregnancy" phenomenon ». *Medical Hypotheses* 68, nº 2 (2007): 250-258.

de Jong P.R, R.B. Johanson, P. Baxen, V.D. Adrians, S. van der Westhuisen et P.W. Jones. « Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 104, nº 5 (1997): 567-571.

de Jonge A, By van der Goes, A.C.J. Ravelli, M.P. Amelink-Verburg, B.X. Mol, J.G. Nijhuis, J.B. Gravenhorst, et S.E. Buitendijk. « Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116, n°12 (août 2009): 1177-1184.

Desmoulin-Canselier, S. « Quel droit pour les animaux ? Quel statut juridique pour l'animal ? » *Pouvoirs, revue française d'études constitutionnelles et politiques* 4, nº 131 (2009): 43-56.

Dettwyler, K.A. « Growth status of children in rural Mali: Implications for nutrition education programs ». *American Journal of Human Biology* 3, nº 3 (1991): 447-462.

Deveze, J. « Le commencement d'exécution de l'infraction en jurisprudence ». *RSC* (1981): 777.

Devreux, A.-M. « Des hommes dans la famille. Catégories de pensée et pratiques réelles. » *Actuel Marx* 1, nº 37 (2005): 55-69.

Devreux, A.-M. et M. Ferrand-Picard. « La loi sur l'avortement. Chronologie des événements et des prises de position ». *Revue française de sociologie* 23, nº 3 (1982): 503-518.

Díaz A.G, R. Schwarcz, R. Fescina, et R. Caldeyro-Barcia. « Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome ». *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 11, nº 1 (septembre 1980): 1-7.

Dibie-Krajcman, D. « L'acte d'enfant sans vie à l'heure des décrets du 20 août2008 ». *La Revue Sage-Femme* 8, nº. 1 (février 2009): 25-27.

Didierjean-Jouveau, C. « L'allaitement est-il compatible avec le féminisme ? » *Spirale* 3, n°27 (2003): 139-147.

Divay, S :

« L'avortement: une déviance légale ». *Déviance et Société* 28, nº 2 (2004): 195-209.

« L'ivg: un droit concédé encore à conquérir ». *Travail, genre et sociétés* 9, nº 1 (2003): 197-222.

Di Marino, G. « Le recours aux objectifs de la loi pénale dans son application ». *RSC* (1991): 505.

Dourlen-Rollier, A.-M. « Le problème de l'avortement dans les pays de la C.E.E. » *Revue Internationale de Criminologie* (1973): 277.

Douvier S, C. Lordier-Huynh-Ba, T. Rousseau, et I. Reynaud. « Interruption volontaire de grossesse : étude comparative entre 1982 et 1996 sur le principal centre de Côte d'Or. Analyse des femems ayant des interruptions volontaires de grossesse itératives. » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 29, nº 3 (2001): 200–210.

D' Onorio, J.-B. « Loi Veil : Réflexions sur un premier bilan ». *JCP* I, nº 3246 (1986).

Drane D, J.B. Tomblin, et J. Logemann. « The protective effect of breastfeeding on speech and language impairment. Annual ILCA Conference 2003, 1-3 August, Sydney, Australia ». *J. Hum. Lact.* 20, nº 2 (2004) : 216.

Dubay L, R. Kaestner, et T. Waidmann. « The impact of malpractice fears on cesarean section rates ». *Journal of Health Economics* 18, nº. 4. Journal of Health Economics (1999): 491-522.

Dubé M, S. Léveillée, et J.D. Marleau. « Cinq cas de néonaticide au Québec ». *Sa nté mentale au Québec* 28, n°2 (2003) : 183-194.

Dubec, M. « Crime en solitude ? Un cas clinique ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 60.

Dunbar R.I.M, et P. Dunbar. « Behaviour Related to Birth in Wild Gelada Baboons (Theropithecus gelada) ». *Behaviour* 50, nº 1/2 (janvier 1, 1974): 185-191.

Dupuis O, R. de Tayrac, S. Poilpot, S. Minand, H. Fernandez, R. Frydman, M. Levardon, et P. Madelenat. « Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000 ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 30, nº 9 (septembre 2002): 677-683.

Durand, B :

« Manifestations psychopathologiques de la grossesse : Complications de la grossesse ». *La Revue du praticien* 53, nº 17 (2003): 1913-1919.

« Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum ». *La Revue du praticien* 51 (2001): 1259-1264.

Dutrieux, D. « Législation funéraire : une nouvelle définition de l'enfant mort-né ». *Defrénois*, nº 37556 (2002).

E

Earle, S. « Why some women do not breast feed: bottle feeding and father's role ». *Wifery* 16, nº 4 (2000): 323-330.

Eckman A, R. Ramanah, E. Gannard, M.C. Clement, G. Collet, L. Courtois, A. Martin, S. Cossa, R. Maillet, et D. Riethmuller. « Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie

avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 39, nº 1 (février 2010): 37-42.

Ego A, J.-P. Dubos, M. Djavadzadeh-Amini, M.-P. Depinoy, J. Louyot, et X. Codaccioni. « Les arrêts prématurés d'allaitement maternel ». *Archives de pédiatrie* 10, nº. 1 (2003): 11-18.

Elander, G. et T. Lindberg. « Short Mother-Infant Separation during First Week of Life Influences the Duration of Breastfeeding ». *Acta Paediatrica* 73, nº 2 (mars 1984): 237-240.

Enger S.M, R.K. Ross, A. Paganini-Hill, et L. Bernstein. « Breastfeeding experience and breast cancer risk among postmenopausal women. » *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 7, nº 5 (1988): 365 -369.

« Etude de l'impact de la préparation à la naissance sur la grossesse et l'accouchement ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº 282 (2000).

F

Facione, N. « Otitis media: an overview of acute and chronic disease ». *Nurse Practit* 15 (1990): 11-22.

Fallot C.H, J.L. Boyd, et F.A. Oska. « Breastfeeding reduces incidence of hospital admission for infections in infants ». *Pediatrics* 65, n°6 (1980): 1121-1124.

Farquharson J, F. Cockburn, W.A. Patrick, E.C. Jamieson, et R.W. Logan. « Infant cerebral cortex phospholipid fatty-acid composition and diet ». *Lancet* 340, nº 8823 (3 octobre 1992): 810-813.

Farquharson J, E.C. Jamieson, K.A. Abbasi, W.J. Patrick, R.W. Logan, et F. Cockburn. « Effect of diet on the fatty acid composition of the major phospholipids of infant cerebral cortex ». *Archives of Disease in Childhood* 72, nº. 3 (mars 1995): 198-203.

Fein, D. et D. Allen. « Pitocin induction and autism ». *American Journal of Psychiatry* 154, nº 3 (1997): 438-439.

Fenouillet, D. « "Les données acquises de la science et l'expérience générale des mères" au soutien de "la vie distincte de l'enfant à naître in utero matris dès avant la naissance". Un avis de Jean Carbonnier sur le statut pénal de l'enfant à naître ». *L'Année sociologique* 57, nº. 2 (2007): 473-578.

Ferguson M, et P.J. Molfese. « Breast-fed infants process speech differently from bottle-fed infants: evidence from neuroelectrophysiology ». *Dev Neuropsychol* 31, nº 3 (2007): 337-347.

Ferrand, M. « Egaux face à la parentalité ? Les résistances des hommes...et les réticences des femmes. » *Actuel Marx* 1, nº 37 (2005): 71-88.

Ferrand M, et N. Bajos. « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ». *Sciences sociales et santé* 22, nº. 3 (2004): 117-142.

Finnegan P, E. McKinstry, et G.E. Robinson. « Denial of pregnancy and childbirth ». *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie* 27, nº 8 (décembre 1982): 672-674.

Foidart A, J.-J. Legros, et J. Balthazart. « Les phéromones humaines : vestige animal ou réalité non reconnue? » *Revue médicale de Liège* 49, nº 12 (1994): 662–680.

Forbes, S. « Pregnancy sickness and embryo quality ». *Trends in Ecology & Evolution* 17, nº 3 (mars 2002) : 115-120.

Franck, C. « Constitutionnalité de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ». *JCP* II, nº 10635 (2001).

François, J. « Contribution à l'étude de la personnalité ». *Revue Générale de droit, de la législation et de la jurisprudence* (1931): 286.

Frankman E.A, L. Wang, C.H. Bunker, et J.L. Lowder. « Episiotomy in the United States: has anything changed? » *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 200, nº 5 (mai 2009): 573.e1-7.

Friedman, S.H. et Ph.J. Resnick. « Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention ». *International Journal of Law and Psychiatry* 32, nº 1 (février 2009): 43-47.

Friedman S.H, A. Heneghan, et M. Rosenthal :

« Characteristics of women who deny or conceal pregnancy ». *Psychosomatics* 48, nº 2 (avril 2007): 117-122.

« Disposition and health outcomes among infants born to mothers with no prenatal care ». *Child Abuse & Neglect* 33, nº 2 (février 2009): 116-122.

Friedman S.H, S. Horwitz, et Ph.J. Resnick. « Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda ». *The American Journal of Psychiatry* 162, nº 9 (septembre 2005): 1578-1587.

Fritel X, J. Schaal, A. Fauconnier, V. Bertrand, C. Levet, et A. Pigne. « Troubles périnéaux quatre ans après le premier accouchement : comparaison entre épisiotomie restrictive et systématique ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 36, n°10 (octobre 2008): 991-997.

Funayama M, T. Ikeda, N. Tabata, J. Azumi, et M. Morita. « Case report: repeated neonaticides in Hokkaido ». *Forensic Science International* 64, nº 2-3 (février 1994): 147-150.

Furberg H, B. Newman, P. Moorman, et R. Millikan. « Lactation and breast cancer risk ». *International Journal of Epidemiology* 28, nº 3 (juin 1999): 396-402.

Furneaux E.C, A.J. Langley-Evans, et S.C. Langley-Evans. « Nausea and vomiting of pregnancy: endocrine basis and contribution to pregnancy outcome ». *Obstetrical & Gynecological Survey* 56, nº 12 (décembre 2001): 775-782.

Fytianos K, G. Vasilikiotis, L. Weil, E. Kavlendis, et N. Laskaridis. « Preliminary study of organochlorine compounds in milk products, human milk, and vegetables ». *Bulletin of Environmental Contamination and Toxicology* 34, nº 4 (avril 1985): 504-508.

G

Gardey, D. « Autour du livre de Luc Boltanski la condition foetale ». *La Découverte* 1, nº 15 (avril 2006): 161-162.

Gardosi J, S. Sylvester, et C. B-Lynch. « Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial ». *British Journal of Gynecology* 96, nº 11 (1989): 1290-1296.

Garron, R. « L'interprétation des normes supralégislatives en matière pénale ». *RSC* (2004): 773.

Gauchet, M. « L'enfant du désir ». *Champ psychosomatique* 3, nº 47 (2007): 9-22.

Gauthier R, C. Rubio, et C. de La Forge. « Chez Michelin, un dispositif pour faciliter l'allaitement maternel ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 31.

Genvresse, P. « Engendrement, filiation, transmission et ruptures traumatiques ». *Dialogue* 168, nº 2 (2005): 45-54.

Geoffroy-Poisson, S. « L'infanticide devant la cour d'assises de la Haute-Marne au XIXe siècle ». *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, nº 35 (2005).

Ghisolfi J, D. Turck, M. Vidailhet, J.-P. Girardet, A. Bocquet, J.-L. Bresson, J.-P. Chouraqui, et al. « Promotion de l'allaitement maternel et informations destinées aux parents sur les préparations pour nourrissons : 2 politiques de communication incompatibles ? » *Archives de Pédiatrie* 16, nº 7 (juillet 2009): 971-975.

Gibson J.H, M. Harries, A. Mitchell, R. Godfrey, M. Lunt, et J. Reeve. « Determinants of bone density and prevalence of osteopenia among female runners in their second to seventh decades of age ». *Bone* 26, nº 6 (juin 2000): 591-598.

Ginsburg H.J, S. Fling, M.L. Hope, D. Musgrove, et C. Andrews. « Maternal holding preferences: A consequence of newborn head-turning response ». *Child Development* 50, n°1 (mars 1979): 280-281.

Giudicelli, A. « Le principe de la légalité en droit pénal français ». *RSC* (2007): 509.

Glasson E.J, C. Bower, B. Petterson, N. de Klerk, G. Chaney, et J.F. Hallmayer. « Perinatal factors and the development of autism: a population study ». *Archives of General Psychiatry* 61, nº 6 (2004): 618-627.

Goffinet, F :

« Enquête sur la programmation de l'accouchement en France. Premières rencontres nationales sur la programmation de l'accouchement ». *Presse Médicale*, nº 28 (1999): suppl.3-4.

« Prescriptions en salle de travail : thérapeutiques dans le déclenchement du travail ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 28, nº 1 (2000): 61-72.

Goffinet F, M. Dreyfus, B. Carbonne, G. Magnin, et D. Cabrol. « Enquête des pratiques de maturation du col et de déclenchement du Travail en France ». *Journal De Gynécologie, Obstétrique Et Biologie De La Reproduction* 32, nº 7 (novembre 2003): 638-646.

Goffinet F, R. Humbert, P. Clerson, H.J. Philippe, G. Bréart et D. Cabrol. « Enquête de pratique nationale auprès des obstétriciens sur le déclenchement artificiel du travail ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, nº 28 (1999) : 319.

Gojard, S :

« L'allaitement, une norme sociale ». *Spirale* 3, n°27 (2003): 133-137.

« Approche sociologique de l'allaitement maternel en France ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 17-18.

Golay J, S. Vedam, et L. Sorger. « The squatting position for the second stage of labor: effects on labor and on maternal and fetal well-being ». *Birth* 20 (1993): 73-78.

Goldberg, S. « Attachment in infants at risk : theory, research and practice ». *Infants and Young Children* 2, nº 4 (1990): 11-20.

Golse, B. et A. Aubert. « L'allaitement. Réflexions à propos d'un décret ». *Le Carnet Psy*, n°43 (1999) : 23-26.

Gordon H, et M. Logue. « Perineal muscle function after childbirth ». *The Lancet* 326, nº 8447 (1985): 123-125.

Goren C.C, M. Sarty, et P.Y. Wu. « Visual following and pattern discrimination of face-like stimuli by newborn infants ». *Pediatrics* 56, nº 4 (octobre 1975): 544-549.

Granet, F. « Etat civil et décès périnatal dans les Etats de la CIEC ». *JCP* I, nº. 124 (1999): 613.

Green, C.M. et S.V. Manohar. « Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. » *The British Journal of Psychiatry* 156, nº 1 (1990): 121 -123.

Gremmo-Feger, G. « Allaitement maternel: l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit ». *Spirale* 3, nº 27 (2003).

Griffin, N. « The epidural express : real reasons not to jump on board ». *AAHCC* (2000). Article consulté le 17 juillet 2011 sur : http://www.birthrites.org/Epidural.html.

Groman, D. et C. Faugeron. « La criminalité féminine libérée : de quoi ? ». *Déviance et société* 3, n°4 (1979) : 363-376.

Gross, M.L. « Abortion and neonaticide: Ethics, Practice and Policy in four nations ». *Bioethics* 16, nº 3 (2002).

Grossman H, E. Duggan, S. McCamman, E. Welchert, et S. Hellerstein. « The dietary chloride deficiency syndrome ». *Pediatrics* 66, nº 3 (septembre 1980): 366-374.

Gruber J, et M. Owings. « Physician financial incentives and cesarean section delivery ». *Rand Journal of Economics* 24, nº. 1 (1996): 99-123.

Gruber J, J. Kim, et D. Mayslin. « Physician fees and procedure intensity : the case of cesarean delivery ». *Journal of Health Economics* 27, nº 1 (1999): 473-490.

Guédeney N, C. Lamas, V. Bekhechi, A. Mintz, et A. Guédeney. « Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère ». *Archives de Pédiatrie* 15, nº 6 (2008): S12-S19.

Guerraz, F.T. « Incidence des infections nosocomiales chez les accouchées césarisées et non césarisées ». *Miméo* (2006).

Guigui, G. « Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement ». *Devenir* 3, n°19 (2007): 261-297.

Gummersbach, K. « Die Kriminalpsychologische Persönlichkeit der Kindesmördernnen und ihre Wertung im Gerichtsmedizinischen Gutachten ». *Wien. Med. Wschr.* 88 (1938): 1151-1155.

Gyemant, M. « Repräsentation et intentionnalité : Sur l'impossibilité de purger l'intentionnalité de tout objet immanent ». *Bulletin d'analyse phénoménologique* VI, nº 8 (2010): 29-45.

Gyte G, M. Dodwell, M. Newburn, J. Sandall, A. Macfarlane, et S. Bewley. « Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: when the 'best' available data are not good enough ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 116, n°7 (juin 2009): 933-942.

H

Hackfield, A. « Crimes of unintelligible motivation as representing an initial symptom of an insidiously developing schizophrenia. Study of comparative effects of hospital regime on such cases ». *American Journal of Psychiatry* 91, n°3 (novembre 1934) : 639-668.

Haig, D :

« Genetic conflicts in human pregnancy ». *The Quarterly Review of Biology* 68, nº 4 (décembre 1993): 495-532.

« Placental hormones, genomic imprinting, and maternal-fetal communication ». *J Evol Biol* 9 (1996): 357-380.

« Genomic imprinting and kinship: how good is the evidence? » *Annual Review of Genetics* 38 (2004): 553-585.

Hall L.A, A.R. Peden, M.K. Rayens, et L.H. Beebe. « Parental bonding: a key factor for mental health of college women ». *Issues Ment. Health Nurs.* 25, nº 3 (avril-mai 2004): 277-291.

Hardouin, M. « Grossesse et liberté de la femme ». *Droit Social*, nº 91 (1977): 709.

Harlow, H.F. « The nature of love ». *The American Psychologist* 13 (1958): 673-685.

Harlow H.F, M.K. Harlow, R.O. Dodsworth, et G.L. Arling. « Maternal behavior of Rhesus monkeys deprived of mothering and peer associations in infancy ». *Proceedings of the American Philosophical Society* 110, n°1 (18 février 1966) : 58-66.

Harvey P.H, et T.H. Clutton-Brock. « Life history variation in primates ». *Evolution* 39, nº 3 (1985): 559-581.

Hattori R, M. Desimaru, I. Nagayama, et K. Inoue. « Autistic and developmental disorders after general anaesthetic delivery ». *Lancet* 337, nº 8753 (1991): 1357-1358.

Haverkamp A.D, M. Orleans, S. Langerdoerfer, J.G. McFee, J. Murphy, et H.E. Thompson. « A controlled trial of the differential effects of intrapartum monitoring ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 134 (1979): 399-408.

Haverkamp A.D, H.E. Thompson, J.G. McFee, et C. Cetrulo. « The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in hig-risk pregnancy ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 125 (1976): 310-320.

Havery, D.C. et T. Fazio. « Estimation of volatile N-nitrosamines in rubber nipples for babies' bottles ». *Food and Chemical Toxicology: An International Journal Published for the British Industrial Biological Research Association* 20, nº 6 (décembre 1982): 939-944.

Hayden, C.K. « Subependymal germinal matrix hemorrhage in full term neonates ». *Pediatrics* 75 (1985): 714-718.

Henry, A :

« Suivis de femmes infanticides à la prison de Rennes ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 84-91.

« Un témoignage clinique à propos des mères infanticides ». *Perspectives Psy* 46, nº 2 (2007): 6.

Herman-Giddens M.E, J.B. Smith, M. Mittal, M. Carlson, et J.D. Butts. « Newborns Killed or Left to Die by a Parent ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 289, nº 11 (19 mars 2003): 1425 -1429.

Herzog-Evans, M :

« Homme, homme juridique et humanité de l'embryon ». *RTDCiv*. (2000): 65.

« Aspects juridiques de l'allaitement maternel en France ». *Revue de Droit Sanitaire et Social* (2001): 223.

« Des chambres d'allaitement aux crèches d'entreprise ». *Revue de droit du travail* (2007): 14.

« La loi n°2008-174 du 25 février 2008 ou la mise à mort des "principes cardinaux" de notre droit ». *AJPénal* (2008): 161.

« Allaitement ». *1001 bébés*, nº 1 (2009): 30-33.

« Les *Gender Studies* ». *AJPén.* n°1 (janvier 2010) : 20-22.

Hesse, Ph.-J. « Un droit fondamental vieux de 3 000 ans : l'état de nécessité. Jalons pour une histoire de la notion ». *Droits fondamentaux*, nº 2 (2002): 125.

Hibbard R.A, et R. Blevins. « Palatal burn due to bottle warming in a microwave oven ». *Pediatrics* 82, nº 3 (septembre 1988): 382-384.

Ho M, R.I. Glass, P.F. Pinsky, N.C. Young-Okoh, W.M. Sappenfield, J.W. Buehler, N. Gunter, et L.J. Anderson. « Diarrheal deaths in American children, are they preventable? » *Journal of the American Medical Association* 260, n°22 (1988): 3281-3285.

Hodnett E.D, S. Downe, N. Edwards, et D. Walsh. « Home-like versus Conventional Institutional Settings for Birth ». *Cochrane Database Syst Rev* (2010) : CD000012.

Hoffmann H.J, K. Damus, et L. Hillman. « Risk factors for SIDS; results of the National Institute of Child Health and Human Development SIDS Cooperative Epidemiological Study ». *Ann. NY Acad. Sci.*, nº 533 (1988): 13-30.

Hopf, S. « Notes on pregnancy, delivery, and infant survival in captive squirrel monkeys ». *Primates* 8, nº 4 (1967): 323-332.

Houel, A. et B. Lhomond. « Avortement et morale maternelle, 1968-1978 ». *Revue française de sociologie* 23, nº 3 (1982): 487-502.

Houssier F, Ph. Robert, et R. Jaitin. « Transmission des désirs infanticides dans les générations. Une articulation entre mythe et cas clinique ». *Perspectives Psy* 49, n°4 (octobre-décembre 2010) : 297-302.

Howie P.W, J.S. Forsyth, S.A. Ogston, A. Clark, et C.D. Florey. « Protective effect of breast feeding against infection ». *BMJ* 300, nº 6716 (1990): 11-16.

Hultman C.M, P. Sparén, N. Takei, R.M. Murray, et S. Cnattingius. « Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis, and reactive psychosis of early onset: case-control study ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 318, nº 7181 (1999): 421-426.

Hurstel, F. « La fonction paternelle aujourd'hui ». *Enfance*, nº 1-2 (1987): 163-179.

Hutton E.K, A.H. Reitsma, et K. Kaufman. « Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: A Retrospective Cohort Study ». *Birth* 36 (septembre 2009): 180-189.

Huxley, R.R. « Nausea and vomiting in early pregnancy: its role in placental development ». *Obstetrics and Gynecology* 95, nº 5 (mai 2000): 779-782.

J

Jacobson B, G. Eklund, L. Hamberger, D. Linnarsson, G. Sedvall, et M. Valverius. « Perinatal origin of adult self-destructive behavior ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76, nº 4 (octobre 1987): 364-371.

Jacobson B, K. Nyberg, G. Eklund, M. Bygdeman, et U. Rydberg. « Obstetric pain medication and eventual adult amphetamine addiction in offspring ». *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* 67, nº 8 (1988): 677-682.

Jacobson B, K. Nyberg, L. Grönbladh, G. Eklund, M. Bygdeman, et U. Rydberg. « Opiate addiction in adult offspring through possible imprinting after obstetric treatment. » *BMJ : British Medical Journal* 301, nº 6760 (1990): 1067-1070.

Jacobson B, et M. Bygdeman. « Obstetric care and proneness of offspring to suicide as adults: case-control study ». *BMJ* 317, nº 7169 (1998): 1346 -1349.

Jacques, B. « L'expérience de la maternité sous influence médicale ». *Face à face*, nº 2. Les structures des soins (2000).

Janet, P :

« L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques ». *Revue philosophique* 23-1 (1887) : 449-472.

« Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme provoqué ». *Revue philosophique* 22-III (1886) : 577-592.

« Les phases intermédiaires de l'hypnotisme ». *Revue scientifique (Revue rose)* 1 (1886) : 577-597.

« Sur quelques cas de somnambulisme ». *Revue philosophique* 21-1 (1886) : 190-198.

Janssen P.A, L. Saxell, L.A. Page, M.C. Klein, R.M. Liston, et S.K. Lee. « Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician ». *Canadian Medical Association Journal* 181, n°6-7 (15 septembre 2009): 377-383.

Jeffs, S.G. « Hazards of scoop measurements in infant feeding ». *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 39, nº 320 (mars 1989): 113.

Johnson, D.B. « Breastfeeding at one hour of age ». *American Journal of Maternal and Child Nursing* 1 (1976): 12-14.

Johnson, K. C. « Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America ». *BMJ* 330, n°7505 (18 juin 2005): 1416-1420.

Jolly, A :

« Hour of birth in primates and man ». *Folia Primatologica* 18 (1972): 108-120.

« Primate birth hour ». *International Zoo Yearbook* 13, nº 1 (1973): 391-397.

K

Kadam, K.M. et M.S. Swayamprabha. « Parturition in the slender loris (Loris tardigradus lydekkerianus) ». *Primates* 21 (1980): 567-571.

Kahana T, M. Penner, R. Nachman, et J. Hiss. « Multidisciplinary forensic approach--investigation of a neonaticide and alleged concomitant rape ». *Journal of Clinical Forensic Medicine* 12, nº 3 (juin 2005): 143-148.

Kalamatianou, Ph. « L'état de nécessité sous l'angle du droit comparé et de la justice pénale internationale ». *Revue internationale de droit comparé* 56, nº 2 (2004): 449.

Kaleita T.A, M. Kinsbourne, et J.H. Menkes. « A neurobehavioral syndrome after failure to thrive on chloride-deficient formula ». *Developmental Medicine and Child Neurology* 33, nº 7 (juillet 1991): 626-635.

Kaplan, R. et T. Grotowski. « Denied pregnancy ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 30, nº 6 (décembre 1996): 861-863.

Kaye N.S, N.M. Borenstein, et S.M. Donnelly. « Families, murder, and insanity: a psychiatric review of paternal neonaticide ». *Journal of Forensic Sciences* 35, nº 1 (janvier 1990): 133-139.

Keating J.P, G.J. Schears, et P.R. Dodge. « Oral water intoxication in infants. An American epidemic ». *American Journal of Diseases of Children (1960)* 145, nº 9 (septembre 1991): 985-990.

Kelso, I.M. « An assessment of continuous fetal heart rate monitoring in labor ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 131 (1978): 526-532.

Kemps A, et P. Timmermans. « Parturition behaviour in pluriparous Java-macaques (Macaca fascicularis) ». *Primates* 23, nº 1 (1982): 75-88.

Kendell R.E, E. Juszczak, et S.K. Cole. « Obstetric complications and schizophrenia: a case control study based on standardised obstetric records ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 168, nº 5 (1996): 556-561.

Khedr E.M, W.M Farghaly, S.D. Amryn, et A.A. Osman. « Neural maturation of breastfed and formula-fed infants ». *Acta Paediatr.* 93, nº 6 (2004): 734-738.

Kimball, C.D. « Do endorphin residues of beta lipotropin in hormone reinforce reproductive functions? » *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 134, n°2 (15 mai 1979): 127-132.

Kinzl, J. et W. Biebl. « Disavowal of pregnancy: an adjustment disorder ». *The American Journal of Psychiatry* 148, nº 11 (novembre 1991): 1620-1621.

Klaus, M.H. « Lung volume in the newborn infant ». *Pediatrics* 30, nº 1 (1 juillet 1963): 111-116.

Klaus M.H, R. Jerauld, N.C. Kreger, V. Mac Alpine, M. Steffa, et J.H. Kennel. « Maternal attachment importance of the first postpartum days ». *New England Journal of Medicine* 286, nº 9 (2 mars 1972): 460-463.

Klein M, I. Lloyd, C. Redman, et M. Bull. « A comparison of low-risk pregnant women booked for delivery in two systems of care : shared-care (consultant) and integrated general practice unit ». *British Journal of Gynecology* 90 (1983): 118-128.

Knibiehler, Y. « Féminisme et maternité ». *La revue lacanienne* 2, nº 2 (2007): 11.

Köhler L, G. Meeuwisse, et W. Mortensson. « Food intake and growth of infants between six and twenty-six weeks of age on breast milk, cow's milk formula, or soy formula ». *Acta Paediatrica Scandinavica* 73, nº 1 (janvier 1984): 40-48.

Koo, W.W. et L.A. Kaplan. « Aluminum and bone disorders: with specific reference to aluminum contamination of infant nutrients ». *Journal of the American College of Nutrition* 7, nº 3 (juin 1988): 199-214.

Koo W.W, L.A. Kaplan, et S.K. Krug-Wispe. « Aluminum contamination of infant formulas ». *JPEN. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 12, nº 2 (avril 1988): 170-173.

Koskas M, A.-L. Caillod, A. Fauconnier, et G. Bader. « Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Étude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37, nº 9 (2009): 697-702.

Kramer M.S, et R. Kakuma. « Optimal duration of exclusive breastfeeding ». *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, nº. 1 (2002): CD003517.

Kron R.E, M. Stein, et K.E. Goddard. « Newborn Sucking Behavior Affected by Obstetric Sedation ». *Pediatrics* 37, nº 6 (juin 1966): 1012 -1016.

Kumar, R.C. « Anybody's child: severe disorders of mother-to-infant bonding ». *British Journal of Psychiatry*, nº 171 (1997): 81-175.

L

Labbée, X. « Esquisse d'une définition civiliste de l'espèce humaine ». *D* Chronique (1999): 437.

Laberge, D. « Sexe, genre et classes de sexe : quelques interpellations au droit pénal ». *Déviance et société* 16, n°3 (1992) : 271-278.

Lai C.Y, H.W. Cheung, T.T. Hsi Lao, T.K. Lau, et T.Y. Leung. « Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study ». *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 22, nº 12 (décembre 2009): 1116-1121.

Laingui, A. « Histoire de la protection pénale des enfants ». *RIDP* (1979): 521-533.

Lalou, R. « L'infanticide devant les tribunaux français (1825-1910) ». *Communications* 44, nº 1 (1986): 175-200.

Lamarche-Vadel A, C. Moreau, J. Warszawski, et N. Bajos. « Effets secondaires de l'interruption volontaire de grossesse. Résultats d'une enquête en population générale. » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 33 (mars 2005): 113-118.

Lambie, I. « Mothers who kill. The crime of infanticide ». *International Journal of Law and Psychiatry* 24 (2001): 71-80.

« La médicalisation de la naissance en question ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº 255 (1997).

Langer B, A. Gaudineau, A.-S. Weingertner, et E. David. « Contre la notion de grossesse et d'accouchement à bas risque ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37, nº 2 (février 2009): 200-203.

« La péridurale vue autrement ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº 189 (1991).

Larguier, J. « La notion de tentative ». *RSC* (1979): 539.

Lathouwer S.D, C. Lionet, J. Lansac, G. Body, et F. Perrotin. « Predictive factors of early cessation of breastfeeding: A prospective study in a university hospital ». *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 117, nº 2 (1 décembre 2004): 169-173.

Lazergues, C. « De la fonction déclarative de la loi pénale ». *RSC* (2004): 194.

Lazignac C, A. Cicotti, A.-L. Bortoli, M. Kelley-Puskas, et C. Damsa. « Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs ». *Annales Médico-Psychologiques* 163, nº 10 (2005): 889-895.

Lederman R.P, E. Lederman, B.A. Work Jr, et D.S. McCann. « The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 132, nº 5 (novembre 1978): 495-500.

« Le droit du patient à être acteur dans sa prise en charge (2) ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº 282 (2000).

« Le droit du patient hospitalisé à être acteur dans sa prise en charge (1) ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, nº. 281 (2000).

Lee P.C, P. Majluf, et I.J. Gordon. « Growth, weaning and maternal investment from a comparative perspective ». *Journal of Zoology London*, nº 225 (1991): 99-114.

Le Gal C, et J. Monleaud. « Le statut du fœtus : entre reconnaissance civile et hostilité pénale ». *Éthique & Santé* 6, nº. 2 (juin 2009): 104-113.

Lelong N, C. Moreau, et M. Kaminski. « Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 34, nº. 1–C1 (février 2005): 53-61.

Lemonde, L. « Dérives et évolution du droit pénal : les menaces au droit à l'avortement et à l'autonomie des femmes enceintes ». *Les cahiers de droit* 50, nº 3-4 (septembre 2009): 611.

Léna, M :

« Application dans le temps de la loi relative à l'irresponsabilité pénale pour trouble mental: revirement ». *Dalloz Actualité* (8 janvier 2010).

« Irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental: premières questions procédurales ». *Dalloz Actualité* (4 mars 2010).

Leridon, H. « Contraception : les femmes entre médecins et maris (Commentaire) ». *Sciences sociales et santé* 22, nº 3 (2004): 111-115.

Leridon H, N. Bajos, et P. Oustry. « La médicalisation croissante de la contraception en France ». *Population et sociétés*, nº 381 (août 2002).

Leturmy, L. « De l'enquête de police à la phase exécutoire du procès: quelques remarques générales sur l'expertise pénale ». *Actualité Juridique Pénal*, nº 2 (février 2006): 58-65.

Le Nestour A, et N. Vellut. « Données expertales de néonaticides ». *Enfances & Psy* 48 (2010): 137-143.

Levasseur, G. « L'imputabilité en droit pénal ». *RSC* (1983): 1.

Leveno K.J, F.G. Cunningham, et S. Nelson. « A prospective comparison of selective and universal fetal monitoring in 34 995 pregnancies ». *New England Journal of Medicine* 315 (1986): 615-619.

Liberles, S.D. et L.B. Buck. « A second class of chemosensory receptors in the olfactory epithelium ». *Nature* 442, nº 1703 (2006): 645–650.

Lighezzolo-Alnot J, F. Boubou, C. Souillot, et C. de Tychey. « Allaitement prolongé et ratés du sevrage: réflexions psychodynamiqueq ». *Cliniques méditerranéennes* 72, nº 2 (2005): 265-280.

Lilford R.J, H.A. van Coeverden de Groot, P.J. Moore, et P. Bingham. « The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 97, nº 10 (octobre 1990): 883-892.

Lindburg D.G, et L.D. Hazell. « Licking of the neonate and duration of labor in great apes and man ». *American Anthropologist* 74, n°3 (juin 1972): 318-325.

Liotti, G. « Understanding the dissociative processes : The contribution of attachment theory ». *Psychoanalytic Inquiry* 19 (1999): 757-783.

Lipwoorth L, L.R. Bailey, et D. Trichopoulos. « History of breastfeeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature ». *J. Nat. Cancer Inst.* 92, nº 4 (2000): 302-312.

Livia, N. « Importnance de la théorie de l'agrippement dans la psychologie du développement et dans la psychothérapie d'enfant ». *Le Coq-héron* 1, nº 188 (2007): 73–79.

Losch M, C. I. Dungy, D. Russell, et L. B. Dusdieker. « Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding, , ». *The Journal of Pediatrics* 126, nº 4 (avril 1995): 507-514.

Lozoff, B. « Birth and bonding in non-industrial societies ». *Developmental Medicine and Child Neurology* 25, n°5 (1983): 595-600.

Lubec G, C. Wolf, et B. Bartosch. « Aminoacid isomerisation and microwave exposure ». *Lancet* 334, nº 8676 (9 décembre 1989): 1392-1393.

Luthy D.A, K.K. Shy, et G. van Belle. « A randomized trial of electronic fetal monitoring in preterm labor ». *Obstetrical and Gynecological Survey* 69 (1987): 687-695.

Lvoff N.M, V. Lvoff, et M.H. Klaus. « Effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a Russian hospital ». *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 154, nº 5 (2000): 474-477.

M

MacDonald D, A. Grant, M. Sheridan-Pereira, P. Boylan, et I. Chalmers. « The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal rate monitoring ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 152 (1985): 524-539.

MacVicar J, G. Dobbie, L. Owen-Johnston, C. Jagger, M. Hopkins, et J. Kennedy. « Simulated home delivery in hospital : a randomised controlled trial ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 100 (1993): 316-323.

Main, M :

« Categories of response to reunion with the parent at age of 6 : predictable from infant attachment classification and stable over one - month period ». *Developmental psychology* 24, n°3 (mai 1988): 415-426.

« De l'attachement à la psychopathologie ». *Enfance* 51, nº 3 (1998): 13-27.

Maistre du Chambon, P. « L'amendement Garraud. Retour sur un procès en sorcellerie ». *Revue Pénitentiaire et de Droit pénal*, nº 2 (juin 2004): 313–320.

Maki P, H. Hakko, M. Joukamaa, M. Laara, M. Isohanni, et J. Veijola. « Parental separation at birth and criminal behaviour in adulthood-a-long-term follow-up of the Finnish Christmas Seal Home children ». *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 38, nº 7 (2003): 354-359.

Malloy, M.H. « Infant outcomes of certified nurse midwife attended home births: United States 2000 to 2004 ». *Journal of Perinatology* 30 (25 février 2010): 622-627.

Mangin M, R. Ramanah, Z. Aouar, L. Courtois, A. Collin, S. Cossa, A. Martin, R. Maillet, et D. Riethmuller. « Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 39, nº 2 (2010): 121-132.

Manus, J.M. « La nouvelle loi sur l'IVG: que change-t-elle? » *Revue Française des Laboratoires* 337 (novembre 2001): 12-13.

Marchand M.-C, C. Laurent, et K. Löfgren :

« "Initiative Hôpitaux amis des bébés": pour la qualité des soins en maternité ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 32-33.

« L'IHAB... pour la qualité des soins en maternité ». *Archives de Pédiatrie* 17, nº 6 (juin 2010): 804-805.

Marchand M.-C, M. Pilliot, et K. Löfgren. « Initiative Hôpital ami des bébés: une démarche de qualité actuelle et méconnue ». *Médecine & enfance* 26, nº 10 (décembre 2006): 585-589.

Marinopoulos, S. « De l'impensé à l'impensable en maternité : Le déni ». *Champ psychosomatique* 1, nº 53 (2009): 19-34.

Marks M.N, et R. Kumar :

« Infanticide in England and Wales ». *Medicine, Science, and the Law* 33, nº 4 (1993): 329-339.

« Infanticide in Scotland ». *Medicine, Science, and the Law* 36, nº 4 (octobre 1996): 299-305.

Marks, M. N :

« Characteristics and causes of infanticide in Britain ». *Int Rev Psychiatry* 8, nº 1 (1996): 99-106.

« Infanticide ». *Psychiatry* 8, n°1 (janvier 2009) : 10-12.

Marpeau, L. « Accoucher en toute humanité et/ou en toute sécurité ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37, nº 2 (février 2009): 194.

Marty, D.F. « La répression de l'avortement, notes de Droit comparé ». *Revue Internationale de Criminologie* (1974): 391.

Mascala, C. « Le dérapage de l'interprétation jurisprudentielle en droit pénal des affaires ». *D* Chronique (2004): 3050.

Massari, B :

« Le déni de grossesse ». *Perspectives Psy* 41, nº 3 (juillet 2002): 172-173.

« Accompagnement vers une autre grossesse après infanticide ». *Perspectives Psy* 46, nº 2 (2007): 5.

« Violence autour du bébé ». *Enfances & Psy* 45, n°4 (2009) : 35-49.

Mathew, O. P. « Science of bottle feeding ». *The Journal of Pediatrics* 119, nº 4 (1991): 511-519.

Mathew O.P, M.L. Clark, et M.H. Pronske. « Apnea, bradycardia, and cyanosis during oral feeding in term neonates ». *The Journal of Pediatrics* 106, nº 5 (1985): 857.

Mathieu, B :

« La dignité de la personne humaine : quel droit ? quel titulaire ? » *D* Chronique (1996): 282.

« Une jurisprudence selon Ponce Pilate (constitutionnalité de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse et la contraception) ». *D.* nº 31 (2001): 2533-2537.

Matteo, S. et E.F. Rissman. « Increased sexual activity durint the midcycle portion of the human menstrual cycle ». *Hormones and behavior* 18 (1984): 249–255.

Mayaud, Y :

« Ratio legis et incrimination ». *RSC* (1983): 597.

« Les malades mentaux entre non-imputabilité et imputation ». *Actualité Juridique Pénal* (2004): 303.

McBryde, A. « Compulsory rooming-in in the ward and private newborn service at Duke Hospital ». *Journal of the American Medical Association* 145, n°9 (Mars 1951): 625-627.

McJunkin J.E, W.G. Bithoney, et M.C. McCormick. « Errors in formula concentration in an outpatient population ». *The Journal of Pediatrics* 111, nº 6 Pt 1 (décembre 1987): 848-850.

McKenna J.J, S.S. Mosko, et C.A. Richard. « Bedsharing promotes breastfeeding ». *Pediatrics* 100, nº 2 Pt 1 (août 1997): 214-219.

Meier, G.W. « Behavior of Infant Monkeys: Differences Attributable to Mode of Birth ». *Science* 143, nº 3609 (28 février 1964): 968 -970.

Melzack R, E. Bélanger, et R. Lacroix. « Labor pain: Effect of maternal position on front and back pain ». *Journal of Pain and Symptom Management* 6, nº 8 (1991): 476-480.

Mémeteau, G. « La situation juridique de l'enfant conçu. De la rigueur classique à l'exaltation baroque ». *RTDCiv.* nº 4 (1990): 611-624.

Mendez-Bauer C, J. Arroyo, et C. Garcia-Ramos. « Effects of standing position on spontaneous uterine contractibility and others aspects of labor ». *J Perinat Med*, nº 3 (1975): 89-100.

Mendlowicz M.V, M.H. Rapaport, K. Mecler, S. Golshan, et T.M. Moraes. « A Case-Control Study on the Socio-Demographic Characteristics of 53 Neonaticidal Mothers ». *International Journal of Law and Psychiatry* 21, nº 2 (1998): 2009-219.

Mendlowicz M.V, M.H. Rapaport, L. Fontenelle, J.-L. Girandin, et T.M. Moraes. « Amnesia and neonaticide ». *The American Journal of Psychiatry* 159, nº 3 (mars 2002): 498-499.

Merrett T.G, M.L. Burr, B.K. Butland, J. Merrett, F.G. Miskelly, et E. Vaughan-Williams. « Infant feeding and allergy: 12-month prospective study of 500 babies born into allergic families ». *Annals of Allergy* 61, nº 6 Pt 2 (décembre 1988): 13-20.

Michaud, J. « Droit à l'avortement ou droit de l'avortement ». *Médecine & Droit* 20 (1996): 1.

Milcent, C. et J. Rochut. « Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne en France ». *Revue économique* 60, nº 2 (2009): 489-506.

Milden R, M. Rosenthal, J. Winegardner, et D. Smith. « Denial of Pregnancy: an Exploratory Investigation ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 4, nº 4 (1985): 255-261.

Miller, L.J :

« Maladaptive denial of pregnancy ». *The American Journal of Psychiatry* 148, nº 8 (août 1991): 1108.

« Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management ». *Hospital & Community Psychiatry* 41, nº 11 (novembre 1990): 1233-1237.

Milstein, K.K. et P.S. Milstein. « Psychophysiologic aspects of denial in pregnancy: case report ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 44, nº 5 (mai 1983): 189-190.

Miranda, S.B. « Visual abilities and pattern preferences of premature and full-term neonates ». *Journal of Experimental Child Psychology* 10, n°2 (octobre 1970): 189-205.

Mitchell, E.K. et J.H. Davis. « Spontaneous births into toilets ». *Journal of Forensic Sciences* 29, nº 2 (avril 1984): 591-596.

Mitchell E.A, R. Scragg, et A.W. Stewart. « Cot death supplement: results from the first year ot the New Zealand cot death study ». *New Zealand Medicine Journal* 104 (1991): 71-76.

Moine-Dupuis, I. « L'intention en droit pénal : une notion introuvable ? » *D.* (2001): 2144.

Montazeau, O. « L'industrialisation de la naissance ». *Spirale* 54, nº 2 (2010): 91-111.

Moore T, et D. Haig. « Genomic imprinting in mammalian development: a parental tug-of-war ». *Trends in Genetics: TIG* 7, nº 2 (février 1991): 45-49.

Moreau C, N. Bajos, et J. Bouyer. « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale ». *Population* 59, nº 3-4 (2004): 503-518.

Morel, M.-F :

« L'amour maternel : aspects historiques ». *Spirale* 18, nº 2 (2001): 29.

« Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, La Naissance en Occident, Paris, Albin Michel, 2004, 363 p. ». *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, nº 21 (2005): 303-304.

Mori R, M. Dougherty, et M. Whittle. « An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003 ». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 115, n°5 (7 mars 2008): 554-559.

Morrow-Tlucak M, R.H. Haude, et C.B. Ernhart. « Breastfeeding and cognitive development in the first 2 years of life ». *Social Science & Medicine* 26, nº 6 (1988): 635-639.

Mouly, J. « Du prétendu homicide de l'enfant à naître. Défense et illustration de la position de la Cour de cassation ». *RSC* (2005) : 47.

Mucchielli, L. « Les homicides dans la France contemporaine (1970-2007): évolution, géographie et protagonistes ». *Recherches* (2009): 133-164.

Munoz-Perez, F. « L'avortement provoqué légal dans le monde ». *Population* 32, nº 1 (1977): 175-184.

Murat, P :

« Réflexions sur la distinction être humain / personne juridique ». *Dr.Fam.* chronique n°9 (1997) : 4.

« Filiation naturelle. L'enfant simplement conçu ne compte pas en matière de police des étrangers ». *Dr.Fam.*, nº. 49 (1998): 8.

« La réforme de l'inscription à l'état civil de l'enfant prématurément perdu : entre progrès et occasion manquée ». *Etudes sur la mort* 1, n°. 119 (2001): 138.

« Acte d'enfant sans vie : un mieux ». *Dr.Fam.*, n°. 48 (2002): 23.

« L'enfant à naître n'est pas autrui au sens du droit pénal ». *JCP* I, n°.21 (2002) : 101.

« Viabilité et renseignement à l'état civil des enfants mort-nés ». *Dr.Fam.* comm. n°77 (août 2007) : 15.

« La remise en cause du seuil de déclaration à l'état civil des foetus décédés prématurément ». *Dr.Fam.* comm.n°34 (mars 2008) : 21.

Muskin P.R, T. Feldhammer, J.L. Gelfand, et D.H. Strauss. « Maladaptive denial of physical illness: a useful new "diagnosis" ». *International Journal of Psychiatry in Medicine* 28, n° 4 (1998): 463-477.

Muytjens H.L, H. Roelofs-Willemse, et G.H. Jaspar. « Quality of powdered substitutes for breast milk with regard to members of the family Enterobacteriaceae ». *Journal of Clinical Microbiology* 26, n° 4 (avril 1988): 743-746.

N

Naditch M, G. Levy, et J.-J. Chale. « Césarienne en France : impact des facteurs organisationnels dans les variations de pratiques ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 26, n° 5 (1997): 484-495.

Nadler, R.D. « Periparturitional behavior of a primiparous lowland gorilla ». *Primates* 15, n°1 (mars 1974): 55-73.

Naulleau, E. « L'accouchement à domicile ». *Economie et statistique* 148, n° 1 (1982): 53-55.

Neifert, P.L. et J.A. Bourgeois. « Denial of pregnancy: a case study and literature review ». *Military Medicine* 165, nº 7 (juillet 2000): 566-568.

Neirinck, C. « La maternité ». *Dr.Fam.* n°1 (janvier 2006) : étude n°2.

Nemes, L. « Importance de la théorie de l'agrippement dans la psychologie du développement et dans la psychothérapie d'enfant ». *Le Coq-héron* 188, nº. 1 (2007): 73-79.

Newcomb P.A, K.M. Egan, et L. Titus-Ernstoff. « Lactation in relation to postmenopausal breast cancer ». *Am. J. Epidemiol.* 150, nº 2 (1999): 174-182.

Newton N, D. Foshee, et M. Newton. « Parturient mice: effect of environment on labor ». *Science (New York, N.Y.)* 151, nº 717 (1966): 1560-1561.

Neyrinck, C. « L'embryon humain : une catégorie juridique à dimension variable ? » *D.* (2003): 841.

Nicolas, G. « Conformité de la Constitution de la loi allongeant le délai légal d'interruption volontaire de grossesse ». *D* (2002): 1948.

Nissen E, K. Uvnäs-Moberg, K. Svensson, S. Stock, A.M. Widström, et J. Winberg. « Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route ». *Early Human Development* 45, nº 1-2 (5 juillet 1996): 103-118.

Nizard, J :

« Accoucher aux Pays-Bas : un must ? » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 37, nº 7 (novembre 2008): 634-636.

« Sécurité de l'accouchement à domicile : des chiffres, des interprétations, des interrogations… mais pour qui et pour quoi ? » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 39 (septembre 2010): 351.

O

Oberman, M :

« Mothers who kill : Cross-cultural patterns in and perspectives on contemporary maternal filicide ». *International Journal of Law and Psychiatry* (2003): 493-514.

« Mothers Who Kill: Coming to Terms with Modern American Infanticide ». *American Criminal Law Review* 34 (1996): 1.

O'Callaghan E, T. Gibson, H.A. Colohan, P. Buckley, D.G. Walshe, C. Larkin, et J.L. Waddington. « Risk of schizophrenia in adults born after obstetric complications and their association with early onset of illness: a controlled study ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 305, nº 6864 (1992): 1256-1259.

Oddy W.H, P.G. Holt, P.D. Sly, A.W. Read, L.I. Landau, F.J Stanley, G.E. Kendall, et P.R. Burton. « Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study ». *British Medical Journal* 319, nº 7213 (1999): 815 -819.

Oddy W.H., G.E. Kendall, E. Blair, N.H. de Klerk, S. Silburn, et S. Zubrick. « Breastfeeding and cognitive development in children ». *Advances in Experimental Medicine and Biology* 554 (2004): 365-369.

Odent, M :

« Allaitement et acides gras saturés ». *Laboratoire Biophytarom*, nº 21 (1989).

« In praise of the traditional birth attendant ». *Lancet* 2, nº 8667 (7 octobre 1989): 862-863.

Odent M, J.F. Husson, et S. Yannoti. « Les positions de la mère au cours de l'accouchement ». *Les Cahiers du nouveau-né*, nº. 4 (1983): 13-28.

Olsen, O. « Meta-analysis of the safety of home birth ». *Birth (Berkeley, Calif.)* 24, nº 1 (mars 1997): 4-13.

Ottenhoff, R. « Imputabilité, culpabilité et responsabilité en droit pénal ». *Archives de politique criminelle*, nº 22 (2000): 71.

Overpeck M.D, R.A. Brenner, et A.C. Trumble. « Risk Factors for Infant Homicide in the United States ». *The New England Journal of Medicine*, nº 339 (1998): 1211-1216.

P

Pabst H.E, et D.W. Spady. « Effect of breastfeeding on antibody response to conjugate vaccine ». *Lancet* 336 (1990): 269-270.

Pardou A, E. Serruys, F. Mascart-Lemone, M. Dramaix, et H.L. Vis. « Human milk banking: influence of storage processes and of bacterial contamination on some milk constituents ». *Biology of the Neonate* 65, nº. 5 (1994): 302-309.

Paricard, S. « La consécration d'un droit à l'avortement - Quelques réflexions sur la résolution 1607 (2008) du Conseil de l'Europe du 16 avril 2008 relative à un avortement sans risque et légal en Europe ». *Dr.Fam.* 6, nº 25 (juin 2009).

Payne, A. « Infanticide and Child Abuse ». *The Journal of Forensic Psychiatry* 6, nº 3 (3 décembre 1995): 472-476.

Peis-Hitier, M.-P. « Recherche d'une qualification juridique de l'espèce humaine ». *D.* (2005): 865.

Petit, L. « Désir d'enfant ». *Spirale* 32, nº 4 (2004): 19-26.

Pfiester-Ammende, M. « Zwei Falle von Kindestotung in Psychiatrischev ». *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 39 (1937) : 373-387.

Phan E, M. Akrich, et B. Bel. « À propos de "Accoucher aux Pays-Bas : un must ?", le point du vue du Ciane, collectif d'usagers de la santé ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 38, nº 4 (juin 2009): 347-349.

Philippe, C :

« La viabilité de l'enfant nouveau-né ». *D* chronique (1996): 29.

« La viabilité…encore. A propos d'un projet de loi tendant à assurer la protection de l'enfant à naître ». *Revue de droit sanitaire et sociale* (2003) : 316.

Pickmann, C.-N. « Désir d'enfant, féminité et infertilité ». *Hors collection* (2006): 83-91.

Picod, F. « Congés d'allaitement pour les pères salariés : des restrictions injustifiées ». *JCP*, n°1468 (novembre 2010).

Pierronne C, M.A. Delannoy, C. Florequin, et M. Libert. « Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité ». *Perspectives Psy* 41, n° 3 (2002): 182-188.

Pignol J, V. Lochelongue, et O. Fléchelles. « Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né ». *Spirale* 2, n° 46 (2008): 59-69.

Pilliot, M. « La situation de l'allaitement maternel en France ». *La santé de l'homme*, n° 408 (juillet-août 2010): 19-20.

Pinatel, J. « Aperçu des aspects criminologiques de l'avortement ». *RSC* (1973): 741.

Piovanetti, Y. « Breastfeeding beyond 12 months. An historical perspective ». *Pediatric Clinics of North America* 48, n° 1 (février 2001): 199-206.

Poitel, B. « Programmation de l'accouchement : les sirènes de la toute puissance ». *Les dossiers de l'obstétrique* (2003): 316.

Pradel, J. « Une double révolution en droit pénal français avec la loi du 25 février 2008 sur les criminels dangereux ». *D.* (2008): 1000.

Prentice A, et T. Lind. « Fetal heart rate monitoring during labor - too frequent intervention, too little benefit ». *The Lancet* 330, nº 8572 (1987): 1375-1377.

« Promouvoir l'allaitement en France ». *équilibres*, nº 64. La lettre de la prévention et de l'éducation pour la santé, article paru et consulté en octobre 2010 sur : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/equilibre/pdf/Lettre64.pdf.

Pullan C.R, G.L. Toms, A.J. Martin, P.S. Gardner, J.K. Webb, et D.R. Appleton. « Breast-feeding and respiratory syncytial virus infection. » *British Medical Journal* 281, nº 6247 (1980): 1034-1036.

Putkonen H, G. Weizmann-Henelius, J. Collander, P. Santtila, et M. Eronen. « Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought - neonaticides in Finland 1980-2000 ». *Archives of Women's Mental Health* 10, nº 1 (février 2007): 15-23.

Putkonen H, J. Collander, G. Weizmann-Henelius, et M. Eronen. « Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980-2000 ». *International Journal of Law and Psychiatry* 30, nº 3 (2007): 248-254.

R

Racinet C, P. Eymery, L. Philibert, et C. Lucas. « L'accouchement en position accroupie. Essai randomisé comparant la position accroupie à la position classique en phase d'expulsion ». *Journal De Gynécologie, Obstétrique et Biologie De La Reproduction* 28 (1999): 263.

Raine A, P. Brennan, et S.A. Mednick. « Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at 18 years ». *Arch Gen Psychiatry* 51, nº 12 (décembre 1994): 984-988.

Ravit M, et P. Roman. « Clinique de l'infanticide. Un corps-à-corps mortifère ». *Psychologie et clinique projective* n° 15, nº 1 (1er mars 2009): 119-144.

Reading A.E, C.M. Sledmere, D.N. Cox, et S. Campbell. « How women view post episiotomie pain » *BMJ* 284 (1982): 243-246.

Renou P, A. Chang, I. Anderson, et C. Wood. « Controlled trial of fetal intensive care ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 126 (1976): 470-476.

Resnick, Ph.J :

« Child murder by parents: a psychiatric review of filicide ». *The American Journal of Psychiatry* 126, nº 3 (septembre 1969): 325-334.

« Murder of the newborn : a psychiatric review of neonaticide ». *American Journal of Psychiatry* 126 (1970): 1414-1420.

Resnick Ph.J, B. Chaffel, V. Voruz, et S. Yang. « Retour sur le néonaticide : perspectives actuelles ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 55-59.

Resnick Ph. J. et S. Hatters-Friedman. « Infanticide : Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill ». *Am J Psychiatry* 54 (août 2003) : 1172.

Resnick Ph.J, M.-C. Genet, R. Evans, V. Voruz, et S. Yang. « Meurtre de nouveau-né : une synthèse psychiatrique sur le néonaticide ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 42-54.

Reynolds, A. « Breastfeeding and brain development ». *Pediatric Clinics of North America* 48, nº 1 (février 2001): 159-171.

Riethmuller, D. « Episiotomie et extraction instrumentale : la mise à mort des RPC du CNGOF ? A propos de l'article Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. BJOG 2008 ; 115 : 104-8 ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 38, nº 1 (2009): 9-10.

Roberts J.E, C. Mendez-Bauer, et D.A. Wodell. « The Effects of Maternal Position on Uterine Contractility and Efficiency ». *Birth* 10, nº 4 (1983): 243-250.

Robson, K.S. « The role of eye-to-eye contact in maternal-infant attachment ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 8, n°1 (Mai 1967): 13-25.

Roldholm M, et K. Larsson. « Fatherinfant interaction at the first contact after delivery ». *Early Human Development* 3, nº 1 (1979): 21-27.

Roman, D. « L'accouchement non médicalisé devant la Cour européenne des droits de l'Homme ». *RDSS* (2011): 441.

Romano, H :

« Homicides sur mineurs de moins d'un an : de quoi parle-t-on ? » *Le Journal des psychologues* 265, nº 2 (2009): 35.

« Meurtres de nouveau-nés et processus psychiques à l'oeuvre chez les femmes néonaticides ». *Devenir* 22, nº 4 (2010): 309-320.

Rooks J.P, N.L. Weatherby, E.K.M. Ernst, S. Stapleton, D. Rosen, et A. Rosenfield. « Outcome of care in Birth Centers ». *New England Journal of Medicine* 321, n°28 (décembre 1989): 1804-1811.

Roques, N. « Allaitement maternel et sommeil partagé ». *Spirale* 2, n°34 (2005): 131-140.

Rosenblatt, K.A. et D.B. Thomas. « Prolonged lactation and endometrial cancer. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives ». *International Journal of Epidemiology* 24, nº 3 (juin 1995): 499-503.

Rossier, C. et C. Pirus. « Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 ». *Population* 62, nº 1 (2007): 57.

Rossier C, L. Toulemon, et F. Prioux. « Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 ». *Population* 64, nº 3 (2009): 495-530.

Roth E, et N. Knezovic-Daniel. « Accoucher dans une « usine à bébés » ? » *Spirale* 54 (2010): 113.

Roujou de Boubée, G :

« L'interruption volontaire de la grossesse (Commentaire de la loi n°75-17 du 17 janvier 1975) ». *D* Chronique (1975): 209.

Rowe B, N.T. Begg, D.N. Hutchinson, H.C. Dawkins, R.J. Gilbert, M. Jacob, B.H. Hales, F.A. Rae, et M. Jepson. « Salmonella ealing infections associated with consumption of infant dried milk ». *Lancet* 330, nº 8564 (17 octobre 1987): 900-903.

Rozes, S. « L'infraction consommée ». *RSC* (1975): 603.

Rubellin-Devichi, J. « Le droit et l'interruption de grossesse ». *LPA*, nº 69 (7 juin 1996): 19.

S

Saarinen, U.M. « Prolonged breast feeding as prophylaxis for recurrent otitis media ». *Acta Paediatrica Scandinavica* 71, nº 4 (juillet 1982): 567-571.

Salariya E.M, P.M. Easton, et J.E. Cater. « Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding ». *Lancet* 312, n°8100 (25 novembre 1978): 1141-1143.

Saleilles, R. « Essai sur la tentative et plus particulièrement sur la tentative irréalisable (Etude de Droit Pénal Comparé) ». *Bulletin de la Société générale des prisons* (1897).

Salk, L :

« The critical nature of the postpartum period in the human for the establishment of the mother-infant bond: A controlled study ». *Diseases of the Nervous System* 31 (1970): 110-116.

« The effects of the normal heartbeat sound on the behavior of the newborn infant: Implications for mental health ». *World Mental Health* 12 (1960): 168-175.

Salk L, W.Q. Sturner, L.P. Lipsitt, B.M. Reilly, et R.H. Levat. « Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide ». *The Lancet* 325, n° 8429 (mars1985): 624-627.

Salvage, Ph. « La viabilité de l'enfant nouveau-né ». *RTDCiv.* (1976): 731.

Sandre-Pereira, G. « La Leche League : des femmes pour l'allaitement maternel (1956-2004) ». Édité par F. Thébaud et Y. Knibiehler. *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, nº 21. Maternités (2005): 174-187.

Sargos, P. « Réflexions "médico-légales" sur l'interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique ». *JCP* I, nº 322 (2001).

Sato, H. et K. Yamane. « Menstruation during pregnancy ». *Lancet* 1, nº 7689 (9 janvier 1971): 79.

Saunders, E. « Neonaticides following "secret" pregnancies: seven case reports. » *Public Health Reports* 104, nº 4 (1989): 368-372.

Savart, M. « L'expertise scientifique en matière pénale ». *Actualité Juridique Pénal*, nº 2 (février 2006): 72-75.

Savey-Casard, P. « Le repentir actif en droit pénal français ». *RSC* (1972): 515.

Schaffhauser, D. « Un crime sans nom ». *Enfances & Psy* 3, nº 44 (2009): 75-83.

Schmied V, et L. Barclay. « Connection and Pleasure, Disruption and Distress: Women's Experience of Breastfeeding ». *Journal of Human Lactation* 15, nº 4 (1er décembre 1999): 325 -334.

Schwartz, L.L. « L. L. Schwartz, Ph.D., and N. K. Isser, Ph.D. (2001). Neonaticide: an appropriate application for therapeutic jurisprudence? Behavioral Sciences and the Law, Vol.

19, No. 5–6, 703–718 ». *Behavioral Sciences & the Law* 20, nº 1-2 (1er janvier 2002): 211-213.

Schwartz, L.L. et N.K. Nisser. « Neonaticide : an appropriate application for therapeutic jurisprudence ? ». *Behavioral Sciences & the Law* 19, n°5-6 (2001) : 703-718.

Schwetterlé, F. « Maternité de Lons-le-Saunier: deux heures peau à peau pour "entrer dans la vie" ». *La santé de l'homme*, nº 408 (juillet-août 2010): 26-28.

Senon, J.-L. « Troubles psychiques et réponses pénales ». *Champ pénal / Penal field, nouvelle revue internationale de criminologie*. XXXIVe Congrès français de criminologie (2005).

Senon, J.-L. et C. Manzanera. « L'expertise psychiatrique pénale: les données d'un débat ». *Actualité Juridique Pénal*, nº 2 (février 2006): 66-69.

Serverin, E. « De l'avortement à l'interruption volontaire de grossesse : l'histoire d'une requalification sociale ». *Déviance et société* 4, nº 1 (1980): 1-17.

Seuvic, J.-F. « Interruption volontaire de grossesse, contraception, stérilisation : loi du 4 juillet 2001 ». *RSC* (2001): 841.

Shannon, M. et J.W. Graef. « Lead intoxication from lead-contaminated water used to reconstitute infant formula ». *Clinical Pediatrics* 28, nº 8 (août 1989): 380-382.

Shu X.O, M.S. Linet, M. Steinbuch, W.Q. Wen, J.D. Buckley, J.P. Neglia, J.D. Potter, G.H. Reaman, et L.L. Robison. « Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia ». *Journal of the National Cancer Institute* 91, nº 20 (20 octobre 1999): 1765-1772.

Sihvo S, N. Bajos, B. Ducot, et M. Kaminski. « Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies ». *Journal of Epidemiology and Community Health* 57, nº 8 (2003): 601 -605.

Simmons B.P, M.S. Gelfand, M. Haas, L. Metts, et J. Ferguson. « Enterobacter sakazakii infections in neonates associated with intrinsic contamination of a powdered infant formula ». *Infection Control and Hospital Epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America* 10, nº 9 (septembre 1989): 398-401.

Simopoulos, A.P. « Omega-3 fatty acids in health and desease and in growth and development ». *Am. Clin. Nutr.* 54, n°3 (septembre 1991): 438-463.

Singleton, M. « Infanticide. Notes de lectures anthropologiques à usage éthique ». *Document de travail SPED* n°20 (avril 2004).

Singly, F. « Le trompe l'oeil de l'allocation de libre choix ». *RDSS*, nº 1 (2003): 128.

Siskind V, A. Green, C. Bain, et D. Purdie. « Breastfeeding, menopause, and epithelial ovarian cancer ». *Epidemiology (Cambridge, Mass.)* 8, nº 2 (mars 1997): 188-191.

Slayton, R.I. et P.H. Soloff. « Psychotic denial of third-trimester pregnancy ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 42, nº 12 (décembre 1981): 471-473.

Smith, B.H :

« Dental Development as a Measure of Life History in Primates ». *Evolution* 43, nº 3 (1989): 683-688.

« Age of weaning approximates age of emergence of the first permanent molar in non human primates (abstract) ». *American Journal of Physical Anthropology Supplement*, nº 12 (1991): 163-164.

« Dental development and the evolution of life history in the Hominidae ». *American Journal of Physical Anthropology*, nº 86 (1991): 157-174.

« Life history and the evolution of human maturation ». *Evolutionary Anthropology* 1, nº 4 (1992): 134-142.

Soules M.R, C.L. Hughes Jr, J.A. Garcia, C.H. Livengood, M.R. Prystowsky, et E. Alexander 3rd. « Nausea and vomiting of pregnancy: role of human chorionic gonadotropin and 17-hydroxyprogesterone ». *Obstetrics and Gynecology* 55, n° 6 (juin 1980): 696-700.

Soulez-Larivière, D. « Pour une expertise contradictoire ». *AJPénal*, n° 2 (février 2006): 75-76.

Spielvogel, A.M. et H.C Hohener. « Denial of pregnancy: a review and case reports ». *Birth (Berkeley, Calif.)* 22, n° 4 (décembre 1995): 220-226.

Spinelli, M.G :

« A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide ». *American Journal of Psychiatry* 158, n° 5 (2001): 811-813.

« Dr. Spinelli Replies ». *Am J Psychiatry* 159 (mars 2002) : 499.

Srathearn, S. « Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study ». *Pediatrics* 2, n°. 123 (2009): 483-493.

Steichen, J.J. et R.C. Tsang. « Bone mineralization and growth in term infants fed soy-based or cow milk-based formula ». *The Journal of Pediatrics* 110, n° 5 (mai 1987): 687-692.

Steinberg M, B. Rounsaville, et D. Cichetti. « Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structural diagnostic interview ». *American Journal of Psychiatry* 148 (1991) : 1050-1054.

Stern, K. et M. McClintock. « Regulation of ovulation by human pheromones ». *Nature* 393 (1998): 177–179.

Stevenson, M.F. « Birth and perinatal behaviour in family groups of the common marmoset (Callithrix jacchus jacchus), compared to other primates ». *Journal of Human Evolution* 5, n° 4 (juillet 1976): 365-381.

Strathearn L, A.A. Mamun, J.M. Najman, et M.J. O'Callaghan. « Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study ». *Pediatrics* 123, n° 2 (février 2009): 483 -493.

Strathearn L, M.J. O'Callaghan, J. Najam, G. Williams, W. Bor, M. Anderson. « Breastfeeding and mother-infant separation: Independent predictors of child abuse and Neglect ». National Conference of the Academy of Pediatrics. Louisiana: New Orleans. Novembre 2003 sur :
http://www.aap.org/breastfeeding/2003NCEabstracts.pdf

Stratton, P. « Biological Preprogramming of Infant Behaviour ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 24, n° 2 (1983): 301-309.

Strauss D.H, R.L. Spitzer, et P.R. Muskin. « Maladaptive denial of physical illness: a proposal for DSM-IV ». *The American Journal of Psychiatry* 147, n° 9 (septembre 1990): 1168-1172.

Sykes G.S, P.M. Molloy, P. Johnson, G.M. Stirrat, et A.C. Turnball. « Fetal distress and the condition of newborn infants ». *British Medical Journal* 287, n°6397 (1983): 943-945.

Szejer, M. « Pour une médicalisation raisonnée de la maternité ». *Informations sociales* 132, n° 4 (2006): 54-63.

T

Tacker S.B, et H.D. Banta. « Benefits and risks of episiotomy : an interpretative review of the English language litterature, 1860-1980 ». *Obstetrical and Gynecological Survey* 38 (1982): 322-338.

Taquet, F. « Les nouvelles dispositions relatives à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (loi n°2001-588 du 4 juillet 2001) ». *Gaz.Pal.* 1 (2002): 267.

Tereno S, I. Soares, et E. Martin. « La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique ». *Devenir* 19, n°2 (2007): 151-188.

Thery, R. « La condition juridique de l'embryon et du foetus ». *D* chronique (1982): 231.

Thomsen H, M. Bauermeister, et R. Wille. « Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über di Jahre 1980-1989 ». *Rechtsmedizin* 2 (1992): 135-142.

Thomson M.E, T.G. Hartsoch, et C. Larson. « The importance of immediate postnatal contact: Its effect on breastfeeding ». *Canadian Family Physican* 25 (1979): 1374-1378.

Thorp J.M, et W.A. Bewes. « Episiotomy : can its routine can be defended ? » *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 160 (1989): 1027-1030.

Timbart, O. « 20 ans de condamnations pour crimes et délits ». *InfoStat Justice*, n°. 114. Bulletin d'information statistique (avril 2011).

Tinková, D. « Protéger ou punir ? Les voies de la décriminalisation de l'infanticide en France et dans le domaine des Habsbourg (XVIIIe-XIXe siècles) ». *Crime, Histoire & Sociétés* 9, n° 2. Varia (2005): 43-72.

Tomblin, J.B. « Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors ». *J. Commun. Disord.* 30, n° 4 (juillet-août 1997): 325-344.

Torvaldsen S, C.L. Roberts, J.M. Simpson, J.F. Thompson, et D.A. Ellwood. « Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding : a prospective cohort study ». *International Breastfeeding Journal* 1 (2006): 24.

Tovino, S.A. « Book Review: "Hardwired Behavior : What Neurosicence Reveals about Morality ». *Scholarly Works*, n° 85 (2006).

Trevarthen, C. « Facial expressions of emotion in mother-infant interaction ». *Human Neurobiology* 4, n°1 (1985): 21-32.

Trevathan, W.R :

« Factors influencing the timing of initial breastfeeding in 954 out-of-hospital births ». *Medical Anthropology* 8, n°4 (1984): 302-307.

« Maternal en face orientation during the first hour after birth ». *American Journal of Orthopsychiatry* 53, n°1 (janvier 1983): 92-99.

« Maternal lateral preference at first contact with her newborn infant ». *Birth* 9 (1982): 85-90.

« Maternal touch at first contact with her newborn infant ». *Developmental Psychobiology* 14, n°6 (1981): 549-558.

Tronche A.-M, M. Villemeyre-Plane, G. Brousse, et P.-M. Llorca. « Du déni de grossesse au néonaticide: hypothèses diagnostiques autour d'un cas ». *Annales Médico-Psychologiques*, n° 165 (2007): 671-675.

Turck, D. « Les bénéfices santé de l'allaitement ». *La santé de l'homme*, n° 408 (juillet-août 2010): 21-23.

Turkewitz B, T. Moreau, et H.G. Birch. « Relation between birth condition and neuro-behavioral organization in the neonate ». *Pediatric Research* 2 (1968): 243-249.

Tursz, A. « Avantages et limites de l'approche épidémiologique pour la connaissance des infanticides ». *Enfances & Psy* 49, n° 4 (2010): 112-120.

Tursz A, et J.M. Cook. « A population-based survey of neonaticides using judicial data ». *Archives of Disease in Childhood* (2010).

U

Usta I.M, E.M. Hobeika, A.A. Abu Musa, G.E. Gabriel, et A.H. Nassar. « Placenta previa-accreta: Risk factors and complications ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193, n°3 (2005): 1045-1049.

V

Van den Brink H, et C. Nassiet. « Les implications éventuelles des nouvelles dispositions concernant la contraception ». *Médecine & droit* 2002, nº. 52 (janvier 2002): 12-17.

Vanneau, V. « Société et criminalité féminine, XIXe – Xxe siècles ». *AJPén.* n°1 (janvier 2010) : 10-12.

Venditelli F, J. Alain, et B. Dufetelle. « Motivations maternelles pour le choix du mode d'allaitement ». *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, nº 23 (1994): 323-329.

Verdoux H, J.R. Geddes, N. Takei, S.M. Lawrie, P. Bovet, J.M. Eagles, R. Heun, et al. « Obstetric complications and age at onset in schizophrenia: an international collaborative meta-analysis of individual patient data ». *The American Journal of Psychiatry* 154, nº 9 (1997): 1220-1227.

Von Kries R, B. Koletzko, T. Sauerwald, E. von Mutius, D. Barnert, V. Grunert, et H. von Voss. « Breast feeding and obesity: cross sectional study ». *British Medical Journal* 319, nº 7203 (1999): 147 -150.

Viaux J.-L, et S. Combaluzier. « Néonaticide, un non-désir mélancolique : étude clinique de 12 cas ». *L'évolution Psychiatrique* 75, nº. 1 (2010): 3-17.

Viaux-Savelon S, O. Rosenblum, P. Mazet, M. Dommergues, et D. Cohen. « La surveillance échographique prénatale des grossesses à suspicion de malformation : étude du retentissement sur les représentations maternelles ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, nº. 55 (2007): 413-423.

Victora C.G, S.C. Fuchs, J.A. Flores, W. Fonseca, et B. Kirkwood. « Risk factors for pneumonia among children in a Brazilian metropolitan area ». *Pediatrics* 93, nº 6 (juin 1994): 977-985.

Victora C.G, P.G. Smith, J.P. Vaughan, L.C. Nobre, C. Lombardi, A.M. Teixeira, S.M. Fuchs, L.B. Moreira, L.P. Gigante, et F.C. Barros. « Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil ». *Lancet* 2 (1987): 319-322.

Villerbu, L. et A. Hirschelmann. « Meurtre sur enfants : perspectives psycho-pathologiques en psycho-criminologie ». *Topique* 4, n°117 (2011) : 29-46.

Vintzileos, A. « Comparison of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation in detecting fetal acidemia at birth ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 173, nº 4 (1995): 1021-1024.

Viossat P, et J.-C. Pons. « Maisons de naissance : revue de la littérature ». *Journal De Gynécologie, Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 30, nº 7 (novembre 2001): 680-687.

Vouin, R. « L'avortement voulu ». *D* (1976): 1.

W

Walker, M. « A Fresh Look at the Risks of Artificial Infant Feeding ». *Journal of Human Lactation* 9, nº 2 (1993): 97 -107.

Wax J.R, F. L. Lucas, M. Lamont, M.G. Pinette, A. Cartin, et J. Blackstone. « Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 203 (septembre 2010): 243.e1-243.e8.

Weiland K.F, et Z. Serber. « Patterns of mother-infant contact: The significance of lateral preference ». *Journal of Genetic Psychology* 117 (1970): 157-165.

Welniarz, B. « Regard sur les enfants qui ont survécu à une tentative d'infanticide ». *Enfances & Psy* 44, nº 3 (2009): 123.

Wessel, J. « Additional information on german study about denial and concealment of pregnancy ». *Psychosomatics* 48, n°6 (2007) : 548.

Wilcox A.J, D.D. Baird, D.B. Dunson, D.R. McConnaughey, J.S. Kesner, et C.R. Weinberg. « On the frequency of intercourse around ovulation: evidence for biological influences ». *Human Reproduction* 19, n° 7 (2004): 1539–1543.

Wessel J, J. Endrikat, et U. Büscher :

« Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin ». *Acta Obstetricia And Gynecologica Scandinavica* 81, n° 11 (novembre 2002): 1021-1027.

« Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of a one-year prospective study compared with control groups ». *Journal of Perinatal Medicine* 31, n° 1 (2003): 29-35.

Wessel, J. et U. Buscher. « Denial of pregnancy: population based study ». *BMJ : British Medical Journal* 324, n° 7335 (2002): 458.

WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. « Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis ». *The Lancet* 355, n° 9202 (5 février 2000): 451-455.

Wildman, W.J. « Hardwired Behavior: What Neuroscience Reveals about Morality. By Laurence Tancredi ». *Journal of the American Academy of Religion* 75, n° 1 (1 mars 2007): 233 -236.

Wille, R. et K.M. Beier. « “Verdrängte” Schwangerschaft und Kindestötung : Theorie - Forensik - Klinik ». *Sexuologie* 2 (1994): 75-100.

Willoughby A, B.I. Graubard, A. Hocker, C. Storr, P. Vietze, J.M. Thackaberry, M.A. Gerry, M. McCarthy, N.F. Gist, et M. Magenheim. « Population-based study of the

developmental outcome of children exposed to chloride-deficient infant formula ». *Pediatrics* 85, nº 4 (avril 1990): 485-490.

Windels, M. « Mères sans alternative. Néonaticide et conservation par congélation ». *Cliniques méditerranéennes* 84, nº 2 (2011): 259-270.

Wolff, P.H. « Sucking patterns of infant mammals ». *Brain, Behavior and Evolution* 1 (1968): 354-367.

Wood C, P. Renou, J. Oats, E. Farrell, N. Beischer, et I. Anderson. « A controlled trial of fetal heart rate monitoring in a low-risk obstetric population ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 141 (1981): 527-534.

Wooley, R.J. « Benefits and Risks of Episiotomy: A Review of the English-Language Literature Since 1980 ». *Obstetrical and Gynecological Survey* 50, nº 11 (novembre 1995): 806-820.

Wright A.L, C.J. Holberg, F.D. Martinez, W.J. Morgan, et L.M. Taussig. « Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. Group Health Medical Associates ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 299, nº. 6705 (1989): 946-949.

Wu S, M. Kocherginsky, et J.U. Hibbard. « Abnormal placentation : Twenty-year analysis ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 192, n°5 (2005): 1458-1461.

Wunsch, S. « Evolution from mammals heterosexual reproductive behavior to human erotic bisexuality ». *Journal of Bisexuality* 10, nº 2 (2010): 268–293.

Wunsch, S. et P. Brenot :

« Les fondements neurobiologiques de la sexualité. Existe-t-il un instinct sexuel? » *Sexologies* XIII, nº 48 (2004): 22–29.

« Les fondements neurobiologiques de la sexualité. Neurobiologie du plaisir ». *Sexologies* XIII, nº 50 (2004): 4–16.

« Sexualité : instinct ou apprentissage? » *Bulletin de la Société Francophone de Médecine Sexuelle*, nº 1 (2005): 12–21.

Y

Yamauchi M, et N. Yoshioka. « Medico-Legal Studies on Infanticide: Statistics and a Case of Repeated Neonaticide. » *Acta Criminologiae et Medicinae Legalis Japonica* 66, nº 6 (2000): 234-239.

Z

Zagury, D. « Quelques remarques sur le déni de grossesse ». *Perspectives Psy* 50, n° 4 (2011) : 314-321.

Zanarini M.C, J.G. Gunderson, M.F. Marino, et E.O. Schwartz. « Childhood experiences of borderline patients ». *Compr Psychiatry* 30, n°1 (janvier-février 1989): 18-25.

Zancarini-Fournel, M. « Histoire(s) du MLAC (1973-1975) », *CLIO. Histoire, femmes et sociétés* 18 (2003) : 241-252.

Zwaigenbaum L, P. Szatmari, M.B. Jones, S.E. Bryson, J.E. MacLean, W.J. Mahoney, G. Bartolucci, et L. Tuff. « Pregnancy and birth complications in autism and liability to the broader autism phenotype ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, n°5 (mai 2002) : 572-579.

NOTES DE JURISPRUDENCE

B

Biswang, P.-G. « note sous TC Fort-de-France, 22 septembre 1967 ». *JCP* II, n° 15583 (1968).

Bonneau, J :

note sous Crim.31 janvier 1996. *Gaz.Pal.* 2, n°. Somm. (1996): 319.

note sous arrêt Crim., 30 juin 1999. *Gaz.Pal.* 2 (1999): 676.

note sous arrêt CA Reims, 3 février 2000. *Gaz.Pal.* 1 (2000): 1106.

note sous arrêt Ass.plén., 29 juin 2001. *Gaz.Pal.* 2 (2001): 1456.

Bouloc, B :

note sous Crim.31 janvier 1996. *RSC* (1996): 848.

« Notion de victime d'un homicide involontaire ». *RSC* (2002): 97.

Bouzat, P :

note sous TC Colmar, 6 décembre 1957. *D* (1958): 357.

note sous TC Rennes, 25 février 1957. *D* (1957): 338.

note sous Crim.25 octobre 1962. *D* (1963): 221.

note sous Crim.23 juillet 1969. *RSC* (1970): 656.

note sous Crim.20 décembre 1970. *JCP* II, n°. 16770 (1970).

note sous Crim.29 décembre 1970. *JCP* II, n°. 16770 (1971).

Brouchot, J. note sous Crim.8 juillet 1943. *S.* I (1944): 37.

Breton, A. note sous Civ.1ère, 20 mai 1936. *S.* 1 (1937): 321.

Brouchot, J. note sous Crim.8 juillet 1943. *S.* I (1944): 37.

C

Cambassedes, J. note sous Crim.15 mai 1979. *D* (1980): 409.

Chambon, P :

note sous Crim.28 octobre 1959. *JCP* II, nº 11343 (1959).

note sous Crim.7 décembre 1960. *JCP* II, nº 11964 (1961).

Chauvin, P. « Etat civil : l'article 79-1 du code civil, ne subordonne l'établissement d'un acte d'enfant sans vie ni au poids du foetus, ni à la durée de la grossesse ». *D Chronique de jurisprudence de la Cour de cassation* (2008): 638.

Chavanne, A. note sous Crim.28 octobre 1959. *D* (1960): 314.

Chenede, F. « L'établissement d'un "acte d'enfant sans vie" n'est pas subordonné au respect du seuil de viabilité défini par l'OMS ». *AJFam.*, nº. 4 (2008): 165.

Chevallier, J.-Y. « Homicide involontaire d'un enfant à naître à la suite d'un accident de la circulation ». *D* (2000): 873.

Cohen, D. « Inefficacité d'une clause limitative de responsabilité en raison d'un manquement à une obligation essentielle ». *JCP* II, nº 22881 (1997).

Corpart, I :

« La notion d'enfant sans vie à la lumière de la jurisprudence de la Cour de cassation. Civ. 1re 6 février 2008, trois espèces ». *Médecine & Droit* 2008, nº. 91 (juillet 2008): 121-126.

« Une confirmation sans appel de l'absence de reconnaissance pénale pour le foetus? » *Dr.Fam.* 7, nº. 172 (2005).

Croisier-Nerac, R. « Il n'y a de coups mortels que si la mort est la conséquence des violences exercées et non d'une cause étrangère : défaillance d'un appareil de réanimation ». *D.* (1992): 115.

D

Debove, F. note sous arrêt Crim., 30 juin 1999. *LPA* (17 novembre 1999).

Dekeuwer-Desfossez, F. note sous CE, 31 octobre 1980. *JCP* II, n°. 19732 (1982).

Delebecque, Ph :

« La clause limitative de responsabilité contenue dans un contrat de transport rapide ne saurait porter sur l'obligation essentielle du transporteur à savoir le délai d'acheminement prévu au contrat ». *D* (1997): 175.

« Droits et conventions ». *Defrénois*, n° 17 (1996) : 1015.

Delmas Saint-Hilaire, J.-P. « La répression du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse peut faire naître un conflit de faits justificatifs ; autorisation de la loi contre état de nécessité ». *RSC* (1996): 670.

Demont, L. note sous Ass.plén.29 juin 2001. *Dr.pén.*, chronique n° 34 (2001).

Desnoyer C, et L. Dumaine. « Il n'y a pas d'homicide sur un foetus ». *D* (2000): 169.

Dorsner-Dolivet, A. note sous Crim.31 janvier 1996. *JCP* II, n° 22713 (1996).

Doucet, J.-P :

note sous Crim.26 janvier 1986. *Gaz.Pal.* 1 (1986): 377.

note sous CA Douai, 2 juin 1987. *Gaz.Pal.* J (1989): 145-147.

note sous arrêt Crim., 30 juin 1999. *Gaz.Pal.* 2, n°. chronique criminelle (1999): 139.

E

Eréséo, N. et J.L. Capdeville. « Le délit de pratiques commerciales trompeuses est une infraction intentionnelle ». *AJPénal* (2010): 73.

F

Fabre-Magnan, M. « Des obligations essentielles de Chronopost dans la délivrance des plis : donner et retenir ne vaut ». *JCP* I, n°. 4002 (1997).

Fardoux, O. « Erreur de droit et intention délictueuse ». *D* (2006): 561.

Fauré, G :

« Homicide involontaire et vie prénatale : soumission ou résistance des magistrats rémois à l'arrêt de la Chambre criminelle du 30 juin 1999 ? » *JCP* II, n° 10406 (2000).

« La prévention d'homicide involontaire sur un enfant à naître ». *JCP* II, n° 10231 (2000): 77-80.

note sous CA Lyon, 13 mars 1997. *JCP* II, n° 22954-22955 (1997).
note sous CA Reims, 3 février 2000. *JCP* II, n° 10406 (2000).

Favoreu L, et T. Renoux. note sous arrêt DC, 27 juillet 1994. *D* (1995): 299.

Forgeard, M.-C. note sous CA Reims, 3 février 2000. *Defrénois*, n°. 37170 (2000): 568.

G

Galloux, J.-C. « Le corps avant la naissance ». *D Panorama* (2008) : 1435.

Galloux J.-C, et H. Gaumont-Prat. *D* Panorama (2007) : 1102.

Garraud, R. note sous Crim.9 novembre 1928. *JCP* (1929): 239.

Gouttenoire, A. « Homicide involontaire sur le foetus ». *Dr.Fam.*, alerte n° 42 (2004).

Granet-Lambrechts, F. « La filiation par le sang ». *D Panorama* (2008): 1371.

Guiomard, P. « L'état civil des enfants nés sans vie ». *D Actualité jurisprudentielle*, n°. 8 (2008): 483.

H

Hauser, J :

« L'Assemblée plénière et le foetus : brèves remarques ». *RTDCiv.* (2001): 560.

« L'Assemblée plénière et le foetus : suite ». *RTDCiv.* (2001) : 850.

« L'embryon et la tentation de Strasbourg ». *RTDCiv.* (2004): 714.

« De l'enfant né sans vie à l'enfant projeté et des paternités morales qui pourraient rapporter ». *RTDCiv.* (2008): 268.

« Un enfant quand je veux et même si l'autre ne veut pas ». *RTDCiv.* (2008): 91.

« Divorce pour faute : refus de procréation assistée ». *RTDCiv.* (1992) : 56.

Hennion-Jacquet, P. « Le droit pénal n'est pas l'armurier des innocents : à propos de la protection pénale de l'enfant conçu ». *RDSS* (2008): 67.

Henry, A. note sous Crim.8 novembre 1928. *Dr.pén.* 1 (1929): 97.

Herzog-Evans, M. « Le droit d'accoucher à domicile, élément de la vie privée au sens de l'article 8 de la Convention EDH. Arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'homme ». *AJFam.* (2011): 104.

Hugueney, L :

note sous Crim.21 décembre 1939. *RSC* (1940): 223.

note sous Crim.21 janvier 1942. *RSC* (1945): 276.

note sous Crim.28 mars 1950. *RSC* (1950): 592.

note sous Crim.3 août 1938. *RSC* (1939): 84.

note sous Crim.8 juillet 1943. *RSC* (1945): 277.

J

Josserand, E.L. note sous TC Château-Thierry, 4 mars 1898. *Dr.pén.* 2 (1899): 329.

Joly, S. « Le passage de la personne, sujet de droit, à la personne, être humain ». *Dr.Fam.* chronique nº 22 (2001) : 9-15.

L

Labarthe, F. « Droit des obligations. Formation du contrat ». *JCP* I, nº. 4015 (1997).

Labbée, X. note sous arrêt CA Douai, 2 juin 1987. *JCP* II, nº. 21250 (1989).

Lamboley, A. « L'enfant à naître ne peut être victime d'un homicide involontaire : Regard critique sur la décision du 29 juin 2001 de l'assemblée plénière de la cour de cassation ». *Médecine & droit* 2002, nº. 52 (janvier 2002): 5-11.

Larguier, J :

note sous Crim.16 mars 1961. *JCP* II, nº 12157 (1961).

note sous Crim.20 mars 1974. *RSC* (1974): 575.

note sous Crim.3 janvier 1973. *RSC* (1974): 577.

note sous Crim.11 juin 1975. *RSC* (1976): 407.

note sous Crim.15 mai 1979. *RSC* (1980): 969.

note sous Crim.19 juin 1979. *RSC* (1980): 969.

note sous Crim.7 janvier 1980. *RSC* (1981): 365.

Larribau-Terneyre, V. « Le refus du mari de se soumettre à une fécondation in vitro n'est pas une cause de divorce ». *Dr.Fam.* n°11, comm. 247 (2005).

Latina, M. « La suppression des seuils de viabilité des enfants mort-nés ». *LPA*, n°. 66 (avril 1, 2008): 8.

Lavric, S. « Responsabilité du médecin de garde pour des blessures involontaires sur l'enfant à naître ». *AJPénal* (2008): 32.

Légal, A :

note sous Crim.5 juillet 1951. *RSC* (1952): 439.

note sous Crim.27 mai 1959. *RSC* (1960): 71.

note sous TC Fort-de-France, 22 septembre 1967. *RSC* (1969): 130.

note sous Crim.29 décembre 1970. *RSC* (1972): 99.

Legoux, A. « Avis d'Alain Legoux, Avocat Général ». *Gaz.Pal.* (14 février 2008): 356.

Levasseur, G :

note sous Crim.29 novembre 1972. *RSC* (1973): 408.

note sous Crim.15 mars 1977. *RSC* (1977): 817.

note sous Crim.26 janvier 1986. *RSC* (1986): 849.

note sous CA Douai, 2 juin 1987. *RSC* (1989): 319-320.

note sous Crim.8 janvier 1991. *RSC* (1991): 760.

note sous Crim.18 juin 1991. *RSC* (1992): 73.

note sous Crim.8 janvier 1991. *RSC* (1992): 748.

Levinet, M. « La dénégation par la Cour européenne des droits de l'homme du droit au respect de la vie de l'enfant à naître ». *JCP* II, n°10158 (2004).

Littmann, M.-J. note sous Crim.23 juillet 1969. *JCP* II, n° 16507 (1970).

Loiseau, G. « L'établissement d'un acte d'enfant sans vie n'est plus conditionnée par son niveau de développement ». *JCP* II, n°. 10045 (2008): 35.

M

Magnol, J :

note sous Crim.21 janvier 1942. *RSC* (1945): 260.

note sous Crim.8 juillet 1943. *RSC* (1945): 260.

note sous Crim.31 mai 1949. *JCP* II, nº 4945 (1949).

Malaurie, Ph :

« L'embryon n'est pas, en matière pénale, un être humain ». *Defrénois*, nº. 37047 (1999): 1048-1049.

note sous CA Lyon, 13 mars 1997. *Defrénois*, nº. 36578 (1997): 640.

Marguenaud, J.-P :

« Les tergiversations de la Cour européenne des droits de l'Homme face au droit à la vie de l'enfant à naître ». *RTDCiv.* (2004): 799.

« Vers un statut juridique de l'enfant mort-né ». *RTDCiv.* (2005): 737.

Martin, D.R. note sous Com.22 novembre 1996. *Gaz.Pal.* 2 (1997): 519.

Martinon, A. note sous Crim.27 septembre 2005. *JCP E* (2006): 1469.

Massias, F. « Le droit à la vie bénéficie-t-il à l'enfant à naître? » *RSC* (2005): 135.

Massip, J :

« Etat civil : les actes d'enfant sans vie ». *LPA*, nº. 132 (2008): 19.

« État civil : les actes d'enfant sans vie ». *Defrénois* (2008): 866.

Matter P, et E.T. Josserand. note sous Civ.1ère, 20 mai 1936. *D* 1 (1936): 88.

Mauger-Vielpeau, L. « La conception d'un enfant décidée par la mère seule peut constituer une faute cause de divorce ». *Dr.Fam.* n°10, comm. 189 (2007).

Mayaud, Y :

Note sous Crim.22 octobre 1996. *RSC* (1997) : 108.

« Entre vie et mort, la protection pénale du foetus ». *RSC* (1999): 813.

« Ultime complainte après l'arrêt de l'Assemblée plénière de la Cour de cassation du 29 juin 2001 ». *D* (2001): 2917.

« Stricte interprétation et triste destin pour l'enfant en voie de naître... » *RSC* (2003): 95.

« Pour une leçon de droit sans conséquence, s'agissant…d'un enfant en voie de naître ». *RSC* (2004) : 884.

« Du foetus à l'enfant né vivant : un bilan d'inégalités ». *RSC* (2004) : 83.

« Du foetus à l'enfant né vivant… : suite ou fin ? ». *RSC* (2004) : 348.

« L'obligation d'informer de sa séropositivité en cas de relations sexuelles non protégées, ou du relais pénal de l'administration de substances nuisibles ». *RSC* (2006) : 321.

« De la protection pénale du foetus né vivant...Solution heureuse sur un postulat qui l'est moins ! » *RSC* (2008): 337.

Mazeaud, D :

« Au nom de la clause : feu la liberté contractuelle des maîtres du temps… ». *Defrénois* (1997): 333.

note sous Crim. 30 juin 1999 ». *D*, n°. 27 (2000).

note sous Crim. 4 mai 2004 ». *RSC* (2004): 884.

note sous Crim., 25 juin 2002 ». *RSC* (2002): 95.

note sous Crim.10 janvier 2006 ». *RSC* (2006): 321.

note sous Crim.18 juin 2003 » (2003): 781.

note sous Crim.2 octobre 1996 ». *RSC* (1997): 108.

Mayer, D. et C. Gazounaud. note sous Crim.26 janvier 1986. *D* (1986): 265.

Mazeaud, D. note sous Com.22 novembre 1996. *Defrénois* (1997): 333.

Merger-Pelier M, et D. Dibie-Krajcman. « Les arrêts de la Cour de cassation du 6 février 2008 ou qu'est-ce que la jurisprudence ? » *La Revue Sage-Femme* 7, nº 4 (septembre 2008): 221-222.

Mestre, J. « L'économie du contrat ». *RTDCiv.* (1996): 901.

Mirabail, S :

« Affaire du sang contaminé: suite et fin ». *D* (2004): 2751.

D. Panorama (2007) : 2632.

Monnier, S. « Le principe d'interprétation stricte de la loi pénale, prétexte à un refus de mettre en oeuvre l'exigence constitutionnelle de protection de l'embryon humain ». *Gaz.Pal.* 2 (28 juillet 2002): 12-18.

M.R.M.P. note sous Crim.25 juin 1958. *D* (1958): 693.

Murat, P :

« Réflexions sur la distinction être humain / personne juridique ». *Dr.Fam.*, nº. 9 (1997): 4.

« L'enfant à naître n'est pas autrui au sens du droit pénal ». *JCP* I, nº. n°21 (2002): 101.

« Viabilité et renseignement à l'état civil des enfants mort-nés ». *Dr.Fam.*, n°. 77 (août 2007): 15.

« La remise en cause du seuil de déclaration à l'état civil des foetus décédés prématurément ». *Dr.Fam.*, n°. 34 (mars 2008): 21.

N

Nast, M. note sous Crim.21 janvier 1942. *JCP* II, n° 1821 (1942).

O

Ortolland, A. « Un arrêt blessant pour des parents, Cour de cassation, assemblée plénière, 29 juin 2001 ». *Gaz.Pal.* 1, n° 15 (15 janvier 2002): 29.

P

Pageaud, P.-A. note sous TC Fougères, 18 décembre 1956. *D* J (1957): 153-156.

Pain-Masbrenier, M.T. note sous Crim.31 janvier 1996. *Gaz.Pal.* 1 (1998): 336.

Patin, M. note sous Crim.13 décembre 1956. *D* (1957): 349.

Peigné, J :

« Légalité de l'autorisation de mise sur le marché de produits constituant des "pilules du lendemain" ». *JCP* II, n° 10017 (2002).

« Pilule du lendemain : annulation des passages de la circulaire ministérielle autorisant les infirmières scolaires à délivrer le contraceptif d'urgence "NorLevo" ». *JCP* II, n° 10423 (2000).

Perreau, B. note sous Crim.8 juillet 1943. *DC* (1944): 5.

Pradel, J :

« La chambre criminelle continue d'ignorer l'enfant à naître ». *D*. (2002): 3099.

« La seconde mort de l'enfant conçu ». *D*, chronique (2001): 2907.

« La CEDH, l'enfant conçu et le délit d'homicide involontaire : entre prudence et embarras ». *D*. (2004): 2456.

note sous Crim.26 janvier 1986 ». *D*. (1986): 267.

« La mort du foetus, le délit d'homicide involontaire et les hésitations de la Cour de cassation ». *D* (2004): 3097.

Prothais, A. « Sang contaminé – Justice malade – Droit pénal avili ». *D* (2005): 195.

Puech, M :

note sous Crim.9 novembre 1928. *Grands arrêts*, n° 57 (1929).

note sous Crim.15 mai 1979. *D* IR (1979): 525.

note sous Crim.19 juin 1979. *D* IR (1979): 525.

note sous Crim.7 janvier 1980. *D* IR (1980): 521.

Puigelier, C. « L'homicide involontaire du fœtus ». *Dr.pén.*, n°. 22 (1997): 4.

R

Rassat, M.-L :

« La victime des infractions contre les personnes après l'arrêt de la chambre criminelle du 30 juin 1999 ». *Dr.pén.*, n°. chronique 12 (2000).

« L'incrimination d'homicide involontaire ne s'applique pas au cas de l'enfant qui n'est pas né vivant ». *JCP* II, n°10155 (2002) : 1807.

« Aucune des qualifications retenues par le juge d'instruction ou proposées par le Parquet n'est susceptible d'être appliquée aux faits relatifs à "l'Affaire du sang contaminé" ». *JCP* II, n° 10121 (2003).

Rebut, D :

« La loi pénale est d'interprétation stricte ». *Dr.Fam.*, n°. 20 (1999): 4-7.

« Nécessité d'une intention de donner la mort pour caractériser l'élément intentionnel de l'empoisonnement ». *D* (2004): 1620.

Reigné, Ph. « De l'absence de cause à la cause impossible ». note sous Com.3 juillet 1996. *D* (1997): 500.

Robert, J.-H :

note sous Crim.31 janvier 1996. *Dr.pén.*, n° 87 (1996).

« L'assassinat du bon-boire ». *Dr.pén.* 175, n° 12 (décembre 2004): 177.

« Rien, en jurisprudence, n'est jamais acquis ». *Dr.pén.* comm.41, n° 3 (2010).

Roujou de Boubée, G :

note sous Crim.23 juillet 1969. *D* (1970): 361.

note sous TC Rouen, 9 juillet 1975. *D* J (1976): 531.

note sous Crim.15 mars 1977. *JCP* II, n° 19148 (1979).

note sous Crim.26 janvier 1986. *JCP* II, n°. 20774 (1987).

« L'enfant à naître est-il une "personne" au sens de l'article 2 de la Conv. EDH ? » *D.* (2004): 2456.

« La mort du foetus provoquée par l'imprudence d'autrui ». *D*. (2004): 2754.

« Les conditions de l'inscription à l'état civil d'un enfant mort-né ». *D* (2008): 1862.

Roujou de Boubée G, et B. de Lamy. « Contribution supplémentaire à l'étude de la protection pénale du foetus ». *D*, n°. chronique 81 (2000).

Roux, J-A. note sous TC Château-Thierry, 4 mars 1898. *S.* 2 (1899): 1.

Rouxel, S. « Absence d'utilisation d'un moyen de contraception et défaut de responsabilité de la mère à l'égard du père ». *Dr.Fam.* 9, n° 171 (2007).

S

Sainte-Rose, J. « note sous Ass.plén.29 juin 2001 ». *Gaz.Pal.* 1 (2002): 85.

Sainte-Rose J. et Sargos, P. *Bulletin d'information de la Cour de cassation (BICC)* n°. 540 (1er août 2001).

Sargos P, J. Sainte-Rose, et M.-L. Rassat. « L'enfant à naître peut-il être victime d'un homicide involontaire? L'Assemblée plénière de la Cour de cassation prend position ». *JCP* II, n°10569 (2001).

Savatier, R. note sous TC Rouen, 9 juillet 1975. *JCP* II, n°. 18257-18258 (1976).

Sériaux, A. « L'affaire *Chronopost* : arrêt de principe ou accident de parcours ? Variations sur le bon usage de la notion d'obligation essentielle ». *D* (1997): 121.

Serverin, E :

note sous CA Lyon, 13 mars 1997. *D* J (1997): 557.

« Réparer ou punir ? L'interruption accidentelle de grossesse devant la Cour européenne des droits de l'homme ». *D.* (2004): 2801.

T

Terrasson de Fougères, A. « Le foeticide ». *RDSS* (2001): 829.

V

Vassaux, J :

« Le devoir de loyauté prévaut sur le devoir de procréation ». *JCP* II, n° 10149 (2007).

Véron, M :

note sous Crim.8 décembre 1992. *Dr.pén.* comm. n° 128 (1992).

« Du constat de la mort et du constat de la vie ». *Dr.pén.* Chronique n°7 (1997).

« Le constat de la vie : après l'arrêt de la Cour de Lyon ». *Dr.pén.* chronique n°7 (1997).

note sous Crim.30 juin 1999. *Dr.pén.* (2000): 3.
note sous CA Reims, 3 février 2000. *Dr.pén.*, n°. 54 (2000).
note sous Crim.16 mai 2001. *Dr.pén.* (2001): 127.

« L'enfant en train de naître ». *Dr.pén.*, n°. 93 (2002): 12.

note sous CA Douai, 6 mai 2003. *Dr.pén.* (2003): 122.

« Tentative d'escroquerie à l'assurance ». *Dr.pén.* comm. n° 13 (2005).

Vigneau, D :

« L'atteinte involontaire, de la part d'un médecin, à la vie de l'enfant à naître n'entre pas dans les prévisions des articles 319 ancien et 221-6 du code pénal ». *D*, n°. J (1999): 710.

« Même un enfant sur le point de naître n'est pas assez vieux pour mourir en homme! » *Dr.Fam.*, comm.n° 25 (2002): 6.

« Selon la Cour de cassation, l'homicide d'un enfant à naître, même non viable, n'en est pas un! » *Dr.Fam.*, n°. 21 (2001): 4-8.

Villey, E. note sous arrêt Crim.7 août 1874. *S.* I (1875): 41.

Viney, G. « Le manquement à « l'obligation essentielle » et le sort des clauses limitatives de responsabilité ». *JCP* I, n° 4025 (1997).

Vitu, A. note sous Crim.26 janvier 1986. *RSC* (1986): 839.

Vouin, R. note sous Crim.25 octobre 1962. *JCP* II, n° 12985 (1963).

Z

Zaki, M.S. note sous TC Rouen, 9 juillet 1975. *Gaz.Pal.* 2 (1975): 798.

NOTES DIVERSES DE JURISPRUDENCE

(par ordre chronologique des décisions)

« note sous Limoges, 12 janvier 1813 ». *S.* 2 (1813) :261.

« note sous Angers, 25 mai 1822 ». *S.* 2 (1823) :105.

« note sous Bordeaux, 2 février 1830 ». *D.* 2 (1830) :160.

« note sous Bastia, 18 mars 18421 ». *V.R.A. Actes de l'état civil*, n°144.

« note sous Besançon, 31 décembre 1844 ». *S.* 2 (1845) :595.

« note sous CA Nancy, 29 juillet 1846 ». *S.* 2 (1848): 18.

« note sous CA Montpellier, 26 février 1852 ». *S* 2 (1852): 464.

« note sous Chambéry, 29 décembre 1868 ». *S.* 2 (1869) :165.

« note sous Dijon, 10 décembre 1868 ». *D.* 2 (1869) :35.

« note sous Crim.11 octobre 1872 ». *Dr.pén.* 1 (1873): 391.

« note sous Amiens, 20 décembre 1873 ». *S.* 2 (1875) :108.

« note sous Lyon, 24 mars 1876 ». *S.* 2 (1877) :200.

« note sous Crim.4 novembre 1876 ». *S* 1 (1877): 48.

« note sous Crim.4 novembre 1876 ». *D* 1 (1878): 33.

« note sous Crim.12 avril 1877 ». *S* 1 (1877): 329.

« note sous Crim.12 avril 1877 ». *D* 1 (1878): 33.

« note sous CA Orléans, 22 juin 1886 ». *D.* n° 5 (1887): 213.

« note sous Crim.27 octobre 1916 ». *Dr.pén.* 1 (1920): 92.

« note sous Civ.11 juillet 1923 ». *Dr.pén.* 1 (1923) :30.

« note sous Civ.11 juillet 1923 ». *Gaz.pal.* 2 (1923) :507.

« note sous Civ.11 juillet 1923 ». *RTDCiv.* (1924) :25.

« note sous Crim.12 mai 1934 ». *S.* I (1935): 319.

« note sous Civ.1ère, 20 mai 1936 ». *JCP* (1936): 1079.

« note sous Crim.3 aout 1938 ». *Gaz.Pal.* 2 (1938): 792.

« note sous Poitiers, 3 décembre 1942 ». *DA* (1943) :12.

« note sous Crim.30 mars 1944 ». *DA* (1944): 89.

« note sous Crim.28 mars 1950 ». *S.* I (1950): 176.

« note sous CA Paris, 9 novembre 1951 ». *Gaz.Pal.* (1952): 236-237.

« note sous TC Rennes, 25 février 1957 ». *S.* (1957): 260.

« note sous Crim.14 juin 1957 ». *D* J (1957): 512-513.

« note sous TC Colmar, 6 décembre 1957 ». *S.* (1958): 245.

« note sous TC Colmar, 6 décembre 1957 ». *Gaz.Pal.* I (1958): 202.

« note sous Crim.6 janvier 1959 ». *D* .1 (1959): 336.

« note sous Crim.6 janvier 1959 ». *S.* 1 (1959): 362.

« note sous Crim.10 janvier 1959 ». *D* (1959) : 74.

« note sous Crim.29 juin 1960 ». *D* (1960): 617.

« note sous CA Amiens, 28 avril 1964 ». *Gaz.Pal.* J, nº. II (1964): 167-168.

« note sous Crim.8 novembre 1972 ». *Gaz.Pal.* 1 (1973): 205.

« note sous TGI Aix-en-Provence, 12 décembre 1974 ». *JCP* IV, nº 6511 (1975).

« note sous Crim.19 juin 1979 ». *Gaz.Pal.* 1 (1980): 89.

« note sous Crim.14 décembre 1982 ». *Gaz.Pal.* (1982).

« note sous Crim.21 janvier 1992 ». *Dr.pén.* nº 196 (1992).

RAPPORTS et COLLOQUES

***Abortion legislation in Europe*.** Brussels: International Planned Parenthood Federation, janvier 2009.

***Allaitement maternel. Mise en oeuvre dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations*.** Service recommandations et références professionnelles. ANAES, mai 2002.

Aubin, C. et D. Jourdain Menninger. *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*. IGAS, octobre 2009.

Badeyan G, M. Wcislo, E. Bussière, A. Lordier, et N. Matet. *La situation périnatale en France en 1998*. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., n°73, juillet 2000.

Baubeau, D. et G. Buisson. *La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001*. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., n°275, décembre 2003.

Baux, D. « Les condamnations. Année 2010 ». Secrétariat Général. Service support et moyens du ministère. Sous-direction de la Statistique et des Etudes, décembre 2011.

Bayle, B. « Négations de grossesse et gestation psychique ». 1er colloque français sur le déni de grossesse organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG). Toulouse, Faculté de Médecine, 2008.

Blondel B, et M. Kermarrec. *Enquête nationale périnatale. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. INSERM Unité 953, mai 2011.

Blondel B, K. Supernant, C. du Mazaubrun, et G. Bréart. *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998.* INSERM, D.R.E.E.S., 2005.

Bouffard M, et L. Grégoire. *Bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en Maisons de naissance*. Groupe Maman, Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement Naturel, février 1998.

***Charte des droits de la parturiente du Parlement Européen*.** Strasbourg: Parlement Européen, 8 juillet 1988.

Chenu, A. *La charge de travail professionnel et domestique des femmes : cinquante années d'évolution*. Données sociales, La société française. INSEE, 2002-2003.

***Colloque International Francophone « Meurtre d'enfant, enfant meurtrier : approches pluridisciplinaires »*,** 27-28-29 novembre 2008, Université Rennes 2.

***Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux*.** INPES, 2007.

***Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel*.** Résolution WHA 45.34, 1990.

***European Perinatal Health Report*.** The Euro-Peristat Project, with SCPE, Eurocat, Euroneostat, 2008 sur : www.europeristat.com.

Hercberg, S. « Rapport du Programme national nutrition santé 2006. Eléments du bilan du PNNS 2001-2005 et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS 2 (2006-2008) », 2006 : www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns060906/plan.pdf.

***Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque foetal au cours de l'accouchement normal*.** Service évaluation des technologies. ANAES, mars 2002.

Johanet, G. *Le rapport Johanet. Recherches de nouvelles bases pour l'assurance de responsabilité civile médicale.*, février 2010.

Lansac, J. et M.-A. Rozan. *Fait-on trop de césariennes en France ?* Communiqué de presse. Paris: Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), 9 décembre 2008.

La santé des femmes en France. Périnatalité. Suivi de grossesse. Etudes recherches et statistiques. D.R.E.E.S., n°26, 2009, p.136-137.

La santé en France. Paris: Haut Comité de la santé publique, novembre 1994.

La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. Haut Comité de Santé Publique, janvier 1994.

La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et résultats. D.R.E.E.S. n°775, octobre 2011.

L'embryon, le fœtus, l'enfant. Assistance Médicale à la Procréation (AMP) et lois de bioéthique. Cycle de conférences. Une réflexion transdisciplinaire médicale, juridique, éthique et patrimoniale. Institut du Droit de la Famille et du Patrimoine et Académie Nationale de Médecine. Paris : 17 mars 2008, 17 avril 2008, 16 mai 2008.

Les inégalités de salaires hommes-femmes : état des lieux. Observatoire des inégalités. Rapport publié et consulté le 22 décembre 2011 sur :
http://www.inegalites.fr/spip.php?article972&id_mot=104.

Les interruptions volontaires de grossesse en Ile-de-France en 2006. Service Etudes et Statistiques. D.R.A.S.S., n°26, mars 2008.

Les néonaticides. Conférence d'étude du Comité national de l'enfance, Paris : 1 décembre 2010.

Les soins liés à un accouchement normal. Genève: OMS, 1997, à consulter sur :

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_/fr/index.html

« Mère dangereuse ou criminelle…l'indicible violence ». Icare. Paris : 28 mars 2008.

Michel, J.-P. *Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernment au moment des faits*, 2011.

Munro, J., et H. Spiby. *Evidence-based midwifery : guidelines for midwifery led care in labour*. The Central Sheffield University Hospitals, 2000. http://naissance.ws/docs/evidence-based-midwifery.pdf.

Nisand, I. *L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport réalisé à la demande de Madame Martine Aubry, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et de Monsieur Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale*, février 1999.

Nisand, I. « L'expertise judiciaire obstétricale dans le déni de grossesse ». Dans *Communication lors du 1er colloque français sur le déni de grossesse*. Université de Toulouse, 2008.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, 1981.

OMS. « Classification OMS des pratiques utilisées pendant un accouchement normal », 1997.

OMS. « Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement. Fortaleza Brésil, 22-26 avril 1985 », 1985.

Périnatalité. Mode d'accouchement. D.R.E.E.S., n°25, novembre 2009.

Périnatalité. Pratiques de l'allaitement maternel. La santé des femmes en France. D.R.E.E.S., n°27, novembre 2009.

Périnatalité. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités : fondamentaux. Dossier paru et consulté le 21 mars 2011 sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_physiologiques.pdf.

Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Dossier paru le 10 novembre 2004 sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf.

Poletti, B. *Rapport d'information de Mme Bérengère Poletti déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*. Assemblée Nationale, 22 octobre 2008. Rapport consulté le 30 mars 2011 sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1206.asp.

Ponthieux, S. et A. Schreiber. « Dans les couples de salariés, la répartition du travail domestique reste inégale ». INSEE, Données sociales, 2006.

Programme national nutrition santé. « Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de la mère. », 2005 : www.sante;gouv.fr/htm/pointsur/nutrition//allaitement.pdf.

Programme national nutrition santé. *Le guide de l'allaitement maternel*, 2009.

Rapport du compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie. Ministère de la Justice, 1827-1934.

Recommandations pour la pratique clinique. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), 2005.

Recommandations pour la pratique clinique - Information des praticiens. A.N.A.E.S., 2000.

Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Service des recommandations professionnelles de l'ANAES. A.N.A.E.S., décembre 2004.

Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver. Expertise opérationnelle. I.N.S.E.R.M., 2009.

Turck, D. *Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. « Plan d'action: Allaitement maternel »*, juin 2010.

Tursz A, L. Simmat-Durand, P. Gerbouin-Rérolle, N. Vellut, et J. Cook. *Les morts violentes de nourrissons: trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. Implications pour la prévention*. Inserm-CNRS, février 2011.

Vilain, A :

Les interruptions volontaires de grossesse en 2003. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., octobre 2005.

Les interruptions volontaires de grossesse en 2003. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., février 2008.

Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., septembre 2008.

Les interruptions volontaires de grossesse. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., décembre 2009.

Les interruptions volontaires de grossesse. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., décembre 2009.

Vilain A, C. De Peretti, J.-B. Herbet, et B. Blondel. *La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale*. Etudes et résultats. D.R.E.E.S., n°383, mars 2005.

SITES INTERNET

Abortion legislation in Europe. Brussels : international Planned Parenthood Federation, janvier 2009, à consulter sur : http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/DB347D3101594C7DBE5C428623ABCA25/0/Pub_AbortionlegislationinEuropeIPPFEN_Feb2009.pdf.

Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR) : http://afar.info/.

Annuaire Statistique de la Justice : http://www.justice.gouv.fr.

Association Française Pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse : http://www.afrdg.info

Alliance Francophone pour un Accouchement Respecté (AFAR) : http://www.afar.info

Cour Européenne des Droits de l'Homme et du Citoyen : http://www.echr.coe.int.

International Baby food Action Network (IBFAN): http://www.ibfan.org/.

Législation britannique : http://www.legislation.gov.uk.

« L'avortement en Europe » sur : http://www.svss-uspda.ch/index.html.

http://www.maternage.free.fr

http://www.sante.gouv.fr

ARTICLES DE PRESSE

A

« Allemagne : L'infanticide de Francfort-sur-l'Oder condamnée ». *LCI.fr*, article paru le 1 juin 2006 et consulté le 2 juin 2012 sur : http://lci.tf1.fr/monde/2006-06/infanticide-francfort-sur-oder-condamnee-4898710.html.

« Asie : "quand les femmes sont la cible d'eugénisme" ». *Genetique.org*, article paru le 13 décembre 2006 et consulté le 15 avril 2007 sur : http://www.genethique.org/revues/revues/2006/decembre/20061213.1.asp.

« Asie : 90 000 000 de femmes manquantes ». *Genetique.org*, article paru le 9 mars 2007 et consulté le 15 avril 2007 sur : http://www.genethique.org/revues/revues/2007/mars/20070309.2.asp.

Attané, I. « L'Asie manque de femmes ». *monde-diplomatique.fr*, article paru en juillet 2006 et consulté le 2 février 2012 sur : http://www.monde-diplomatique.fr/2006/07/ATTANE/13601.

B

Badou, G. « La deuxième croisade ». *L'Express.fr*, article paru le 8 juillet 1993 et consulté le 6 novembre 2006.

Baillargeon, D. « Review of Kramar, Kirsten Johnson, Unwilling Mothers, Unwanted Babies: Infanticide in Canada ». H-Canada, H-Review, article consulté en juillet 2006 sur : http://www.h-net.org/reviews/showrev.php?id=12053.

Bari, D. « USA : le fanatisme anti-IVG tue encore deux fois ». *Humanite.presse.fr*, article paru le 2 janvier 1995 et consulté le 13 novembre 2006.

Benkimoun, P. « Foetus de Saint-Vincent-de-Paul : l'IGAS dénonce des "dysfonctionnements graves"" ». *Le Monde*, article paru le 26 octobre 2005 et consulté le 31 octobre 2006 sur : www.lemonde.fr.

Bensussan, P. « Déni de grossesse : le tribunal médiatique, par Paul Bensussan ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 24 juin 2009 sur :
http://www.lemonde.fr/societe/article/2009/06/24/deni-de-grossesse-le-tribunal-mediatique-par-paul-bensussan_1210976_3224.html.

Benyahia-Kouider, O. « Infanticides en série en Allemagne ». *liberation.fr*, article paru le 3 août 2005 et consulté le 2 janvier 2012.

Blanchard, S. « Abuse-t-on des césariennes ? » *Le Monde*, article paru le 21 novembre 2006 et consulté le 23 novembre 2006.

Bourgoin, S. « Reportage : une mère allemande infanticide en série s'explique ». *Au-Troisième-Oeil.com*, article paru le 9 août 2005 et consulté le 12 janvier 2012 sur :
http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=16395.

Bydlowski, M. « Comment expliquer le déni de grossesse ? » *scienceshumaines.com*, article paru le 15 juin 2011 et consulté le 4 janvier 2012 sur :
http://www.scienceshumaines.com/comment-expliquer-le-deni-de-grossesse_fr_25889.html.

C

« Carrefour Naissance : doléances d'une accouchée vis-à-vis de son gynécologue-obstétricien et de l'hôpital », article paru le 24 novembre 2003 et consulté le 3 mai 2010 sur :
http://users.swing.be/carrefour.naissance/doleances/NDBS_cilou.htm.

« Cassation : Tout foetus né sans vie est déclarable à l'état-civil ». *LCI.fr*, article paru et consulté le 6 février 2008 sur :
http://lci.tf1.fr/france/justice/2008-02/foetus-vie-peut-etre-declare-etat-civil-4867914.html.

Cattan, N. « Déni de grossesse : l'histoire de ces femmes dupées par leur corps ». *Nicematin.com*, article paru le 15 mai 2011 et consulté le 19 mai 2011 sur :
http://www.nicematin.com/article/sante/deni-de-grossesse-lhistoire-de-ces-femmes-dupees-par-leur-corps.525688.html

Chemin, A. « La Cour de cassation élargit la notion d'"enfant sans vie" ». *Le Monde*, article paru et consulté le 8 février 2008.

« Comment le déroulement physiologique de la naissance est sans cesse perturbé ». Article consulté le 21 novembre 2011 sur :
http://www.maternage.free.fr

« Communiqué de presse d'Alter-Natives sur la conférence "Naissance : Besoins, rêves et réalités" ». Louvain-la-Neuve, 2004.

« Condamné pour homicide involontaire du foetus ». *Genetique.org*, article paru le 4 décembre 2006 et consulté le 15 avril 2007 sur :
http://www.genethique.org/revues/revues/2006/decembre/20061204.1.asp.

Corre, Y. « Société. Un nouveau mal de mères ». *Le Télégramme*, article publié et consulté le 11 mars 2011.

Cotta, M. « Simone Veil explique ». *L'Express.fr*, avril 14, 1975.

D

Dallaire, J. « L'infanticide, un acte consternant, mais que l'on peut comprendre ». *capadie.com*, article paru le 1 juillet 2011 et consulté le 19 octobre 2011 :
http://www.capacadie.com/chroniques/2011/7/1/l-infanticide-un-acte-consternant-mais-que-l-on-peut-comprendre.

Dayan, J. « Déni de grossesse et infanticide : une ambivalence ? ». *Libération.fr*, article paru le 24 août 2010 et consulté le 1er novembre 2010 sur :
http://www.liberation.fr/societe/0101653579-deni-de-grossesse-et-infanticide-une-ambivalence

« Des mesures pour encadrer les collections scientifiques de foetus ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 31 octobre 2006 sur :
www.lefigaro.fr.

Dieme, I. K :

« Ziguinchor: Récurrence des infanticides Un avocat demande la légalisation de l'avortement ». *rewmi.com*, article paru et consulté le 18 janvier 2012 sur :
http://www.rewmi.com/Ziguinchor-Recurrence-des-infanticides-Un-avocat-demande-la-legalisation-de-l-avortement_a55220.html.

« Deux femmes, accusées d'infanticides, acquittées ». *rewmi.com*, article paru et consulté le 20 janvier 2012 sur :
http://www.rewmi.com/ASSISES-2012-Deux-femmes-accusees-d-infanticides-acquittees_a55357.html.

Dortier, J.-F. « Y a-t-il un instinct maternel ? » *scienceshumaines.com*, article consulté le 30 octobre 2011 sur :
http://www.scienceshumaines.com/y-a-t-il-un-instinct-maternel_fr_2849.html.

Durin-Valois, M. « Il est possible de cacher une grossesse ». *LeFigaro.fr*, article paru le 27 octobre 2006 et consulté le 3 novembre 2006 sur :
http://recherche.lefigaro.fr/recherche/recherche.php?ecrivez=il+est+possible+de+cacher+une+grossesse&go=Rechercher&charset=iso

E

« Elle est acquittée du meurtre de 3 bébés ». *LeFigaro.fr*, article paru et consulté le 27 septembre 2011 sur :

http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2011/09/27/97001-20110927FILWWW00612-elle-est-acquittee-du-meurtre-de-3-bebes.php.

F

François, J.-B. « Les couples ne réagissent pas aux politiques familiales comme des automates ». *La Croix*, article paru et consulté le 20 octobre 2010.

G

Goffinet, F. « Enquête de pratique nationale sur le déclenchement artificiel du travail. Premières Rencontres Nationales de la Programmation de l'Accouchement », article consulté le 30 octobre 2011 sur :
http://pro.gyneweb.fr/sources/obstetrique/enquete-prog/ENQUETE%20DE%20PRATIQUE.html.

Guibert, N. « L'infanticide peut être lié au déni ». *Le Monde*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

Guillet, A. « Infanticide : les avocats des Courjault saisissent Dati ». *TF1 News*, article paru et consulté le 23 octobre 2007 sur :
http://lci.tf1.fr/france/justice/2007-10/infanticide-avocats-courjault-saisissent-dati-4866349.html.

H

Hafsa, S. « Déni de grossesse : Quand le psychique contrôle le physique ! » *lematin.ma*, article paru le 8 mars 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.lematin.ma/Actualite/Journal/ArticlePrint.asp?id=147888.

Hassoun, D. « Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France ». *Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception*, article paru en mai 1997 et consulté le 25 mars 2011 sur :
http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_ivg-veil.html.

« Homicide involontaire sur foetus ou interruption accidentelle de grossesse ». *Genetique.org*, dossier consulté le 15 avril 2007 sur :

http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/homicide_involontaire_foetus/acc_hif.htm.

Hoyeau, C. « L'Eglise catholique s'inquiète de l' « hiver démographique » de l'Europe ». *La Croix*, article paru et consulté le 20 octobre 2010.

Huret, M :

« La revanche amère des jeunes filles ». *L'Express*, article paru le 20 décembre 2004 et consulté le 6 novembre 2006.

« Le pays qui ne veut pas de filles ». *L'Express*, article paru le 21 août 2003 et consulté le 6 novembre 2006.

J

Jarrassé, J. « Médecin pro-IVG, un métier à risques aux Etats-Unis ». *L'EXPRESS.fr*, article paru le 16 juin 2009 et consulté le 30 octobre 2011 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/monde/amerique/medecin-pro-ivg-un-metier-a-risques-aux-etats-unis_767882.html.

« Jessica, jugée pour avoir étouffé son bébé, a ignoré quatre grossesses ». *Au Troisième Oeil*, article paru le 16 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur :
http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32516.

« Jessica, jugée pour infanticide, a été acquittée ». *Au Troisième Oeil*, article paru le 18 mars 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur :
http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32547.

L

Lacoursière, A. « Sexe des bébés: divulguer sans délai, dit le Collège des médecins ». *La Presse*, article paru et consulté le 21 janvier 2012 sur : http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201201/21/01-4488072-sexe-des-bebes-divulguer-sans-delai-dit-le-college-des-medecins.php.

« La césarienne ». *Accoucher autrement.* Dossier consulté le 27 avril 2011 sur : http://accoucherautrement.free.fr/Cesarienne.htm.

« La péridurale ». *Accoucher autrement*, dossier consulté le 22 avril 2011 sur : http://accoucherautrement.free.fr/Peridurale.htm.

« Le cas de Sabine Hilschenz ». *canoe.ca*, article paru le 2 août 2008 et consulté le 25 octobre 2010 sur : http://www.canoe.com/archives/infos/general/2010/08/20100802-165808.html.

Leclair, A. « France : Les IVG en hausse chez les femmes de moins de 25 ans ». *LeFigaro.fr*, article paru le 7 mars 2011 et consulté le 30 octobre 2011 sur : http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2011/03/06/01016-20110306ARTFIG00278-les-ivg-en-hausse-chez-les-femmes-de-moins-de-25-ans.php.

« Le déclenchement ». *Accoucher autrement*, dossier consulté le 9 mai 2010 sur : http://accoucherautrement.free.fr/Declenchement.htm.

« Le déséquilibre filles-garçons s'aggrave en Inde ». *Le Monde*, article paru et consulté le 31 mars 2011.

« Le foetus reste un objet juridique non identifié ». *LCI.fr*, article paru le 8 juillet 2004 et consulté le 23 novembre 2006 sur : http://lci.tf1.fr/science/2004-07/foetus-reste-objet-juridique-non-identifie-4895464.html.

« Le « Manifeste des 343 salopes » paru dans le Nouvel Obs en 1971 ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 27 novembre 2007 sur :

http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20071127.OBS7018/le-manifeste-des-343-salopes-paru-dans-le-nouvel-obs-en-1971.html.

« Le "Manifeste des 343 salopes" paru dans le Nouvel Obs en 1971 ». *Nouvelobs.com*, article paru le 27 novembre 2007 et consulté le 25 février 2011 sur :
http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20071127.OBS7018/le-manifeste-des-343-salopes-paru-dans-le-nouvel-obs-en-1971.html.

« L'enfant à naître peut-il être victime d'un homicide involontaire ? ». *Genetique.org*, dossier consulté le 15 avril 2007 sur :
http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/homicide_involontaire_foetus/acc_hif.htm.

« L'enjeu capital des expertises psychiatriques et psychologiques ». *LeFigaro.fr*, article paru et consulté le 14 octobre 2006 sur :
http://www.lefigaro.fr/france/20061014.FIG000000674_l_enjeu_capital_des_expertis%20es_psychiatriques_et_psychologiques.html.

« L'épisiotomie ». *Accoucher autrement*. Dossier consulté le 26 avril 2011 sur :
http://accoucherautrement.free.fr/Episiotomie.htm

« Les psychiatres confirment le déni de grossesse chez Jessica ». *Au Troisième Oeil*, article paru le 17 mars 2010 et consulté le 10 juin :
http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32529.

« Le tiers qui, par sa faute, a causé la mort d'un enfant à naître peut-il être condamné au titre du délit d'homicide involontaire ? ». *Genethique.org*, dossier consulté le 15 avril 2007 sur :
http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/homicide_involontaire_foetus/fiche-analytique.asp.

« L'Inde frappée à son tour par l'élimination massive de petites filles ». *libertepolitique.com*, article paru le 30 mai 2011 et consulté le 2 février 2012 sur : http://www.libertepolitique.com/layout/set/print/content/view/full/1155.

« L'infanticide de Francfort-sur-l'ODer ». *LCI.fr*, article paru le 1 juin 2006 et consulté le 2 janvier 2012 sur : http://lci.tf1.fr/monde/2006-06/infanticide-francfort-sur-oder-condamnee-4898710.html.

Liu, R. « La politique de l'enfant unique en Chine (Extrait d'un DEA - octobre 2005) ». *Le Journal des Chercheurs*, article paru le 15 novembre 2005 et consulté le 11 novembre 2006 sur : http://www.barbier-rd.nom.fr/journal/article.php3?id_article=509.

« L'ocytocine ». *Accoucher autrement*, dossier consulté le 26 avril 2011 sur : http://accoucherautrement.free.fr/Ocytocine.htm.

Longuet, I :

« L'Allemagne juge sa "mère monstre" : Sabine, 40 ans, accusée de 9 infanticides ». *Au-Troisième-Oeil.com*, article paru le 28 avril 2006 et consulté le 2 janvier 2012 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=19983.

« Procès d'une Allemande de 40 ans accusée d'avoir tué 9 de ses 13 enfants ». *Au-Troisième-Oeil.com*, article paru le 27 avril 2006 et consulté le 2 janvier 2012 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=19971.

M

Maillard, S. « L'Europe veut allonger les congés de maternité ». *La Croix*, article paru et consulté le 20 octobre 2010.

Malinas, Y. *Le Dauphiné Libéré*, article paru le 8 mai 1994.

de Mallevoüe, D :

« Les cours d'assises sont en général clémentes pour les pères ou les mères accusés du meurtre d'un enfant ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

« Les femmes qui refusent d'admettre leur grossesse sont plus nombreuses qu'on le croit ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

« L'accouchement à domicile fait des adeptes ». *LeFigaro.fr*, article paru le 7 octobre 2008 et consulté le 26 novembre 2011 sur : http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2008/10/08/01016-20081008ARTFIG00038-l-accouchement-a-domicile-fait-des-adeptes-.php.

Menegaux, C. « Foetus stockés à Saint-Antoine : les hôpitaux de Paris s'expliquent ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 31 octobre 2006 sur : www.lefigaro.fr.

Mercier, E. et A.-S. Vautrey. « La répartition des tâches ménagères au sein du couple: mode d'emploi ». *ipsos.fr*, article paru le 4 janvier 2008 et consulté le 25 octobre 2011 sur : http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/repartition-taches-menageres-au-sein-couple-mode-d%E2%80%99emploi.

Nau, J.-Y :

« Etre enceinte, accoucher, ne pas être mère ». *slate.fr*, article paru le 3 mai 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.slate.fr/story/37787/etre-enceinte-accoucher-ne-pas-%C3%AAtre-m%C3%A8re.

« Le décès accidentel d'un foetus humain est qualifié d'homicide involontaire ». *LeMonde.fr*, article paru le 15 mars 1997 et consulté le 14 décembre 2006.

« Nouveau rapport: un point tournant pour l'égalité des sexes dans la région Asie-Pacifique ». *undp.org*, article paru le 8 mars 2010 et consulté le 2 février 2012 sur : http://content.undp.org/go/newsroom/2010/march/asia-pacific-has-one-of-the-worlds-worst-gender-gaps.fr.

P

Paillard, J.-F. « Le foetus fait-il partie de la famille ? » *Le Télégramme*, article paru et consulté le 9 novembre 2008.

« Pakistan: « Un péché impardonnable » ». *IRINnews*, article paru et consulté le 4 janvier 2012 sur :
http://www.irinnews.org/fr/reportfrench.aspx?reportid=94580.

« Plaidoyer pour l'harmonisation de la législation sénégalaise avec les conventions internationales ». *agence de presse sénégalaise*, article paru le 18 janvier 2012 et consulté le 2 février 2012 sur :
http://www.aps.sn/aps.php?page=articles&id_article=89410.

« Plusieurs centaines de foetus stockés à l'hôpital Saint-Antoine à Paris ». *Le Monde*, article paru et consulté le 31 octobre 2006 sur :
http://www.lemonde.fr/societe/article/2006/10/31/plusieurs-centaines-de-f-tus-stockes-a-l-hopital-saint-antoine-a-paris_829579_3224.html.

Poitel B, et Femmes/Sages-femmes d'Aquitaine. « Péridurale : choisir en connaissance de cause », dossier à consulter sur :
http://portail.naissance.asso.fr/docs/peridurale-choisir.pdf.

Prieur, C. « Deux médecins blâmés dans l'affaire des foetus de Saint-Vincent-de-Paul ». *Le Monde*, article paru et consulté le 4 août 2006 sur : www.lemonde.fr.

R

Racinet, C., et C. Portal. « Position maternelle de l'accouchement ». *Association Sun Simiao*, article paru le 11 novembre 2006 et consulté le 15 août 2011 sur :
http://www.sunsimiao.org/?Position-maternelle-de-l.

Remy, J. et K. Saranga. « Avortement : la lutte continue ». *L'Express.fr*, article paru le 12 janvier 1995 et consulté le 23 novembre 2006 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/avortement-la-lutte-continue_490776.html.

Remy, J. et N. Tiberghien :

« Est-ce à dire que le foetus serait un objet ? » *L'EXPRESS.fr*, article paru le 28 septembre 2000 et consulté le 23 novembre 2006 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/la-nouvelle-bataille-de-l-ivg_490782.html.

« La nouvelle bataille de l'IVG ». *L'EXPRESS.fr*, article paru le 28 septembre 2000 et consulté le 23 novembre 2006 :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/la-nouvelle-bataille-de-l-ivg_490782.html.

« Récit d'accouchement "surprise" à domicile : Kathleen et Vaitea - On dort pas.....Mais on aime ça!!!! ». *overblog*, article 21 mars 2011 sur :
http://ondortpas.over-blog.com/article-recit-d-accouchement-surprise-a-domicile-kathleen-et-vaitea-69858112.html.

Rovan, C. « Chine. Un pays en manque de femmes ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 22 janvier 2007.

S

Saget, E. « Nouvelle affaire de foetus ». *L'Express*, article paru et consulté le 25 octobre 2007 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/nouvelle-affaire-de-foetus_461025.html.

Sainte-Rose, J :

« L'enfant à naître : un objet destructible sans destinée humaine ? » *Genetique.org*, janvier 2005 sur :
http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/homicide_involontaire_foetus/jsr_enfantanaitre.htm.

« La protection pénale de l'enfant à naître ». *Genetique.org*, juillet 2004 sur : http://www.genethique.org/doss_theme/dossiers/homicide_involontaire_foetus/protection_penale_foetus_jsr.htm.

« La protection de l'enfant à naître ». *cfds.org*, juillet 2004 sur : http://www.cfds.org.

Salor, A. « "Les secrets de famille touchent jusqu'à trois générations" ». *Nouvelobs.com*, article paru le 26 septembre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20110926.OBS1128/les-secrets-de-famille-touchent-jusqu-a-trois-generations.html.

Sheppard, K. « South Dakota moves to legalize killing abortion providers ». *Mother Jones*, article paru et consulté le 15 février 2011sur : http://motherjones.com/politics/2011/02/south-dakota-hb-1171-legalize-killing-abortion-providers.

Straus, D. « Statut du foetus : Statut du fœtus : les juges messins restent dans le rang ». *LCI.fr*, article paru le 17 février 2005 et consulté le 23 novembre 2006 sur : http://lci.tf1.fr/france/2005-02/statut-foetus-juges-messins-restent-dans-rang-4859850.html.

T

Tiberghien, N. « Docteurs, encore un effort ». *L'Express.fr*, article paru le 30 novembre 2000 et consulté le 23 novembre 2006 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/docteurs-encore-un-effort_490784.html.

Tursz A, M. Crost, P. Gerbouin-Rerolle, J. Beauté, et Institut national de la santé et de la recherche médicale. « Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Etude auprès des parquets ». Study report, étude paru en 2005 et consulté le 12 janvier 2012 sur : http://lara.inist.fr/handle/2332/1293.

Tursz, A. « Les pièges de la vulgarisation de l'information scientifique ? » *Mediapart*, article paru et consulté le 22 juin 2012 sur :

http://blogs.mediapart.fr/blog/anne-tursz/220612/les-pieges-de-la-vulgarisation-de-l-information-scientifique.

U

« Un avocat plaide la “correctionnalisation” de l’infanticide ». *agence de presse sénégalaise*, article paru et consulté le 16 janvier 2012 sur :
http://www.aps.sn/aps.php?page=articles&id_article=89265.

« Une femme infanticide acquittée en Belgique ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 17 mars 2010 sur :
http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20100317.OBS0167/une-femme-infanticide-acquittee-en-belgique.html.

« Une Néerlandaise acquittée des meurtres de ses trois bébés ». *7sur7*, article paru et consulté le 27 septembre 2011 sur :
http://www.7sur7.be/7s7/fr/1505/Monde/article/detail/1325321/2011/09/27/Une-Neerlandaise-acquittee-des-meurtres-de-ses-trois-bebes.dhtml.

Y

« Yvonne Knibiehler : “Le féminisme doit repenser la maternité” ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 25 août 2011 sur :
http://www.lemonde.fr/livres/article/2007/02/08/yvonne-knibiehler-le-feminisme-doit-repenser-la-maternite_864946_3260.html.

ANNEXES

Tableau analytique de la jurisprudence sur le statut du foetus

Tableau des examens prénataux

La situation étrange de Mary Ainsworth

Les schèmes de comportement de l'enfant et du caregiver

Tableau récapitulatif des procédures

Revue de presse des cas étudiés

ANNEXE 1 :

TABLEAU RECAPITULATIF DE LA JURISPRUDENCE SUR LE STATUT JURIDIQUE DU FOETUS

Cour d'appel	Cour de cassation	Assemblée plénière	Cour européenne des droits de l'homme
CA Paris, 9 nov. 1951 : **Grossesse de six mois. Absence d'homicide involontaire. Condamnation pour avortement.**			
	Crim.14 juin 1957 : Enfant dont le cœur battait à la naissance. Homicide involontaire reconnu à l'encontre du médecin accoucheur.		
CA Paris, 10 janv. 1959 : **Enfant décédé 12 heures après l'accouchement. Homicide involontaire retenu.**			
CA Amiens, 28 avr. 1964 : **L'homicide involontaire doit être retenu dès lors qu'il porte sur un être humain, même non séparé de sa mère, dès l'instant qu'il était venu à terme viable et que la mort est imputable à la faute d'un tiers. Condamnation de la sage-femme.**			

Cour d'appel	Cour de cassation	Assemblée plénière	Cour européenne des droits de l'homme
CA Douai, 2 juin 1987 : **Enfant à terme qui doit être considéré comme ayant été vivant à terme et viable. Condamnation d'un automobiliste pour homicide involontaire, fondée sur le respect de tout être humain dès le commencement de la vie.**			
CA Lyon, 13 mars 1997 : **Fœtus âgé de 20 à 24 semaines. Homicide involontaire retenu fondé sur le critère de vie et non sur la notion de viabilité.**	**Crim.30 juin 1999 :** Cassation. Absence d'homicide involontaire fondée sur le principe de l'interprétation stricte de la loi pénale.		**CEDH 8 juill.2004, Vo c/ France :** Absence de condamnation de la France en raison de la marge d'appréciation accordée États membres en la matière.
	Crim.19 août 1997 : Rejet. Homicide involontaire retenu à l'encontre d'un médecin accoucheur fondé sur l'existence d'un lien de causalité (le pourvoi était uniquement fondé sur le lien de causalité).		
CA Metz, 3 sept. 1998 : **Absence d'homicide involontaire fondé sur l'absence de protection pénale de l'enfant à naître et de la constitution de l'incrimination uniquement à l'égard d'un enfant dont le cœur battait à la naissance et qui a respiré.**		**Assemblée plénière, 29 juin 2001 :** Rejet. Absence d'homicide involontaire à l'encontre d'un enfant à naître. Le principe de la légalité des délits et des peines exige une interprétation stricte de la loi pénale.	

Cour d'appel	Cour de cassation	Assemblée plénière	Cour européenne des droits de l'homme
CA Versailles, 19 janv. 2000 : **Grossesse à terme mais enfant mort-né. Homicide involontaire retenu à l'encontre d'une sage-femme fondé sur la capacité de survivre par lui-même de l'enfant et son humanité distincte de celle de sa mère.**	**Crim.25 juin 2002 :** Cassation. Le principe de la légalité des délits et des peines exige une interprétation stricte de la loi pénale.		
CA Reims, 3 février 2000 : **Enfant issu d'une grossesse de huit mois. Homicide involontaire retenu à l'encontre d'un automobiliste fondé sur le fait qu'un enfant issu d'une grossesse de huit a franchi le seuil de viabilité au moment de l'accident.**			
	Crim.4 mai 2004 : Rejet. Même si une faute était avérée, l'enfant n'étant pas né vivant, aucune qualification pénale n'est applicable.		
CA Metz, 17 févr. 2005 et CA Colmar, 27 oct. 2005 : **Absence d'homicide involontaire à l'encontre d'un automobiliste fondé sur la position de la Cour de cassation.**	**Crim.27 juin 2006 (2 arrêts) :** Rejet (1er arrêt). Pourvoi irrecevable (2ème arrêt). Absence d'homicide involontaire fondée sur le principe de l'interprétation stricte de la loi pénale et du régime juridique de l'enfant à naître relève de textes particuliers sur l'embryon et le fœtus.		

ANNEXE 2 : EXAMENS PRENATAUX

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1ère consultation	2ème consultation
	-	**Etablir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse**	**Etablir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement**
	Examen gynécologique : frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	**Réaliser un examen clinique général et gynécologique :** pression artérielle (PA) ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	**Réaliser un examen clinique** : PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4ème mois ; si possible bruits du cœur foetal
	Sérologies prescrites : - Groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) ; - toxoplasmose et rubéole ; - recherche d'agglutinines irrégulières.	**Sérologies prescrites obligatoirement (1) :** - Groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) ; - - toxoplasmose et rubéole ; - recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des anticorps (Ac) dirigés contre les antigènes (Ag) A et B.	**Sérologie prescrites :** - toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent ; - rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) ; - glycosurie et protéinurie.
	Sérologie proposée : VIH (population à risque)	**Examens proposés systématiquement (2) :** - sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risqques de contamination materno-fœtale par le VIH ; - dépistage combiné du 1er trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de clarté nucale (1ère échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre).	**Examens proposés systématiquement :** - dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2ème trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1er trimestre.
		Examens proposés éventuellement : - examen cytobactériologique des urines (ECBU) ; - dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque.	

(1) décret n°92-143 du 14 février 1992 ; **(2)** loi n°2004-806 du 9 août 2004.

ANNEXE 2 : EXAMENS PRENATAUX

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1ère Consultation avant 10 SA	2ème Consultation avant 15 SA
Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète).		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille).
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes.		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates en raison de 40 µg/jour.		
	Informer sur le suivi de la grossesse.		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance.	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

ANNEXE 2 : EXAMENS PRENATAUX

Consultation (Cs)	3ème Cs	4ème Cs	5ème Cs	6ème Cs	7ème Cs
Mois de gestation	**4ème mois**	**5ème mois**	**6ème mois**	**7ème mois**	**8ème mois**
Examen clinique Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines.	x	x	x	x	x
Evaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	x
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	x
Sérologies à prescrire obligatoirement (1) :					
- Glycosurie et protéinurie ;	x	x	x	x	x
- 2ème détermination (si non faite avant) du groupe sanguin ;					
- RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel ;	-	-	-	-	x
- toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent ;	-	-	x	-	x
- Recherche de l'antigène HBs ;					
-Hémogramme.	x	x	x	x	x
	-	-	x	-	-
	-	-	x	-	-
Examens à proposer systématiquement :					
- 2ème échographie (entre 20 et 25 SA) ;	-	x	-	-	-
- 3ème échographie (entre 30 et 35 SA) ;	-	-	-	x	-
- Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA) ;	-	-	-	-	X
-Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire.	x	x	x	x	x
Examens à proposer éventuellement :					
- ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive.	x	x	x	x	x

(1) décret n°92-143 du 14 février 1992.

ANNEXE 3 : LA SITUATION ETRANGE

(Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S, « Patterns of attachment : a psychological study of strange situation », Erlbaum, Hillsdate, H.J., 1978)

1	On introduit la mère portant le bébé dans la salle munie d'un système vidéo ; les jouets adaptés à l'enfant sont sur le sol ; une chaise est prévue pour la mère et pour la personne inconnue. La mère a pour consigne de poser le bébé entre les deux chaises et de s'asseoir.
2	La mère et le bébé sont seuls. Elle n'entre pas en contact avec l'enfant sauf pour répondre à ses demandes en cas de besoin, elle peut encourager le bébé à explorer les jouets.
3	Une personne inconnue (une femme) entre dans la pièce, salue, s'assoit. Elle recherche progressivement le contact avec l'enfant, restant toutefois à distance, se gardant d'être intrusive.
4	La mère quitte la pièce, sans adresser la parole à l'enfant qui reste avec la personne inconnue. Elle laisse un objet personnel sur sa chaise, indiquant qu'elle va revenir. La personne inconnue se désengage d'avec le bébé. Si celui-ci montre sa détresse, elle le réconforte et lui propose de s'intéresser aux jouets.
5	La mère revient et l'inconnue sort ; à l'intérieur de la pièce, l'adulte connu marque une pause ; qui permet à l'enfant de manifester sa réaction aux retrouvailles. La mère reprend une attitude de non engagement (lecture d'un magazine). Si le bébé s'agrippe à elle, la mère essaye, après l'avoir réconforté, de lui montrer à nouveau les jouets.
6	La mère sort de la pièce et laisse l'enfant seul après lui avoir dit qu'elle revient. Si la détresse de l'enfant est trop importante, les deux épisodes suivants n'ont pas lieu.
7	L'inconnue revient, seule, avec le bébé et laisse l'enfant manifester son intérêt, sa demande ou son désir de rapprochement au moment où elle rentre. Si le bébé ne s'intéresse pas à elle, elle lui manifeste qu'elle est arrivée puis reprend de la distance ; si le bébé s'agrippe à elle, elle le réconforte puis essaye de l'intéresser aux jouets.
8	La mère revient, l'inconnue sort. Après la pause permettant à l'enfant d'exprimer ses émotions, la mère prend le bébé dans les bras et reste en contact avec lui jusqu'à la fin de la séquence.

Source : Dayan, J., G. Andro, et M. Dugnat. *Psychopathologie de la périnatalité*. Nouvelle. Éditions Masson, 2003, p.10.

ANNEXE 4 :

SCHEMES DE COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET DU CAREGIVER AVANT L'ÂGE DE 18 MOIS

Schème d'attachement	Enfant	*Caregiver*
Sécure	ne base de sécurit pour l'exploration. Proteste en cas de r son retour, et retourne alors explorer. Peut être rassuré préférence nette pour le *caregiver.*	Répond de façon appropriée, rapide et cohérente aux besoins.
Évitant	Peu d'échange affectif durant le jeu. Peu ou pas de signe de détresse en cas de séparation, peu ou pas de réaction visible lors du retour, s'il est pris dans le s bras ignore ou se détourne sans faire d'effort pour maintenir le contact. Traite les étrangers de la même façon que le *caregiver.*	Peu ou pas de réponse à l'enfant stressé. Décourage les pleurs et encourage l'indépendance.
Ambivalent / Résistant	Incapable d'utiliser le *caregiver* comme base de sécurité, recherche la proximité avant que la séparation ne survienne. Stressé par la séparation mais de façon ambivalente, en colère, montre de la répugnance à manifester des signes de sympathie pour le *caregiver* et retourne jouer. Préoccupé par la disponibilité du *caregiver*, cherche le contact mais résiste avec colère lorsqu'il survient. Pas facilement apaisé par un étranger.	Incohérence entre des réponses appropriées et d'autres négligentes
Désorganisé	Stéréotypes en réponse, tels que se figer ou faire certains mouvements. Absence d'une stratégie d'attachement cohérente, montrée par des comportements contradictoire et désorientés tel qu'approcher le dos en avant.	Figé ou comportement figeant, intrusif, se tient en retrait, négativité, confusion des rôles, erreurs de communication affective, maltraitance.

Source : Wikipedia à partir des travaux d'Ainsworth et Main (Ainsworth, M.D.S., M.C. Blehar, E. Waters, et S. Wall. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Earlbaum, 1978 et Main, M., et J. Solomon. « Discovery of an insecure disoriented attachment pattern : procedures, findings ans implications for the classification of behavior ». Dans *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex, 1986). A consulter sur :

http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_de_l%27attachement#cite_note-Ainsworth.2C1978a-29.

ANNEXE 5 : TABLEAU COMPARATIF DES ETUDES SUR LE NEONATICIDE

ETUDES	SOURCES PERIODE	ECHANTILLON	AGE MOYEN (au moment des faits)	PARITE (au moment des faits)	SITUATIONS CONJUGALES
RESNICK (1970)	Psychiatrie USA	34 femmes 3 hommes	16 à 38 ans	majoritairement primipares	81% de célibataires 19% de mariées
MEYER (2001)	Revue de presse (1990-1999) USA	37 femmes	19.3 (de 15 à 39 ans)	21 primipares 16 multipares	36 célibataires 1 mariée
SPINELLI (2001)	Psychiatrie USA	16 femmes	23.6 (de 15 à 40 ans)	NC	NC
HERMAN-GIDDENS (2003)	Médecine légale (1985-2000) Finlande	29 femmes	19.1 (de 14 à 35 ans)	65% primipares 35% multipares	18 célibataires 7 mariées 4 non identifiés
TURSZ (2010)	Données judiciaires France	17 femmes 27 enfants	26.5 (de 17 à 45 ans)	13 multipares 4 primipares	6 concubinage 5 célibataires 4 mariées/2 séparées
TURSZ (2011)	Données judiciaires France	22 femmes 34 enfants	26.6	64% multipares 36% primipares	10 concubinage 5 présents/5 absents 2 non identifiés
SIDOINE (2013)	Revue de presse (1989-2012)	31 femmes 56 enfants	28 (de 14 à 38 ans)	19 multipares 12 primipares	12 célibataires 11 mariées / 8 concubinage

ANNEXE 6 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PROCEDURES

(les durées sont exprimées en mois)

Cas	AU MOMENT DES FAITS				PHASE PROCEDURALE				PHASE DEFINITIVE					
	Age	Statut marital	Enfants	Avortement	Contrôle judiciaire	Détention provisoire	Qualification de mise en examen	Qualification de condamnation	Quantum de la peine					Acquittement
									Ferme	Socio-judiciaire	Sursis partiel	Sursis total	Mise à l'épreuve	
1	30	Concubinage	0	0	non	6	Privation de soins ayant entraîné la mort ; Tentative de meurtre sur mineur de 15 ans ; Meurtre sur mineur de 15 ans	Tentative de meurtre sur mineur de 15 ans ; Meurtre sur mineur de 15 ans	60					
2	29	Concubinage	1	0	non	36	Meurtres sur mineur de 15 ans (X6)	Meurtres sur mineur de 15 ans (X6)	180	120				
3	28	Mariée	4	1	oui	non	Meurtres sur mineur de 15 ans (X3)	Meurtres sur mineur de 15 ans (X3)				60	36	
4	34	Mariée	2	0	non	12	Meurtre sur mineur de 15 ans	Meurtre sur mineur de 15 ans	96	48				

Cas	Age	Statut marital	Enfants	Avortement	Contrôle judiciaire	Détention provisoire	Qualification de mise en examen	Qualification de condamnation	Ferme	Socio-judiciaire	Sursis partiel	Sursis total	Mise à l'épreuve	Acquittement
5	36	Mariée	3	1	non	24	Meurtre sur mineur de 15 ans	Meurtre sur mineur de 15 ans	96					
6	20	Concubinage	0	0	oui	non	Privation de soins ayant entraîné la mort	ACQUITTEE						Oui
7	33	Mariée	2	0	non	27	Meurtre sur mineur de 15 ans ; Assassinats sur mineur de 15 ans (X2)	Meurtre sur mineur de 15 ans ; Assassinats sur mineur de 15 ans (X2)	96					
8	22	Célibataire	0	0	non	13	1) Meurtre sur mineur de 15 ans ; 2) Violences sur mineur de 15 ans ayant entraîné la mort sans intention de la donner	2) Violences sur mineur de 15 ans ayant entraîné la mort sans intention de la donner	12		48		36	1) oui
9	21	Concubinage	0	0	non	8	Meurtre sur mineur de 15 ans	Homicide involontaire sur mineur de 15 ans	60					
							Meurtre sur							

10	43	Mariée	4	0	oui	non	mineur de 15 ans	Meurtre sur mineur de 15 ans				60		

Cas	Age	Statut marital	Enfant	Avortement	Contrôle judiciaire	Détention provisoire	Qualification de mise en examen	Qualification de condamnation	Ferme	Suivi Socio-judiciaire	Sursis partiel	Sursis total	Mise à l'épreuve	Acquittement
11	36	Mariée	3	0	oui	oui	Meurtres sur mineur de 15 ans	MORT PAR SUICIDE						
12	36	Mariée	2	0	non	3	Meurtre sur mineur de 15 ans	Acquittée du chef de meurtre et condamnée du chef de défaut de soins	36		24			
13	30	Concubinage	0	0	non	non	Meurtre sur mineur de 15 ans (X2)	NON-LIEU						
14	26	Mariée	3	0	non	oui	Meurtres sur mineur de 15 ans	EN COURS						

							(X3)							
15	20	Célibataire	0	0			Meurtre sur mineur de 15 ans	Meurtre sur mineur de 15 ans	72					
16	28	Célibataire	3	0	non	oui	Meurtre sur mineur de 15 ans	EN COURS						
17	21	Célibataire	0	0	oui	8	Meurtre sur mineur de 15 ans	Meurtre sur mineur de 15 ans	24		36			

Cas	Age	Statut marital	Enfants	Avortement	Contrôle judiciaire	Détention provisoire	Qualification de mise en examen	Qualification de condamnation	Ferme	Suivi socio-judiciaire	Sursis total	Sursis partiel	Mise à l'épreuve	Acquittement
18	20	Célibataire	0	0	non	non	Meurtre sur mineur de 15 ans	Meurtre sur lineur de 15 ans				60	24	
19	32	Célibataire	4	0	oui	non	Délaissement de mineur de 15 ans ayant entraîné la mort	NON-LIEU						
20	38	Concubinage	0	0	oui	non	Meurtre sur mineur de 15 ans	EN COURS						
21	32	Célibataire	2	0	non	25	Meurtres sur mineur de 15 ans	Délaissement de mineur de 15 ans (X2)	1) 180 2) 96					

							(X2)							
22	22	Concubinage	0	0			Meurtre sur mineur de 15 ans	Meurtre sur mineur de 15 ans	144					
23	20	Célibataire	0	0	oui	non	Meurtre sur mineur de 15 ans	Meurtre sur mineur de 15 ans				48	36	
24	28	Célibataire	1	0	oui	13	Meurtre sur mineur de 15 ans	Meurtre sur mineur de 15 ans	12		48			

Cas	Age	Statut marital	Enfants	Avortement	Contrôle judiciaire	Détention provisoire	Qualification de mise en examen	Qualification de condamnation	Ferme	Suivi socio-judiciaire	Sursis total	Sursis partiel	Mise à l'épreuve	Acquittement
25	27	Concubinage	1	0			Meurtre sur mineur de 15 ans	ACQUITTEE du chef de violences ayant entraîné la mort d'un mineur de 15 ans sans intention de la donner						Oui
26	34	Célibataire	4	2	non	19	Meurtre sur mineur de 15 ans	Meurtre sur mineur de 15 ans	1)120 2)72					
27	31	Mariée	4	0	non	24	Tentative de meurtre sur mineur de 15 ans ; Meurtres	Tentative de meurtre sur mineur de 15 ans ; Meurtres sur	120					

							sur mineur de 15 ans	mineur de 15 ans						
28	25	Mariée	2	0	non	Oui EN COURS	Meurtres sur mineur de 15 ans (X8)	EN COURS						
29	32	Mariée	6	0	non	30	Meurtres sur mineur de 15 ans (X4)	Meurtres sur mineur de 15 ans (X4)	180					
30	21	Célibataire	2	0			Meurtre sur mineur de 15 ans	Meurtre sur mineur de 15 ans	84					
31	14	Célibataire	0	0			Meurtre sur mineur	EN COURS						

ANNEXE 7 : REVUE DE PRESSE DES CAS ETUDIES

(Les références sont classées par ordre chronologique de parution**)**

Cas n°1

23 août 2007

« Cette affaire ressemble beaucoup à l'affaire Courjault ». *20minutes.fr*, article paru et consulté le 23 août 2007 sur : http://www.20minutes.fr/article/175915/France-Cette-affaire-ressemble-beaucoup-a-l-affaire-Courjault.php.

« Triple infanticide à Albertville ». *Le Figaro - Flash actu*, article paru et consulté le 23 août 2007 sur : http://www.lefigaro.fr/france/20070823.WWW000000331_triple_infanticide_a_albertville.html.

« Un triple infanticide découvert à Albertville ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 23 août 2007 sur : http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20070823.OBS1755/un-triple-infanticidedecouvert-a-albertville.html.

24 août 2007

« Albertville : Infanticide: Virginie Labrosse mise en examen ». *L'express*, article paru et consulté le 24 août 2007 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/infanticide-virginie-labrosse-mise-en-examen_466217.html.

« La mère soupçonnée d'infanticide a été mise en examen ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 24 août 2007 sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2007/08/24/la-mere-soupconnee-d-infanticide-a-ete-mise-en-examen_947184_3224.html.

« Savoie : Triple infanticide, le couple en garde à vue ». *L'express.fr*, article paru et consulté le 24 août 2007 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/triple-infanticide-le-couple-en-garde-a-vue_466197.html.

« Triple infanticide: le compagnon était en prison lors de la première naissance ». *20minutes.fr*, article paru et consulté le 24 août 2007 sur :
http://www.20minutes.fr/article/176138/France-Triple-infanticide-le-compagnon-etait-en-prison-lors-de-la-premiere-naissance.php.

« Un triple infanticide découvert à Albertville ». *20minutes.fr*, article paru et consulté le 24 août 2007 sur :
http://www.20minutes.fr/article/176049/France-Un-triple-infanticide-decouvert-a-Albertville.php.

27 août 2007

« Infanticides : Albertville : deux des nouveau-nés sont morts asphyxiés ». *TF1 News*, article paru et consulté le 27 août 2007 sur :
http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2007-08/albertville-deux-nouveau-nes-sont-morts-asphyxies-4864362.html.

21 septembre 2007

« Triple infanticide : l'amant, père d'un des bébés ». *TF1 News*, article paru et consulté le 21 septembre 2007 sur :
http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2007-09/triple-infanticide-amant-pere-bebes-4862026.html.

15 octobre 2007

« Le procès de Virginie Labrosse entre crime et déni ». *La Savoie*, article paru et consulté le 15 octobre 2010.

17 octobre 2010

« Savoie : une mère infanticide aux assises ». *TF1 News*, article paru et consulté le 17 octobre 2010 sur :
http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-10/savoie-une-mere-infanticide-aux-assises-6102889.html.

18 octobre 2010

« Je ne sais même pas si c'était des êtres humains ». *TF1 News*, article paru et consulté le 18 octobre 2010 sur :
http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-10/je-ne-sais-meme-pas-si-c-etait-des-etres-humains-6105471.html.

« Virginie Labrosse, le procès du déni de grossesse ». *France Soir*, article paru et consulté le 18 octobre 2010 sur :
http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/virginie-labrosse-proces-du-deni-grossesse-58192.html.

19 octobre 2010

« Bébés congelés en Savoie: une accusée "hantée" par ses actes ». *TF1 News* article paru et consulté le 19 octobre 2010 sur :
http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-10/bebes-congeles-en-savoie-une-accusee-hantee-par-ses-actes-6107503.html.

Chiola, F. « Les experts partagés sur le "déni de grossesse" ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru et consulté le 19 octobre 2010.

20 octobre 2010

Boutry, T. « La mère infanticide n'explique rien ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 20 octobre 2010.

Chiola, F. « Je ne me souviens pas des accouchements ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru et consulté le 20 octobre 2010.

22 octobre 2010

« Albertville : Cinq ans de prison pour une mère infanticide ». *TF1 News*, article paru et consulté le 22 octobre 2010 sur : http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-10/cinq-ans-de-prison-pour-une-mere-infanticide-6111692.html.

« Albertville : Six ans de prison requis pour un triple infanticide ». *TF1 News*, article paru et consulté le 22 octobre2010 sur : http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-10/six-ans-de-prison-requis-pour-un-triple-infanticide-6109815.html.

« Chambéry. "Pas de sentiment réel pour cet enfant. Il n'a pas existé" ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru et consulté le 22 octobre 2010.

Cas n°2

18 octobre 2007

« Le mystère des cinq foetus ». *leJDD.fr*, article paru et consulté le 18 octobre 2007.

« Trois personnes en garde à vue après la découverte de cadavres de bébés dans une cave à Valognes ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 18 octobre 2007.

« Infanticide. Cin cadavres de nouveau-nés découverts ». *L'EXPRESS.fr*, article paru et consulté le 18 octobre 2007.

« Une affaire d'infanticide découverte dans la Manche ». *Nouvelobs.com*, article paru le 18 octobre 2007 et consulté le 23 juin 2008 sur :
http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20071018.OBS0492/une-affaire-d-infanticide-decouverte-dans-la-manche.html.

19 octobre 2007

« A Valognes, les enquêteurs découvrent un sixième cadavre de nouveau-né ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 19 octobre 2007.

20 octobre 2007

« Une femme soupçonnée d'avoir tué six de ses bébés à la naissance a été écrouée ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 20 octobre 2007.

16 avril 2009

Beuve, J.-P. « Mère infanticide : libération annulée en appel ». *ouest-france.fr*, article paru et consulté le 16 avril 2009 sur :

http://www.ouest-france.fr/region/normandie_detail_-Mere-infanticide-B-B-liberation-annulee-en-appel_8618-899086_actu.Htm.

15 mars 2010

« Jugée pour avoir tué six de ses enfants ». *Télégramme*, article paru et consulté le 15 mars 2010.

« Sextuple infanticide:"c'était pas un bébé, c'était rien" ». *TF1 News*, article paru le 15 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010 sur : http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-03/sextuple-infanticide-c-etait-pas-un-bebe-c-etait-rien-5771932.html.

Leconte, C. « Accusée du meurtre de six de ses bébés ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 15 mars 2010.

« Le procès de Céline, accusée de six infanticides, s'est ouvert ». *TF1 News*, article paru le 15 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010 sur :
http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-03/le-proces-de-celine-accusee-de-six-infanticides-s-est-ouvert-5771597.html.

« Sextuple infanticide de Valognes: L'accusée avait «peur de tout et de tout le monde» ». *20minutes.fr*, article paru le 15 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010 sur :
http://www.20minutes.fr/france/391070-France-Sextuple-infanticide-de-Valognes-L-accusee-avait-peur-de-tout-et-de-tout-le-monde.php.

16 mars 2010

Leconte, C :

« Infanticides de Valognes: le déroulé du procès ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 16 mars 2010.

« La mère infanticide avait "peur de tout" ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 16 mars 2010.

Briclot, S. « J'ai volontairement donné la mort à des bébés ». *France-Soir*, article paru et consulté le 16 mars 2010.

« L'accusée avait peur de tout et de tout le monde ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 16 mars 2010.

« Les six enfants morts de Valognes: les médias à la cour d'assises ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le 16 mars 2010.

« Une mère infanticide "très atypique" ». *TF1 News*, article paru le 16 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010 sur :
http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-03/une-mere-infanticide-tres-atypique-5772609.html.

17 mars 2010

« Deuxième jour du procès de l'infanticide de Valognes: homme bafoué, père dépossédé ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le 17 mars 2010.

Leconte, C :

« La mère infanticide vivait dans un climat taiseux ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 17 mars 2010.

« Le procès pour infanticides divise les experts ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 17 mars 2010.

« Sextuple infanticide : la mère "est aussi victime d'elle-même" ». *20minutes.fr*, article paru le 17 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010 sur :
http://www.20minutes.fr/france/391614-France-Sextuple-infanticide-La-mere-est-aussi-victime-d-elle-meme.php.

« Sextuple infanticide :"c'est pas possible, j'ai pas pu faire ça..." » *TF1 News*, article paru le 17 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010 sur :
http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-03/sextuple-infanticide-c-est-pas-possible-j-ai-pas-pu-faire-ca-5774638.html.

« Les proches de Céline Lesage entendus ». *Nouvelobs.com*, article paru le 17 mars 2010 et consulté le 25 mars 2010 sur :
http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20100317.OBS0088/les-parents-et-l-ex-compagnon-de-celine-lesage-entendus.html.

18 mars 2010

Lièvre, L. « Infanticide: deux des enfants ne sont pas morts sur le coup ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le 18 mars 2010.

« Troisième jour: ça bloque chez Céline ». *La Presse de la Manche*, article paru et consulté le 18 mars 2010.

« Sextuple infanticide: Céline Lesage condamnée à 15 ans de réclusion criminelle ». *20minutes.fr*, article paru le 18 mars 2010 et consulté le 12 juin 2010 sur :
http://www.20minutes.fr/france/391898-France-Sextuple-infanticide-Celine-Lesage-condamnee-a-15-ans-de-reclusion-criminelle.php.

« Céline Lesage condamnée à quinze ans de prison pour un sextuple infanticide ». *LeMonde.fr*, article paru le 18 mars 2010 et consulté le 12 juin 2010 sur :
http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/03/18/celine-lesage-condamnee-a-quinze-ans-de-prison-pour-un-sextuple-infanticide_1321270_3224.html.

Cas n°3

9 novembre 2006

« Trois cadavres de nouveau-nés découverts dans le Loir-et-Cher ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 9 novembre 2006 sur :
http://www.lefigaro.fr/france/20061109.WWW000000288_trois_cadavres_de_nouveaux_nes_decouverts_dans_le_loir_et_cher.html.

10 novembre 2006

Delaunay, A. « Trois nouveau-nés enterrés dans le jardin ». *Ladépêche.fr*, article paru le 10 novembre 2006 et consulté le 7 juin 2010 sur :
http://www.ladepeche.fr/article/2006/11/10/50996-Trois-nouveau-nes-enterres-dans-le-jardin.html.

Lecluyse, E. « Infanticide : Un troisième corps dans le jardin ». *L'EXPRESS.fr*, article paru et consulté le 10 novembre 2006 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/un-troisieme-corps-dans-le-jardin_461210.html.

Pham, A-L. « Mise en examen de la mère ». *L'express.fr*, article paru et consulté le 10 novembre 2006 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/mise-en-examen-de-la-mere_461216.html.

« Une femme soupçonnée d'un triple infanticide est mise en examen ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 10 novembre 2006 sur :
http://www.lemonde.fr/societe/article/2006/11/10/une-femme-soupconnee-d-un-triple-infanticide-est-mise-en-examen_833295_3224.html.

« Une mère mise en examen pour un troisième infanticide ». *LeFigaro.fr*, article paru le 10 novembre 2006 et consulté le 11 novembre 2006 sur :
http://recherche.lefigaro.fr/recherche/access/lefigaro_fr.php?archive=BszTm8dCk78atGCYonbyzheWDzt5cnq1YsncvHvVt8egUf4ky1rWFZ5BEKnik%2BIGu2IGtjAq08M%3D.

22 février 2008

« L'affaire Pezin : la preuve par les ondes ». *LeFigaro.fr*, article paru et consulté le 22 février 2008 sur :
http://www.lefigaro.fr/lefigaromagazine/2008/02/22/01006-20080222ARTFIG00512-l-affaire-pezin-la-preuve-par-les-ondes.php.

31 janvier 2011

Oger, L. « Accusée d'avoir tué ses trois nouveau-nés ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 31 janvier 2011 et consulté le 3 février 2011 sur :
http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Accusee-d-avoir-tue-ses-trois-nouveau-nes.

Colombel, M. « Procès Marinette Pezin : avant tout un drame humain'' ». *Radio Plus FM*, article paru le 31 janvier 2011 et consulté le 3 février 2011 sur :
http://www.plusfm.com/actualites/societe/1926-proces-marinette-pezin--avant-tout-un-drame-humain.html.

1er février 2011

Mazier, N. « Une mère de famille jugée pour trois infanticides ». *FranceSoir.fr*, article paru le 1er février 2011 et consulté le 2 février 2011 sur :
http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/une-mere-famille-jugee-pour-trois-infanticides-69018.html.

« Une mère jugée pour un triple infanticide à Blois ». *Metro*, article paru le 1er février 2011 et consulté le 23 février 2011 sur :
http://www.metrofrance.com/info/une-mere-jugee-pour-un-triple-infanticide-a-blois/mkba!FZbFmWL8D056/.

2 février 2011

« Mère infanticide. Les enfants racontent “l’enfer familial” ». *LeTélégramme.com*, article paru le 2 février 2011 et consulté le 3 février 2011 sur :
http://www.letelegramme.com/ig/generales/france-monde/france/mere-infanticide-les-enfants-racontent-l-enfer-familial-02-02-2011-1195091.php.

Monhoven, N. « “ J’ai toujours connu ma mère aimante ”, affirme Thierry, le fils aîné - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 2 février 2011 et consulté le 3 février 2011 sur :
http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/J-ai-toujours-connu-ma-mere-aimante-affirme-Thierry-le-fils-aine.

Oger, L :

« “ J’ai sorti un bébé de l’égout ” - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 2 février 2011 et consulté le 3 février 2011 sur :
http://www.lanouvellerepublique.fr/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/J-ai-sorti-un-bebe-de-l-egout.

« Interrogations autour de la mort du premier bébé - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru et consulté le 2 février 2011.

Oger, L. et N. Monhoven. « Charlotte, souffre-douleur du père - Procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru et consulté le 2 février 2011.

3 février 2011

Bossard, B. « Y a-t-il eu abolition ou altération de la conscience ? - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 23 février 2011 sur :
http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Y-a-t-il-eu-abolition-ou-alteration-de-la-conscience.

« Cinq ans avec sursis pour une mère qui a noyé trois nouveau-nés ». *Leprogrès.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 4 février 2011 sur :

http://www.leprogres.fr/france-monde/2011/02/04/blois-cinq-ans-avec-sursis-pour-une-mere-qui-a-noye-trois-nouveau-nes.

Colombel, M. « Marinette Pezin : le déni de grossesse en débat ». *FMPlus.com*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 23 février 2011 sur :
http://www.plusfm.com/actualites/societe/1940-marinette-pezin--le-deni-de-grossesse-en-debat.html

Irjud, A. « Cinq ans avec sursis requis contre Marinette Pezin - Procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 4 février 2011 sur :
http://www.lanouvellerepublique.fr/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Cinq-ans-avec-sursis-requis-contre-Marinette-Pezin.

Oger, L :

« Edmond Pezin ne veut pas que son ex-femme aille en prison - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 21 août 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Edmond-Pezin-ne-veut-pas-que-son-ex-femme-aille-en-prison.

« Grossesse cachée ou déni de grossesse ? - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 3 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Grossesse-cachee-ou-deni-de-grossesse.

« Le triste numéro d'Edmond Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011.

« Plaidoirie pour une mère meurtrie - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 4 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Plaidoirie-pour-une-mere-meurtrie.

Oger, L. et N. Monhoven. « Une famille sous la coupe d'un tyran domestique ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru et consulté le 3 février 2011 sur : http://www.blois.maville.com/actu/actudet_-Une-famille-sous-la-coupe-d%E2%80%99un-tyran-domestique_dep-1679323_actu.Htm.

« Peine de principe pour la mère meurtrière - procès de Marinette Pezin ». *laNouvelleRépublique.fr*, article paru le 3 février 2011 et consulté le 4 février 2011 sur : http://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/ACTUALITE/Faits-Divers/Justice/Peine-de-principe-pour-la-mere-meurtriere.

Cas n°4

25 mars 2008

« Bebé congelé: Un nouveau drame ». *leJDD..fr*, article paru et consulté le 25 mars 2008 sur : http://www.lejdd.fr/Societe/Actualite/Bebe-congele-Un-nouveau-drame-95323/.

26 mars 2008

« Bébé congelé en Bretagne : la mère mise en examen ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20080326.OBS6635/bebe-congele-en-bretagne-la-mere-mise-en-examen.html.

« La mère du nouveau-né congelé découvert en Bretagne mise en examen ». *liberennes.fr*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://www.liberennes.fr/libe/2008/03/un-nouveau-n-co.html.

Morvan A, et G. Hameury. « Infanticide. Un bébé découvert dans un congélateur ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 26 mars 2008.

Denoyelle, N. « Un bébé congelé à Saint-Nicolas-du-Pélem (Côtes-d'Armor) ». *ouest-france.fr*, article paru et consulté le 26 mars 2008 sur : http://www.ouest-france.fr/actu/societe_detail_-Un-bebe-congele-a-Saint-Nicolas-du-Pelem-Cotes-d-Armor-_3636-604673_actu.Htm.

27 mars 2008

Morvan A, et J. Vaillant. « Bébé tué: le récit du grand-père ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 27 mars 2008.

10 septembre 2008

Chaupitre, M.-C. « En prison pour infanticide, elle était enceinte ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 10 septembre 2008.

11 septembre 2008

« Infanticide. La mère accouche en prison ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 11 septembre 2008.

« La détenue enceinte était suivie régulièrement ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 11 septembre 2008.

Pouchard, Y. « Ecrouée pour infanticide, elle accouche en prison ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 11 septembre 2008.

23 septembre 2008

« Infanticide. La mère autorisée à garder son nouveau-né en prison ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 23 septembre 2008.

25 septembre 2008

« Infanticide. La mère a "un droit de visite quotidien" ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 25 septembre 2008.

6 juin 2009

« Infanticide. Une femme de 36 ans devant les assises ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 6 juin 2009.

11 juin 2009

Le Pivert, F. « Assises: l'infanticide jugée aujourd'hui ». *Le Penthièvre*, article paru et consulté le 11 juin 2009.

12 juin 2009

Morvan, A. « Infanticide. Le drame du silence ». *Le Télégramme*, article paru le 12 juin 2009.

13 juin 2009

Morvan, A. « Infanticide. Huit ans de prison ferme à la mère ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 13 juin 2009.

Cas n°5

8 octobre 2008

« Une mère soupçonnée d'infanticide en garde à vue ». *Nouvelobs.com*, article paru le 8 octobre 2008 et consulté le 21 août 2011 sur :
http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20081008.OBS4862/une-mere-soupconnee-d-infanticide-en-garde-a-vue.html.

9 octobre 2008

Pelissier, J.-P. « Infanticide: une mère soupçonnée dans l'Aude ». *L'express.fr*, article paru le 9 octobre 2008 et consulté le 25 octobre 2008 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/infanticide-une-mere-soupconnee-dans-l-aude_586806.html.

24 octobre 2010

« Jugée pour avoir étouffé son dernier bébé ». *Le Dauphiné Libéré*, article paru le 24 octobre 2010 et consulté le 25 octobre 2010.

« Montréal. Une mère de 40 ans aux assises pour avoir étouffé son dernier bébé ». *Ladépêche.fr*, article paru le 24 octobre 2010 et consulté le 25 octobre 2010 sur :
http://www.ladepeche.fr/article/2010/10/24/934141-montreal-une-mere-de-40-ans-aux-assises-pour-avoir-etouffe-son-dernier-bebe.html.

26 octobre 2010

« Aude. Suspectée d'infanticide, elle avoue avoir "mis la main sur la bouche et le nez" de l'enfant ». *MidiLibrecom*, article paru le 26 octobre 2010 et consulté le 28 octobre 2010.

« Aude: ouverture du procès d'une mère infanticide qui avait étouffé son bébé ». *AFP*, article paru le 26 octobre 2010 et consulté le 28 octobre 2010.

27 octobre 2010

Beaujouin, D. « Aude: 8 ans de prison pour une mère ayant étouffé son nouveau-né ». *7sur7.be*, article paru et consulté le 27 octobre 2010 et consulté le 28 octobre 2010 sur : http://www.7sur7.be/7s7/fr/1505/Monde/article/detail/1175523/2010/10/27/8-ans-de-prison-pour-une-mere-ayant-etouffe-son-nouveau-ne.dhtml.

« Déni de grossesse ou infanticide ? ». *Ladépêche.fr*, article paru le 27 octobre 2010 et consulté le 28 octobre 2010 sur : http://www.ladepeche.fr/article/2010/10/27/936435-deni-de-grossesse-ou-infanticide.html.

Lebrère, R. « Assises de l'Aude. 11 ans de réclusion requis contre la mère infanticide ». *lindependant.com*, article paru le 27 octobre 2010 et consulté le 28 octobre 2011.

28 octobre 2010

Floutier, R. « Aude Les assises condamnent la mère infanticide de Montréal à huit ans de réclusion ». *MidiLibre.com*, article paru et consulté le 28 octobre 2010.

« Montréal. 8 ans pour la mère infanticide ». *Ladépêche.fr*, article paru et consulté le 28 octobre 2010 sur : http://www.ladepeche.fr/article/2010/10/28/936671-montreal-8-ans-pour-la-mere-infanticide.html.

Cas n°6

14 décembre 2009

« Un infanticide jugé aux assises ». *Le Figaro - Flash actu*, article paru et consulté le 14 décembre 2009 sur :
http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2009/12/14/01011-20091214FILWWW00498-un-infanticide-juge-aux-assises.php.

15 décembre 2009

« Assises du Bas-Rhin : un déni total de grossesse ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 15 décembre 2009 sur :
http://www.lalsace.fr/fr/offresemploi/article/2471800/Assises-du-Bas-Rhin-un-deni-total-de-grossesse.html.

16 décembre 2009

« Assises du Bas-Rhin : sursis requis pour l'accusée ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 16 décembre 2009 sur :
http://www.lalsace.fr/actualite/2009/12/16/assises-du-bas-rhin-sursis-requis-pour-l-accusee.
« Déni de grossesse : Valérie Goeller acquittée à Strasbourg ». *l'alsace.fr*, article paru et consulté le 16 décembre 2009 sur :
http://www.lalsace.fr/actualite/2009/12/16/deni-de-grossesse-valerie-goeller-acquittee-a-strasbourg.

Cas n°7

11 août 2006

Simon, M. « Enquête sur les “bébés congelés” ». *L’express.fr*, article paru le 11 août 2006 et consulté le 26 mai 2008 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/enquete-sur-les-bebes-congeles_459640.html.

10 octobre 2006

Tourancheau, P. « Séoul, Paris: même résultat d’analyses pour les bébés congelés ». *Libération.fr*, article paru le 10 octobre 2006 et consulté le 14 octobre 2006 sur : http://www.liberation.fr/societe/010115321-seoul-paris-meme-resultat-d-analyses-pour-les-bebes-congeles.

11 octobre 2006

Tourancheau, P. « Les parents des bébés congelés de Séoul trahis par leur ADN ». *Libération.fr*, article paru le 11 octobre 2006 et consulté le 14 octobre 2006 : http://www.liberation.fr/societe/010163042-les-parents-des-bebes-congeles-de-seoul-trahis-par-leur-adn.

12 octobre 2006

« Après avoir avoué un troisième infanticide, Véronique Courjault a été mise en examen ». *LeMonde.fr*, article paru le 12 octobre 2006 et consulté le 22 octobre 2006 sur :
http://www.lemonde.fr/old-societe/article/2006/10/12/apres-avoir-avoue-un-troisieme-infanticide-veronique-courjault-a-ete-mise-en-examen_822871_3226.html.

« Bébés congelés : Véronique Courjault écrouée ». *LCI.fr*, article paru le 12 octobre 2006 et consulté le 22 août 2011 sur sur :
http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2006-10/veronique-courjault-ecrouee-4864248.html.

« Bébés tués. Véronique Courjault écrouée ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 12 octobre 2006.

Durand, M. « Bébés congelés : Véronique Courjault, atteinte du déni de grossesse ? » *TF1 News*, article paru le 12 octobre 2006 et consulté le 22 octobre 2006 sur : http://lci.tf1.fr/science/sante/2006-10/veronique-courjault-atteinte-deni-grossesse-5519258.html.

Tourancheau, P :

« Véronique Courjault avoue un troisième infanticide ». *Libération.fr*, article paru le 12 octobre 2006 et consulté le 14 octobre 2006 sur : http://www.liberation.fr/societe/010115297-veronique-courjault-avoue-un-troisieme-infanticide.

« Je ne voulais pas de ces enfants ». *Libération.fr*, article paru le 12 octobre 2006 et consulté le 14 octobre 2006 : http://www.liberation.fr/societe/010163135-je-ne-voulais-pas-de-ces-enfants.

13 octobre 2006

Ahmed-Chadouch, A. « De nombreux déménagements entre 1999 et 2003 ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

Al-Hussaini, Hana. « Bébés congelés : Courjault: l'enquête s'annonce complexe ». *L'express.fr*, article paru le 13 octobre 2006 et consulté le 3 novembre 2006 : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/courjault-l-enquete-s-annonce-complexe_460665.html.

« Bébés congelés : Jean-Louis Courjault mis en examen ». *LCI.fr*, article paru le 13 octobre 2006 et consulté le 22 octobre 2006 sur : http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2006-10/jean-louis-courjault-mis-examen-4864190.html.

« Bébés congelés. Nouveau rebondissement ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

Brioux, V. « L'attitude du mari ne cesse d'intriguer ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

Ceaux, P. « Affaire des bébés congelés: Mme Courjault est passée aux aveux ». *Le Monde*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

Durand, M. « Bébés congelés : "Cette affaire n'est pas unique" ». *LCI.fr*, article paru le 13 octobre 2006 et consulté le 22 octobre 2006 sur : http://lci.tf1.fr/science/nouvelles-technologies/2006-10/bebes-congeles-cette-affaire-est-unique-5520555.html.

« Elle a menti à tout le monde ». *Libération*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

Guibert, N. « L'infanticide peut être lié au déni ». *Le Monde*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

« La justice se penche sur le triple infanticide des Courjault ». *Libération.fr*, article paru le 13 octobre 2006 et consulté le 22 octobre 2006.

Louis, C :

« Une jeune femme timide, rongée par ses démons ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

« Véronique Courjault avoue trois infanticides ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

Payet, M. « Par remords, elle a gardé les corps ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

Le Solleu, B :

« Bébés morts: la mère avoue un 3ème infanticide ». *Ouest-France*, article paru le 13 octobre 2006.

« Liliane Daligand, psychiatre et expert auprès des tribunaux: “les femmes savent dissimuler leur grossesse, même à leur médecin” ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

Vignolle F, et C. Dubois. « Bébés congelés: la mère a tué trois de ses nouveau-nés ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 13 octobre 2006.

14 octobre 2006

« L'enjeu capital des expertises psychiatriques et psychologiques ». *LeFigaro.fr*, article paru et consulté le 14 octobre 2006 sur : http://www.lefigaro.fr/france/20061014.FIG000000674_l_enjeu_capital_des_expertis%20es_psychiatriques_et_psychologiques.html.

Louis, C. « Les troublantes dénégations de Jean-Louis Courjault ». *LeFigaro.fr*, article paru et consulté le 14 octobre 2006 sur : http://www.lefigaro.fr/france/20061014.FIG000000676_les_troublantes_denegations_de_jean_louis_courjault.html.

Tourancheau, P. « Bébés congelés: mais que savait le père? » *Libération.fr*, article paru et consulté le 14 octobre 2006 sur : http://www.liberation.fr/societe/010163401-bebes-congeles-mais-que-savait-le-pere.

16 octobre 2006

Louis, C. « La vie de couple des Courjault au coeur de l'enquête ». *LeFigaro.fr*, article paru et consulté le 16 octobre 2006 sur : http://www.lefigaro.fr/france/20061016.FIG000000280_la_vie_de_couple_des_courjault_au_coeur_de_l_enquete.html.

Temman, M. « Bébés congelés : les Coréens choqués ». *Libération.fr*, article paru le 16 octobre 2006 et consulté le 3 novembre 2006 sur : http://www.liberation.fr/societe/010163503-bebes-congeles-les-coreens-choques.

17 octobre 2006

« Affaire des bébés congelés. Les dessous de l'horreur ». *Ici Paris*, article paru et consulté le 17 octobre 2006.

« Bébés congelés : Le triple infanticide n'est pas une première ». *TF1 News*, article paru le 17 octobre 2006 et consulté le 22 octobre 2006 sur : http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2006-10/triple-infanticide-est-premiere-4864229.html.

« Bébés congelés : perquisition dans l'ancienne maison des Courjault ». *TF1 News*, article paru le 17 octobre 2006 et consulté le 22 août 2006 sur : http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2006-10/bebes-congeles-perquisition-dans-ancienne-maison-courjault-4864252.html.

18 octobre 2006

« L'insoutenable vérité ». *VSD*, article paru et consulté le 18 octobre 2006.

19 octobre 2006

« Dans l'intimité de l'affaire Courjault ». *Paris Match*, article paru et consulté le 19 octobre 2006.

Toscer O, et S. des Deserts. « Le secret de Véronique ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 19 octobre 2006.

20 octobre 2006

Bousquet, C. « Le calvaire des victime oubliées du drame... » *France Dimanche*, article paru et consulté le 20 octobre 2006.

Rizet, D. « Les aveux effarants d'une mère infanticide ». *LeFigaro.fr*, article paru le 20 octobre 2006 et consulté le 3 novembre 2006 sur :
http://www.lefigaro.fr/lefigaromagazine/2006/10/20/01006-20061020ARTMAG90392-les_aveux_effarants_d_une_mre_infanticide.php.

21 octobre 2006

Temman, M. « Bébés congelés: à la morgue de Séoul, avec les experts de l'ADN ». *Libération.fr*, article paru le 21 octobre 2006 et consulté le 3 novembre 2006 sur :
http://www.liberation.fr/societe/010164094-bebes-congeles-a-la-morgue-de-seoul-avec-les-experts-de-l-adn.

Tourancheau, P. « Quatre psys pour la mère ». *Libération.fr*, article paru le 21 octobre 2006 et consulté le 3 novembre 2006 sur :
http://www.liberation.fr/societe/010164096-quatre-psys-pour-la-mere.

1er novembre 2006

Gallois, C. « Pardon, madame Courjault... » *Libération.fr*, article paru le 1er novembre 2006 et consulté le 3 novembre 2006 sur :
http://www.liberation.fr/tribune/010165062-pardon-madame-courjault.

22 février 2007

« Les "bébés congelés" vont revenir en France ». *TF1 News*, article paru le 22 février 2007 et consulté le 8 mai 2011 sur :
http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2007-02/bebes-congeles-vont-revenir-france-4863764.html.

2 mai 2007

« Affaire Courjault : Bébés congelés : les deux nouveau-nés "asphyxiés" ». *TF1 News*, article paru et consulté le 2 mai 2007 sur :

http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2007-05/bebes-congeles-deux-nouveau-nes-asphyxies-4861941.html.

28 mai 2007

« Infanticide : La mère des “bébés congelés” est bien responsable ». *TF1 News*, article paru et consulté le 28 mai 2007 sur :
http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2007-05/mere-bebes-congeles-est-bien-responsable-4861693.html.

19 octobre 2007

Vincent, E. « La défense de Mme Courjault demande un traitement particulier ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 19 octobre 2007 sur :
http://www.lemonde.fr/cgibin/ACHATS/acheter.cgi?offre=ARCHIVES&type_item=ART_ARCH_30J&objet_id=1009479&xtmc=la_defense_de_mme_courjault_demande_un_traitement_particulier&xtcr=1.

23 octobre 2007

Guillet, A. « Infanticide : les avocats des Courjault saisissent Dati ». *TF1 News*, article paru et consulté le 23 octobre 2007 sur :
http://lci.tf1.fr/france/justice/2007-10/infanticide-avocats-courjault-saisissent-dati-4866349.html.

29 octobre 2007

« “Bébés congelés” : Véronique Courjault reste en prison ». *L’express.fr*, article paru le 29 octobre 2007 et consulté le 22 août 2011 sur :
http://www.lexpress.fr/actualit/societe/veronique-courjault-reste-en-prison_467507.html.

30 octobre 2007

de Vendeuil, R. « Bébés congelés : Affaire Courjault: “Y avait-il intention criminelle?” » *L’express.fr*, article paru le 30 octobre 2007 et consulté le 8 mai 2009 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/affaire-courjault-y-avait-il-intention-criminelle_467539.html.

12 mars 2008

« Bébés congelés : Véronique Courjault aux assises, non-lieu pour le mari ». *L’express.fr*, article paru le 12 mars 2008 et consulté le 22 août 2011 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/veronique-courjault-aux-assises-non-lieu-pour-le-mari_471052.html.

18 avril 2008

« Affaire Courjault : La thèse du déni de grossesse remise en cause - France ». *TF1 News*, article paru le 18 avril 2008 et consulté le 6 août 2006 sur : http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2008-04/these-deni-grossesse-remise-cause-4864778.html.

24 avril 2008

Donard, P. « Véronique Courjault continue d’attendre son procès depuis la prison d’Orléans ». *tribune-orleans.fr*, article paru le 24 avril 2008 et consulté le 16 avril 2009 sur : http://sd907.sivit.org/tribune-orleans/spip.php?article1107.

23 janvier 2009

« Bébés congelés : Jean-Louis Courjault n’ira pas aux assises ». *TF1 News*, article paru le 23 janvier 2009 et consulté le 8 mai 2009 sur : http://lci.tf1.fr/france/justice/2009-01/jean-louis-courjault-fixe-sur-son-sort-4866993.html.

« Bébés congelés: non-lieu pour Jean-Louis Courjault ». *L’express.fr*, article paru le 23 janvier 2009 et consulté le 22 août 2011 sur :

http://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/bebes-congeles-non-lieu-pour-jean-louis-courjault_735451.html.

24 janvier 2009

Rotman, C. « Affaire Courjault : la mère seule au procès ». *Libération.fr*, article paru le 24 janvier 2009 et consulté le 8 mai 2009 sur :
http://www.liberation.fr/societe/0101314335-affaire-courjault-la-mere-seule-au-proces.

9 juin 2009

« Bébés congelés : Véronique Courjault en larmes à son procès ». *Nouvelobs.com*, article paru le 9 juin 2009 et consulté le 22 août 2011 sur :
http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20090609.OBS9840/bebes-congeles-veronique-courjault-en-larmes-a-son-proces.html.

« Bébés congelés. Un procès pour comprendre ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 9 juin 2009.

Horlans, I. « Véronique Courjault face aux experts psychiatres ». *FranceSoir.fr*, article paru le 9 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur :
http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/veronique-courjault-face-aux-experts-psychiatres-39187.html.

10 juin 2009

« Bébés congelés. “Une bonne mère et une bonne épouse” ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 10 juin 2009.

Devos, C. « Débuts mouvementés pour le procès Courjault ». *La Nouvelle République*, article paru et consulté le 10 juin 2009.

Horlans, I. « La souffrance palpable de Véronique Courjault ». *FranceSoir.fr*, article paru le 10 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur :
http://www.francesoir.fr/pratique/sante/souffrance-palpable-veronique-courjault-39244.html.

« Véronique Courjault, fille du silence ». *Libération.fr*, article paru et consulté le 10 juin 2009 sur :
http://www.liberation.fr/societe/0101572844-veronique-courjault-fille-du-silence.

« Affaire Courjault : mieux comprendre le déni de grossesse ». *PsychoEnfants*, article paru le 10 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur :
http://www.psychoenfants.fr/fichiers/actus999.php?idc=fr_Affaire_Courjault___mieux_comprendre_le_deni_de_grossesse__58.

« Bébés congelés: «Et soudain, j'ai vu une main» ». *Libération.fr*, article paru le 10 juin 2009 et consulté le 22 août 2011 sur :
http://www.liberation.fr/societe/0101573084-bebes-congeles-et-soudain-j-ai-vu-une-main.

11 juin 2009

« Bébés congelés. Elle "n'avait pas prévu" de les tuer ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 11 juin 2009.

Jolly, P. « Les proches de Mme Courjault font bloc pour lui éviter la réclusion à perpétuité ». *Le Monde*, article paru et consulté le 11 juin 2009.

« Les explications compliquées de Véronique Courjault ». *Europe1.fr*, article paru le 11 juin 2009 et consulté le 6 août 2011 sur :
http://www.europe1.fr/Societe/Les-explications-compliquees-de-Veronique-Courjault-61686/.

« Véronique Courjault: "J'ai aussi un coeur" ». *L'express.fr*, article paru le 11 juin 2009 et consulté le 22 août 2011 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/education/veronique-courjault-j-ai-aussi-un-coeur_766900.html.

12 juin 2009

Horlans, I. « Véronique Courjault : “J’ai su que j’étais enceinte, et je ne l’ai plus su…” ». *FranceSoir.fr*, article paru le 12 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur : http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/veronique-courjault-%E2%80%9Cj%E2%80%99ai-su-que-j%E2%80%99etais-enceinte-et-je-ne-l%E2%80%99ai-plus-su%E2%80%A6%E2%80%9D-39330.html.

Durand-Souffland, S :

« Véronique Courjault défendue par sa famille ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 12 juin 2009.

13 juin 2009

Horlans, I. « Ces deux ou trois choses que l’on sait de Véronique Courjault… ». *FranceSoir.fr*, article paru le 13 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur : http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/ces-deux-ou-trois-choses-que-l%E2%80%99-sait-veronique-courjault%E2%80%A6-39368.html.

15 juin 2009

« Affaire Courjault : un déni de grossesse? ». *Europe1.fr*, article paru le 15 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur : http://www.europe1.fr/Societe/Affaire-Courjault-un-deni-de-grossesse-62389/.

Bonnefous, B. « Procès Courjault: le déni de grossesse, ce tabou humain ». *20minutes.fr*, article paru le 15 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur : http://www.20minutes.fr/article/332629/France-Proces-Courjault-le-deni-de-grossesse-ce-tabou-humain.php.

« La parole donnée aux experts dans le procès Courjault ». *L’express.fr*, article paru le 15 juin 2009 et consulté le 22 août 2011 sur :

http://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/la-parole-donnee-aux-experts-dans-le-proces-courjault_767539.html.

16 juin 2009

Horlans, I. « Assises - Un psychiatre et un gynécologue décryptent le mystère Courjault ». *FranceSoir.fr*, article paru le 16 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur :
http://www.francesoir.fr/pratique/sante/assises-un-psychiatre-et-un-gynecologue-decryptent-mystere-courjault-39458.html.

17 juin 2009

Horlans, I. « Assises - "Véronique Courjault savait qu'elle allait dans le mur !" » *FranceSoir.fr*, article paru le 17 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur :
http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/assises-%E2%80%9Cveronique-courjault-savait-qu%E2%80%99elle-allait-dans-mur-%E2%80%9D-39493.html.

Jolly, P. « La question du déni de grossesse de Mme Courjault divise les experts ». *Le Monde*, article paru et consulté le 17 juin 2009.

« Le système de défense de Véronique Courjault mis à mal par les psychiatres ». *L'express.fr*, article paru le 17 juin 2009 et consulté le 22 août 2011 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/fait-divers/le-systeme-de-defense-de-veronique-courjault-mis-a-mal-par-les-psychiatres_768097.html.

« Procès Courjault. Des experts réfutent le déni de grossesse ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 17 juin 2009.

« Véronique Courjault déclare "avoir tué" ses enfants ». *L'express.fr*, article paru le 17 juin 2009 et consulté le 22 août 2011 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/veronique-courjault-declare-avoir-tue-ses-enfants_768209.html.

18 juin 2009

Brioux, V. « Dix ans de prison requis contre Véronique Courjault ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 18 juin 2009.

Horlans, I. « Assises - "Ne diabolisez pas Véronique Courjault, mais n'en faites pas une icône" ». *FranceSoir.fr*, article paru le 18 juin 2009 et consulté le 6 août 2011 sur : http://www.francesoir.fr/actualite/faits-divers/assises-%E2%80%9Cne-diabolisez-pas-veronique-courjault-mais-n%E2%80%99en-faites-pas-une-icone%E2%80%9D-39535.html.

« Affaire Courjault. Dix ans de prison requis ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 18 juin 2009.

« Dix ans de prison requis contre Véronique Courjault, verdict ce jeudi soir ». *L'express.fr*, article paru le 18 juin 2009 et consulté le 22 août 2011 sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/dix-ans-de-prison-requis-contre-veronique-courjault-verdict-ce-jeudi-soir_768350.html.

« L'affaire Courjault par Eliette Abécassis ». *ParisMatch.com*, article paru le 18 juin 2009 et consulté le 6 août 2011 sur : http://www.parismatch.com/Actu-Match/Societe/Actu/L-Affaire-Courjault-par-Eliette-Abecassis-105324/.

19 juin 2009

Horlans, I. « Véronique Courjault condamnée à huit de prison ». *FranceSoir.fr*, article paru le 19 juin 2009 et consulté le 6 août 2009 sur : http://www.francesoir.fr/actualite/societe/veronique-courjault-condamnee-huit-prison-39578.html.

Le Solleu, B. « Véronique Courjault condamnée à 8 ans de prison ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 19 juin 2009.

Durand-Souffland, S. « Véronique Courjault condamnée à huit ans de prison ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 19 juin 2009.

Jolly, P. « L'avocat général réclame dix ans de réclusion à l'encontre de Mme Courjault ». *Le Monde*, article paru et consulté le 19 juin 2009.

« Infanticides. Huit ans de prison à Véronique Courjault ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 19 juin 2009.

20 juin 2009

Jolly, P. « Huit ans de prison pour Mme Courjault ». *Le Monde*, article paru et consulté le 20 juin 2009.

24 juin 2009

Bensussan, P. « Déni de grossesse : le tribunal médiatique, par Paul Bensussan ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 24 juin 2009 sur :
http://www.lemonde.fr/societe/article/2009/06/24/deni-de-grossesse-le-tribunal-mediatique-par-paul-bensussan_1210976_3224.html.

17 mai 2010

« Bébés congelés : Véronique Courjault est libre ». *TF1 News*, article paru le 17 mai 2010 et consulté le 8 juin 2010 sur :
http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2010-05/bebes-congeles-veronique-courjault-a-ete-liberee-5855038.html.

« Procès Courjault : déni de grossesse ou pas ? ». *PsychoEnfants*, article consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.psychoenfants.fr/fichiers/actus999.php?idc=fr_Proces_Courjault___deni_de_grossesse_ou__5891.

26 septembre 2010

Potet, F. « La vie retrouvée des Courjault ». *LeMonde.fr*, article paru et consulté le 26 septembre 2010.

Cas n°8

8 octobre 2009

« La mère infanticide acquittée ». *Le Parisien.fr*, article paru le 8 octobre 2009 et consulté le 18 août 2011 sur :
http://www.leparisien.fr/beauvais-60000/la-mere-infanticide-acquittee-08-10-2009-666508.php.

15 octobre 2009

« Infanticide : le parquet général fait appel de l'acquittement ». *Le Parisien.fr*, article paru et consulté le 15 octobre 2009 sur :
http://www.leparisien.fr/beauvais-60000/infanticide-le-parquet-general-fait-appel-de-l-acquittement-15-10-2009-674968.php.

23 novembre 2010

« Procès pour infanticide : vers un second acquittement? ». *Le Parisien.fr*, article paru le 23 novembre 2010 et consulté le 18 aoput 2011 sur :
http://www.leparisien.fr/beauvais-60000/proces-pour-infanticide-vers-un-second-acquittement-23-11-2010-1161544.php.

24 novembre 2010

« Acquittée en première instance, condamnée en appel ». *Le Parisien.fr*, article paru le 24 novembre 2010 et consulté le 18 août 2011 sur :
http://www.leparisien.fr/faits-divers/acquittee-en-premiere-instance-condamnee-en-appel-24-11-2010-1163341.php.

Alberts, J. « Infanticide et non déni de grossesse ». *france3.fr*, article paru le 24 novembre 2010 et consulté le 18 août 2011 sur :
http://picardie.france3.fr/info/infanticide-et-non-deni-de-grossesse-65984224.html.

« La jeune maman condamnée à 5 ans de prison ». *fmcradio*, article paru et consulté le 24 novembre 2010 sur :
http://www.fmcradio.info/index.php?dd1=6&news=14312.

Cas n°9 (Pas d’article de presse, dossier consulté au cabinet de l’avocat de la défense)

Cas n°10

30 janvier 2009

« Infanticide au procès d'assises de Caen : 5 ans de prison requis contre la mère - Caen.maville.com ». *caen.maville.com*, article paru et consulté le 30 janvier 2009 sur : http://www.caen.maville.com/actu/actudet_-Infanticide-au-proces-d%E2%80%99assises-de-Caen-5-ans-de-prison-requis-contre-la-mere_-810580--BKN_actu.Htm.

31 janvier 2009

Lemaître, A. et L. Neveu. « Sursis pour l'infanticide après déni de grossesse ». *caen.maville.com*, article paru et consulté le 31 janvier 2009 sur : http://www.caen.maville.com/actu/actudet_-Sursis-pour-l-infanticide-apres-deni-de-grossesse-_dep-810893_actu.Htm?xtor=RSS-4&utm_source=RSS_MVI_caen&utm_medium=RSS&utm_campaign=RSS.

Cas n°11

4 février 2010

« Une mère mise en examen pour double infanticide ». *TF1 News*, article paru et consulté le 4 février 2010 sur : http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2010-02/une-mere-avoue-un-double-infanticide-5671822.html.

5 février 2010

« Castelnaudary - Une mère de famille s'accuse d'un double infanticide ». *LeBienPublic.com*, article paru et consulté le 5 février 2010.

Huet, B. « Infanticides de l'Aude : "Elle dit avoir brûlé les corps" ». *Ladépêche.fr*, article paru et consulté le 6 février 2010 sur :
http://www.ladepeche.fr/article/2010/02/06/771256-infanticides-de-l-aude-elle-dit-avoir-brule-les-corps.html.

Parry, P. « Mystérieux infanticides à Fanjeaux ». *Ladépêche.fr*, article paru et consulté le 5 février 2010 sur :
http://www.ladepeche.fr/article/2010/02/05/770396-mysterieux-infanticides-a-fanjeaux.html.

14 juin 2010

Dubault, F. « Une mère avoue un double infanticide dans l'Aude ». *france3.fr*, article paru et consulté le 14 juin 2010 sur :
http://languedoc-roussillon.france3.fr/info/une-mere-avoue-un-double-infanticide-dans-l-aude-60813793.html.

6 septembre 2011

« Fanjeaux. Une mère infanticide présumée se suicide ». *Ladépêche.fr*, article paru et consulté le 6 septembre 2009 sur :
http://www.ladepeche.fr/article/2011/09/06/1160742-fanjeaux-une-mere-infanticide-presumee-se-suicide.html.

7 septembre 2011

« Une infanticide présumée met fin à ses jours ». *dna.fr*, article paru et consulté le 7 septembre 2011 sur :
http://www.dna.fr/sante/2011/09/07/une-infanticide-presumee-met-fin-a-ses-jours.

Cas n°12

1er août 2008

« Loire : une femme mise en examen et écrouée pour infanticide ». *LePoint.fr*,article paru et consulté le 1er août 2008 sur :
http://www.lepoint.fr/actualites-chroniques/2008-08-01/loire-une-femme-mise-en-examen-et-ecrouee-pour-infanticide/1238/0/264545.

« Une mère entendue pour infanticide à Saint-Etienne ». *LibéLyon*, article paru et consulté le 1er août 2008 sur :
http://libelyon.blogs.liberation.fr/info/2008/08/une-mre-entendu.html.

2 août 2008

« Infanticide. Une femme soupçonnée d'avoir tué son bébé ». *Aujourd'hui en France*, article paru et consulté le 2 août 2008.

« Loire. Une mère mise en examen pour infanticide ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 2 août 2008.

4 octobre 2011

« Une femme condamnée à trois ans ferme pour avoir laissé mourir son nouveau-né ». *AFP France*, article paru le 4 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://intranet.paris.msf.org/apps/afp.nsf/dx/0B704522A1F08DB7C125791F00676CF9.

Cas n°13

12 janvier 2010

Hutin B, et F. Lagie. « Deux nouveau-nés découverts morts dans un sac poubelle ». *lamontagne.fr*, article paru et consulté le 12 janvier 2010.

13 janvier 2010

Hutin, B. « Mort des jumelles : le témoignage de la mère est essentiel ». *lamontagne.fr*, article paru le 13 janvier 2010 et consulté le 7 juin 2010.

23 février 2010

Belingard, C. « Cublac : l'audition de la mère peu probante ». *france3.fr*, article paru et consulté le 23 février 2010.

19 février 2010

Hutin, B. « La mère soupçonnée d'infanticide reste "amnésique" ». *lamontagne.fr*, article paru et consulté le 19 février 2010.

Cas n°14

12 décembre 2009

« Macabre découverte à Ecrouves ». *leJDD.fr*, article paru et consulté le 12 décembre 2009 sur : http://www.lejdd.fr/Societe/Faits-divers/Actualite/Macabre-decouverte-a-Ecrouves-157639/.

13 décembre 2009

« Ecrouves: La mère en détention ». *leJDD.fr*, article paru le 13 décembre 2009 et consulté le 17 août 2011 sur :
http://www.lejdd.fr/Societe/Faits-divers/Actualite/Ecrouves-La-mere-en-detention-157826/.

17 décembre 2009

« Ecrouves : Un troisième corps retrouvé ». *leJDD..fr*, article paru le 17 décembre 2009 et consulté le 17 août 2011 sur :
http://www.lejdd.fr/Societe/Faits-divers/Actualite/Ecrouves-Un-troisieme-corps-retrouve-158878/.

19 décembre 2009

« Ecrouves: La mère infanticide livre ses secrets ». *leJDD..fr*, article paru et consulté le 19 décembre 2009 sur :
http://www.lejdd.fr/Societe/Faits-divers/Actualite/Ecrouves-La-mere-infanticide-livre-ses-secrets-159216/.

« Mon fils lui a pardonné ». *leJDD.fr*, article paru et consulté le 19 décembre 2009 sur :
http://www.lejdd.fr/Societe/Faits-divers/Actualite/Mon-fils-lui-a-pardonne-159217/.

Cas n°15

23 novembre 2007

Calant, G. « La mère infanticide condamnée à six ans ferme ». *Le Parisien.fr*, article paru et consulté le 23 novembre 2007 sur :
http://www.leparisien.fr/seine-et-marne/la-mere-infanticide-condamnee-a-six-ans-ferme-23-11-2007-3291380621.php.

Cas n°16

25 novembre 2008

Leprince, J. « Epinal - Un nouveau né retrouvé mort dans une poubelle d'un fast food ». *FranceSoir.fr*, article paru et consulté le 25 novembre 2008.

26 novembre 2008

« Le cadavre d'un bébé retrouvé dans la poubelle d'un fast-food ». *Nouvelobs.com*, article paru et consulté le 26 novembre 2008 sur :
http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20081126.OBS2678/le-cadavre-d-un-bebe-retrouve-dans-la-poubelle-d-un-fast-food.html.

Englinger, A. « Reconstitution d'un infanticide ». *vosgesmatin.fr*, article paru le 10 juillet 2009 et consulté le 11 juin 2010.

Cas n°17

30 mars 2010

« Une mère de 24 ans est jugée pour le meurtre de son bébé ». *Au Troisième Oeil*, article paru et consulté le 30 mars 2010 sur :
http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32706.

31 mars 2010

« Une étudiante condamnée à cinq ans pour infanticide ». *Libération.fr*, mars 31, 2010 et consulté le 10 juin 2010 sur :
http://www.libelyon.fr/info/2010/03/une-%C3%A9tudiante-condamn%C3%A9e-%C3%A0-cinq-ans-pour-infanticide.html.

« Une jeune lyonnaise jugée pour Infanticide (vidéo) ». *Teva.fr*, vidéo parue et consultée le 31 mars 2010 sur :
http://www.youtube.com/watch?v=uLoZ2niAz-k.

1er avril 2010

« Pas de prison pour la mère infanticide ». *20minutes.fr*, article paru et consulté le 1er avril 2010.

« Une étudiante infanticide ne retournera pas en prison ». *Au Troisième Oeil*, article paru et consulté le 1er avril 2010 sur :
http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=32726.

Cas n°18

16 novembre 2006

« La relation mère-fille au coeur du procès d'une jeune mère infanticide ». *Au troisième oeil*, article paru et consulté le 16 novembre 2006 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=22188.

« Une jeune mère aux assises pour infanticide ». *Au troisième oeil*, article paru et consulté le 16 novembre 2006 sur : http://www.au-troisieme-oeil.com/index.php?page=actu&type=skr&news=22193.

17 novembre 2006

« Face aux assises, Gabrielle, 27 ans, pleure désormais l'enfant qu'elle a "perdu" ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 17 novembre 2006.

18 novembre 2010

« Pour moi, mon enfant n'était pas vivant ». *Libération*, article paru et consulté le 18 novembre 2006 sur : http://www.liberation.fr/societe/010166764-pour-moi-mon-enfant-n-etait-pas-vivant.

Cas n°19

19 mai 2009

« Un nouveau bébé congelé ». *leJDD.fr*, article paru et consulté le 19 mai 2009 sur :

http://www.lejdd.fr/Societe/Faits-divers/Actualite/Un-nouveau-bebe-congele-24963/.

« Un bébé retrouvé mort dans un congélateur à Metz-Borny ». *AFP*, article paru et consulté le 19 mai 2009.

20 mai 2009

« Le corps d'un bébé retrouvé dans un congélateur à Metz ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 20 mai 2009 sur :
http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2009/05/19/01016-20090519ARTFIG00498-le-corps-d-un-bebe-retrouve-dans-un-congelateur-a-metz-.php.

« Metz. Le corps d'un bébé découvert dans un congélateur ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 20 mai 2009.

21 mai 2009

« Bébé retrouvé dans un congélateur. La mère mise en examen ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 21 mai 2009.

Cas n°20

7 juin 2010

« Metz: le corps d'un nouveau-né retrouvé dans un congélateur ». *Voilà Actu*, article paru et consulté le 7 juin 2010.

« Un nouveau-né découvert dans un réfrigérateur à Metz-Devant-Les-Ponts». *Le Républicain Lorrain*, article paru et consulté le 7 juin 2010 sur : http://www.republicain-lorrain.fr/moselle/2010/06/07/un-nouveau-ne-decouvert-dans-un-refrigerateur.

22 juillet 2010

« La mère du nouveau-né retrouvé dans un congélateur à Metz mise en examen ». *TF1 News*, article paru et consulté le 22 juillet 2010 sur : http://lci.tf1.fr/france/justice/2010-07/la-mere-du-nouveau-ne-retrouve-dans-un-congelateur-a-metz-mise-5934038.html.

Cas n°21

« Nouveau-nés retrouvés morts dans l'Allier : la mère fait ses aveux ». *LePoint.fr*, article paru et consulté le 2 février 2009 sur : http://www.lepoint.fr/actualites-societe/2009-02-02/nouveau-nes-retrouves-morts-dans-l-allier-la-mere-fait-ses-aveux/920/0/313022.

4 février 2009

« Allier. Deux corps découverts: la mère interpellée ». *Le Télégramme*, article paru et consulté le 4 février 2009.

« Bébés morts dans l'Allier : la mère mise en examen ». *LeFigaro.fr*, article paru et consulté le 4 février 2009 sur :

http://recherche.lefigaro.fr/recherche/access/lefigaro_fr.php?archive=BszTm8dCk78atGCYonbyzhH4n5jVk8SVYSq%2Boo2gcxo%2BSO2vaNHWGOppPAc3xaZwu2IGtjAq08M%3D.

« Bébés morts : les aveux de la mère ». *Ouest-France*, article paru et consulté le 4 février 2009.

Durand-Parenti, C. « Nouveau-nés découverts morts dans l'Allier : la mère mise écrouée ». *LePoint.fr*, article paru et consulté le 4 février 2009 sur :
http://www.lepoint.fr/actualites-societe/2009-02-04/nouveau-nes-decouverts-morts-dans-l-allier-la-mere-mise-ecrouee/920/0/313672.

« Le corps de deux bébés découverts dans l'Allier ». *Le Figaro*, article paru et consulté le 4 février 2009 sur :
http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2009/02/02/01016-20090202ARTFIG00572-le-corps-de-deux-bebes-decouverts-dans-l-allier-.php.

8 juin 2010

« 15 ans de réclusion pour la mère infanticide de Montluçon ». *News Auvergne*, article paru et consulté le 8 juin 2010 sur :
http://www.newsauvergne.com/article.php?id=720&rub=2.

« Quinze ans de réclusion pour une mère accusée d'avoir laissé mourir ses nouveaux-nés ». *EasyDroit.fr*, article paru et consulté le 8 juin 2010.

24 mars 2011

« Riom : une mère infanticide jugée en appel ». *Europe1.fr*, article paru le 24 mars 2011 et consulté le 18 août 2011 sur :
http://www.europe1.fr/Faits-divers/Riom-une-mere-infanticide-jugee-en-appel-469561/.

26 mars 2011

« Double infanticide à Montluçon : la mère condamnée à 8 ans en appel (direct terminé) ». *www.lamontagne.fr*, article paru le 26 mars 2011 et consulté le 18 août 2011 sur : http://www.lamontagne.fr/editions_locales/riom/double_infanticide_a_montlucon_la_mere_condamnee_a_8_ans_en_appel_direct_termine_@CARGNjFdJSsBExwBBB8-.html.

Cas n°22

« La Clau - Perpignan : 12 ans de prison pour la mère infanticide, 4 mois pour le père - Société ». *laclau.net*, article paru et consulté le 25 octobre 2008 sur : http://www.la-clau.net/noticia/perpignan-12-ans-de-prison-pour-la-mere-infanticide-4-mois-pour-le-pere-1169.

« La Clau - Perpignan : la mère infanticide avait caché sa grossesse à ses proches ». *laclau.net*, article paru et consulté le 23 octobre 2008 sur : http://www.la-clau.net/info/1164/perpignan-la-mere-infanticide-avait-cache-sa-grossesse-a-ses-proches-1164.

Cas n°23

13 novembre 2008

« Infanticide : Elle avait tué bébé : 4 ans de prison avec sursis ». *TF1 News*, article paru et consulté le 13 novembre 2008 sur :
http://lci.tf1.fr/france/justice/2008-11/elle-avait-tue-bebe-4-ans-de-prison-avec-sursis-4868262.html.

« Infanticide: une jeune fille issue d'une famille "stricte" ». *L'express.fr*, article paru et consulté le 13 novembre 2008 sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/infanticide-une-jeune-fille-issue-d-une-famille-stricte_700689.html.

« Jugée pour infanticide à la suite d'un déni de grossesse ». *Le Parisien.fr*, article paru et consulté le 13 novembre 2008 sur :
http://www.leparisien.fr/faits-divers/jugee-pour-infanticide-a-la-suite-d-un-deni-de-grossesse-13-11-2008-308467.php.

Cas n°24

2 avril 2009

« Assises. Reynerie : elle avait jeté le corps de son bébé dans le lac ». *ladepeche.fr*, article paru et consulté le 2 avril 2009 sur :
http://www.ladepeche.fr/article/2009/04/02/586298-assises-reynerie-elle-avait-jete-le-corps-de-son-bebe-dans-le-lac.html.

3 avril 2009

« Infanticide de Reynerie : un drame sur fond de déni de grossesse ». *ladepeche.fr*, article paru et consulté le 3 avril 2009 sur :
http://www.ladepeche.fr/article/2009/04/03/586915-infanticide-de-reynerie-un-drame-sur-fond-de-deni-de-grossesse.html.

4 avril 2009

« Reynerie. Pas de prison pour la mère infanticide ». *ladepeche.fr*, article paru et consulté le 4 avril 2009 sur :
http://www.ladepeche.fr/article/2009/04/04/587193-Reynerie-Pas-de-prison-pour-la-mere-infanticide.html.

Cas n°25

15 octobre 2007

« Une Toulousaine accusée d'avoir tué et congelé son bébé ». *Le Figaro - Flash actu*, article paru et consulté le 15 octobre 2007 sur :
http://www.lefigaro.fr/france/20061103.FIG000000188_une_toulousaine_accusee_d_avoir_tue_et_congele_son_bebe.html.

26 octobre 2010

Cohadon, J. « La douleur et les larmes de la mère infanticide ». *ladepeche.fr*, article paru et consulté le 26 octobre 2010 sur :
http://www.ladepeche.fr/article/2010/10/26/935368-la-douleur-et-les-larmes-de-la-mere-infanticide.html.

27 octobre 2010

« Acquittement d'une mère poursuivie pour infanticide à Toulouse ». *LeParisien.fr*, article paru et consulté le 27 octobre 2010 sur :
http://www.leparisien.fr/toulouse-31000/acquittement-d-une-mere-poursuivie-pour-infanticide-a-toulouse-27-10-2010-1127236.php.

28 octobre 2010

Cohadon, J. « La mère acquittée de la mort de son bébé ». *Ladépêche.fr*, article paru et consulté le 28 octobre 2010 sur :

http://www.ladepeche.fr/article/2010/10/28/937011-la-mere-acquittee-de-la-mort-de-son-bebe.html.

« Mères infanticides : l'une acquittée à Toulouse, 8 ans de réclusion pour l'autre dans l'Aude ». *Ladépêche.fr*, article paru et consulté le 28 octobre 2010 sur :
http://www.ladepeche.fr/article/2010/10/28/937020-meres-infanticides-l-une-acquittee-a-toulouse-8-ans-de-reclusion-pour-l-autre-dans-l-aude.html.

Cas n°26

3 novembre 2006

Chichizola, J. et C. Louis. « Une Toulousaine accusée d'avoir tué et congelé son bébé ». *LeFigaro.fr*, article paru le 3 novembre 2006 et consulté le 15 octobre 2007 sur : http://recherche.lefigaro.fr/recherche/access/lefigaro_fr.php?archive=BszTm8dCk78Jk8uwiNq9T1Zqxg6RZR8IsJ%2Bpf1%2F7APCfP9D72T1otlT7Wcot953e.

16 mars 2009

« La mère infanticide en appel – Toulouse ». *Ladépêche.fr*, article paru et consulté le 16 mars 2009 sur : http://www.ladepeche.fr/article/2009/03/16/573958-La-mere-infanticide-en-appel.html.

4 avril 2009

« Reportage Verdict (L'affaire Laude-Sansuc) ». *France 5*, émission diffusée le 4 avril 2009 et peut être visionnée sur : http://www.dailymotion.com/video/xf5jd7_reportage-verdict-l-affaire-laude-s_webcam?fbc=427.

Cas n°27

21 avril 2009

« Troyes: infanticide suspecté ». *Le Figaro - Flash actu*, article paru et consulté le 21 avril 2009.

22 avril 2009

« Troyes : Soupçonnée d'infanticide(s), une femme écrouée ». *TF1 News*, article paru et consulté le 22 avril 2009 :

http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2009-04/soupconnee-d-infanticide-une-femme-ecrouee-4861265.html.

24 mai 2011

« Infanticide : une accusée difficile à cerner ». *L'Est-Eclair*, article paruet consulté le 24 mai 2011 sur :
http://www.lest-eclair.fr/article/a-la-une/infanticide-une-accusee-difficile-a-cerner.

25 mai 2011

« Sandrine Dutertre condamnée à 10 ans de réclusion ». *champagne-ardenne.france3.fr*, article paru et consulté le 25 mai 2011 sur :
http://champagne-ardenne.france3.fr/info/sandrine-dutertre-condamnee-a-10-ans-de-reclusion-68896304.html.

26 mai 2011

Alanièce, V. « Dix ans de prison pour la mère infanticide ». *L'Est-Eclair*, article paru et consulté le 26 mai 2011 sur :
http://www.lest-eclair.fr/article/a-la-une/dix-ans-de-prison-pour-la-mere-infanticide.

Cas n°28

29 avril 2011

Carpentier, J :

« Devant la juge, Dominique Cottrez répète avoir été violée par son père ». *La Voix du Nord*, article paru le 29 avril 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.lavoixdunord.fr/Region/actualite/Secteur_Region/2011/04/29/article_devant-la-juge-dominique-cottrez-repete.shtml.

« Infanticides : vers la remise en liberté de Dominique Cottrez ? » *La Voix du Nord*, article paru le 29 avril 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.lavoixdunord.fr/Locales/Douai/actualite/Secteur_Douai/2011/04/29/article_infanticides-vers-la-remise-en-liberte-d.shtml.

6 mai 2011

« Infanticides de Villers-au-Tertre : un non-lieu dans l'affaire Cottrez ? » *La Voix du Nord*, article paru le 6 mai 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.lavoixdunord.fr/actualite/L_info_en_continu/Region/2011/05/06/article_villers-au-tertre-me-berton-demande-le-non-lieu.shtml.

« Une Française accusée de huit infanticides demande un non-lieu ». *cyberpresse.ca*, article paru le 6 mai 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.cyberpresse.ca/international/europe/201105/06/01-4396852-une-francaise-accusee-de-huit-infanticides-demande-un-non-lieu.php.

7 mai 2011

Lefebvre, C. « Octuple infanticide de Villers-au-Tertre : un non-lieu dans l'affaire Cottrez ? » *La Voix du Nord*, article paru le 7 mai 2011 et consulté le 17 octobre 2011 sur : http://www.lavoixdunord.fr/Region/actualite/Secteur_Region/2011/05/07/article_octuple-infanticide-de-villers-au-tertre.shtml.

27 mai 2011

« Affaire Cottrez : la juge refuse la demande de prescription de la défense ». *L'Observateur du Douaisis.fr*, article paru le 27 mai 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.lobservateurdudouaisis.fr/actualite/Affaire-Cottrez--la-juge-refuse-la-demande-de-prescription-de-la-defense,1.media?a=2659.

13 juillet 2011

« Infanticides de Villers-au-Tertre : première confrontation des époux Cottrez ». *La Voix du Nord*, article paru le 13 juillet 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.lavoixdunord.fr/actualite/L_info_en_continu/Region/2011/07/13/article_infanticides-de-villers-au-tertre-premi.shtml.

14 juillet 2011

Flamen P.-L, et M. Démarest. « Infanticides de Villers-au-Tertre : première rencontre depuis décembre pour les époux Cottrez ». *La Voix du Nord*, article paru le 14 juillet 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.lavoixdunord.fr/Region/actualite/Secteur_Region/2011/07/14/article_infanticides-de-villers-au-tertre-premie.shtml.

21 juillet 2011

« Infanticides de Villers-au-Tertre : un an après, Dominique Cottrez reste en détention ». *La Voix du Nord*, article le 21 juillet 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.lavoixdunord.fr/actualite/L_info_en_continu/Region/2011/07/21/article_affaire-de-villers-au-tertre-un-an-apr-e.shtml.

25 juillet 2011

Leroy, S :

« Un an après, la vérité avance dans l'affaire Cottrez ». *Nordéclair.fr*, article paru le 25 juillet 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.nordeclair.fr/Actualite/2011/07/25/un-an-apres-la-verite-avance-dans-l-affa.shtml.

« Une audience cruciale programmée en septembre ». *Nordéclair.fr*, article paru le 25 juillet 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.nordeclair.fr/Actualite/2011/07/25/une-audience-cruciale-programmee-en-sept.shtml.

1er août 2011

Kwiczor, D. « Infanticides de Villers-au-Tertre : Dominique Cottrez reste en détention ». *L'Observateur du Douaisis*, article paru le 1er août 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.lobservateurdudouaisis.fr/01082011Infanticides-de-Villers-au-Tertre--Dominique-Cottrez-reste-en-detention,1.media?a=2838.

16 septembre 2011

« Infanticides de Villers-au-Tertre : la prescription des faits a été examinée ce matin ». *La Voix du Nord*, article paru le 16 septembre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://www.lavoixdunord.fr/actualite/L_info_en_continu/Region/2011/09/16/article_infanticides-de-villers-au-tertre-la-pre.shtml.

« Octuple infanticide: décision sur la prescription le 7 octobre ». *AFP France*, article paru le 16 septembre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur : http://intranet.paris.msf.org/apps/afp.nsf/dx/F77E061502542A4BC125790D003F99B2.

17 septembre 2011

« Affaire des infanticides : et si les faits étaient prescrits ? ». *La Voix du Nord*, article paru le 17 septembre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :

http://www.lavoixdunord.fr/Locales/Douai/actualite/Secteur_Douai/2011/09/17/article_affaire-des-infanticides-et-si-les-faits.shtml.

6 octobre 2011

« Octuple infanticide: décision sur une éventuelle prescription ». *AFP France*, article paru le 6 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://intranet.paris.msf.org/apps/afp.nsf/dx/E16699A1ED2344CEC12579210043E729.

7 octobre 2011

« Affaire Cottrez : les crimes ne sont pas prescrits ». *Europe1.fr*, article paru le 7 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.europe1.fr/France/Affaire-Cottrez-les-crimes-ne-sont-pas-prescrits-755699/.

« Dominique Cottrez pourrait être jugée pour huit infanticides ». *L'express.fr*, article paru le 7 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.lexpress.fr/outils/imprimer.asp?id=1038263&k=19.

« Infanticides de Villers-au-Tertre : Dominique Cottrez ne devrait pas échapper aux assises ». *La Voix du Nord*, article paru le 7 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.arras.maville.com/actu/actudet_-Infanticides-de-Villers-au-Tertre&160;-Dominique-Cottrez-ne-devrait-pas-&233;chapper-aux-assises_12617-2010332_actu.Htm.

Lefebvre, C. « Villers-au-Tertre : les huit infanticides ne sont pas prescrits ». *La Voix du Nord*, article paru le 7 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.lavoixdunord.fr/actualite/L_info_en_continu/Artois/2011/10/07/article_infanticides-de-villers-au-tertre-dominique.shtml.

« Octuple infanticide de Villers-au-Tertre : les faits ne sont pas prescrits ». *L'Observateur du Douaisis*, article paru le 7 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.lobservateurdudouaisis.fr/07102011douaisis--villers-au-tertre--infanticides--dominique--cottrez--berton--carlier--gribouva--meurtre--enfant,1.media?a=3005.

« Octuple infanticide: selon la cour d'appel, les faits ne sont pas prescrits ». *AFP France*, article paru le 7 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://intranet.paris.msf.org/apps/afp.nsf/dx/05F762888C17FA23C12579220050A10D.

« Octuple infanticide: selon la cour d'appel, les faits ne sont pas prescrits ». *AFP France*, article paru le 7 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://intranet.paris.msf.org/apps/afp.nsf/dx/CC537DD07A9AB1F2C12579220047BFAA.

8 octobre 2011

« Infanticides ». *Le Parisien.fr*, article paru le 8 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.leparisien.fr/imprimer.php?url=http%3A//www.leparisien.fr/abo-faits-divers/infanticides-08-10-2011-1643749.php.

« Infanticides : pour la cour d'appel, les faits ne sont pas prescrits ». *La Voix du Nord*, article paru le 8 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.lavoixdunord.fr/Locales/Douai/actualite/Secteur_Douai/2011/10/08/article_infanticides-pour-la-cour-d-appel-les-fa.shtml.

Lefebvre, C. « Villers-au-Tertre : pour la cour d'appel de Douai, les huit infanticides ne sont pas prescrits ». *La Voix du Nord*, article paru le 8 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.lavoixdunord.fr/Region/actualite/Secteur_Region/2011/10/08/article_villers-au-tertre-pour-la-cour-d-appel-d.shtml.

10 octobre 2011

Aballain, O. « Cottrez part en cassation ». *20minutes.fr*, article paru le 10 octobre 2011 et consulté le 19 octobre 2011 sur :
http://www.20minutes.fr/lille/802788-cottrez-part-cassation#commentaires.

« Huit infanticides expliqués par le déni de grossesse ? » *PsychoEnfants*, article consulté le 19 octobre 2011 :
http://www.psychoenfants.fr/fichiers/actus999.php?idc=fr_Huit_infanticides_expliques_par_le_deni__44276.

Cas n°29

2 juin 2004

Allain, P.-H. « La mère pratiquait l'infanticide comme contraceptif ». *ForumauFeminin.com*, article paru le 2 juin 2004 et consulté le 17 août 2011.

14 novembre 2005

« Rennes. Le procès d'une mère infanticide ». *ladepeche.fr*, article paru et consulté le 14 novembre 2005.

29 juillet 2010

Cazi E, et P. Egré. « A Tinténiac, Christine accouche seule dans la salle de bains ». *LeParisien.fr*, article paru et consulté le 29 juillet 2010.

Cas n°30

11 mai 2009

« Cour d'assises. Anita Arnoux avait accouché puis tué son bébé à Embrun au printemps 2007 : une jeune mère jugée pour infanticide ». *Le Dauphiné libéré*, article paru et consulté le 11 mai 2009.

13 mai 2009

« Justice. Anita Arnoux: Sept ans de prison pour la jeune mère infanticide ». *Le Dauphiné libéré*, article paru et consulté le 13 mai 2009.

Cas n°31

28 mai 2010

« Bébé retrouvé mort dans un sac poubelle: l'ado n'était pas consciente d'être enceinte ». *LePost.fr*, article paru et consulté le 28 mai 2010.

Tronel, C. « L'adolescente d'Auchel ignorait être enceinte ». *france3.fr*, article paru le 28 mai 2010 et consulté le 22 décembre 2011 sur :

http://nord-pas-de-calais.france3.fr/info/l-adolescente-d-auchel-ignorait-etre-enceinte-63295919.html.

INDEX

Accouchement, 163 et s. 178 et s. 466 et s.

Allaitement, 227 et s. 526 et s.

Amnésie dissociative, 550 et s.

Assassinat, 2, 313 et s. 506, 527

Contraception, 83 et s. 130, 391 et s. 435 et s.

Déclenchement, 185 et s.

Déni de grossesse, 216 et s. 287, 338 et s. 379 et s. 550 et s.

Echographie, 169, 284

Episiotomie, 181 et s.

Examens prénataux, 166 et s.

Féminisme, 246 et s.

Filiation, 379 et s. 425 et s.

Foeticide, 284

Homicide involontaire, 5, 54 et s. 295 et s. 487 et s.

Industrialisation, 18, 163 et s. 226 et s.

Infanticide, 1 et s. 167 et s. 283 et s. 500 et s.

Instrumentalisation, 15, 201

Intention, 6 et s. 286 et s. 497 et s.

Intentionnalité, 474 et s.

Monitoring, 175, 205, 275

Néonaticide, 1, 411 et s.

Neurosciences, 477

Ocytocine, 17, 175 et s. 188, 200, 255 et s.

Péridurale, 17, 165, 174 et s.

Personnalité juridique, 6, 26 et s. 50 et s.

Privation de soins, 494, 508 et s.

Prolactine, 197, 255, 272

Protection pénale, 4 et s. 52 et s.

Représentations, 251, 211, 300 et s. 327, 363 et s. 442 et s.

Responsabilité pénale, 479, 512, 526 et s.

Surmédicalisation, 17, 190, 201 et s. 255, 385

Violences volontaires, 295 et s. 499, 507 et s.

TABLES DES MATIERES

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS 1

SOMMAIRE 4

INTRODUCTION 6

Section 1 : Le déni de justice 9

I- L'absence de considération du droit à l'égard de l'enfant à naître et de la femme enceinte 9

A-Le statut juridique du foetus 10

B- Un combat féministe biaisé 11

II- L'absence de cohérence jurisprudentielle 13

A- Une revue de presse 13

B- La « loterie » judiciaire ou l'erreur législative 15

Section 2 : Le déni des réalités biologiques 17

I- Le non-respect de la maternité 17

A- Le suivi imposant de la grossesse 18

B- La iatrogénicité des accouchements hospitaliers 19

II- Le déni de grossesse 20

PREMIERE PARTIE : « AUTRUI » : UNE CONDITION PREALABLE **25**

TITRE 1 : L'ENFANT JURIDIQUE **26**

CHAPITRE 1 : LE STATUT JURIDIQUE DU FOETUS 27

Section 1 : L'incertaine viabilité de l'enfant à naître 28

I- Une appréciation biologique insuffisante 28

A- Le déclin de la définition traditionnelle de la viabilité 29

1. Les critères de viabilité 29

a. Le critère de la maturité suffisante. 30
b. Le critère de « bonne » conformation 31
2. La réduction progressive du champ d'application de la viabilité 33
a. Dans le domaine social. 33
b. Dans le domaine pénal. 34
B- La nécessité d'une réforme de l'acte d'enfant sans vie 36
1. Les apports de la réforme 37
a. L'enfant mort avant la déclaration de naissance. 37
b. L'enfant mort avant de naître. 38
2. Les insuffisances de la réforme 39
a. L'acte confus d'enfant sans vie. 39
b. L'interprétation restrictive de l'acte d'enfant sans vie. 39
II- La reconnaissance sociale de l'existence prénatale de l'enfant 42
A- Une solution humaniste 43
1. Un critère de viabilité inopérant 43
a. L'hypothèse de l'enfant mort-né non viable 44
b. L'hypothèse de l'enfant mort-né. 44
2. L'apport des nouvelles dispositions réglementaires 45
a. Une portée à nuancer. 46
b. La nécessité d'un certificat d'accouchement 47
B- Des confusions persistantes 50
1. L'indifférence de l'acte d'enfant sans vie sur l'interruption volontaire de grossesse 50
a. L'enfant : le non-objet de l'IVG. 50
b. Acte d'enfant sans vie et interruption de grossesse 51
2. L'indifférence de l'acte d'enfant sans vie sur l'acquisition de la personnalité juridique 52
a. L'absence d'acte de naissance. 52
b. La personne de l'enfant mort-né. 54
Section 2 : Une protection pénale prénatale illusoire 56
I-L'absence de consensus sur la protection pénale prénatale 56
A-L'absence de consensus en droit interne 57
1. La position des juges du fond 57

a. Une position fondée sur la viabilité de l'enfant à naître 57
b. Une position fondée sur le critère de vie. 60
2. La position de la Cour de cassation 63
a. La position de la chambre criminelle. 64
b. La position de l'Assemblée plénière. 66
B-L'absence de consensus en droit comparé 71
1. L'affaire Vo c/ France 72
a. Les thèses en présence. 72
b. La position des institutions européennes. 75
2. Un avis plus qu'une solution 77
a. Une législation européenne diffuse. 77
b. L'absence de violation du droit à la vie. 78
II-La résistance de la protection pénale de l'enfant à naître 81
A- L'homicide fœtal d'outre-Atlantique 81
1. La controversée incrimination d'homicide fœtal 83
a. L'homicide fœtal dans ses formes diverses. 83
b. Vers un droit à l'avortement menacé. 86
2. Les enfants non encore nés victimes d'actes criminels 88
a. Le statut de personne de l'enfant à naître 89
b. L'atteinte portée aux droits de la femme enceinte. 91
B- L'humanité de l'enfant à naître 93
1. Une intervention nécessaire 93
a. Des incohérences persistantes. 93
b. Des propositions législatives insuffisantes. 95
2. Une interprétation restrictive de la loi pénale 98
a. L'enfant à naître 99
b. L'indifférence de l'interruption volontaire de grossesse 101

CHAPITRE 2 : L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE 103

Section 1 : D'une situation de détresse à la liberté de la femme 106
I- Une législation fondée sur la situation de détresse de la femme enceinte 106
A- L'état de nécessité d'un compromis 106

1. Une loi pragmatique 107
a. L'inefficacité de la répression. 107
b. La persévérance du militantisme. 110
2. Une loi dissuasive et protectrice 112
a. Une contrepartie dissuasive. 113
b. La protection relative de la femme. 114
B- L'ambiguïté du fondement juridique 118
1. L'impossible état de péril 118
a. L'incompatibilité de qualifications. 118
b. La distinction opérée par la loi. 120
2. Le doute sur l'état de nécessité 122
a. La raison de la conformité constitutionnelle. 122
b. La primauté de l'état de détresse. 125
II- L'autorisation de la loi comme nouveau fondement de la législation 127
A- Un accès à l'IVG facilité 129
1. Une interruption de grossesse source d'inégalités 129
a. Les imperfections d'application de la législation 130
b. La suppression de la clause de conscience des chefs de service. 131
2. Une procédure préalable stigmatisante 131
a. L'IVG : une déviance morale légale. 132
b. La suppression du caractère obligatoire des entretiens. 135
B- L'équilibre des intérêts en présence respecté 137
1. Un allongement du délai légal dans le respect de la dignité de la personne humaine 137
a. Les réticences médicales. 137
b. Les réticences juridiques. 139
2. Les derniers remparts au droit à l'avortement 141
a. Une autorisation légale limitée par l'établissement d'un délai légal. 142
b. La persistance des inégalités 143
Section 2 : Une liberté aux injonctions contradictoires 149
I- Une liberté normativisée 149
A- D'une maternité subie à une maternité volontaire 150
1. Une maternité volontaire empreinte de domination masculine 151

a. Sur le plan de la contraception 151
b. Sur le plan professionnel et domestique. 154
2. Une maternité volontaire empreinte d'une domination médicale 155
a. L'adaptation de la contraception 155
b. L'éventail des moyens de contraception 156
B- Pas d'enfant sans père 158
1. La faible implication des hommes 159
a. L'aspect biologique. 159
b. Le ressenti des hommes. 160
2. Une étroite place accordée aux hommes 161
II- Une norme procréative aux injonctions contradictoires 162
A- La difficile conjugaison professionnelle 163
1. La difficile conciliation entre maternité et carrière professionnelle 163
2. La persistance des inégalités hommes / femmes sur le marché du travail 165
B- L'existence d'un projet parental 167
1. L'interruption volontaire de grossesse ou l'échec d'un projet parental 167
2. L'interruption volontaire de grossesse ou l'échec de la norme procréative 169

TITRE 2 : L'ENFANT MEDICALISE 173

CHAPITRE 1 : L'INDUSTRIALISATION DE LA NAISSANCE 174

Section 1 : La course au « risque zéro » 176
I- De la protection discrète à la prise en charge imposée 176
A- Une grossesse strictement encadrée 176
1. Un imposant suivi socio-médical de la grossesse 177
2. « Le contrôle qualité » 179
B- La prise en considération de la douleur 180
1. La mise à l'écart des sages-femmes ou la domination masculine dans le savoir de la naissance 181
a. La sage-femme chez les mammifères. 181
b. La prise en charge de la douleur. 182
2. La péridurale 184

a. L'intérêt organisationnel. 184
b. L'incidence néfaste sur le déroulement de l'accouchement 185
II- La sécurité : un argument déguisé 187
A- Un accouchement surmédicalisé 187
1. Une posture inadaptée 188
a. Lors de la première phase de l'accouchement 188
b. Lors de la seconde phase de l'accouchement 189
2. Un accouchement à contretemps 190
a. L'ocytocine 191
b. L'épisiotomie 191
B- Les naissances sur rendez-vous 194
1. Le déclenchement de l'accouchement ou la maîtrise du temps 194
a. La convenance des professionnels de santé. 195
b. L'impact sanitaire du déclenchement 197
2. Le coût psychosocial des césariennes 199
a. La tarification « césarisée » de l'accouchement 200
b. Les conséquences sanitaires et sociales de la césarienne. 202
Section 2 : Pour une maternité plus humaine 204
I- Une singularité oubliée 204
A- La confusion sécuritaire 204
1. L'omniprésence de la surveillance humaine 205
a. La surveillance électronique 205
b. Une surveillance inefficace 207
2. Un développement altéré de l'adulte en devenir 209
a. Une surmédicalisation 209
b. Surmédicalisation et maladies mentales. 210
B- La sécurité de la réalité biologique 212
1. Le besoin naturel d'intimité 212
a. La prééminence primitive. 212
b. La perturbation par la stimulation. 214
2. Les accouchements démédicalisés 215
a. La réalité française de l'accouchement 215
b. L'accouchement 218

II- Accouchements illustrés 220
A- Récit d'accouchements en « solitaire » 220
1. Récit d'un accouchement à domicile par conviction 221
2. Récit d'un accouchement « inopiné » à domicile 225
B- Les conditions de naissance d'enfants clandestins 229
1. Les accouchements dans le déni 229
a. Récits d'accouchées. 229
b. Complications obstétricales et levée du déni. 232
2. De quelques accouchements meurtriers 235

CHAPITRE 2 : LA NORME BIOLOGIQUE MENACEE 238

Section 1 : L'allaitement en conflit 239
I- Un allaitement maternel aux bienfaits insuffisamment convaincants 239
A- Les apports nutritionnels du lait maternel ou les fondements du choix de l'allaitement 240
1. Le constat en France d'un allaitement très faible 240
a. Données sociologiques. 241
b. L'inadaptation du droit de l'allaitement 243
2. Les bienfaits de l'allaitement maternel 247
B- La concurrence déloyale du lait industriel 251
1. Un cadre législatif insuffisant 251
2. La nocivité du non-allaitement 253
II- Les spécificités françaises dans l'échec de l'allaitement maternel 257
A- Allaitement prolongé et « déterminants intrapsychiques » 257
1. Le rôle du féminisme sur le regard sociétal de maternité 258
a. L'affrontement des mouvements féministes. 258
b. La Leche League et l'allaitement 259
2. L'approche psychologique de l'allaitement prolongé 262
B- La norme biologique de l'allaitement long 265
1. L'approche anthropologique de l'allaitement long 265
2. L'allaitement maternel et les liens mère-enfant 269
Section 2 : Les théories de l'attachement 272

I- L'établissement de liens dans la réciprocité 273
A- Les liens enfant-mère ou la théorie de l'attachement 274
1. L'établissement de la proximité physique 274
a. L'agrippement. 274
b. Les pleurs. 275
2. Le maintien de la proximité 276
a. Par le visuel. 276
b. Par la succion. 277
B- Perspectives éthologiques du lien mère-enfant (*Bonding*) 278
1. Les interactions de survie et d'identification 279
a. Les interactions tactiles. 279
b. Les interactions de reconnaissance. 281
2. Les actions hormonales 283
II- Le maintien de liens dans la fragilité 285
A. Perspectives socio-médicales 285
B- Perspectives psychologiques du lien mère-enfant (*Caregiving)* 287
1. Les représentations cognito-émotionnelles 287
2. Les troubles d'un attachement contrarié 290
a. La *strange situation*. 290
b. Les troubles consécutifs. 290

DEUXIEME PARTIE : L'INTENTION : UNE CONDITION DISCUTABLE 293

TITRE 1 : DE L'INTENTION DANS LES REPRESENTATIONS 294

CHAPITRE 1 : L'OBJECTIVITE DE L'INTENTION JURIDIQUE 295

Section 1 : L'approche théorique de l'intention 297
I- Les composantes de l'intention 297
A- Les composantes de l'intention 298
1. La conscience infractionnelle 298
2. La volonté infractionnelle 299
a. La volonté du comportement et du résultat. 299

b. Les limites de la distinction. 301
B- Les conceptions de l'infraction 304
1. La conception matérielle de l'infraction 305
2. La conception subjective de l'infraction 306
a. L'imputabilité : une conception subjective de l'infraction. 306
b. L'imputabilité indépendamment de tout élément moral. 307
II- Les distinctions doctrinales 308
A- Le dol : une notion d'inspiration doctrinale 309
1. Le dol général ou l'élément moral objectif de l'infraction 310
2. Le dol spécial ou l'élément moral subjectif de l'infraction 311
B- Vers une nouvelle théorie de la culpabilité ? 312
1. Une théorie fondée sur la subjectivisation de la cause 312
2. Une culpabilité au service du principe de l'individualisation de la peine 313
Section 2 : L'insuffisance de « l'intention juridique » dans le meurtre du nouveau-né 315
I- La notion de tentative au secours de la notion d'intention 315
A- La théorie générale de la tentative 315
1. Le fondement de la tentative 316
a. Naissance de la tentative. 316
b. La tentative en droit pénal contemporain. 317
2. Les éléments constitutifs de la tentative 317
a. Le commencement d'exécution. 317
b. Le désistement involontaire. 321
B- La tentative d'infraction impossible 324
1. La thèse objective de l'impunité 325
a. Le contenu de la thèse. 325
b. Les limites de la thèse. 326
2. L'application subjective de la répression 327
a. Plaidoirie en faveur d'une répression de la tentative d'infraction impossible. 328
b. L'application jurisprudentielle. 330
II- L'insuffisance du recours à la notion d'infraction impossible 331
A- L'infraction impossible de meurtre sur un nouveau-né 331

1. Pas de meurtre sur mineur de quinze ans, faute de condition préalable 332
a. L'absence de vie préalable de la victime. 332
b. Illustration des propos. 333
2. Pas de tentative de meurtre sur un enfant mort-né, faute de commencement d'exécution 336
a. L'absence de commencement d'exécution. 336
b. Illustration des propos. 337
B- La nécessité d'une conscience réelle 338
1. L'indifférence des mobiles 338
a. Des mobiles inopérants dans la caractérisation de l'infraction. 338
b. Des mobiles effectifs dans l'unique détermination de la peine. 341
2. Plaidoyer en faveur d'un droit pénal de l'auteur 343
a. Un droit pénal des faits pour la caractérisation de l'intention 343
b. Un droit pénal de l'auteur pour la détermination de la peine. 347

CHAPITRE 2 : LES ENFANTS DU SILENCE 349

Section 1 : La complexité descriptive des dénis de grossesse 350
I- État des lieux des connaissances 350
A- Un corps peu modifié 351
1. Les signes « sympathiques » 351
a. Une aménorrhée non significative. 351
b. Une grossesse 353
2. La coopération foeto-maternelle 354
a. L'absence de signes extérieurs de grossesse 354
b. La grossesse 356
B- L'épidémiologie des dénis de grossesse 358
1. Un déni sans typologie 359
a. L'absence de références sociodémographiques. 359
b. L'absence de troubles psychiatriques. 360
2. Un déni contagieux 362
a. Le déni familial. 362
b. Le père dans le déni. 363

II- Les négations de grossesse 364
A- Une appréhension évolutive de la notion 364
1. Dissimulation et déni de grossesse 364
a. Repères historiques. 364
b. La grossesse 366
2. Dénégation et déni de grossesse 370
a. La dénégation. 371
b. Le polymorphisme du déni de grossesse 375
B- L'impossible caractérisation 377
1. Le déni de grossesse : symptôme ou pathologie ? 377
2. Le refus des classifications internationales 378
Section 2 : La multiplicité causale des dénis de grossesse 381
I- Un vécu traumatisant 381
A- Le déni de grossesse ou le symptôme d'une misère affective 381
1. Déni de grossesse et théorie de l'attachement 382
a. Une information « dérangeante ». 382
b. La part des ancêtres. 383
2. L'absence de grossesse psychique 386
B- Le déni de grossesse ou le déni du corps 387
1. Le déni de grossesse ou le désir inconscient d'une grossesse non médicalisée 388
2. Le déni de grossesse ou le symptôme d'une sexualité impossible 390
II- Un désir ambivalent d'enfant 391
A- Le désir d'enfant : désir socioculturel ou instinct de reproduction ? 392
1. La construction sociale du désir d'enfant 392
2. La disparition progressive de l'instinct de reproduction 395
a. Chez les mammifères inférieurs. 396
b. Chez les hominidés. 397
B- Des risques sanitaires non négligeables 398
1. Le déni du patient 399
a. L'incrédulité médicale. 399
b. Propositions préventives. 400
2. Le déni des relations en devenir 402

a. La relation mère-enfant. 402
b. Sur les grossesses futures. 404

TITRE 2 : LE TRAITEMENT PENAL DU MEURTRE DU NOUVEAU-NE 406

CHAPITRE 1 : LA SUBJECTIVITE DE L'INTENTION PSYCHIQUE 408

Section 1 : Le contexte néonaticide 409
I- Caractéristiques sociodémographiques 409
A- Disparités culturelles 409
1. De jeunes femmes célibataires 409
a. Incertitudes scientifiques. 410
b. La naissance du néonaticide 411
2. La problématique des biais méthodologiques 413
a. Exposé de l'échantillon. 413
b. Discussion. 416
B- Le néonaticide paternel 417
1. Le néonaticide paternel par commission 417
a. Une étude de cas unique. 418
b. Discussion. 419
2. Le néonaticide paternel par omission 420
a. Typologie des géniteurs. 421
b. Responsabilité psychique. 422
II- Caractéristiques psychofamiliales 423
A- Le contexte familial du néonaticide 423
1. Une misère affective 424
a. Une misère affective aux multiples facettes. 424
b. Illustrations des propos. 425
2. État de passivité 428
a. A l' égard d'une éventuelle maternité. 428
b. A l' égard de la vie quotidienne. 430
B- De quelques occurrences 431
1. Une contraception inappropriée 432

a. L'inadaptation de la contraception 432
b. L'incapacité de prévenir. 433
2. Une grossesse non suivie 437
a. Par méfiance du monde médical. 437
b. Par l'absence de nécessité subjective. 438
Section 2 : Les représentations à l'œuvre dans le néonaticide 440
I- Le meurtre du nouveau-né : une grave altération de la représentation de la grossesse 440
A- L'impossible transmission de la vie 440
1. Une grossesse non-pensée 441
a. L'épineuse question du déni de grossesse 441
b. Des femmes en état de rumination. 444
2. Le néonaticide ou l'impossible filiation 446
a. Une filiation 446
b. Le déni du don de l'autre. 447
B- Les cas complexes de réitération 448
1. État de la littérature 448
a. Littérature étrangère. 448
b. Les affaires françaises. 449
2. Illustration des propos 451
a. Des tierces interventions traumatiques. 451
b. Des découvertes tardives de grossesses précédentes. 452
II- Le meurtre du nouveau-né ou la mise à mal des représentations judiciaires 455
A- Les circonstances des faits 455
1. Les constatations médico-légales 456
2. Les conditions de l'accouchement 461
B. Les maux des accusées 466
1. Le recueil de la parole 466
a. Le contenu de la parole. 466
b. La rationalisation des faits. 469
2. Le meurtre du nouveau-né et la notion d'intentionnalité 470

CHAPITRE 2 : LA NON-SUBJECTIVITE DU TRAITEMENT PENAL 474

Section 1 : De l'autonomie à l'indifférence 475
I- L'évolution législative de l'infanticide 475
A- L'infanticide : une pratique originelle non criminelle 475
1. L'enfant objet de propriété 476
2. L'enfant sujet de protection divine 478
B- Une répression maximale du crime d'infanticide 479
1. Les difficultés de constitution du crime 480
a. La difficile détermination de la qualification pénale. 480
b. L'incertitude du législateur quant à la répression. 484
2. La clémence des jurés ou l'échec de la répression 488
II- La « loterie judiciaire » de l'homicide volontaire sur mineur de quinze ans 491
A. Des qualifications pénales inadaptées 491
1. En termes de mises en examen 494
* Le total des mises en examen (55) figurant dans le tableau ci-dessous ne correspond pas au total des nouveau-nés décédés car une femme initialement mise en examen pour le meurtre 497
2. En termes de condamnation 498
B. Des condamnations disparates 506
1. Relativement aux longues et moyennes peines 508
2. Relativement aux courtes peines 510
Section 2 : La nécessité d'une nouvelle autonomie de la qualification 515
I- La puerpéralité comme fondement de l'autonomie 515
A- Le trouble mental de l'accouchement et de l'allaitement 515
1. L'Infanticide Act 516
2. Les remises en cause contemporaines 519
a. Remises en cause anglo-saxonnes. 519
b. Remises en causes canadiennes. 521
B- L'opportunité d'une autonomie 522
1. L'ignorance des spécificités du crime de néonaticide 523
2. Le nouveau-né : l'élément constituant du crime de néonaticide 526
II- La responsabilité pénale des femmes néonaticides 529

A- Le trouble psychique ou neuropsychique comme fondement de la responsabilité pénale 529
1. L'établissement du trouble psychique ou neuropsychique 530
a. L'état de démence. 531
b. Le trouble psychique ou neuropsychique. 532
2. Les conditions d'appréciation de la responsabilité pénale 534
a. L'existence d'un trouble mental au moment des faits. 534
b. La preuve du trouble. 536
B- Les femmes néonaticides : des femmes pénalement responsables 541
1. Les troubles dissociatifs 541
a. L'amnésie dissociative 541
b. L'hypothèse d'un état de sidération. 548
2. L'obligation de soins : l'élément fondamental de la répression 556

BIBLIOGRAPHIE 560

TRAITES, MANUELS et OUVRAGES GENERAUX 561
OUVRAGES SPECIAUX et OUVRAGES COLLECTIFS 564
THESES et MEMOIRES 576
ENCYCLOPEDIES 577
ARTICLES DE REVUE 579
NOTES DE JURISPRUDENCE 641
RAPPORTS et COLLOQUES 659
SITES INTERNET 665
ARTICLES DE PRESSE 666
ANNEXES 680

ANNEXE 1 : 681
TABLEAU RECAPITULATIF DE LA JURISPRUDENCE SUR LE STATUT JURIDIQUE DU FOETUS 681
ANNEXE 2 : EXAMENS PRENATAUX 684
ANNEXE 3 : LA SITUATION ETRANGE 687
ANNEXE 4 : 688

SCHEMES DE COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET DU CAREGIVER AVANT L'ÂGE DE 18 MOIS 688
ANNEXE 5 : TABLEAU COMPARATIF DES ETUDES SUR LE NEONATICIDE 689
ANNEXE 6 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PROCEDURES 690
ANNEXE 7 : REVUE DE PRESSE DES CAS ETUDIES 696

INDEX 757

TABLES DES MATIERES 760