

## Les facteurs incitant une tentative d'infanticide : à propos d'un cas

### *Factors encouraging attempted infanticide: about one case*

E.O. Rahanitrondrasana (1)\*, H. Ratobimanankasina (2), A. Raharivelo (3)

(1) Hôpital Universitaire de Santé Mentale Anjanamasina, CHU d'Antananarivo

(2) Service de Psychiatrie, CHU de Toamasina

(3) Service de Psychiatrie, Hôpital Joseph Raseta Befelatanana, CHU d'Antananarivo

#### Résumé

L'objectif est d'attirer l'attention de l'équipe soignante sur l'existence des facteurs de risques prénataux d'une tentative d'infanticide. Une femme âgée de 32 ans était vue en consultation à l'hôpital Universitaire de Santé mentale d'Anjanamasina, Antananarivo vers le début de la soirée suite à une agression envers son nourrisson de 6 mois et une semaine. Son observation a permis de trouver cinq situations prénatales pourvoyeurs d'infanticide. Une prise en charge multidisciplinaire constituerait une prévention de l'infanticide et pourrait améliorer la santé maternelle et infantile.

**Mots-clés:** facteurs de risque, tentative, infanticide, Antananarivo

#### Abstract

The objective is to draw the attention of the health care team about the existence of prenatal risk factors for attempted infanticide. A woman aged 32 was seen in consultation with the University Hospital Mental Health Anjanamasina, Antananarivo towards the early evening following an aggression towards his infant 6 months and one week. His observation has allowed to find five situations providers of prenatal infanticide. A multidisciplinary management constitute preventing infanticide and could improve maternal and child health.

**Keywords:** risk factors, attempt, infanticide, Antananarivo

## Introduction

L'infanticide est un terme utilisé de tout temps pour définir le meurtre d'un enfant. Il est utilisé dans tous les sens, sans qu'un sens ne puisse lui être universellement donné. Il a parfois désigné le meurtre de l'enfant par la mère, parfois le meurtre d'un enfant par l'un de ses parents ou par une personne étrangère à la famille [1]. Il a aussi pu désigner le meurtre d'un nouveau-né ou encore d'un enfant plus âgé [2]. Plusieurs factures étaient avancées comme causes d'une infanticide. Les troubles mentaux étaient les plus étudiés quand à l'origine du passage à l'acte [3,4] La méconnaissance de ses facteurs pourrait retarder la prise en

charge, pourtant l'infanticide est une urgence. Ainsi, objectif de ce travail est d'attirer l'attention de l'équipe soignante sur l'existence des facteurs de risques prénataux d'une tentative d'infanticide afin qu'on puisse anticiper la prise en charge maternelle et infantile.

## Observation

RAS était vu en consultation à l'hôpital Universitaire de Santé mentale d'Anjanamasina, Antananarivo vers le début de la soirée suite à une agression envers son nourrisson de 6 mois et une semaine.

C'est une femme âgée de 32 ans, mariée légitime, ayant 3 enfants, domiciliée au centre-ville d'Antanana-

rivo. En effet, dans la matinée du jour d'hospitalisation et quelques minutes après un petit déjeuner ; elle aurait quitté la table brusquement, serait sorti de sa maison en tenant son bébé avec un seul pied, tête en bas.

Les entretiens ont révélé que depuis novembre 2010, elle quittait souvent son foyer à cause des disputes conjugales et avec sa belle-mère.

En mars 2011, une consultation médicale suite à une fatigue persistante a révélé une grossesse. L'accouchement a été beaucoup plus tôt que prévu, avec naissance d'une fille apparemment à terme. Une situation qui a créé des doutes sur la date et circonstance de la conception. Une semaine après l'accouchement, le père a finalement accepté l'enfant comme enfant légitime. Quand le bébé avait un mois, le mari avait constaté que sa femme commençait à maltraiter le bébé. De temps en temps, elle avait refusé de prendre en soin du bébé. L'agression était devenue de plus en plus intense. En effet, l'enfant présentait un retard statur pondéral (5 kg à l'âge de 6 mois) et un retard sur le calendrier de vaccination.

Dans son antécédent psychiatrique; elle avait fait une psychose aiguë nécessitant une hospitalisation à l'hôpital universitaire de santé mentale Anjanamasina en novembre 2008, et a arrêté son traitement sans avis médical depuis juin 2009. Elle a été sous contraceptif injectable en 2008 mais elle l'a arrêté en janvier 2010.

A l'admission, la patiente avait une humeur triste, elle était cohérente, coopérante et niait totalement l'existence du fait rapporté par son mari et sa belle-mère.

Le diagnostic d'une tentative d'infanticide était posé devant l'agression brutale envers un nourrisson, et l'association de plusieurs facteurs de risques prénataux tels que le déni de grossesse, enfant non désiré, enfant conçu durant la fugue. La situation socio-économique critique ainsi que les antécédents psychiatriques pourraient renforcer ces facteurs.

Une prise en charge multidisciplinaire a été faite. Une hospitalisation en service de psychiatrie adulte pour la patiente, une consultation pédiatrique pour surveiller l'état de santé du nourrisson, et une consultation pédo-psychiatrique afin qu'on puisse améliorer la relation mère enfant.

## Discussion

Dans la littérature, plusieurs études ont rapportées que le déni de grossesse aboutit souvent à un infanticide [4,5]. Une recherche dans les archives judiciaires françaises a montré que moins de 10% des infanticides sont précédés par un déni de grossesse et une comparaison avec les données obstétricales semble indiquer que moins de 1% des dénés de grossesse sont suivis d'infanticide [6]. Dans ses travaux, Scherrer

a étudié l'infanticide par passivité (incurie ou omission de soin) ainsi que l'infanticide par maltraitance physique. Il a relevé une importante immaturité affective sur un fond névrotique chez la mère. Il a noté également que de nombreuses mères dans ce cas ont attendu une sorte de miracle qui ont refait disparaître leurs grossesses. En effet, elles se sont trouvées dans un isolement moral total, et n'ont pas pu en parler dans leur famille [2,8,9]. Cette situation est comparable à notre cas.

Certains auteurs avaient déclaré que la stigmatisation d'avoir un enfant illégitime est la principale raison pour l'infanticide chez les femmes célibataires [9,2].

Dermaid, *et al* se sont intéressés aux principales motivations de l'infanticide dans leurs études, et ont constaté l'existence de plusieurs causes telles que : la brutalité, la vengeance, la maladie mentale ancienne et les circonstances socio-économiques [10]. Quand à Resnick, il a étudié 37 cas d'infanticides et 125 cas de libéricides. Il a décelé 5 catégories d'infanticide: altruiste (mélancoliques), psychotique aiguë (psychose du post-partum), accidentel (mort au berceau), rejet de l'enfant (nouveau-né non désiré) par vengeance d'époux (jalousie envers l'enfant) [5]. Les actes d'infanticides s'expliquent en général par la combinaison d'un contexte de précarité sociale et de problème psychodynamique particuliers [1].

En ce qui concerne l'économie, il a été trouvé que la plupart des mères néonaticides sont financièrement pauvres [12,21], mais dans des études récentes ; la contribution de la situation économique n'a pas été examinée directement [13-15].

L'importance du contexte dans lequel a lieu la naissance est trouvée dans plusieurs études. En effet, Delay *et al* ont signalé les infanticides perpétrées par les femmes accouchées clandestinement d'un enfant illégitime [15]. Et une étude médico-légale sur l'infanticide dans un centre tunisien a trouvé que la mère infanticide a conçu sa grossesse hors mariage. Elle a le profil d'une jeune femme non instruite, d'un niveau socio-économique très bas et issue d'un milieu rural [21]. Avis qu'ils ont partagé avec certains auteurs qui ont insisté sur l'importance du contexte dans lequel a lieu la naissance [8,17,18].

Quand à la relation entre une maladie psychiatrique et l'infanticide, des études ont signalé que les homicides relevant d'une étiologie psychiatrique sont rares [7,15]. Une étude effectuée à Conakry a relevé que dans 85%, les auteurs étaient des femmes sans antécédents juridiques ni psychiatriques [22].

En se référant à l'historique de notre cas, nous émettons des réserves à ces résultats comme Marleau *et al* qui disaient que les troubles mentaux graves seraient responsables de 0,16 cas d'homicides, soit un taux de

0,00016% et que la proportion des gestes homicides commis par les malades mentaux est considérée élevée, entre 5 et 20%, voire plus [19]. De même aussi pour Bénézech *et al* qui ont dit que l'existence d'une relation entre pathologies mentales et violence est connue depuis longtemps dans le grand public [20].

Les avis des auteurs ne sont pas les même quant au rang de la parité. Certains ont trouvé que les mères multipares commettraient plus d'infanticides que les mères primipares [8]. Situation comparable à celle que nous avons constaté dans notre étude. Alors que d'autres ont relaté le rôle que joue la primiparité [17].

La connaissance et la détection de ces facteurs nous permettent d'agir sur la prévention donc de la prise en charge de l'infanticide et contribue à l'amélioration de la santé maternel et infantile.

## Conclusion

Notre étude constitue une réflexion sur la prise en charge de l'infanticide à Madagascar. Cinq situations prénataux pourvoyeurs d'infanticide ont été recensés dans notre observation médicale : le déni de grossesse, enfant non désiré, enfant conçu durant la fugue et situation socio-économique critique et l'antécédent de psychose associé à l'inobservance de traitement. La détection de ses facteurs par les équipes soignants (obstétricale, pédiatrique, psychiatrique et sociale) permettrait d'agir sur la prévention de l'infanticide et d'améliorer la santé maternelle et infantile.

## Références

1. Marleau N, Jacques D, Poulin, *et al*. Paternal filicide: A study of 10 men. *Canadian J Psy* 1999; 44: 57-63.
2. Resnick PJ. Murder of the Newborn: A psychiatric Review of Neonaticide. *Am J Psy* 1970; 126: 1414-20.
3. Lewis CF, Burce SC. Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *J Am Acad Psy Law* 2003; 31: 459-70.
4. Pitt SE, Bale EM. Infanticide. l'infanticide, et filicide: une revue de la littérature. *Bull Am Ac loi Psy* 1995; 23: 375-86.
5. Cazas O. Les troubles psychiatrique au cours de la puerperalité. *Info Psy* 2004; 80: 627-33.
6. Dayan J, Bernard A. Déni de grossesse, infanticide et Justice. *Ann Medico-Psy* 2013; 171(7): 494-8.
7. Scherrer P. Note sur une forme d'infanticide : l'infanticide par passivité. *Ann Médico-Psy* 1974; 132(2): 449-65.
8. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris: Masson, 1999.
9. Bonnet C. Geste d'amour. L'accouchement sous X. Paris : Odile Jacob, 2001.
10. D'Orban PT. Women who kill their children. *Br J Psy* 1979; 134: 560-571.
11. Dermaid G, Winkler G. Psychopathologie of infanticide. *J Clin Psy* 1955; 16: 22.
12. Kaye NS, Borenstein NM, Donnelly SM. Familles, assassiner et de la folie: un examen psychiatrique de néonaticide paternelle. *J Forens Sci* 1990; 35: 133-9.
13. Marques MN, Kumar R. infanticide en Angleterre et au Pays de Galles. *Med Loi Sci* 1993; 33: 329-39.
14. Kellet RJ. Infanticides et des enfants destruction les aspects historiques, juridiques et pathologiques. *Forens Sci Int* 1992; 53: 1-28.
15. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, *et al*, les facteurs de risque Berendes H. pour homicide infantile aux Etats-Unis. *N Engl J Med* 1998; 339: 1211-41.
16. Delay J, Lemperiere T, Escourolle, *et al*. Contribution à l'étude de l'infanticide pathologique. *Séminaire des Hôpitaux de Paris* 1957; 33: 4068-80.
17. Mazet P, Stoleru S. psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Masson 2003 3<sup>ème</sup> édition 353-357.
18. Lewis CF, Baranoski MV, Buchanan JA, *et al*. Factors associated with weapon use in maternal filicide. *J Forens Sci* 1998; 43: 613-8.
19. Marleau D. Comparison of factors associated with parricide in adults and adolescents. *J Fam Violence* 2006; 21: 321-5.
20. Bénézech M. De quoi souffrent les parricides?. *Perspect Psy* 1992; 31: 207-12.
21. Zemni M, Ben Abdallah E, Ben Dhiab M, *et al*. L'infanticide dans le centre tunisien : étude médico-légale et sociale: A propos de 42 cas. *J Méd Lég Dr Méd* 2000; 43(7-8): 579-82.
22. Bah H, Nguena MB, Bah AA, *et al*. Infanticide à Conakry: étude médico-légale de 20 cas. *J Méd Lég Dr Méd* 2008; 51(1): 39-43.