

Infanticide au décours d'une psychose du post-partum

Infanticide following a postpartum psychosis

Zoubir Benmebarek

Service de psychiatrie, EHS
psychiatrique El Madher, Batna
– Algérie

Correspondance à :
Zoubir BENMEBAREK
zoubirbenmeb@gmail.com

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMSr.2015.2118>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

L'infanticide est un crime connu depuis les temps anciens. Il suscite émoi, répulsion et incompréhension car venant souvent de la personne censée la plus soucieuse du bien-être de l'enfant. Ses causes peuvent être d'origine psychopathologiques mais les contraintes socio-économiques et culturelles jouent un rôle non négligeable d'où la grande variation de ses présentations cliniques. Nous avons choisi de présenter le cas d'une femme de 26 ans, sans suivi psychiatrique antérieur à l'acte, qui a tué son enfant âgé de trois mois en le jetant par-dessus la fenêtre du troisième étage de son domicile. L'examen psychiatrique a relevé des antécédents de signes anxieux non spécifiques remontant à plusieurs années avec une décompensation psychotique trois jours avant l'acte. L'approche légale de l'infanticide tend à atténuer la responsabilité de la mère au vu des modifications psycho-physiologiques et hormonales engendrées par l'accouchement. La détection précoce des troubles mentaux durant la grossesse et du post-partum et leur traitement pourrait diminuer l'incidence de ce crime.

Mots-clés : infanticide, psychose, troubles du postpartum, responsabilité atténuée

ABSTRACT

Infanticide is a repulsive and unfathomable crime. It may be caused either by psychological disturbances or by socio economic and cultural constraints. Consequently, there are various clinical features of infanticide. We present the case of a 26 years old woman with no prior psychiatric follow-up, who killed her three months old child by throwing him over the window of the third floor. Till that day she did not show obvious signs of mental illness. The psychiatric examination showed an onset of unspecific anxiety signs many years ago with a psychotic outburst three days before the crime. Diminished responsibility is often claimed since biological and psychological changes after childbirth could trigger a vulnerability that may explain the crime. The early detection of mental disorders during pregnancy and in the post-partum period and their management could prevent and reduce the incidence of this crime.

Keywords: infanticide, psychosis, post-partum disorders, diminished responsibility

قتل رضيع في سياق ذهان ما بعد الولادة

المخلص

عُرِفَت جريمة قتل الطفل الرضيع منذ العصور القديمة وهي حادثة أليمة تثير الاشمزاز والاستغراب لأنها ضد الفطرة الإنسانية السليمة. و إذا كان من بعض أسبابها الاضطرابات النفسية خاصة الذهانية و اضطرابات المزاج فإن للظروف الاجتماعية والاقتصادية نسبة لا يستهان بها في ارتكاب مثل هذه الجريمة. تقدم حالة امرأة تبلغ من العمر 26 سنة دون متابعة أو علاج نفسي مسبق رمت برضيعها البالغ من العمر ثلاثة أشهر من نافذة الطابق الثالث بمنزلها فأردته قتيلا. أظهر الفحص النفسي أن المريضة عانت من أعراض قلق خفيفة لعدة سنوات وأظهرت أعراض ذهانية حادة ثلاثة أيام قبل وقوع الجريمة. تتميز المقاربة القانونية لهذه الجريمة بتسريع عقوبة مخففة للأُم نظرا للتغيرات الحيوية والنفسية التي تلي مرحلة ما بعد الولادة والتي يمكن أن تفسر ولو جزئيا سبب هذه الجريمة. ويعتبر الكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية التالية للولادة والتكفل بها أثناء الحمل وما بعد الولادة حجر الزاوية للوقاية من حدوث مثل هذه المأساة.

الكلمات المفتاحية: قتل الرضيع، الذهان، اضطرابات ما بعد الولادة، المسؤولية المخففة.

INTRODUCTION

La période puerpérale représente un risque important de déclenchement de troubles mentaux ou de décompensation d'un trouble psychiatrique préexistant surtout durant la première année après l'accouchement [1,2]. Les troubles mentaux vont de la dépression aux troubles anxieux et de la psychose puerpérale aux troubles thymiques bipolaires [2,3].

L'infanticide est un crime traumatisant et incompréhensible. Il soulève des interrogations sur les causes de cet acte venant souvent de la personne la plus proche, censée protéger l'enfant (la mère et à un moindre degré le père). L'infanticide d'origine psychotique suppose la présence active d'un trouble psychiatrique majeur (psychose, troubles thymiques avec caractéristiques psychotiques..) au moment de l'offense et l'absence d'un motif rationnel du

Pour citer l'article :

Benmebarek Z. Infanticide au décours d'une psychose du post-partum. *Batna J Med Sci* 2015;2(1):78-81. <https://doi.org/10.48087/BJMSr.2015.2118>

crime [1]. Il est difficile de chiffrer avec exactitude l'incidence des infanticides mais il y a un accord pour dire que les chiffres officiels sont en deçà des chiffres réels tant beaucoup de cas sont cachés ou masqués [4].

PRÉSENTATION DU CAS

N. âgée de 26 ans, mariée, mère d'un enfant de 03 ans, est admise au service de psychiatrie pour infanticide d'un enfant âgé de trois mois par défenestration survenue la veille. La décision d'hospitalisation a été ordonnée par le procureur de la république au vu des troubles psychiatriques patents présentés lors de son audience.

Biographie

Issue d'un mariage non consanguin, elle était l'aînée d'une fratrie de 11 enfants. Ses parents sont vivants et bien portants, de niveau socio-économique moyen. Elle fût scolarisée jusqu'à l'âge de 10 ans puis elle a arrêté sa scolarité sur sa propre décision. Depuis son jeune âge elle disait qu'elle se voyait différente des autres, n'aimait pas les contacts sociaux, se sentait inférieure, trop timide, parlait très peu même avec ses proches parents, préférait une fois le travail de ménage terminé rester seule isolée des autres.

Dans les antécédents, dès l'adolescence on retrouve la présence de symptômes anxieux avec instabilité, irritabilité, des épisodes de dépersonnalisation passagers et des phobies non spécifiques peu intenses. Une tentative de suicide par phlébotomie a été réalisée six ans auparavant mais sans séquelles somatiques ni suivi psychiatrique.

Sa première grossesse s'est passée sans incidents majeurs sauf des moments passagers d'angoisses flottantes et des soucis exagérés. Elle a accouché par voie basse et a allaité son bébé jusqu'à l'âge de deux ans. Elle a eu une bonne relation avec l'enfant. Lors de la deuxième grossesse, elle a aussi présenté des angoisses intermittentes, se sentait lasse, fatiguée, communiquait très peu avec son entourage. Elle n'a ni consulté ni pris aucun traitement pour ces symptômes. L'accouchement se déroula sans problèmes, elle n'a pas présenté de signes particuliers durant les semaines suivant son accouchement.

Trois jours avant l'incident, s'installe une insomnie et une anorexie puis apparition brutale d'une activité hallucinatoire et délirante centrée sur l'enfant ; elle était submergée d'idées telles : « je n'ai pas eu un enfant », entendait des voix qui lui disaient « si tu jettes l'enfant tu vas guérir ». Elle avait l'impression que les murs lui parlaient. L'intensité de ces symptômes va croître, L'idée de se débarrasser de l'enfant était toujours prégnante ; les hallucinations impératives l'accablaient continuellement.

Le troisième jour elle n'a pas donné à l'enfant sa tétée ; le soir, sur insistance du mari qui lui demandait de le nourrir, elle est partie vers sa chambre, la fenêtre était ouverte, elle a froidement jeté l'enfant du 3^{ème} étage. Elle est restée calme, n'a pas crié ou pleuré. Elle n'a pas bougé de la chambre. À Son mari qui lui demandait où est l'enfant elle lui répondait qu'elle n'a jamais eu d'enfant.

Après la découverte macabre la patiente fut ligotée, on appela la police et elle fut transportée à l'hôpital local d'où elle fût orientée vers notre service sur ordre du procureur de la république.

L'examen à l'admission

À l'admission, l'examen psychiatrique retrouve une patiente calme, indifférente, contact froid, elle était envahie par une activité délirante et hallucinatoire, présentait une incohérence de la pensée, un déni de l'accouchement et de la naissance de l'enfant.

L'examen psychologique retrouve une absence d'autocritique, absence de sentiment de culpabilité et révèle une désorganisation idéique, des troubles de la mémoire et un déni des troubles. Elle disait qu'elle ne voulait pas cet enfant et qu'elle ne pouvait assumer sa responsabilité.

Évolution sous traitement

Une neuroleptisation est entamée dès l'admission. Une évolution favorable est observée après trois semaines de traitement neuroleptique classique. Elle autocritique acte, décrit les symptômes qu'elle a présentés avec détails, reconnaît qu'elle était malade sous l'emprise de pensées bizarres et d'hallucinations auxquelles elle n'a pu échapper ou résister.

L'hospitalisation de la patiente dura six mois et neuf jours. La sortie fût décidée par le procureur de la république suite à un certificat attestant l'amélioration clinique. Elle regagna son domicile vu qu'elle fût considérée irresponsable de ses actes au moment des faits.

Discussion diagnostique

Devant ce tableau clinique un trouble dépressif du post-partum avec caractéristiques psychotiques est éliminé car elle n'a pas présenté des signes dépressifs francs bien que l'asthénie, le sentiment d'incapacité peuvent faire penser à ce diagnostic. Le caractère aigu de l'apparition des troubles, l'absence d'humeur dépressive, d'idées suicidaires, écartent ce diagnostic. La psychose secondaire à une affection organique est écartée devant l'absence des signes somatiques, la normalité des bilans et une TDM cérébrale sans anomalies.

Le diagnostic retenu (selon le DSM IV) est un trouble psychotique bref avec début lors du post-partum.

DISCUSSION

Il y a plusieurs termes définissant le meurtre d'un enfant qui sont interchangeables ; l'infanticide définit le meurtre d'un enfant âgé de plus de 1 jour et de moins d'un an et le néonaticide le meurtre d'un enfant âgé de moins d'un jour. Le filicide, lui englobe tout meurtre d'un enfant âgé de plus d'un jour et de moins de 18 ans et le libéricide tout meurtre d'un enfant âgé de plus d'un an et moins de 18 ans [5,6].

L'infanticide est un acte qui renvoie à des causes multiples, sociales, culturelles, économiques ou psychiques bien que la faible fréquence des troubles mentaux dans l'infanticide est plutôt la règle [5,7-10]. Certains auteurs font une distinction entre le néonaticide où les facteurs socio-économiques jouent un rôle important (niveau socio-économique bas, célibat, jeune âge, grossesse non désirée etc.) et l'infanticide où ce

sont les facteurs psychiatriques qui prédominent [4-6].

Aspects descriptifs de l'infanticide

- Les méthodes de l'infanticide sont variables : la suffocation, la strangulation, la noyade, l'exposition aux intempéries les traumatismes crâniens, les coups y compris les coups de couteaux [5] ;
- La victime : certains auteurs considèrent que les garçons présentent plus de risque que les filles d'être victime d'infanticide [9] ;
- Profil de la mère : le pic de prévalence des mères infanticides se situe entre 20 et 25 ans, de milieu socio culturel modeste et sans profession. Il est observé chez ces femmes une immaturité, des difficultés à communiquer, une grande solitude affective, le déni d'une grossesse souvent cachée à l'entourage et l'illégitimité de l'enfant [8].

Infanticide et troubles mentaux

La période post natale est une période de vulnérabilité au vu des perturbations importantes biologiques et psychologiques générées par l'accouchement. Les femmes en suites de couche sont sujettes à de nombreuses affections psychiatriques anxieuses, thymiques ou psychotiques [2,3]. L'incidence des troubles psychotiques chez les mères ayant commis un infanticide varie selon les études de 10 à 66% [5,6,11]. Cette différence est expliquée par la variété des échantillons et par l'âge des enfants victimes d'infanticides.

Dans l'étude D'Orban, une population de 89 femmes accusées d'avoir tué ou tenté de tuer leurs enfants est étudiée durant la période 1970-1975 en Angleterre. Sur ce total, 14 femmes uniquement sont psychotiques [12]. Menik, en analysant des expertises pour infanticide, a retrouvé uniquement 3% de pathologies mentales alors que 97 % étaient déclarées saines au moment de l'acte [10]. Adinkrah a analysé 16 infanticides sur une période de 11 ans au Fiji ; aucun n'était secondaire à une maladie mentale [7]. La synthèse faite par Resnick retrouve seulement 17% de psychotiques parmi les femmes ayant commis un néonaticide alors que 66 % des mères filicides étaient psychotiques [5]. Enfin, l'incidence des troubles psychotiques chez les mères ayant commis un infanticide en Autriche et en Finlande entre 1995 et 2005 était de 10% et de 12 % respectivement [11].

Aspects cliniques des troubles psychiatriques

Malgré les descriptions cliniques détaillées et anciennes des psychoses du post-partum (ou psychoses puerpérales), cette entité n'est pas reconnue comme un trouble psychiatrique indépendant [13]. En effet, le DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) ne donne aucune spécification aux troubles mentaux survenant durant cette période excepté leur caractère temporel c'est-à-dire survenant dans les quatre premières semaines après l'accouchement [14], alors que certains cliniciens prolongent cette période jusqu'à une année [6].

Cliniquement, la psychose se traduit par des troubles perceptifs, un syndrome pseudo confusionnel, une labilité affective et une désorganisation cognitive [13]. Les troubles sont fluctuants et changeant, avec des phases de stabilité et des périodes de désorganisation comportementale [13].

L'infanticide suite à un trouble psychotique du post-partum

est caractérisé par des signes précurseurs anxieux, par l'imprévisibilité de l'acte, la présence de troubles délirants et hallucinatoires, le déni de l'enfant ainsi que l'indifférence aux conséquences de l'infanticide [15].

Le lien entre pathologie mentale apparue après l'accouchement et l'infanticide n'est pas clairement établi. Si certains auteurs y voient, dans les modifications psychologiques et biologiques durant la première année suivant l'accouchement, des facteurs déclenchant de troubles psychotiques spécifiques qui entraînent dans leurs sillages l'infanticide (survenue après l'accouchement, rôle hormonal et neuro endocrinien, prédominance des troubles affectifs, présence de signes psychotiques et confusionnels) et l'assimilent à une psychose organique [4, 13] ; d'autres y voient seulement un phénomène purement chronologique et temporel, l'infanticide étant considéré comme tout autre crime dont la parturience n'est qu'un facteur précipitant [1].

Aspect légal de l'infanticide

Certains pays (Angleterre, Australie, Canada, Turquie, Inde etc.) prenant en compte l'état psychologique particulier du post-partum et de l'allaitement, ont légiféré dans le sens de l'allègement des peines (l'infanticide est considéré alors comme un homicide involontaire) justifiant l'approche médicale de prévention et de réhabilitation au lieu de la punition [5,16] alors que d'autres pays (Ecosse, Etats-Unis, France) jugent les mères coupables comme n'importe quel autre crime et sont soumises à la réglementation concernant tout homicide (qu'il soit associé ou non à une maladie mentale) [1, 13, 17].

L'infanticide dans la loi algérienne

Selon l'article 259 du code pénal, l'infanticide est le meurtre ou l'assassinat d'un nouveau né.

Selon l'article 261, tout coupable de d'assassinat ou de parricide ou d'empoisonnement est puni de mort. Toutefois, la mère, auteur principal ou complice de l'assassinat ou du meurtre de son enfant est punie de la réclusion à temps, de dix à vingt ans, mais sans que cette disposition puisse s'appliquer à ses coauteurs ou complices [18].

La tendance du législateur est donc de prendre en considération l'aspect particulier de l'infanticide et les modifications psycho-physiologiques des suites de couche en commuant la peine prévue pour une mère supposée saine. En cas de trouble mental sévère, la non responsabilité est la règle selon l'article 47 du code pénal et l'internement judiciaire dans un service fermé sera ordonné conformément à l'article 21 dudit code [18].

Prévention

L'identification des troubles mentaux durant la grossesse, et le suivi des femmes à risque représentent des mesures indispensables dans la prévention de l'infanticide [4,6].

Le rôle du psychiatre est important dans le dépistage, la détection et la prise en charge à temps de ces troubles [6]. La période anténatale est le temps idéal pour évaluer en détail l'état psychologique de la femme enceinte (antécédents psychiatriques, antécédents familiaux, symptômes présentés, caractère et personnalité, facteurs sociaux etc.) et le suivi sera

prolongé après l'accouchement, surtout durant le premier trimestre [13].

L'examen sera centré, en plus des symptômes psychiques, sur l'attitude de la mère envers son enfant. Les idées de nuire à l'enfant doivent être explorées systématiquement (idées délirantes, enfant non désiré etc.) [6]. Les dépressions et les psychoses du post-partum sont les pathologies mentales les plus à même de provoquer un infanticide [4].

Ceci se fera sans oublier que la variabilité et la fluctuation des symptômes, leur non spécificité, l'imprévisibilité de l'acte peuvent rendre la prévention difficile d'autant plus que beaucoup des cas d'infanticide surviennent chez des patientes non suivies [5].

CONCLUSION

L'infanticide est un crime multifactoriel qui doit être analysé dans son contexte. S'il est secondaire à une affection psychiatrique il doit être pris en charge dans un cadre médical pluridisciplinaire plutôt que dans un cadre légal. La majorité des cas d'infanticides sont imprévisibles mais l'identification des femmes enceintes à risque et le développement d'un programme de suivi rapproché pourrait diminuer l'incidence de ce drame.

Déclaration d'intérêts : l'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

- Lambie I. Mothers who kill. The crime of infanticide. *International Journal of Law and Psychiatry* 2001 ; 24 : 71-80.
- Sutter A-L, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. *Annales médico-psychologiques* 2005 ; 163 : 524-528.
- Brockington I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry* June 2004 ; 3:2 :89-95.
- Craig M. Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those at risk ? *J R soc Med* 2004; 97:57-61.
- Resnick Philippe et al, Meurtre de nouveau-né : une synthèse psychiatrique sur le néonaticide. *Enfance & Psy* 2009/3 ; 44 :42-54.
- West SG. An overview of filicide. *Psychiatry (Edmont)*. 2007 ; 4(2) : 48-57.
- Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect* 2000 ; 24,12 :1543-1555.
- Bénézech M, Le Bihan P et Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-906-A-10, 2002, 15 p.
- Marks M. Infanticide. *Psychiatry* 2006 ; 5:1: 13-15.
- Menick D M. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. *Child Abuse & Neglect* 2000 ; 24,12 : 1557-1565.
- Putkonen H, Amon S, Almiron MP, et al. Filicide in Austria and Finland - A register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995-2005. *BMC Psychiatry* 2009 ; 9:74.
- D'Orbán PT. Women who kill their children. *Br J Psychiatry* 1979 ; 134:560-71.
- Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161:1548-1557.
- American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV. Paris :Masson ;1996.
- Rammouz I, D.A. Tahiri, R. Aalouane, S. Kjiri, A. Belhous, J.E. Ktiouet, F.Z. Sekkat. Infanticide en post-partum : à propos d'un cas. *L'Encéphale* (2008) ; 34 : 284-288.
- Dean PJ. Child homicide and Infanticide in New Zealand. *International Journal of Law and Psychiatry* 2004 ; 27 : 339-348.
- Getti JP. Un traitement judiciaire de l'infanticide. *Perspectives Psy* 2007/2 ;46 : 115-118.
- Didane M. Code pénal. Alger : Belkeise edition; 2012.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

