

UNIVERSITE D'ANGERS
FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : PSYCHIATRIE

Par

Sophie CHAULET

Née le 11 décembre 1981 à Montauban (Tarn-et-Garonne)

Présentée et soutenue publiquement le : 14 avril 2011

DENI DE GROSSESSE :

***EXPLORATION CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE,
PRISE EN CHARGE
ETUDE RETROSPECTIVE SUR 5 ANS AU CHU D'ANGERS***

Président : Monsieur le Professeur DUVERGER Philippe

Directeur : Madame le Docteur JUAN-CHOCARD Anne-Sophie

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. SAINT-ANDRÉ
Pr. BAUFRETON
Pr. RICHARD

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER

Professeur Émérite : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. CHAUVET, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DENIS, Pr. DESNOS, Pr. EMILE, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESNEAU, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. GUNTZ, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM	BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DELHUMEAU Alain	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS Frédéric	Neurologie
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIÉ Alain	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MM	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GAMELIN Erick	Cancérologie ; radiothérapie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénérologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophtalmologie
Mme	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
M.	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie

VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion
<u>MAÎTRES DE CONFÉRENCES</u>	
M. ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
MM BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
BOUYE Philippe	Physiologie
CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maitre de conférences associé)
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
M. LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MM MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
NICOLAS Guillaume	Neurologie
PAPON Xavier	Anatomie
Mmes PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
MM PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
SIX Patrick	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
VERNY Christophe	Neurologie

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur DUVERGER Philippe

Directeur de thèse :

Madame le Docteur JUAN-CHOCARD Anne-Sophie

Membres du jury :

Monsieur le Professeur DUVERGER Philippe

Madame le Docteur JUAN-CHOCARD Anne-Sophie

Monsieur le Professeur GARRE Jean-Bernard

Monsieur le Professeur FANELLO Serge

Monsieur le Professeur FOURNIE Alain

Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe

PLAN

Introduction :	11
Première partie : Le déni de grossesse : état des lieux à partir d'une revue de la littérature et exemples cliniques :	13
Deuxième partie : Etude rétrospective descriptive réalisée au CHU d'Angers à partir de 75 dossiers de découverte tardive de grossesse :	144
Troisième partie : Vers une prise en charge du déni de grossesse :	185
Conclusion :	195
Bibliographie :	197
Table des matières :	208
Annexes :	214

INTRODUCTION

Une grossesse passée inaperçue pour une femme enceinte est un phénomène qui a probablement de tout temps existé. Pour autant, le terme de « déni de grossesse » n'apparaît pour la première fois dans le discours médical que dans les années 1970. La description princeps concerne une femme atteinte de schizophrénie. Depuis, certains auteurs se sont intéressés au déni de grossesse chez des femmes indemnes de pathologie mentale.

Un dimanche d'astreinte, je suis appelée pour rencontrer à la maternité une dame qui demande sa sortie juste après avoir accouché d'un bébé mort-né. Elle n'avait pas connaissance de sa grossesse jusqu'à l'accouchement. L'entretien ne décèle pas de pathologie mentale aiguë ou chronique. Pour autant, cette femme suscite chez nous des interrogations et des inquiétudes. Mes recherches sur le « déni de grossesse » ont alors commencé et avec d'autant plus de curiosité que ce phénomène ne nous a pas été enseigné lors de nos études de médecine ou de psychiatrie.

Une femme qui dénie sa grossesse n'a pas conscience de sa grossesse et n'a pas l'apparence physique d'une femme enceinte. La plausibilité physiologique d'un tel phénomène est questionnée.

La grossesse n'est pas une pathologie mais un phénomène physiologique associé à de profonds réaménagements psychiques, telle une véritable « crise de maternité ». Ces aménagements psychiques ont une fonction adaptative pour la femme enceinte à son état de grossesse, puis une fonction préparatrice à son rôle de mère. Qu'advient-il de ces aménagements psychiques lorsqu'une femme ne connaît pas sa grossesse ? Le déni est un mécanisme psychique transnosographique utilisé pour se défendre contre une pensée intolérable. Quelle pensée est intolérable à ce point pour la femme enceinte qui dénie sa grossesse ?

Comment peut-on définir médicalement le déni de grossesse ? Existe-t-il des facteurs de risque ? Y a-t-il une clinique du déni de grossesse ? Comment peut-on l'expliquer ? Quelles questions autour de la maternité le déni mobilise-t-il ? Quelles sont ses conséquences pour la

mère, pour le bébé, pour la relation mère-enfant ? Comment prendre en charge les femmes qui présentent un déni de grossesse ?

Nous avons tenté d'aborder la problématique du déni de grossesse de trois manières différentes et complémentaires :

- Par une revue de la littérature établissant un état des lieux des connaissances scientifiques ;
- par une illustration avec des cas de femmes rencontrées ayant vécu un déni de grossesse ;
- et par une étude rétrospective descriptive menée à la maternité d'Angers.

Nous aborderons dans un premier temps les définitions du déni de grossesse. Nous verrons qu'il n'existe pas de définition commune. Dans un deuxième temps nous tenterons d'établir une clinique du déni de grossesse à partir d'une revue de la littérature illustrée par des cas rencontrés. La psychogénèse du déni de grossesse sera ensuite abordée sous l'angle de la complicité psychosomatique et des facteurs environnementaux, à la lumière de la maternogénèse. Il existe une pluralité de facteurs responsables du déni de grossesse. Enfin, nous verrons que les conséquences possibles du déni de grossesse sur les plans obstétricaux, néonataux et psychiques justifient la prise en charge des patientes ayant présenté un déni de grossesse.

PREMIERE PARTIE :

LE DENI DE GROSSESSE : ETAT DES LIEUX A PARTIR D'UNE REVUE DE LA LITTERATURE ET EXEMPLES CLINIQUES

Les exemples cliniques sont décrits dans leur intégralité dans la deuxième partie de cette première partie. Nous y ferons référence afin d'illustrer notre propos.

Ces patientes ont été rencontrées dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU d'Angers pour certaines dans le cadre de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie de liaison et pour d'autres dans le cadre de ce travail de thèse. Ces femmes sont rencontrées soit après leur accouchement, soit lors de la levée du déni de grossesse.

Une patiente (Mme G) a été suivie depuis la découverte de sa grossesse jusqu'à un mois après son accouchement. Elle est notre cas clinique le plus détaillé, et fera l'objet d'une discussion.

Deux cas d'expertises psychiatriques de femmes ayant commis un néonaticide ou une tentative de néonaticide dans un contexte de déni de grossesse sont également relatés.

Pour commencer, faisons connaissance avec Mme G:

Mme G a 33 ans. Elle découvre fortuitement sa grossesse à 34 semaines d'aménorrhée (SA), à l'occasion d'une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) prescrite par son médecin traitant pour des douleurs lombaires persistantes depuis quelques mois et résistantes à tout traitement antalgique.

Mme G est mariée et a deux fils (de 4 et 7 ans). Elle travaille comme agent de production. Elle est bien insérée socialement et sa vie de couple paraît stable.

Jusqu'à la découverte de sa grossesse actuelle, Mme G prenait une contraception par patch hormonal. Son suivi gynécologique est assuré par son médecin traitant.

Mme G est rencontrée avec son mari quatre jours après la découverte de la grossesse. Mme G n'avait absolument pas conscience de sa grossesse. Le couple, sidéré par cette annonce, est en demande de soutien.

1- LE DENI DE GROSSESSE : **ETAT DES LIEUX**

I- DEFINITIONS ET LIMITES DU CONCEPT DE DENI DE GROSSESSE

I.1- Historique et évolution du concept de déni de grossesse

Dès 1681, l'intuition du déni de grossesse émerge chez certains médecins :

Le gynécologue Mauriceau¹ affirmait que la persistance de saignements menstruels pendant la grossesse pouvait conduire à la méconnaissance de celle-ci.

Marcé², psychiatre, élève d'Esquirol, sous-entend dans ses observations cliniques en 1858 (« Sur la folie des femmes enceintes et des jeunes accouchées») que certaines femmes hospitalisées pendant leur grossesse n'avaient pas la conscience d'être enceintes. Ces femmes étaient hospitalisées pour des états maniaques ou mélancoliques.

Le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales³ de 1865 consacre lui aussi plusieurs chapitres à cette question en l'abordant d'un point de vue médico-légal, dans sa partie « grossesse (médecine légale) ».

En 1874, Tardieu⁴, criminologue et médecin légiste, met en doute la parole des femmes accusées d'infanticide qui soutiennent invariablement que l'enfant est mort accidentellement et qu'elles ne se sont pas aperçues de leur grossesse. Pour lui, il s'agit d'une dissimulation de grossesse : « [...] des précautions sont prises pour dissimuler le volume du ventre, l'arrangement des vêtements, une attitude et une démarche étudiée, des artifices de toilette, permettent de prolonger l'illusion jusqu'à une époque avancée de la grossesse ».

A cette période là, les femmes qui méconnaissent leur état de grossesse sont décrites dans un registre de pathologie mentale ou de dissimulation de grossesse.

¹ Mauriceau F. Traité des maladies de femmes grosses et de celles qui font accoucher. Edité chez l'auteur, au milieu de la rue des petits champs, à l'enseigne du bon médecin, 1681.

² Marcé LV. Traité de la folie des femmes enceintes. Paris : Baillière, 1858.

³ Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales. Paris : Masson, 1865.

⁴ Tardieu. Annales Médico-Psychologiques. Tome X, 1847.

Dans le même ouvrage, il est décrit des cas où la grossesse n'a pas été diagnostiquée et est confondue avec une pathologie nécessitant une intervention chirurgicale (un abcès, une tumeur ovarique).

La méconnaissance de la grossesse est alors abordée sous l'angle de l'erreur médicale.

En 1898, Gould⁵ regroupe sous le terme de « grossesses inconscientes », neuf observations de grossesses méconnues ; il s'agit d'une première ébauche vers la formulation d'une entité clinique. Il décrit les cas de patientes présentant en fin de grossesse, une « grosseur » de l'abdomen qu'elles interprètent fréquemment comme une tumeur. Elles attribuent les premières douleurs du travail à une origine abdominale ou lombaire.

En 1900, Brouardel⁶, médecin légiste, développe un chapitre d'un de ses livres qui s'intitule « Une femme peut-elle être enceinte à son insu ? ». Il n'apporte pas de réponse claire à cette question. En effet, une femme peut méconnaître sa grossesse si elle est « folle ou idiote », ou bien si celle-ci n'a pas été diagnostiquée par le médecin consulté. Il rapporte cependant les premiers cas de grossesses méconnues chez des femmes d'un bon niveau social.

Entre 1900 et 1950, la littérature sur le déni de grossesse reste silencieuse.

Cependant, dès 1957, Gerchow cité par Brockington⁷ remarque que **les grossesses passées inaperçues s'accompagnent de peu de modifications morphologiques et physiologiques.**

Le terme de « déni de grossesse » apparaît dans la littérature psychiatrique dans les années 1970. Bécache⁸ décrit un déni de grossesse chez une femme atteinte de schizophrénie.

Les références historiques détaillées jusqu'ici sont issues des travaux de recherche de Grangaud⁹ (pédopsychiatre française) sur le déni de grossesse.

⁵ Gould G, Pyle WL. Unconscious pregnancy in anomalies and curiosities of medicine. London: Rebman, 1898.

⁶ Brouardel P. Le mariage: nullité, divorce, grossesse, accouchement. Paris : Librairie J.B. Baillière et Fils, 1909.

⁷ Brockington I. Motherhood and mental health. Oxford University Press, 1996.

⁸ Bécache A., Bécache S. Un déni de grossesse : aperçus psychodynamiques. Lyon Médical 1976 ; 235 : 1 : 39-45.

⁹ Grangaud N. Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature, Perspectives Psy 2002 ; 41:3: 174-181.

Dans les années 80-90, les publications sont de plus en plus nombreuses sous forme de monographies^{10 11 12}.

Les premières études épidémiologiques à grande échelle ont été menées de manière rétrospective dans les années 1990, le plus souvent par des gynécologues. La première étude prospective a été réalisée par Wessel¹³ en 2002. Nous détaillerons le contenu de ces études ultérieurement.

Différentes définitions vont être apportées au concept de déni de grossesse avec une réflexion psychopathologique dans une tentative de compréhension : par exemple Dayan¹⁴, pédopsychiatre, psychanalyste, introduit le chapitre « Déni de grossesse » dans son ouvrage « Psychopathologie de la périnatalité » en 1999.

Parallèlement, le déni de grossesse va être abordé sous l'angle médico-légal dans la littérature psychiatrique, de façon conjointe à l'engouement médiatique que suscitent les infanticides dans la presse populaire ces dernières années.

Le déni de grossesse a fait l'objet d'un sujet de thèse de médecine (spécialité psychiatrie) en France pour la première fois en 1988¹⁵ à Bordeaux, puis à Poitiers en 1993, à Paris en 2001, à Rennes en 2002. Ces premiers travaux de thèse s'intéressent à la psychopathologie du déni de grossesse. Les travaux de Grangaud¹⁶ en 2001 ont fait l'objet de publications et sont devenus une référence au moins nationale en matière de déni de grossesse. En 2008 et 2009, quatre nouvelles thèses s'intéressent à ce sujet. L'une d'entre elles répertorie 41 cas de dénis de grossesse dans le cadre d'une étude rétrospective descriptive¹⁷.

¹⁰ Milstein KK., Milstein PS. Psychophysiologic aspects of denial in pregnancy: case report. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 189-90.

¹¹ Kaplan R., Grotowski T. Denied pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry* 1996 ; 30:861-3.

¹² Slayton RI., Soloff PH. Psychotic denial of third-trimester pregnancy. *J Clin Psychiatry* 1981; 42:471-3.

¹³ Wessel J., Endrikat J., Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81:1021-1027.

¹⁴ Dayan J., Andro G., Dugnat M. Déni de grossesse. In *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson, 1999 : 41-49.

¹⁵ Labarthe S. Le déni de grossesse. Thèse de médecine, Bordeaux, 1988.

¹⁶ Grangaud N. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. Thèse de médecine Paris VII, 2001.

¹⁷ Job N. Déni de grossesse : Etude rétrospective descriptive. A propos de 41 cas. Thèse de médecine Toulouse, 2009.

Les médecins accordent de plus en plus d'intérêt à ce phénomène également dans un but préventif. En 2003 est créé à Toulouse l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse (www.afrdg.info), par Félix Navarro, spécialiste en Santé Publique. Le 24 octobre 2008 a eu lieu le premier colloque français sur le déni de grossesse¹⁸ qui a permis de procéder à un « état de lieux » des connaissances sur les plans épidémiologique, obstétrical et psychiatrique. Pour la première fois se sont rassemblés les intervenants des différentes spécialités médicales que convoque par définition le phénomène de déni de grossesse. Le docteur Rozan, président du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France s'intéresse vivement à la question du déni de grossesse. Israel Nisand est un des représentants français du déni de grossesse sur le plan de l'expertise obstétricale. Des psychiatres ont participé à ce colloque.

I.2- Définitions actuelles

I.2.1- Absence de consensus international

A ce jour, le déni de grossesse n'apparaît pas dans les classifications internationales des maladies psychiatriques ou gynéco-obstétricales. Plusieurs auteurs proposent des définitions dont les contours semblent mal ou différemment délimités. En effet, **cette entité regroupe de très nombreuses situations cliniques différentes et donc difficiles à catégoriser.**

Pour bon nombre d'auteurs le déni de grossesse semble être un symptôme qui ne préjuge pas d'une pathologie particulière ni de l'organisation de la personnalité sous-jacente.

I.2.1.1- Terminologies rencontrées

¹⁸ Premier colloque français sur le déni de grossesse, Université Paul Sabatier, Toulouse 23 et 24 octobre 2008.

Grangaud¹⁹, définit en 2002 le déni de grossesse par la **non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre** et pouvant se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier. Au cours du premier trimestre, une grossesse peut ne pas être reconnue, en particulier chez les primipares qui ne sont pas familiarisées avec les symptômes de grossesse ou qui sont ambivalentes sur leur désir de grossesse²⁰.

Bayle²¹ et Dayan²² préfèrent utiliser le terme de « négation de grossesse ». Par convention, **l'expression « déni de grossesse »** regroupe toutes les formes de **négation de grossesse à participation principalement inconsciente**, conduisant la femme souvent tardivement et brutalement à la reconnaissance pleine et entière de son état, généralement lors du travail, voire seulement lors de la naissance.

Le terme de négation de grossesse recouvre à l'extrémité consciente les mensonges ou dissimulations de grossesse et, à l'extrémité inconsciente, le déni au sens psychanalytique du terme, mécanisme ordinairement prévalent dans la psychose.

Dayan distingue plusieurs degrés différents dans ces négations de grossesse à participation principalement inconsciente :

- Dans le déni au sens psychanalytique du terme, la grossesse reste radicalement imperceptible à la conscience. La gestation psychique se déroule dans l'ignorance totale de la présence de l'enfant à naître et de tous les phénomènes corporels qui s'y rattachent.
- Dans la dénégation, les manifestations corporelles et les perceptions de la grossesse sont volontiers reconnues et identifiées, et sont interprétées furtivement comme telles, pour être ensuite refoulées au profit d'autres explications (rationalisation).
- Dans la pensée magique, ne pas déclarer sa grossesse équivaut à ne pas être enceinte.

Pour Dayan, la plupart des dénis de grossesse sont des **dénégations** car la conscience de porter un enfant est rarement totalement absente.

¹⁹ Grangaud N, 2002 ; Ibid.

²⁰ Wessel J, 2002 ; Ibid.

²¹ Bayle B. Les négations de grossesse (dissimulation, dénégation, déni). In L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique. Toulouse : Erès, collection « La vie de l'enfant », 2005 : 167-204.

²² Dayan J, 1999 ; Ibid.

Ainsi, pour Dayan, dans l'expression « déni de grossesse », le « déni » ne fait pas uniquement référence à sa définition purement psychanalytique mais à **tout un éventail de manifestations caractérisant à différents degrés le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état.**

A l'inverse, Carlier²³ pédopsychiatre en Maternologie, différencie le déni de grossesse et les négations de grossesse en y associant la définition psychanalytique du déni (intensité maximale du déni).

Il existerait donc différents degrés de conscience de l'état gravide lors du déni de grossesse.

La terminologie anglaise²⁴ utilise parfois le terme « désaveu » (« *disavowal of pregnancy* ») pour parler du déni de grossesse.

Wessel²⁵, obstétricien allemand définit le déni de grossesse comme une absence de conscience subjective d'être enceinte, « phénomène étrange » retrouvé dans les pays industrialisés.

Dayan²⁶ considère le déni de grossesse comme un **symptôme**, qui n'entre pas dans le cadre d'une pathologie spécifique mais peut y être associé. Aussi, ce symptôme peut être retrouvé chez des personnes indemnes de pathologie psychiatrique. Cependant, Dayan introduit la notion de déni de grossesse dans le premier chapitre de son ouvrage consacré à la psychopathologie de la périnatalité, intitulé « Troubles mentaux de la grossesse, de l'accouchement et de la délivrance ».

Navarro, médecin en santé publique (président de l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse) n'établit pas de définition précise du déni de grossesse mais considère cette entité comme une **situation pathologique**^{27 28} « On peut être victime d'un déni de grossesse comme d'un cancer du sein. C'est une maladie qui touche des femmes de tous milieux et de tous âges ».

²³ Carlier L. La complexe émergence du déni de grossesse. Les dossiers de l'obstétrique 2009 ; 381 ; 34-39.

²⁴ Kinzl J., Biebl W. Disavowal of pregnancy: an adjustment disorder. Am J Psychiatry 1991; 148:11.

²⁵ Dayan J, 1999 ; Ibid.

²⁶ Wessel J, 2002 ; Ibid

²⁷ Navarro F. Qui vous a dit qu'elle l'a tué? In Actes du premier colloque Français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009.

²⁸ Navarro F. Le déni de grossesse : « Une maladie ». In Extrait d'Ouest France du 10.10.09.

D'autres auteurs²⁹ parlent du déni de grossesse comme d'une « pathologie méconnue ». En 2001, le déni de grossesse apparaît dans la Revue du Praticien³⁰ dans un article intitulé « Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum ».

I.2.1.2- Déni total - Déni partiel

Pierronne³¹, psychologue clinicienne, parle de **déni partiel lorsque la reconnaissance de la grossesse survient avant le terme, en général au 2ème trimestre de grossesse**. Pour Dayan, la reconnaissance de l'état gravide se situe après 20 semaines d'aménorrhée.

Pierronne distingue deux cas de figures au cours des dénis partiels : parfois, les femmes elles-mêmes s'aperçoivent de leur état de grossesse, souvent du fait de la perception des mouvements du fœtus ; d'autres fois c'est le médecin traitant consulté pour divers symptômes qui le leur révèle. La levée du déni est alors définitive. Plus rarement, « la représentation de la grossesse affleure de manière intermittente à la conscience dans une sorte de va et vient perpétuel »³². Ces femmes ne se sentent pas enceintes.

La date de reconnaissance de l'état de grossesse ne serait donc pas le seul critère permettant de qualifier le déni partiel de grossesse.

Dayan³³ ajoute que le caractère partiel peut être lié :

- A l'instabilité dans le temps et dans la forme du déni
- A une « reconnaissance » inconsciente, attestée non par un savoir (la femme ne sait pas qu'elle est enceinte) mais par une conduite (la femme évite certains comportements à risque ou modifie son mode de vie adéquatement à la grossesse).

La forme totale du déni de grossesse recouvre toute la durée de la grossesse jusqu'à l'accouchement et peut même se prolonger dans le post-partum.

²⁹ Tignol J., Pierre P.H., Labarthe S. Le déni de grossesse, une pathologie méconnue, Praticien du Sud-Ouest 1990 ; 7.

³⁰ Durand B. Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum. La Revue du Praticien 2001 ; 51 :1259-1264.

³¹ Pierronne C., Delannoy M.A., Florequin C., Libert M. Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité, Perspectives Psy 2002;41:3:182-188.

³² Pierronne C, 2002 ; Ibid.

³³ Dayan J. Le déni de grossesse : aperçus théoriques. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 :47-59.

La découverte de la grossesse a lieu pendant le travail ou juste après l'accouchement. Pour Dayan, ces formes totales sembleraient elles-mêmes associées à une conscience partielle de la grossesse.

Dans la littérature, on peut trouver la terminologie de « déni total » pour désigner un déni massif, radical quelque soit le moment de la découverte de grossesse, faisant référence à la définition psychanalytique du déni. **Ainsi Bayle³⁴, emploie le terme de « déni complet » lorsque la grossesse est découverte à l'accouchement et utilise les termes de déni total et déni partiel pour différencier déni et dénégation.**

Les femmes qui ne reconnaissent pas leur grossesse avant l'accouchement sont suspectées soit de mensonge, soit d'être atteintes de pathologie psychotique sévère³⁵ par les soignants ; nous allons détailler ces cas de figures souvent évoqués. Il est en effet plus aisé de penser que ces femmes mentent ou sont atteintes par la folie face à un phénomène aussi peu rationnel.

I.2.1.3- Déni psychotique - Déni non psychotique

Spielvogel et Hohener³⁶ distinguent le déni psychotique de grossesse du déni non psychotique.

Le déni psychotique de grossesse survient chez une patiente présentant une psychose chronique (schizophrénique, schizo-affective, avec ou sans déficit cognitif), diagnostiquée en général avant l'état gravide. La symptomatologie psychotique persiste au cours de la grossesse. Dans le déni non psychotique de grossesse, les patientes ne sont pas atteintes de maladie psychotique préalablement à la grossesse. Les femmes psychotiques ressentent les symptômes physiques de la grossesse mais les attribuent à des causes délirantes. Elles reconnaissent la réalité de leur grossesse lors de l'annonce diagnostique, mais cette

³⁴ Bayle B. Mère infanticides : halte à la confusion. Cerveau et Psychologie 2010 ; 41 :16-17.

³⁵ Brezinka C., Huter O., Biebl W., Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. J.Psychosom. Obstet. Gynecol. 1994; 15: 1-8.

³⁶ Spielvogel AM., Hohener HC. Denial of pregnancy: a review and case report. Birth 1995; 22:220-6.

reconnaissance de l'état gravide peut varier dans le temps. En général l'entourage est conscient de la grossesse car les signes physiques de la grossesse sont apparents³⁷.

Dans la littérature, le déni de grossesse au sens large fait en général référence au déni non psychotique. Lorsque l'auteur fait référence au cas particulier de déni psychotique, il apparaît en tant que tel.

Miller,³⁸ psychiatre américaine, (citée par Friedman³⁹) décrit trois types de déni de grossesse dans lesquels le déni psychotique apparaît :

- Le **déni envahissant** (*pervasive denial*) dans lequel aucun élément psychique ou physique relatif à la grossesse n'atteint la conscience.
- Le **déni affectif** (*affective denial*) est employé lorsque la femme est consciente de son état gravide à certains moments, mais continue à se comporter, se sentir comme si elle n'était pas enceinte. Elle ne reconnaît pas sa grossesse. Ce déni affectif peut être un mode de défense contre la culpabilité de nuire au fœtus à travers l'utilisation de substances chez les patientes toxicomanes.
- Le **déni psychotique** (*psychotic denial*) survient chez les femmes atteintes de psychose.

On remarque également dans cette classification, un gradient de prise de conscience de l'état de grossesse. Le caractère total (*pervasive denial*) ou partiel (*affective denial*) serait alors défini ici par le degré d'intensité du déni, comme le suggéraient Dayan et Pieronne (cf supra).

I.2.1.4- Dissimulation, méconnaissance et déni de grossesse

³⁷ Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 1233-7.

³⁸ Miller LJ, 1990; Ibid

³⁹ Friedman SH., Heneghan A., Rosenthal M. Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics* 2007; 48:2.

Le cas des grossesses cachées correspond à des femmes qui sont conscientes d'être enceintes et le dissimulent volontairement à leur entourage, y compris au père de l'enfant. Ces grossesses cachées sont parfois considérées comme un symptôme de la puerperalité. Souvent ce symptôme est d'ailleurs confondu avec le déni de grossesse par l'opinion publique mais aussi par certains soignants. Roubaud et Vitry^{40 41}, ont étudié les ponts et les dissemblances de ce symptôme avec le déni de grossesse et précisent qu'il s'agit de **deux situations bien distinctes**.

Dans la littérature internationale, cette distinction n'est pas aussi clairement établie :

- Ainsi Berns (1982), cité par le psychiatre américain Neifert⁴² (2000), utilise le même terme de déni de grossesse pour désigner le continuum de situations depuis la dissimulation de grossesse jusqu'au déni complet, en passant par la suspicion de grossesse.
- Nirmal⁴³, gynécologue galloise, utilise le terme de « grossesse cachée » (*concealed pregnancies*) dans son étude (2006) pour désigner les cas de grossesses non perçues par la mère avant la mise en travail, et n'ayant pas bénéficié de soins prénataux. Elle fait référence aux dénis de grossesse.
- Beier⁴⁴, dans son étude compare les cas de déni et de dissimulation de grossesse en les définissant comme deux situations distinctes. L'auteur conclue que ces deux entités ne sont pas séparées mais correspondent à différents niveaux d'intensité de rationalisation de l'état de grossesse.

Ces deux symptômes peuvent être retrouvés distinctement dans une même situation clinique, soulevant alors la question du diagnostic :

⁴⁰ Roubaud L., Vitry I. Grossesses cachées : une clinique du clair obscur. *Perspectives Psy* 2001 ; 40 :3; 199-205.

⁴¹ Roubaud L., Vitry I., Simonnot AL. Passagers clandestins : Grossesse cachée ou déni de grossesse ? *L'information Psychiatrique* 2001; 1:34-40.

⁴² Neifert PL., Bourgeois JA. Denial of Pregnancy: A case and literature review. *Military Medicine* 2000; 165:566-568.

⁴³ Nirmal D., Thijs I, Bethel J., Bhal PS. The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: an 11-year population-based study in South Glamorgan. *J. Obstet Gynaecol.* 2006; 26 (2):118-21.

⁴⁴ Beier KM., Reinhard W., Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 61:723-730.

- Pierronne⁴⁵ fait référence à cette situation particulière lorsqu'elle définit le déni partiel : parmi ces femmes qui prennent tardivement conscience de leur grossesse, certaines gardent ensuite le secret, et l'on peut passer progressivement d'une phase de déni à une seconde phase de dissimulation.
- Friedman⁴⁶ dans son étude « Caractéristiques des femmes qui déniaient ou cachent leur grossesse » classe ces situations cliniques de déni puis de dissimulation dans le groupe des grossesses dissimulées.

Dayan⁴⁷ introduit le terme de méconnaissance de grossesse, figure intermédiaire mais qui diffère du déni et de la dissimulation : cette situation interviendrait chez des femmes sans aucun projet nouveau d'enfant, ou chez des adolescentes ignorantes ou phobiques du fonctionnement de leur corps.

I.2.1.5- Critères d'inclusion retrouvés dans la littérature

Friedman⁴⁸ (2007), définit le déni de grossesse comme « une absence de soins prénataux avant la naissance, incluant les femmes qui découvrent leur grossesse lors de l'accouchement et celles qui sont conscientes par moment de leur grossesse sans la reconnaître ». Il s'est intéressé aux femmes se présentant pour la fin de leur grossesse et qui n'ont pas été suivies avant le troisième trimestre de celle-ci.

Dans l'étude prospective de Wessel⁴⁹ (2002), ont été incluses les femmes pour lesquelles le premier diagnostic médical de grossesse a été porté après la 20^{ème} semaine de gestation, et qui n'avaient pas eu, jusqu'à cette date de perception subjective de leur grossesse.

Une démarche utilisée fréquemment pour estimer la probabilité d'un déni de grossesse consiste à tenir compte des non-déclarations ou des déclarations tardives de grossesse.

⁴⁵ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

⁴⁶ Friedman SH, 2007; Ibid.

⁴⁷ Dayan J, 2009 ; Ibid.

⁴⁸ Friedman SH, 2007; Ibid.

⁴⁹ Wessel J., Endrikat J., Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81:1021-1027.

Beier⁵⁰ (2006) cite des critères définis par Wile (1994) dans une étude empirique pour distinguer les cas de déni de grossesse parmi un groupe de femmes suspectées d'infanticide à la naissance :

- 1- La certitude subjective de la femme enceinte qu'elle n'est pas enceinte,
- 2- L'absence de signes de grossesse, ou s'ils sont présents, l'existence d'explications alternatives cohérentes,
- 3- Des visites chez le médecin généraliste pour des symptômes non associés à une grossesse (mal de dos par exemple),
- 4- L'existence d'un comportement libre en société qui pourrait éventuellement entraîner la découverte de la grossesse (aller à la piscine),
- 5- La persistance des relations intimes avec son partenaire de façon normale et à la même fréquence avec une contraception adaptée si l'absence de désir d'enfant existe,
- 6- L'absence de projet d'avortement,
- 7- L'absence totale de préparation de la naissance,
- 8- Une mauvaise interprétation des douleurs du travail de l'accouchement, et la surprise de l'accouchement.

I.2.2- Propositions d'introduction dans les classifications internationales

A ce jour, le déni de grossesse n'apparaît dans aucune classification nationale ni internationale. Cependant, depuis 1990, certains auteurs proposent que cette entité figure dans le DSM-IV :

Certains auteurs considèrent le déni de grossesse comme un trouble de l'adaptation :

- En 1990, Strauss⁵¹ propose d'inclure dans le DSM-IV un nouveau diagnostic « **trouble de l'adaptation avec déni d'une maladie physique** » (« adjustment

⁵⁰ Beier KM, 2006; Ibid.

disorder with maladaptive denial of physical illness »). En effet, le déni d'une maladie physique est un problème souvent rencontré dans les consultations de psychiatrie de liaison après l'annonce d'une maladie grave mettant en jeu le pronostic vital). Cette équipe s'est intéressée au déni en tant que manifestation psychologique s'interposant à une prise en charge médicale adaptée (comportement de non observance au traitement). Cet auteur propose de donner à cette problématique le statut de symptôme en l'ajoutant aux troubles de l'adaptation déjà définis dans le DSM-IV⁵².

- En 1991, Miller⁵³ propose d'utiliser ce nouveau sous-type de trouble de l'adaptation pour le déni de grossesse : « *the maladaptive denial of pregnancy* ». Bien que la grossesse ne soit pas une pathologie, l'auteur considère le déni de grossesse comme un symptôme psychiatrique grave qui expose la mère et son fœtus à des risques de complications (à cause du manque de soins prénataux, d'un accouchement non préparé, de troubles émotionnels du post-partum). L'auteur suggère que la formulation de Strauss soit modifiée pour l'adapter au déni de grossesse : « **trouble de l'adaptation avec déni d'un état physique** » (« *maladaptive disorder with denial of physical condition* »). Elle ajoute que seraient exclus de cet item le déni psychotique de grossesse (retrouvé avec les troubles de l'axe I), et les grossesses dissimulées. Inclure le déni de grossesse dans cette catégorie faciliterait sa reconnaissance, sa caractérisation et son traitement.
- Kinzl et Biebl⁵⁴ (1991), psychiatres autrichiens approuvent cette classification et considèrent le déni de grossesse comme un trouble de l'adaptation ayant une fonction adaptative pour les individus, comme la réduction d'émotions déplaisantes.
- Brezinka⁵⁵, gynécologue autrichien ajoute (1994) que le diagnostic de trouble de l'adaptation permet une différenciation claire des individus sans maladie mentale. En

⁵¹ Strauss DH., Spitzer RL., Muskin PR. Maladaptive denial of physical illness: a proposal for DSM IV. Am J Psychiatry 1990; 147:1168-1172.

⁵² American Psychiatric Association. DSM IV –TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson, 2004.

⁵³ Miller LJ. Maladaptive denial of pregnancy. Am J Psychiatry 1991; 148:8.

⁵⁴ Kinzl J., Biebl W. Disavowal of pregnancy: an adjustment disorder. Am J Psychiatry 1991; 148:11.

⁵⁵ Brezinka C., Huter O., Biebl W., Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. J.Psychosom. Obstet. Gynecol.1994 ; 15 : 1-8.

outre ce diagnostic semblerait pour lui aussi approprié chez les patients présentant des symptômes psychiatriques excepté les patients atteints de psychose.

D'autres auteurs comme Beier⁵⁶ en 2006 (Institut de médecine sexuelle de Berlin, département de gynécologie-obstétrique) considèrent le déni de grossesse (ainsi que les grossesses dissimulées, appartenant, pour ces auteurs, avec le déni de grossesse à la catégorie des négations de grossesse -terminologie identique à celle de Dayan-) comme un trouble qui affecte la fonction de reproduction. Pour eux, la fonction et les comportements de reproduction font partie intégrante de la sexualité humaine. Ainsi, ils proposent d'inclure le déni de grossesse dans une sous-catégorie des « **Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle** » du DSM IV. Ils précisent que ce chapitre du DSM IV traite de l'identité sexuelle et des comportements sexuels, qui, comme l'état grossesse, ne peuvent être considérés comme une pathologie. Par contre, le déni de grossesse, comme les dysfonctions sexuelles, peut être à l'origine de symptômes ayant potentiellement des conséquences sur la personne et son entourage.

Ils réfutent l'inclusion du déni de grossesse dans le chapitre « Troubles de l'adaptation », la principale caractéristique d'un trouble de l'adaptation étant l'apparition de symptômes en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress psychosociaux identifiables. De plus, par définition, le trouble de l'adaptation doit se résoudre dans les six mois, ce qui rend impossible son application pour la grossesse. Dans la CIM 10⁵⁷, les auteurs proposent d'inclure le déni de grossesse dans le chapitre « Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte », dans une sous-catégorie qui serait intitulée « **Troubles psychologiques et comportementaux associés à la reproduction sexuelle** ».

Ils ajoutent que l'introduction de cette nouvelle catégorie pourrait permettre de classer d'autres comportements liés à la reproduction tels que les fréquentes demandes d'interruption volontaires de grossesse, les demandes itératives de procréation médicalement assistée, mais aussi les grossesses nerveuses (pseudocyesis), phénomène opposé au déni de grossesse. Enfin, ces auteurs proposent de différencier à l'intérieur de cette nouvelle sous catégorie, la négation complète de grossesse qu'ils nommeraient « déni » et la négation incomplète de grossesse qu'ils nommeraient « dissimulation ». Il devrait être aussi spécifié à quel stade de la grossesse la négation prend fin.

⁵⁶ Beier KM, 2006 ; Ibid.

⁵⁷ Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies . Paris : Masson, 1993.

D'autres auteurs émettent des réticences à l'introduction du déni de grossesse dans les classifications. Pour Moreau⁵⁸, psychiatre, psychanalyste, le « déni de grossesse serait une invention du corps social qui pallie à l'énigme laissée par ces cas qui défrayent la chronique ». Pour Biagi-Chai⁵⁹ catégoriser le déni de grossesse renvoie à une évaluation quantitative et non plus qualitative de la personne et entraînerait la disparition du sujet.

I.2.3- Réflexions sur les définitions

Il n'existe pas à ce jour de définition clairement établie et admise par l'Organisation Mondiale de la Santé.

De plus, on remarque une absence d'homogénéité dans les définitions proposées : les terminologies varient en fonction de la spécificité de chaque auteur (psychiatre, psychanalyste, obstétricien, médecin de santé publique ...), entraînant des confusions de langage.

La participation somatique est rarement prise en compte dans les définitions (l'absence de modification corporelle) : bien qu'inconstante, elle demeure fréquente dans le déni de grossesse (ce que nous reverrons dans la partie clinique). Seule est prise en compte la composante psychique.

Des caractéristiques communes semblent se dégager :

- On ne parle pas de déni de grossesse avant la fin du premier trimestre de la grossesse.
- L'existence de différents degrés de conscience de l'état gravide dans les dénis de grossesse. Le déni partiel pourrait ainsi se définir en fonction de deux paramètres : durée et intensité.
- Le déni de grossesse semble être une entité transnosographique difficile à catégoriser.

⁵⁸ Moreau V. Introduction du colloque. In Colloque Le crime et ses énigmes à la lumière de la psychanalyse. Angers, 2010.

⁵⁹ Biagi-Chai F. En matière de crime qu'est ce qu'une biographie éclairée par le réel ? In colloque Le crime et ses énigmes à la lumière de la psychanalyse. Angers, 2010.

L'introduction du déni de grossesse dans les classifications internationales permettrait un consensus minimal à partir d'une définition commune.

La difficulté à mettre au point une définition commune témoigne de la singularité clinique de chaque cas de déni de grossesse. Derrière ce terme « générique », de nombreuses situations cliniques renvoient à autant d'explications psychopathologiques. A mon sens, la figuration de cette entité au sein des classifications internationales n'annihile en rien la personne si et seulement si l'on prend en compte dans sa définition toute la variabilité des situations cliniques auxquelles elle renvoie.

Cette reconnaissance médicale aurait un impact en terme de repérage par les équipes soignantes, et ainsi améliorerait sa prévention. De plus, le fait de nommer, d'énoncer cet état énigmatique pour la patiente, l'entourage mais aussi quelquefois les médecins pourrait avoir d'emblée une portée thérapeutique.

Nous appellerons déni de grossesse l'ensemble des grossesses passées inaperçues chez la femme enceinte au-delà du premier trimestre de grossesse. Le déni se caractérise par sa durée et son intensité. Le déni sera dit « partiel » lorsque la prise de conscience de la grossesse a lieu avant l'accouchement, et « total » lorsque le déni se prolonge jusqu'à l'accouchement. Cette définition exclue les dissimulations de grossesse. Aussi cette définition, qui se veut athéorique, devra tenir compte des grandes variabilités cliniques détaillées au chapitre III.

Dans un souci de clarté terminologique tentons de dégager les différentes formes de déni de grossesse :

DENI PSYCHOTIQUE DE GROSSESSE : *présence de pathologie mentale schizophrénique évolutive*

DENI DE GROSSESSE (NON PSYCHOTIQUE) : *absence de pathologie mentale schizophrénique évolutive*

- **Déni total**

Levée du déni à partir du début de la mise en travail

- **Déni partiel**

- *Levée du déni en cours de grossesse*

- *Levée du déni en cours de grossesse avec dissimulation secondaire*



II- EPIDEMIOLOGIE DU DENI DE GROSSESSE : DONNEES APORTEES PAR LA LITTERATURE

La revue de la littérature nous révèle de très nombreux rapports de cas, et quelques études structurées en population générale dont nous allons exposer la méthodologie puis les résultats.

II.1- Principales études épidémiologiques retrouvées dans la littérature récente

Certaines études sont à visée principalement épidémiologiques, et d'autres à visée principalement clinique.

II.1.1- L'étude de Brezinka⁶⁰(1994) : « Déni de grossesse : aspects obstétricaux »

Cette étude autrichienne est menée par une équipe constituée **d'un gynécologue obstétricien** et de **deux psychiatres**. Il s'agit d'une étude **prospective** menée sur **trois ans** (de 1987 à

⁶⁰ Brezinka C, 1994 ; Ibid.

1990) à l'hôpital universitaire d'Innsbruck et poursuivie ensuite jusqu'en 2008 (les résultats n'ont pas été encore publiés mais évoqués par l'auteur lors de l'acte du premier colloque français sur le déni de grossesse en 2008⁶¹). Le but de cette étude est d'évaluer l'histoire obstétricale, l'issue de la grossesse, et l'évaluation des mécanismes de défense et les stratégies d'adaptation, donc des aspects que nous retrouverons dans la partie clinique. Cependant cette étude fournit d'intéressantes données épidémiologiques.

Sur 3 ans, 27 femmes présentant un déni de grossesse sont répertoriées. Elles sont prises en charge à l'hôpital pour leur accouchement ou en post-partum immédiat. Un entretien psychiatrique systématique est réalisé immédiatement après l'accouchement pour obtenir des informations sur le soutien social, le déroulement de la grossesse, et la présence d'un trouble psychiatrique répondant aux critères du DSM-III-R (trouble mental, trouble de la personnalité, trouble de l'adaptation). Le fonctionnement psychologique et social est évalué par une échelle d'évaluation globale du fonctionnement (Global Assessment of Functioning Scale). L'entretien inclue des questions sur les symptômes mentaux, le mode de vie, l'état du logement, les relations avec l'enfant et le partenaire. Dans chaque cas, un suivi de la mère et du bébé étaient possible, pendant au moins deux ans.

II.1.2- L'étude de Friedman⁶²(2007) : « Caractéristiques des femmes qui dévient ou cachent leur grossesse »

Cette étude est réalisée par des **psychiatres** américains à l'hôpital universitaire de Cleveland. Il s'agit d'une étude **rétrospective** réalisée sur **6 ans** (de janvier 1997 à décembre 2003) qui inclue toutes les femmes qui se présentent à l'hôpital pour accoucher ou dans le post-partum immédiat et **n'ayant pas reçu de soins prénataux avant le troisième trimestre de grossesse**. Parmi ces femmes, 61 femmes ont présenté un déni de grossesse, et 20 l'ont dissimulé (parmi elles, 6 ont présenté initialement un déni jusqu'au troisième trimestre puis une dissimulation jusqu'à l'accouchement). Un entretien psychiatrique a été demandé une

⁶¹ Brezinka C. A propos des données épidémiologiques. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse: Ed Universitaires du Sud, 2009 : p 15-23.

⁶² Friedman SH, 2007; Ibid.

seule fois parmi les femmes qui présentent un déni (et 3 fois pour les femmes qui ont dissimulé).

Les auteurs ont classé les 61 femmes ayant présenté un déni en fonction des modèles de déni de Miller (qui prennent en compte les différents degrés de conscience de l'état grossesse) : du déni envahissant (*pervasive denial*) au déni affectif (*affective denial*).

Il est intéressant de constater l'exclusion de l'étude des femmes consommatrices de substances. Pour les auteurs, la consommation de substance addictogènes justifie à elle seule l'absence de suivi de la grossesse et constitue un biais de sélection.

II.1.3- L'étude de Wessel (2002): « Fréquence du déni de grossesse : résultats et signification épidémiologique d'une étude prospective d'une année à Berlin »⁶³ ; « Déni de grossesse : caractéristiques des femmes à risque »⁶⁴ ; « Risque élevé pour le nouveau-né issu d'un déni de grossesse »⁶⁵

Cette étude germanique est intéressante par son caractère **prospectif** et **multicentrique**. Elle est menée par une équipe composée par des obstétriciens uniquement. Elle est réalisée sur une durée d'**une année** (juillet 95 à juin 96) dans les 19 maternités de Berlin et ses environs.

Ont été incluses dans l'étude les femmes pour lesquelles **le premier diagnostic médical de grossesse a été porté après la 20^{ème} semaine de gestation** et qui n'avaient pas eu, jusqu'à cette date de perception subjective de leur grossesse. De ce fait, leur suivi médical a été tardif et certaines n'en n'ont pas bénéficié du tout jusqu'au terme. Toute déclaration par une maternité d'une grossesse correspondant aux critères d'inclusion déclenchait une enquête de l'auteur sur place avec consultation du dossier médical accompagné d'un entretien clinique

⁶³ Wessel J, 2002; Ibid.

⁶⁴ Wessel J., Gauruder-Burmester A., Gerlinger C. Denial of pregnancy- characteristics of women at risk. Acta Obstetrica et Gynecologica 2007; 86: 542-546.

⁶⁵ Wessel J., Endrikat J., Buscher U. Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of one-year prospective study compared with control group. J. Perinat. Med. 2003; 31:29-35.

avec chaque patiente signalée par les équipes des maternités. L'entretien clinique est réalisé par le même auteur pour chaque cas associé à un psychothérapeute. Au total, 94 femmes ont été recrutées et réparties en deux groupes selon qu'elles présentaient un déni de grossesse ou qu'une autre raison expliquait le suivi tardif ou l'absence de suivi.

II.1.4- L'étude de Pierronne (2002)⁶⁶: « Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité »

Cette étude française **prospective** répertorie 56 cas de déni de grossesse en **7 ans** (de 1993 à 2000) dans deux maternités du nord de la France, parmi 2550 femmes rencontrées en entretiens psychothérapeutiques. Elle est menée par une équipe constituée par **une psychologue** et **deux pédopsychiatres**. Parmi ces 56 femmes, les auteurs ont distingués deux sous-groupes : un premier groupe de femmes ayant découvert leur grossesse **après 5 mois**, et un second groupe de femmes ayant découvert leur grossesse au moment même de l'accouchement. Le but de cette étude était de repérer des caractéristiques cliniques du déni de grossesse.

II.1.5- L'étude de Bonnet (1993)⁶⁷: « L'adoption à la naissance : prévention contre l'abandon ou le néonaticide »

Entre 1987 et 1989, Bonnet, psychiatre et psychanalyste a interrogé 22 patientes qui ont accouché sous X ou ont commis un néonaticide. Cette étude est réalisée dans onze établissements français. Toutes ces femmes ont présenté une négation de grossesse (12 grossesses sont découvertes à partir du 5^{ème} mois, 7 grossesses sont découvertes entre le 4^{ème} et le 5^{ème} mois et deux grossesses sont découvertes au premier trimestre) : 18 femmes ont confié leur enfant à l'adoption et 4 ont commis un néonaticide. Le but de cette étude était de

⁶⁶ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

⁶⁷ Bonnet C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. Child Abuse et Neglect 1993 ; 17: 501-513.

tenter de comprendre les raisons qui poussent les femmes à confier leur enfant à l'adoption et les hypothèses psychodynamiques de leur décision.

II.2- Remarques

La première question qui se pose est celle de la population à prendre en compte dans la tentative d'établir des données épidémiologiques sur le déni de grossesse. En effet, par définition le déni de grossesse ne se voit pas et est rencontré par les professionnels de santé le plus souvent lorsque celui-ci se lève ; il existe donc là un premier biais de sélection puisque ne seront pas répertoriés les dénis de grossesse avec néonaticide dont les bébés sont retrouvés des années après.

De plus, le recueil de données cliniques rétrospectives par le biais d'entretiens pourra s'avérer aléatoire puisque soumis à ce que les patientes souhaitent communiquer du vécu de leur grossesse, et ne sera donc peu ou pas vérifiable.

Par ailleurs, l'absence d'homogénéité dans les définitions peut aussi créer certains biais dans la comparaison des données retrouvées dans les différentes études. Par exemple, le déni est caractérisé par sa durée dans les études de Wessel, Brezinka, Pierronne et par son intensité dans l'étude de Friedman (il donne cependant une indication temporelle mais peu précise de la conscience de l'état de grossesse avant la naissance). Il existe aussi une absence d'homogénéité concernant les caractéristiques sociales et démographiques des régions dans lesquelles sont réalisées les études.

Aussi les auteurs d'études prospectives ne précisent pas les critères cliniques de déni de grossesse recherchés ; ceux-ci sont certainement variables en fonction de l'orientation théorique (obstétricien, psychiatre, psychologue) de l'auteur qui rencontre les femmes.

Par ailleurs l'intérêt et même la connaissance de ce phénomène par les professionnels de santé sont récents, ce qui laisse supposer une sous-estimation du nombre de cas rencontrés. Pierronne souligne que son équipe a été frappée par l'augmentation de la fréquence des situations de grossesses déniées à partir du moment où elle s'y est intéressée⁶⁸.

⁶⁸ Pierronne C, 2002; Ibid.

II.3- Résultats

II.3.1- Fréquence et prévalence estimées du déni de grossesse (cf annexe 1)

- Dénis partiels et totaux

L'étude de Wessel publie une fréquence de **1 pour 475** naissances dont le diagnostic de grossesse a été posé après la 20^{ème} semaine de gestation.

Brezinka trouve un taux de déni de **1 sur 400** naissances dont le diagnostic de grossesse a été posé entre la 21ème et 32ème semaine de gestation. Au-delà de 32 semaines le taux passe à 1 sur 2500.

Friedman publie une fréquence de **1 déni sur 500** naissances.

Une autre étude germanique conduite par Brych⁶⁹ (1994), citée par Wessel⁷⁰, dans une ville allemande moyenne, concluait que la fréquence du déni de grossesse était de **1 pour 357** naissances.

L'étude française de Pierronne trouve **1 cas de déni partiel pour 1039** naissances.

- Déni total (diagnostic de grossesse réalisé ou grossesse reconnue au moment de l'accouchement)

Wessel publie une fréquence de **1 cas pour 2455** naissances, de naissances inattendues de fœtus viables sans la moindre supposition préalable de gravidité. Parmi ces cas, les naissances survenant à domicile sont 1 pour 9825.

Pierronne trouve **1 cas pour 1000** naissances.

⁶⁹ Brych CH. Denied pregnancies. An analysis of cases in the years 1990 and 1991. Med Diss, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland 1994.

⁷⁰Wessel J. Quelques données épidémiologiques, maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse: Ed Universitaires du Sud, 2009: p25-35.

L'étude rétrospective de Nirmal⁷¹ (2006), portant sur la population du Pays de Galles, menée sur une période de 11 ans (1989-1999), retrouve une fréquence de **1 pour 2500** naissances.

- Pour conclure :

En dépit de tous les biais exposés plus hauts, nous retrouvons des fréquences totales de déni de grossesse relativement homogènes. Des différences existent concernant les fréquences de dénis partiels (les fréquences varient de 1 à 2 pour 1000) et de dénis totaux (les fréquences varient de 0,4 à 1 pour 1000). L'étude française trouve une fréquence quasi identique de dénis partiels et de dénis totaux, alors que les critères d'inclusion semblent similaires.

Nous pouvons supposer que les critères d'inclusions sont appliqués différemment en fonction des études. Rappelons que l'étude française est menée par une équipe de pédopsychiatres alors que l'étude allemande est menée par des obstétriciens. Les sensibilités cliniques différentes au moment des entretiens avec les patientes peuvent être à l'origine de différences d'appréciations. Rappelons aussi que cette étude française est menée de façon prospective sur une durée de 7 ans. Les études menées sur une telle durée ou plus (Friedman, Nirmal) sont rétrospectives. L'étude prospective de Wessel est menée sur une durée beaucoup moins longue. Ces deux dernières remarques peuvent expliquer les écarts entre les chiffres de prévalence.

Ainsi, nous pourrions supposer une sous-estimation du nombre de déni de grossesse.

Si l'on tient compte des données les plus fréquemment retrouvées, la prévalence du déni de grossesse se situe **entre 2 et 3 cas pour 1000 naissances** (déni partiel et total) avec une prépondérance de dénis partiels.

Ainsi, ces résultats montrent que l'hypothèse largement répandue selon laquelle les dénis de grossesse sont très rares est inexacte.

Quelques éléments de comparaison avec les fréquences de certaines situations obstétricales permettront d'apprécier ce fait.

⁷¹ Nirmal D, 2006; Ibid.

II.3.2- Mise en parallèle de la fréquence du déni de grossesse avec la fréquence de certaines situations obstétricales⁷²

Avec en moyenne une naissance pour 400, le déni de grossesse partiel est moins fréquent que la naissance de jumeaux (1 pour 85), un placenta praevia ou un HELLP syndrome (1 pour 250/280) mais est plus fréquent que la survenue d'une maladie hémolytique ou d'une appendicite aiguë en cours de grossesse (1 pour 1000).

En ce qui concerne les dénis totaux, on constate que ce phénomène se situe entre la fréquence de la rupture utérine (1 pour 1500) et celle de l'éclampsie (1 pour 2500). Enfin, le risque d'accouchement en dehors d'un milieu médicalisé à la suite d'un déni total de grossesse est d'une fréquence moindre que la probabilité de donner naissance à des triplés (1 pour 7225). Le déni de grossesse survient 3 fois plus souvent que la naissance de triplés.

Les auteurs notent que les grossesses nerveuses, ou « pseudocycosis », considérées comme le phénomène inverse du déni de grossesse, sont devenues un phénomène très anecdotique.

II.3.3- Mise en parallèle de la fréquence du déni de grossesse avec la fréquence de complications psychiatriques de la grossesse et du post-partum

Pendant la grossesse, les troubles psychiatriques les plus fréquemment retrouvés sont les syndromes dépressifs d'intensité légère ou moyenne (10 à 20 % des femmes enceintes), et les troubles anxieux (5 à 15%)⁷³. Ces fréquences sont les mêmes que les fréquences retrouvées dans la population générale féminine.

Un premier épisode délirant, maniaque ou mélancolique est rare au cours d'une grossesse. Une décompensation de troubles psychotiques chroniques est également rare, il est même

⁷² Wessel J., Buscher U. Denial of pregnancy: population based study. BMJ 2002; 324: 458.

⁷³ Karila L., Boss V., Layet L. Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. In Psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Ellipses, 2002 : 11-16.

classique de dire que la grossesse « joue un rôle protecteur ». L'aggravation d'une psychose chronique est 5 fois moins fréquente pendant la grossesse que dans le post-partum⁷⁴.

Les complications psychiatriques sont plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse. Les états dépressifs du post-partum sont en constante augmentation (15 à 20%). La fréquence des psychoses puerpérales est 1 à 2 pour 1000 accouchements⁷⁵.

Ainsi, la fréquence du déni de grossesse est comparable à la fréquence de la psychose du post – partum, légèrement moins fréquente.

II.3.4- Données épidémiologiques relatives aux mères

II.3.4.1- L'âge des mères présentant un déni de grossesse

Friedman retrouve 60% des femmes ayant présenté un déni de grossesse dans la tranche d'âge 18-29 ans. Dix-huit pour cent ont plus de 30 ans et 23% ont moins de 18 ans. Il ne donne pas de moyenne d'âge.

Dans l'étude de Wessel⁷⁶, l'âge des femmes incluses varie de 15 à 44 ans, avec une médiane de 26 ans. L'âge des femmes concernées est extrêmement variable. Six pour cent sont mineures (contre 1,1% dans la population témoin), 12% ont 40 ans et plus (contre 2,2% dans la population témoin) ; 68% ont entre 18 et 30 ans (87 % dans la population témoin).

Ainsi, l'âge des mères présentant un déni de grossesse est variable ; les femmes concernées ne sont pas nécessairement jeunes. Cependant, **un plus grand risque de déni de grossesse existerait chez les femmes très jeunes ou très avancées dans leur vie reproductive.**

⁷⁴ Danion-Grillat A., Sibertin-Blanc D., Moro MR. Zimmermann A. Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. CNUP. www.univ-Rouen.Fr.

⁷⁵ Lempérière T., Rouillon F., Lépine JP. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 1984 ; 37660 A10 : 7.

⁷⁶ Wessel J, 2007 ; Ibid.

II.3.4.2- La situation familiale des femmes présentant un déni de grossesse

Wessel révèle que 15% des femmes vivent sans partenaire stable (célibat, divorce) contre 6,3% dans la population témoin. Dans la majorité des cas, (83%), elles ont une vie de couple stable (vie maritale, mariées, divorcées mais disposant d'un nouveau partenaire, que leurs domiciles soient communs ou séparés).

Dans l'étude de Friedman⁷⁷, 46% des femmes vivent avec leur mère, 20% vivent seules, et 13% avec leur conjoint. Parmi les 46% vivant avec leur mère, l'étude ne précise pas combien ont un partenaire stable. Dans 60% des cas, la mère représente le principal soutien, le père dans 13% des cas, et le père du bébé dans 50 % des cas.

Ces résultats montrent que les femmes concernées ne vivent pas seules pour la majorité d'entre elles.

II.3.4.3- Le niveau d'étude et la formation professionnelle des femmes présentant un déni de grossesse

L'étude de Friedman révèle que 66% des femmes ont terminé leurs études secondaires (système américain). La majorité sont employées (42%) ou étudiantes (23%), et 30% sont sans emploi.

Wessel⁷⁸ montre que les niveaux d'études retrouvés couvrent tout le champ offert par le système scolaire allemand. La majorité des femmes recrutées est titulaire d'un diplôme ; par contre 12,3% poursuivent encore des études contre 4,7 % dans la population contrôle.

L'étude de Wessel montre aussi que 27,7% des femmes concernées touchent des prestations sociales contre 5,2 % dans la population témoin ce qui témoignerait d'une plus grande précarité sociale.

⁷⁷ Friedman SH, 2007; Ibid

⁷⁸ Wessel J, 2007; Ibid.

II.3.4.4- Antécédents de grossesse

Selon Wessel, plus de la moitié des femmes qui avaient présenté un déni de grossesse sont multipares et avaient connu précédemment de une à six naissances. Les primipares se partagent entre celles qui avaient démarré une grossesse par le passé mais l'ont conclu soit par une fausse-couche ou une interruption volontaire de grossesse, et celles qui n'ont jamais eu d'expérience de grossesse. Ces dernières représentent seulement un tiers de l'effectif total.

Dans l'étude de Friedman, plus de deux tiers des femmes sont multigestes, un quart ont un antécédent de fausse-couche ou d'interruption volontaire de grossesse ; la grossesse déniée représente la première grossesse dans un tiers des cas.

L'étude de Pierronne⁷⁹ a permis de constater que près de la moitié des femmes présentant un déni de grossesse était déjà mère d'un ou de deux enfants.

Bonnet⁸⁰ précise dans son étude que le déni de grossesse est plus fréquent chez les jeunes femmes seules qui n'ont jamais été enceintes; cette étude à visée clinique recrute beaucoup moins de femmes que les trois autres (22 cas).

II.3.4.5- Les « stresseurs » psychosociaux chez les femmes présentant un déni de grossesse

L'étude de Brezinka révèle l'existence d'un grand nombre de facteurs de stress aigu ou chronique chez toutes les femmes avant ou au début de la grossesse :

- Séparation du conjoint en début de grossesse
- Début de grossesse rapidement après la rencontre avec un nouveau partenaire
- Conflits familiaux importants

⁷⁹ Pierronne C, 2002; Ibid.

⁸⁰ Bonnet C, 1993 ; Ibid.

- Départ du domicile des parents avec acquisition d'indépendance

Ces résultats ne font pas l'objet d'une étude comparative avec la population générale de femmes enceintes.

II.3.4.6- Notion d'abus sexuels

Friedman retrouve un antécédent d'abus sexuels dans 8% des cas. Ce résultat va à l'encontre de son hypothèse de départ selon laquelle les femmes déniaient leur grossesse sont fréquemment victimes d'abus.

Cependant, l'étude française menée par Bonnet⁸¹ retrouve 20% d'antécédents d'abus sexuels. Cette étude prospective menée sur deux ans a été réalisée par une psychiatre psychanalyste avec un ou plusieurs entretiens pour chaque femme ayant présenté un déni de grossesse. L'auteur mentionne l'importance de savoir si le bébé a été conçu ou non à l'issue d'un abus sexuel car pratiquement dans ces seuls cas les femmes admettent qu'elles ont été abusées.

Le grand écart entre ces résultats est probablement dû à la méthodologie (rétrospective pour l'une et prospective pour l'autre).

Une autre étude rapporte 56 % d'abus sexuels chez des femmes ayant dénié leur grossesse avec néonaticide⁸².

II.4- Conclusions

Le déni de grossesse n'est donc pas un phénomène rare. Une contradiction existe entre la reconnaissance du déni de grossesse à peine amorcée, et sa fréquence relativement élevée par

⁸¹ Bonnet C, 1993 ; Ibid.

⁸² Spinelli M.D. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. Am J Psychiatry 2001; 158:811-813.

rapport à d'autres troubles (à la fois somatiques et psychiques) périnataux⁸³. Nous avons vu que la fréquence des dénis de grossesse est supérieure à celle des psychoses puerpérales pour les dénis partiels et du même ordre pour les dénis totaux.

Il existerait un plus grand risque de déni de grossesse chez les femmes aux âges extrêmes de la vie reproductive. Les autres facteurs de risque seraient une relation instable, et une plus grande précarité sociale. La multiparité ne serait pas un facteur protecteur.

Cependant, ces paramètres ne permettent pas l'identification de la totalité des femmes qui dénie leur grossesse. Ainsi, le déni de grossesse ne concerne pas un groupe de femmes précis ou marginal, mais un groupe hétérogène de femmes. « Nous sommes incapables de décrire un profil type de femme à risque de dénier sa grossesse. Il faut corriger le préjugé largement répandu qui veut que les femmes en déni de grossesse soient des femmes jeunes, immatures, infantiles, inexpérimentées sur le plan sexuel ou de la maternité, issues d'un milieu social en désagrégation »⁸⁴.

III- DESCRIPTION CLINIQUE DU DENI DE GROSSESSE

L'étude clinique du déni de grossesse implique nécessairement de s'attarder sur les deux pôles cliniques somatique et psychique ; nous allons les aborder de manière séparée dans un premier temps.

Nous nous appuyerons en partie sur l'étude de Brezinka (1994) déjà citée plus haut.

III.1- Des caractéristiques somatiques différentes d'une grossesse normale

III.1.1- Les symptômes subjectifs de grossesse

⁸³ Dayan J. Le déni de grossesse : aperçus théoriques. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 :47-59.

⁸⁴ Brych CH, 1994; Ibid.

Ces symptômes sont décrits par les femmes interrogées de manière rétrospective, ils sembleraient être présents de manière inconstante. Ils se caractérisent par l'absence.

- Absence d'aménorrhée

L'aménorrhée n'a généralement pas été un signe d'alerte. Selon Brezinka⁸⁵, 44 % (12 femmes sur 27) ont présenté des métrorragies pendant leur grossesse et 22% ont présentés des saignements réguliers. La plupart des femmes ont déclaré avoir toujours eu des cycles irréguliers. Trois femmes ont déclaré avoir pris une contraception orale régulière pendant les mois avant la conception et l'ont continué jusqu'à la découverte de la grossesse. Deux femmes de plus de 40 ans présentaient au préalable une aménorrhée. Beier retrouve une absence d'aménorrhée chez 54% des femmes⁸⁶.

Dans nos cas rencontrés, on remarque des configurations très différentes concernant l'absence d'aménorrhée pendant leur grossesse déniée :

- *Mme G⁸⁷ (ainsi que Melle M et Melle J) est sous contraception oestro-progestative lors de la découverte de ses deux grossesses déniées, elle a donc présenté des saignements de privation hormonale,*
- *Melle I (Cas n°2) n'a pas de contraception mais déclare avoir toujours eu des cycles irréguliers,*
- *Melle N (cas d'expertise n°1), n'a pas de contraception et déclare avoir présenté des saignements aux moments prévus de ses règles. Il en est de même pour la première grossesse de Mme O. Cette dernière configuration est la plus étonnante concernant sa plausibilité physiologique. Ainsi, on peut se demander quelle importance ces femmes accordent aux signes de leur corps reliés à la fécondité.*

⁸⁵ Brezinka C, 1994; Ibid.

⁸⁶ Beier KM, 2006; Ibid.

⁸⁷ Chaulet S., Juan-Chocard A.S., Buffet D., Descamps Ph., Duverger Ph. Le déni de grossesse : Mme G, un deuxième déni qui interroge. Congrès de L'Encéphale 2011, Paris ; Communication affichée : PO-477.

- Absence de signes sympathiques de grossesse

Parmi les femmes ayant dénié leur grossesse jusqu'à l'accouchement, aucune n'a ressenti de symptômes tels que des nausées, ou d'autres symptômes secondaires (asthénie, douleurs dorsales). Parmi les femmes dont le déni s'est terminé plus tôt, 22% (6 sur 27) rapportent des symptômes compatibles avec un état de grossesse.

Mme G n'a présenté aucun signe sympathique de grossesse pour ses deux grossesses déniées partiellement. Lors de sa grossesse actuelle, elle a présenté une lombalgie persistante dans les suites d'un accident de travail. Mme G ne présente aucun souvenir de signes sympathiques éprouvés au cours de la grossesse qu'elle n'a pas dénié.

Mme H (Cas n°1) relate une constipation, Melle J (Cas n°3) évoque une tension mammaire et une constipation.

- Absence de prise de poids

Plus de la moitié des femmes déclarent une légère prise de poids pendant leur grossesse. L'interrogatoire de l'entourage de la patiente est peu contributif puisque dans moins de la moitié des cas l'entourage était seulement suspicieux de l'état de grossesse. Selon Brezinka, le déni de grossesse n'est pas plus fréquent chez les femmes en surcharge pondérale.

Mme G, Mme H, Melle I et Melle M (Cas n°6) présentent un surpoids et n'ont pas remarqué de prise de poids particulière. Seule Melle J n'est pas en surpoids et a remarqué avoir pris 4kg.

- Absence de perception des mouvements actifs foetaux

Les mouvements actifs fœtaux ne sont pas perçus en tant que tels ; le bébé paraît silencieux, comme « un petit passager clandestin »⁸⁸. Parfois des sensations abdominales sont perçues et attribuées à des symptômes intestinaux. La prise de conscience de la grossesse semble parfois permettre les modifications corporelles et la perception des mouvements du fœtus.

Mme G a pris la morphologie d'une femme enceinte quelques jours après la découverte de la grossesse, après avoir été informée de l'état de santé rassurant de son bébé. Elle a ressenti les mouvements actifs fœtaux dans un second temps. Melle J dit « dès que l'on a pris conscience de notre rôle de parent, j'ai senti bouger le bébé ».

L'accouchement est souvent rapide, ce qui expliquerait le nombre d'accouchements au domicile.

Ainsi, la grossesse est présente mais silencieuse dans la psyché comme dans le corps : c'est la connivence psychosomatique.

III.1.2- Caractéristiques obstétricales

La présentation en siège du fœtus est retrouvée dans 50% des cas de déni de grossesse de Brezinka⁸⁹. Cette présentation aurait pour conséquence une morphologie de grossesse moins évidente.

Nisand, gynécologue français a pu apporter une explication médicale à ce qui était jusque là considéré comme un phénomène surréaliste. A l'aide d'un schéma en mouvement, il compare un bébé en train de se développer normalement dans la cavité utérine de sa mère, dans le cas d'une grossesse dite normale, et dans le cas d'un déni de grossesse. Dans la première situation l'enfant pousse sur la paroi abdominale de sa mère et fait pointer le ventre en avant. Dans le

⁸⁸ Pierronne C, 2002; Ibid.

⁸⁹ Brezinka C, 1994 ; Ibid.

deuxième cas, le bébé se place en longitudinal, ne modifiant quasiment pas la morphologie maternelle. Dans les deux cas de figure, l'enfant grandit et grossit, mais l'aspect extérieur du corps de la mère reste inchangé.

Les complications obstétricales et néonatales seront détaillées dans le chapitre consacré aux conséquences du déni de grossesse.

III.2- La clinique psychiatrique

III.2.1- Résultats des évaluations psychiatriques des patientes ayant vécu un déni de grossesse

L'étude de Brezinka⁹⁰ a tenté de voir s'il existe un lien entre déni de grossesse et existence d'une pathologie psychiatrique particulière. Par le biais d'entretiens standardisés au décours de l'accouchement, les auteurs ont mis en évidence l'existence d'un trouble mental (selon le DSM III-R) dans moins de la moitié des cas (48%) de déni de grossesse :

- Trouble psychotique schizophrénique dans 7% des cas (soit 2 cas)
- Dépression majeure dans 15% des cas (soit 4 cas)
- Troubles de la personnalité dans 15% des cas (soit 4 cas) ; le type de trouble de la personnalité n'est pas précisé
- Retard mental léger dans 11% des cas (soit 3 cas)
- **Absence de trouble mental dans 52% des cas (soit 14 cas)**

⁹⁰ Brezinka C, 1994; Ibid.

L'étude ne précise pas si le trouble mental était actuel au moment de l'entretien ou s'il s'agit d'un trouble antérieur. Cependant, ce résultat nous informe que plus de la moitié des femmes présentant un déni de grossesse sont indemnes de pathologie psychiatrique.

Wessel⁹¹, dans son étude prospective, retrouve :

- 4.6% de trouble schizophrénique (3 cas dont 1 cas en décompensation aiguë), pour lesquels un entretien psychiatrique a été demandé en dehors de l'étude,
- 3% de troubles de la personnalité,
- 4.5% de légère déficience intellectuelle,
- 7.5% d'addiction.

Ainsi, 20 % des cas de déni présentent un trouble psychiatrique antérieur ou actuel dans cette étude.

Friedman⁹² retrouve rétrospectivement :

- 6% de femmes qui présentent un retard mental,
- 6% avec des antécédents de trouble de l'humeur.

Sur 61 cas de dénis de grossesse, la consultation psychiatrique n'a été demandée qu'une seule fois.

En dépit des disparités méthodologiques, ces résultats nous informent que le déni de grossesse surviendrait chez des femmes ayant ou non un trouble mental évolutif ou antérieur.

Dans nos cas rencontrés à la maternité, aucune femme n'a dans ses antécédents été en contact avec la psychiatrie libérale ou hospitalière, et aucune n'a reçu de traitement psychotrope.

Une patiente présente un alcoolisme chronique, et une présente un trouble de la personnalité.

⁹¹ Wessel J, 2007 ; Ibid

⁹² Friedman SH, 2007 ; Ibid.

III.2.2- Constatations générales n'ayant pas fait l'objet d'études statistiques

L'équipe de Brezinka⁹³ a remarqué dans ses dossiers de femmes ayant fait un déni de grossesse :

- Une forte proportion de femmes qui présentent des troubles des conduites alimentaires dont le type n'est pas précisé.
- Des femmes qui entretenaient depuis toujours un mauvais rapport avec leur corps, qui en quelque sorte refusaient de sentir les signaux provenant de leur corps.

Chez Mme G, on remarque une difficulté à ressentir les signaux de son corps se rapportant spécifiquement à son état de grossesse.

- Des femmes qui étaient sûres de leur incapacité à être enceintes et qui en étaient tellement déçues qu'elles n'écoutaient pas non plus leur corps.

III.2.3- Les manifestations psychopathologiques du déni non psychotique de grossesse

III.2.3.1- Pendant la grossesse : la rationalisation et la contagion du déni

⁹³ Brezinka C, 1994 ; Ibid.

Le symptôme unanimement (étude à grande échelle, monographie) rencontré est la **rationalisation** : lorsque les symptômes somatiques de grossesse sont perçus ils sont toujours attribués à une autre cause.

Lorsque les femmes constatent une prise de poids, elles « trouvent des explications » à cela : par exemple, elles ont mangé plus que d'habitude ou bien comme elles ont toujours eu un poids fluctuant, cela n'avait rien d'inhabituel.

Melle J a remarqué une prise de poids de 4kg mais déclare avoir mangé davantage dans le but de prendre du poids.

De même, les nausées peuvent être attribuées à l'ingestion de nourriture particulière, les mouvements du fœtus peuvent être interprétés comme le signe d'une maladie.

S'il y a aménorrhée, certaines femmes pensent alors qu'il s'agit du début de la ménopause alors que d'autres sont accoutumées à avoir des règles irrégulières et ne s'en inquiètent pas. Certaines encore se croyaient stériles par exemple à cause d'un fibrome. D'autres ont été authentiquement diagnostiquées stériles par les médecins depuis des années :

Mme H, 39 ans, primigeste, nullipare, rencontrée au cours d'une astreinte de psychiatrie, après l'accouchement d'un bébé mort – né suite à un déni total de grossesse, était atteinte d'une stérilité secondaire à un syndrome des ovaires polykystiques diagnostiqué depuis 10 ans. Elle déclare après coup avoir senti son bébé bouger, mais elle attribuait ses sensations à une constipation.

La rationalisation peut être favorisée par les conditions somatiques :

- Par certaines conditions obstétricales comme la persistance de saignements ressemblant à des menstruations, ou un antécédent de cycles irréguliers perçus comme habituels depuis des années.
- Par l'absence d'augmentation du périmètre abdominal.
- La prise d'un traitement contraceptif oral, un diagnostic posé de stérilité ou de ménopause qui « empêche » la possibilité d'une grossesse, à la fois chez les patientes et chez les médecins.

Le phénomène de contagion du déni à l'entourage participe au phénomène de rationalisation :

Aussi un phénomène fréquemment observé est la **contagion du déni à l'entourage familial, social et médical** :

En effet, l'entourage ne perçoit pas non plus l'existence de la grossesse. Brezinka évoque le phénomène de la « folie à deux »⁹⁴ : « *je croyais être enceinte, mais puisque ma mère ne m'a rien dit....* », avec en retour « *Je soupçonnais une grossesse chez ma fille, mais puisqu'elle n'a rien dit...* ». Les deux protagonistes renforcent l'une et l'autre leur déni.

Le conjoint de Mme G lui avait suggéré son état de grossesse lors de son premier déni partiel de grossesse, mais n'a pas remarqué sa deuxième grossesse déniée.

La mère de Melle M déclare ne s'être absolument pas aperçue de la grossesse de sa fille.

Melle N affirme n'avoir jamais eu conscience de sa grossesse, soulignant qu'au moment prévu de ses règles elle présentait des saignements. Après une remarque de sa mère à propos de son poids, elle montre une serviette périodique ensanglantée.

Certains conjoints n'ont pas remarqué la grossesse alors même que le couple a eu des relations sexuelles peu avant l'accouchement.

Brezinka⁹⁵ spécifie dans son étude rétrospective que l'entretien avec le conjoint, la famille ou les collègues n'était pas contributif, puisque moins de la moitié avaient une vague suspicion de la grossesse, et était totalement ignorant dans tous les autres cas.

Le médecin traitant, parfois consulté pour des douleurs, des malaises, a évoqué des troubles intestinaux, ou même des tumeurs. Brezinka rapporte le cas de deux patientes entre 26 et 36 semaines d'aménorrhée pour lesquelles le diagnostic de grossesse a été posé accidentellement par le radiologue en observant la colonne vertébrale du fœtus sur les clichés radiographiques demandés pour investiguer des douleurs dorsales ou abdominales (toutes avaient signé le consentement éclairé concernant le danger des rayons X en cas de grossesse).

Plusieurs hypothèses sont proposées pour rendre compte de ce phénomène de contagion du déni au corps médical :

⁹⁴ Brezinka C, 2009 ; Ibid.

⁹⁵ Brezinka C, 1994; Ibid.

- Beier⁹⁶ relève 38% de femmes ayant consulté un médecin traitant pendant la phase de déni de grossesse sans avoir reçu de diagnostic de grossesse.
- Ce phénomène pourrait être expliqué par le mécanisme d'identification projective⁹⁷ dans l'interaction entre la patiente et son médecin : le médecin serait incapable de percevoir ce qu'elle-même ne perçoit pas. Par ce mécanisme en deux temps, tout ce qu'il y a de mauvais dans le Moi est à la fois projeté au dehors (projection) et mis dans l'objet (identification). Ce mécanisme prévalent dans la psychose est aussi à l'oeuvre chez certains enfants psychopathes. Envahi de telles projections, l'autre en arrive à se sentir lui-même mauvais⁹⁸.
- Pierronne⁹⁹ pense que « les rationalisations de ces femmes sont présentées d'une telle sorte aux médecins traitants, que leur pensée en est gelée ».
- Marinopoulos¹⁰⁰ rapporte que la façon dont les femmes décrivent leurs symptômes influe sur le jugement de leur interlocuteur. Elles sont tellement empreintes de leur déni que rien de rationnel ne peut orienter le professionnel consulté sur des signes de grossesse éventuelle.

Lors de son deuxième déni partiel de grossesse, Mme G a consulté son médecin traitant à plusieurs reprises pour ses douleurs lombaires persistantes. Elle avait le même médecin traitant lors de son premier déni partiel de grossesse.

Melle J, 22 ans, au cours de son déni partiel de grossesse a rencontré plusieurs médecins pour exploration de fréquents malaises vaso-vagaux : son médecin traitant l'a adressé à un cardiologue qui a demandé un avis neurologique ; elle était alors à 4 mois de grossesse. Un examen clinique détaillé a été réalisé à chaque consultation ; un bilan sanguin a également

⁹⁶ Beier KM, 2006 ; Ibid.

⁹⁷ Sandler J. Projection, identification and projective identification. Madison. International Universities Press, 1987.

⁹⁸ Bergeret J., Lustin JJ. Clinique et théorie de la clinique infantile. In Psychologie pathologique, théorie et clinique 10^{ème} édition, Masson, 2008.

⁹⁹ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

¹⁰⁰ Marinopoulos S. Le déni de grossesse. Bruxelles : Ministère de la communauté française, 2007.

¹⁰⁰ Bonnet C. Geste d'amour et accouchement sous X. Paris : Ed Odile Jacob, 1996.

été demandé sans dosage des Béta HCG. Aucun des trois médecins consultés n'a évoqué la possibilité d'une grossesse.

Cette contagion du déni¹⁰¹ peut être interprétée comme le fruit du message implicite adressé par la patiente à l'entourage : « *je ne suis pas enceinte* ». Il conduit à ce que certains appellent parfois la collusion du déni. Dans toute communication interhumaine, l'émetteur, volontairement et /ou à son insu oriente l'attention d'autrui vers un centre d'intérêt particulier, mais peut aussi parfois l'en détourner. Ces mécanismes prennent probablement place dans une phase pré-attentive de la communication. Lorsque la femme enceinte accepte de se reconnaître enceinte, son entourage en fait de même et signale parfois les doutes qui l'avaient traversé.

On peut penser que le déni de la grossesse partagé par l'entourage familial, médical, en ne s'apercevant pas de la grossesse, ce « déni du déni », entretient et renforce le phénomène de rationalisation des femmes déniaient leur grossesse.

III.2.3.2- Réactions à l'annonce ou à la découverte de la grossesse

La prise de conscience de la grossesse peut s'effectuer de diverses manières et dans diverses circonstances :

- d'une part soit en cours de grossesse soit lors de l'accouchement,
- d'autre part la grossesse peut soit être annoncée par un médecin soit découverte par la patiente elle-même (perception des mouvements actifs fœtaux par exemple, perception de contractions),
- la présence d'une complication obstétricale peut aussi être une circonstance de découverte de grossesse.

¹⁰¹ Dayan J, 2009 ; Ibid

Selon Houel (psychologue clinicienne) citée par Bayle¹⁰², la présence d'un tiers apparaît essentielle pour permettre la révélation de la grossesse : l'état de grossesse ne peut être pris en compte par la femme elle-même ; la manifestation de la grossesse demeure impossible tant que la femme n'est pas parvenue tisser un lien (de façon au moins inconsciente) avec un tiers capable de la soutenir dans sa démarche. **La mise en lien de la grossesse avec autrui constituerait un aspect important de la clinique des dénis de grossesse.**

Melle M, 18 ans découvre sa grossesse suite à un test suggéré par sa belle-sœur elle-même enceinte, qui remarque une prise de poids chez la jeune fille. La jeune fille ne s'est pas opposée à la réalisation du test de grossesse.

Le compagnon de Melle J lui demande de faire un test car il suspecte une grossesse au vue de sa prise de poids : Melle J réalise le test.

Les études n'ont pas établi avec précision les différentes réactions psychiques en fonction des circonstances de découverte de la grossesse, mais des rapports cliniques peuvent nous éclairer.

- La sidération

Brezinka rapporte des réactions variées et généralement bruyantes à la découverte de la grossesse : une symptomatologie délirante a été observé chez deux femmes atteintes de psychose (antérieurement à la grossesse). Pour les autres, des réactions inadaptées « névrotiques » sont décrites. Immédiatement après l'annonce de la grossesse, une patiente s'enfuit en courant. Chez la plupart des autres femmes sont notées des réactions de sidération plus ou moins marquées : choc, sentiment d'insécurité, angoisse ou sentiment dépressif de courte durée. D'autres secondairement se surchargent de travail.

Dans le cas du déni complet, c'est le plus souvent le médecin des urgences qui annonce la grossesse. L'accouchement produit un choc émotionnel, intense, visible, pas toujours

¹⁰² Bayle B. Comprendre la conception humaine. In L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine. Paris : Masson, 2003 : 107-109.

verbalisé. Dans le cas de déni partiel, le choc peut survenir lors de la révélation brutale de la grossesse.

Mme G est dans un état de sidération lors de la découverte de sa grossesse, avec un vécu de souffrance intense et une difficulté à élaborer. Mme G présente une grande réactivité émotionnelle (elle pleure). Pour autant, elle exprime peu ses émotions. Elle évoque cependant sa grande difficulté à faire face à cette situation « c'est dur ».

Toutes ces réactions marquent l'ambivalence maternelle vis-à-vis de la grossesse et plus particulièrement de l'arrivée de l'enfant. **L'intensité et la durée de ces symptômes sont dépendantes du soutien social et affectif des patientes à ce moment là mais aussi de la personnalité sous-jacente.**

- **La persistance du déni**

Marinopoulos¹⁰³, psychologue, souligne que la soudaineté de l'annonce oblige la femme à accepter le processus maturatif de la grossesse en un temps extrêmement court. Parfois, ces femmes refusent d'accepter la réalité et poursuivent une forme de déni, tout en ayant eu les preuves médicales de leur grossesse.

Green et Manohar¹⁰⁴, dans une monographie « Néonaticide et déni de grossesse hystérique », ont décrit le cas d'une patiente qui a présenté une **amnésie** de la consultation diagnostique de sa grossesse ainsi que de l'examen échographique de confirmation où elle s'est rendue seule, aboutissant à un déni total de grossesse suivi de néonaticide.

Cette persistance du déni est retrouvée aussi par d'autres auteurs (Bonnet¹⁰⁵, Finnegan¹⁰⁶).

¹⁰³ Marinopoulos, 2007; Ibid.

¹⁰⁴ Green C.M., Manohar S.V. Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. Brit Journ Psy 1990; 156:121-123.

¹⁰⁵ Bonnet C. Geste d'amour et accouchement sous X. Paris : Ed Odile Jacob, 1996.

¹⁰⁶ Finnegan P., McKinstry E., Elrick Robinson E. Denial of pregnancy and childbirth. Can. Journal. Psychiatry 1982; 27:672-674.

De plus, l'état de sidération est parfois tel qu'il crée une forme d'étrangeté déstabilisante dans les entretiens : il y a à la fois de l'illogisme et de la contradiction dans les propos qui accompagnent la levée du déni.

- **L'hétéro agressivité dirigée contre le fœtus**

Bonnet¹⁰⁷, rapporte de ses entretiens cliniques, qu'après l'angoisse et la stupéfaction liées à la découverte de l'existence du fœtus, les femmes peuvent avoir des fantasmes d'impulsions violentes envers le fœtus : « *je ne l'aime pas* », « *je veux qu'il disparaisse* ». Ces femmes peuvent vivre dans l'espoir d'une fausse couche. Leur intensité est très variable. Ils surgissent de manière impulsive, malgré elles. Ils peuvent provoquer un sentiment de culpabilité intense, une anxiété, voire un état de panique. Elles craignent de ne pas pouvoir maîtriser leur pensée et passer à l'acte.

Il a été décrit des passages à l'acte violents envers le fœtus : elles se tapent sur le ventre, prennent des risques en voiture ou s'activent de manière excessive pour « faire passer » l'enfant (« *J'ai continué à courir plusieurs heures par jour, pour que ça s'arrête* »¹⁰⁸). D'autres ont ingéré « tout » pour s'en débarrasser. D'autres auteurs¹⁰⁹ rapportent le cas de femmes qui blessent leur abdomen dans le but de maltraiter le fœtus lorsqu'elles en perçoivent les mouvements. Ces passages à l'acte ont été désigné « syndrome du fœtus battu »¹¹⁰ et sont considérés par certains comme l'un des signes qui précèdent un risque de maltraitance ultérieure.

L'existence de ces comportements laissent craindre un risque d'infanticide à la naissance si elles accouchent seules et si elles n'ont pas pu verbaliser leurs pulsions violentes.

¹⁰⁷ Bonnet C. Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé. Perspectives Psy 2002 ; 41:3:189-194.

¹⁰⁸ Romano H. Meurtres de nouveau-nés et processus à l'œuvre chez les femmes néonaticides. Devenir 2010; 22 : 4 : 309-320.

¹⁰⁹ Kent L., Laidlaw J., Brockington I. Fetal abuse. Child abuse neglect 1997; 21:2:181-186.

¹¹⁰ Condom JT. The battered fetus syndrom. Preliminary data on the incidence of the urge to physically abuse the unborn child. J Ment Dis 1987; 76:12:722-725.

La thèse de Bonnet ne signifie pas que tout déni de grossesse recouvre des pulsions infanticides mais cette réalité clinique observée par l'auteur semble nécessaire à connaître. Nous y reviendrons ultérieurement.

Certaines femmes demandent une interruption volontaire de grossesse (IVG), mais le délai légal est souvent dépassé (14 semaines d'aménorrhée en France), la grossesse étant rarement découverte avant le cinquième mois. D'ailleurs, Bonnet préconise la recherche d'un déni de grossesse devant toute demande d'IVG à délai dépassé. Sur 12 cas de demande d'avortement tardif (après 20 semaines de gestation), Savage¹¹¹ montre que le déni de grossesse en était l'explication principale.

Melle J et Melle M se sont présentées au centre d'IVG immédiatement après la découverte de leur grossesse. L'échographie a révélé une grossesse évolutive à respectivement 25 SA et 34 SA. Le délai légal de réalisation de l'IVG étant dépassé, l'accouchement sous X a été évoqué.

Lors de la première échographie du bébé, à 34 SA, Mme G n'a pas regardé les images, « je n'ai pas pu ». L'état de bonne santé du bébé a eu un effet rassurant, mais Mme G dira « maintenant on n'a plus le choix » de garder ou pas le bébé « puisqu'il est en bonne santé ». En effet, des examens approfondis ont été effectués en raison de la prise de traitements potentiellement tératogènes (antalgiques).

- **Les idées suicidaires**

Certaines femmes n'expriment pas d'hétéroagressivité envers leur fœtus mais des idées de suicide impérieuses. L'émergence de pensées violentes envers leur fœtus, sans comprendre leur origine peut entraîner de la colère retournée contre elles-mêmes. Le risque de passage à l'acte est réduit dès qu'elles entament un travail psychothérapeutique¹¹².

¹¹¹ Savage W. Requests for late termination of pregnancy: Tower Hamlets 1983. Br Med J 1985 ; 290:621.

¹¹² Bonnet C. La grossesse vulnérabilise les femmes maltraitées. Ecole des Parents 1997; 11:57-62.

D'autres femmes appréhendent la confrontation à leur bébé, elles sont si terrifiées de ne pas pouvoir contenir leurs impulsions violentes qu'elles demandent une anesthésie générale pour éviter toute interaction sensorielle avec le bébé¹¹³. On peut y voir là un équivalent suicidaire.

Les idées suicidaires peuvent également apparaître dans le cadre d'un syndrome dépressif majeur.

Mme O (cas d'expertise n°2) a découvert tardivement sa grossesse elle-même par la perception des mouvements actifs fœtaux. Se trouvant dans l'incapacité d'annoncer sa grossesse, elle a présenté un syndrome dépressif au décours avec vellétés suicidaires mais sans passage à l'acte auto-agressif.

- **La culpabilité**

Spielvogel et Hohener¹¹⁴ décrivent au cours de leurs entretiens la présence récurrente de sentiments de culpabilité exprimés par les mères d'avoir mis leur bébé en danger. Si elles avaient eu connaissance de leur grossesse plus tôt, elles auraient adapté leur mode de vie au mieux pour leur bébé.

Après s'être adaptée à la réalité de sa grossesse et du bébé, Mme G exprime un sentiment de culpabilité d'avoir mis son bébé en danger (absence de suivi de grossesse et de respect des conseils alimentaires et règles d'hygiène, prise de médicaments potentiellement tératogènes).

Pour Pierronne¹¹⁵, la verbalisation d'un sentiment de culpabilité n'est pas systématique : c'est le plus souvent un sentiment de honte qui est exprimé, comme si ces femmes « avaient honte d'avoir été traversées par un phénomène irrationnel défiant le sens commun ». Nous en reparlerons dans la partie dédiée aux conséquences du déni de grossesse.

¹¹³ Bonnet C, 1993; Ibid.

¹¹⁴ Spielvogel AM, 1995; Ibid.

¹¹⁵ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

III.2.3.3- Le caractère fluctuant du déni

Comme nous l'avons exposé dans le chapitre consacré aux définitions, il existe des dénis partiels, lorsque la conscience de l'état gravide apparaît avant l'accouchement et des dénis totaux lorsque la conscience de la grossesse est absente jusqu'à l'accouchement.

Madame Courjault dira lors de son procès au sujet de la conscience de son état gravide « Au début je l'ai su, puis je ne l'ai plus su, mais de temps en temps je l'ai su »¹¹⁶.

Cette caractéristique clinique remet en question la dichotomie entre déni total et déni partiel. Pierronne remarque : « **plus rarement, la représentation de la grossesse affleure de manière intermittente à la conscience, dans une sorte de va et vient perpétuel** » ; ce cas fait partie d'une sorte de déni partiel. Pour Dayan, la conscience de porter un enfant est rarement totalement absente. Selon Spinelli¹¹⁷, dénier un fait nécessite la connaissance antérieure de la réalité.

Mme Y, (cas non rencontré, observation issue d'un dossier de pédo-psychiatrie), 36 ans, a découvert sa grossesse à 28 semaines d'aménorrhée. Elle a été suivie par une pédopsychiatre jusqu'à l'accouchement dans le cadre de son hésitation à confier son enfant à l'adoption. Au cours de ses entretiens, elle dira au sujet de la connaissance de sa grossesse « je savais sans vouloir savoir ».

¹¹⁶ Streliski I. Ni monstre ni icône. In colloque le Crime et ses Enigmes à la lumière de la psychanalyse. Angers, 2010.

¹¹⁷ Spinelli MD, 2001; Ibid.

Melle I, rencontrée en suite de couche le lendemain de son accouchement à découvert sa grossesse à 26 semaines (Elle s'est présentée aux urgences de la maternité pour des douleurs digestives). Elle nous dit que son entourage a été mis au courant de sa grossesse. Elle ne s'est ensuite pas présentée à toutes les consultations prénatales et s'est présentée pour accoucher à terme dépassé. Les affaires pour son enfant étaient préparées. Elle justifie ce manque de soin partiel par un discours très rationalisé qu'il est difficile de remettre en cause. Une de nos hypothèses a été de supposer que le déni a persisté mais de façon intermittente après la découverte de la grossesse. Cette hypothèse a été rapidement remise en question par la découverte d'un trouble grave de la personnalité chez cette patiente. Les soins prodigués au bébé semblent adaptés. Le cas de cette patiente nous a conduits à consulter la littérature sur le déni de grossesse afin d'étayer dans sa prise en charge.

Ainsi, il existe des cas de déni de grossesse où la conscience de l'état de grossesse est fluctuante. Ces cas vérifient l'idée selon laquelle il existerait différents degrés de conscience de l'état gravis, hypothèse évoquée par plusieurs auteurs dans la partie consacrée aux définitions. Il est intéressant de constater que cette idée est évoquée sous différentes formes selon l'appartenance théorique des auteurs :

- **Dayan, fait référence à la clinique psychanalytique (dénégation, refoulement...),**
- **Miller, psychiatre américaine, emploie ses propres termes (déni affectif, déni persistant).**

Nous avons rassemblé tous ces termes différents sous la dénomination de « déni fluctuant », dans un souci de clarté terminologique. Nous en vérifions ici la réalité clinique.

Weisman¹¹⁸ a décrit un phénomène psychique chez les patients atteints de maladie grave que Brezinka cite à propos du déni de grossesse : le « middle knowledge » ou **connaissance à moitié** : un état psychologique qui se situe entre le savoir et le non savoir. Cet état est retrouvé avec une grande fréquence lors des prises en charge psychothérapeutiques de patients atteints de cancer. Les phases de déni et de « middle knowledge » se succèdent et sont bien acceptées par les psychothérapeutes et sont même considérées comme des phases normales de transition dans l'évolution de la maladie cancéreuse. La grossesse n'est pas un état pathologique mais un état de modification somato-psychique, ce parallèle a donc tout son intérêt. (La réalité de la grossesse serait-elle pour ces femmes aussi difficile à entendre que l'annonce d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital ?)

L'état de grossesse est « en sommeil » physiologique et psychologique jusqu'à la levée du déni.

III.2.3.4- Symptômes psychiatriques retrouvés chez des femmes découvrant leur grossesse à l'accouchement (déni total) et suivi de néonaticide

Tronche décrit un « **état de stress aigu avec amnésie dissociative** »¹¹⁹ lors du passage à l'acte consécutif à la levée du déni. Le comportement est en rupture totale avec la personnalité antérieure, et partiellement adapté. La patiente se souvient avoir reçu un appel de son petit ami juste après l'accouchement et avoir répondu comme si de rien n'était.

Spinelli¹²⁰ a fait passer une Echelle d'Expérience Dissociative (Dissociative Experiences Scales) à 17 femmes ayant réalisé un néonaticide après un déni de grossesse. Des hallucinations dissociatives sont retrouvées chez 12 d'entre elles (voix internes). Une amnésie

¹¹⁸ Weissman D. Avery, On Dying and Denying: a Psychiatric Study of terminality Shawnee Press. Nashville 1972.

¹¹⁹ Tronche A.M., Villemeyre-Plane M., Brousse G., Llorca PM. Du déni de grossesse au néonaticide : hypothèses diagnostiques autour d'un cas. An Med Psy 2007; 165:671-675.

¹²⁰ Spinelli MD, 2001; Ibid

brève est retrouvée chez 14 femmes dont 9 décriront des symptômes psychotiques associés à la vue de l'enfant. Dans un article récent, Spinelli et Margaret¹²¹ réabordent la clinique du déni de grossesse, en décrivant une **symptomatologie dissociative** commune pour chaque cas de cette étude :

- dépersonnalisation dans tous les cas (illustré par l'absence de douleur ou une douleur peu intensément ressentie lors de l'accouchement)
- dissociation dans tous les cas (processus inhibiteur actif qui filtre les stimulations internes et externes du champ de la conscience)
- hallucinations dissociatives dans 82% des cas (commentaires de voix internalisées différentes des voix psychotiques entendues à l'extérieur)
- la belle indifférence (lorsque les femmes racontent leur grossesse et leur accouchement)
- psychose dissociative (appelée aussi psychose hystérique) suivie d'amnésie de l'épisode au moment où la parturiente découvre la réalité de son enfant
- faible capacité d'abstraction : les connaissances générales, les capacités cognitives, et les stratégies d'adaptation sont pauvres.

Romano¹²² décrit un état de stress dépassé, avec souvent un état de **dissociation péritraumatique** et des conduites automatiques qui témoignent de la violence intra-psychique qu'elles sont en train de vivre.

Bonnet décrit une **amnésie totale systématique**¹²³ après l'accouchement, prévenant la reconstitution du moment tragique. Pour elle, l'amnésie qui fait suite au passage à l'acte n'est pas la preuve d'un épisode psychotique mais celle de la remise en œuvre du déni.

¹²¹ Margaret G., Spinelli MD. Denial of pregnancy : A Psychodynamin Paradigm. Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry 2010; 38 :1: 117-131.

¹²² Romano H. Intervention Médico-Psychologique Immédiate. Stress et trauma 2007 ; 7 :1 :4-50.

¹²³ Bonnet, 1993; Ibid.

D'autres auteurs décriront un **épisode psychotique bref**¹²⁴ chez deux patientes au moment où le nouveau-né émerge du canal génital et se met à crier : elles déclarent avoir entendu des voix qui ordonnaient de jeter l'enfant par la fenêtre.

Une expertise¹²⁵ concernant un cas de néonaticide dans un contexte de déni de grossesse a posé le diagnostic de déni de grossesse avec **psychose puerpérale brève** au moment des faits. Un autre expert nommé pour le même cas considère le déni de grossesse comme un mécanisme de défense de névrose hystérique. Un troisième expert conclue à l'absence de trouble psychiatrique.

Les symptômes psychiatriques les plus bruyants sont retrouvés chez les femmes découvrant leur grossesse à l'accouchement avec néonaticide. Cependant, l'expertise psychiatrique détaillée est motivée par le néonaticide. Les femmes qui découvrent leur grossesse à l'accouchement sans néonaticide au décours ou conséquences médico-légales sont rarement ou moins précisément examinées sur le plan psychiatrique.

III.2.3.5- Antécédents de déni de grossesse

Aucune étude ne fait part de déni de grossesse répété. Cependant, lorsque ces femmes ont eu des grossesses antérieures, il est habituel qu'elles confient avoir également méconnu les

¹²⁴ Brozovsky M., Falit H., Neonaticide clinical and psychodynamic considerations. J Am Acad Child Psychiatry 1971; 10: 673-683.

¹²⁵ Tronche A.M., Villemeyre-Plane M.,Llorca P.M. Une grossesse impossible : réflexion diagnostique autour d'un cas? In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 : 225-231.

premiers mois de leurs précédentes grossesses mais s'être ressaisies à temps pour accueillir leur bébé¹²⁶.

Mme G a dénié partiellement sa première et sa troisième grossesse. Elle a découvert ses deux grossesses exactement au même terme (34 SA). Pourtant, les modes de découvertes sont différents (son conjoint pour la première, une IRM pour la seconde).

Mme O (cas d'expertise n°2) a présenté un déni de grossesse lors de sa 3ème grossesse. Elle a découvert sa première grossesse de façon fortuite lors d'une consultation chez son médecin traitant pour demande de mise sous contraceptif. Elle avait encore ses règles lorsque le médecin a diagnostiqué une grossesse évolutive d'environ 3 mois. Elle découvrira sa deuxième grossesse également lors d'une consultation chez un médecin généraliste, à quatre mois de gestation. Elle investira de façon adaptée (annonce à la famille, suivi de grossesse) ses deux premières grossesses.

III.2.3.6- La place des pères

Dans l'étude de Pierronne¹²⁷, les pères sont présents dans 86% des grossesses découvertes à l'accouchement, et dans 50% dans le cas des grossesses découvertes aux deux derniers trimestres. Ils ont participé eux aussi au déni, et doivent de leur côté effectuer un réaménagement en urgence. Certains reconnaissent l'enfant et l'investissent rapidement, d'autres doutent et demandent une recherche en paternité, d'autres encore refusent l'enfant.

Dans certains cas rencontrés à la maternité d'Angers, le conjoint (et père de l'enfant), a été à l'origine de la découverte de la grossesse :

¹²⁶ Henry A. Suivis de femmes infanticides à la prison de Rennes. In De l'expertise psychiatrique au traitement. *Enfances Psy* 2010; 4:84-91.

¹²⁷ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

- *lors de son premier déni de grossesse, le conjoint de Mme G a suspecté sa grossesse lors d'un rapport sexuel. Il a remarqué un bombement abdominal dont il a parlé à sa femme. Un test de grossesse a confirmé l'état gravide. L'échographie a mis en évidence une grossesse évoluant depuis 7 mois.*
- *Melle J, 22 ans a découvert sa grossesse à 25 SA ; Son ami lui a suggéré son état de grossesse et la réalisation d'un test.*

Il est intéressant d'étudier quelle est la place des pères laissée par les mères :

- Selon Roubaud et Vitry¹²⁸, le père reste absent dans le discours de la mère et cette absence perdure après la naissance ; cette même absence est retrouvée dans le discours de la famille de la jeune mère. Dans ces familles, toute parole renvoyant à la sexualité et donc à la maternité, est en général abolie.
- Dans l'étude de Brezinka, dix femmes sur 27 se séparèrent de leur compagnon au début de la grossesse (avant la levée du déni). Cinq femmes devinrent enceintes après le début d'une nouvelle relation affective. Enfin les quatre femmes mariées vivaient dans un climat de conflit conjugal majeur. Il n'existe donc pas de stabilité conjugale dans la plupart des cas.

III.2.4- Diagnostic différentiel : la dissimulation de grossesse ou grossesse cachée

La méconnaissance du phénomène de déni de grossesse même chez les soignants, amène bien souvent le doute quant à la sincérité de ces femmes, elles sont souvent prises pour des simulatrices ou des menteuses.

¹²⁸ Roubaud L., Vitry I, 2001; Ibid.

Les grossesses dissimulées sembleraient plus rares que les dénis de grossesse : l'étude de Friedman retrouve une prévalence de **0.6 pour 1000 naissances**.

Les femmes sont alors conscientes d'être enceintes, et le dissimulent à l'entourage, y compris au père de l'enfant. Parfois, ce symptôme est confondu avec le déni de grossesse.

Roubaud et Vitry¹²⁹ ont tenté de mettre en relief les divergences entre ces deux entités, en précisant qu'il existe de nombreux ponts, comme un continuum entre les deux ; mais il s'agit de deux situations bien distinctes.

Ils ont recensé 20 cas de grossesses non déclarées au CHU de Besançon de 1996 à 1998. Pour cinq d'entre elles, la non déclaration de grossesse s'expliquait par le handicap mental des femmes et la négligence de leur entourage ; cinq autres étaient adolescentes et il était difficile de savoir s'il y avait eu ou non déni de grossesse. Dans les dix autres cas, les grossesses étaient cachées : les auteurs ont été frappé de constater le discours identique de ces femmes : elles ont su qu'elles étaient enceintes au premier retard de règles.

Les caractéristiques de ces femmes seraient différentes de celles présentant un déni de grossesse : elles seraient plus fréquemment :-...multipares,

-...plus âgées,

-...et surtout ayant toutes des antécédents

-...psychiatriques (non précisés).

Par ailleurs, le père de l'enfant est omniprésent dans le discours de la femme. Lorsque l'enfant naît il est décrit comme « le père idéal ».

Friedman¹³⁰ retrouve 20% de troubles de l'humeur chez les femmes ayant dissimulé leur grossesse contre 6% chez les femmes l'ayant dénié.

¹²⁹ Roubaud L., Vitry I. 2001; Ibid.

¹³⁰ Friedman SH., Heneghan A., Rosenthal M. Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. Psychosomatics 2007; 48:2.

Darchis¹³¹, propose quelques conclusions issues de son expérience clinique à propos des grossesses dissimulées :

La grossesse cachée s'observe chez des femmes redoutant d'annoncer leur état qui les préoccupe, et souvent de façon permanente. Ces femmes souffrent d'une grande solitude. Certaines se disent avoir été obsédées par la situation au quotidien, au point d'espérer régulièrement une fausse-couche ou une anomalie du bébé conduisant à son décès. Elles peuvent imaginer des scénarii pour écarter l'événement de la naissance, comme partir quelques temps et abandonner leur bébé. Très souvent le bébé n'est pas investi et il est pensé en terme de chose encombrante. Le travail psychique de la grossesse nécessaire pour se construire parent est entravé. La parentalité ne peut se mettre en place. La crise psychique prend alors une forme particulière de retrait avec un changement de la personnalité. La femme tente de faire bonne figure devant son entourage en taisant ses angoisses. Elle fonctionne dans une lutte incessante pour ne pas imposer ses angoisses, sa tristesse, ses inattentions. Elle a la sensation de vivre un dédoublement entre ce qu'elle cache et ce qu'elle montre. L'auteur souligne qu'il s'agit souvent d'adolescentes.

Cette dissimulation au quotidien de la grossesse peut survenir aussi après un déni de grossesse ou une découverte tardive de la grossesse. *Ce cas de figure est décrit chez Mme O (cas d'expertise n°2).*

III.2.5- Clinique du déni psychotique de grossesse

Le déni psychotique de grossesse s'intègre dans un trouble psychotique le plus souvent schizophrénique. Le déni est alors intégré au délire de la patiente. Il s'agit d'un déni

¹³¹ Darchis E. Déni de grossesse et transgénérationnel : la part des ancêtres. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 : 209-211.

« bruyant » puisque extériorisé par un délire mais pas forcément plus facile à repérer puisqu'il peut être masqué par le délire. En ce sens, la grossesse peut passer longtemps inaperçue.

Le déni psychotique¹³² présente des caractéristiques cliniques différentes du déni non psychotique. Ces caractéristiques sont décrites par Miller :

- Il existe un va et vient entre un déni catégorique et une reconnaissance de la grossesse dans une même journée ou dans une même conversation. Les patientes sont indifférentes à la contradiction de leur discours ;
- Les épisodes de déni sont habituellement précédés de facteurs de stress identifiables ;
- Les femmes présentent les modifications physiques objectivables habituelles de la grossesse ;
- Les plaintes somatiques subjectives sont généralement associées bien qu'attribuées à autre chose que la grossesse ;
- Le déni de grossesse n'est pas partagé par l'entourage médical, familial ;
- La confrontation à la preuve de la grossesse peut lever le déni mais ce n'est pas systématique, le déni persiste parfois jusqu'à la naissance du bébé ;
- Le déni peut être aboli par des neuroleptiques mais peut réapparaître en cas de facteurs de stress.

On peut se poser la question de l'interprétation¹³³ délirante des sensations cénesthésiques ressenties lors des mouvements du fœtus.

Déni psychotique et non psychotique se différencient dans leur expression clinique, il serait intéressant d'étudier les mécanismes psychopathologiques de chacun.

¹³² Miller LJ, 1990 ; Ibid

¹³³ Grangaud N, 2001; Ibid.

Pour certains auteurs¹³⁴, le déni psychotique de grossesse pourrait être considéré comme une forme particulière du syndrome de Cotard (délire de négation d'organe). La conviction de la disparition de sa grossesse ou de la mort du bébé est alors considérée comme un déni de la fonction du corps.

IV- HYPOTHESES EXPLICATIVES DU DENI DE GROSSESSE

¹³⁴ Walloch J.E.M., Klauzer C., Lanczic M. Delusional of pregnancy as a special form of Cotard's Syndrome. Psychopathology 2007; 40: 61-64.

Pour Dayan, le déni de grossesse recouvre un ensemble de configurations psychiques ayant comme point commun l'ambivalence du désir d'enfant. Or le désir d'enfant serait ambivalent en soi¹³⁵.

Avant d'envisager les mécanismes et les hypothèses explicatives sous un angle psychopathologique et physiopathologique, il semble nécessaire de rappeler les remaniements somato-psychiques de la grossesse normale.

En effet, le processus qui conduit une femme à devenir mère se joue sur un double registre : biologique d'une part et psychique d'autre part avec la mise en œuvre de réaménagements qui constituent une nouvelle crise de maturation¹³⁶.

IV.1- La grossesse « normale » : la rupture d'un équilibre somatique et psychique

De nombreux auteurs ont insisté sur ce moment évolutif fondamental que représente la grossesse chez la femme. Pour Bydlowski¹³⁷, la procréation humaine n'est pas une fonction biologique comme les autres, elle tire sa singularité d'intervenir au carrefour de trois facteurs déterminants : le désir d'enfant, la physiologie de l'espèce, le contexte historique et social.

IV.1.1- Une crise identitaire

¹³⁵ Devineau-François V. L'accouchement anonyme. Journal de pédiatrie et de puériculture 2001 ; 14 : 219-222.

¹³⁶ Durand B, 2001 ; Ibid.

¹³⁷ Bydlowski M. Spécificités humaines de l'engendrement. Les dossiers de l'obstétrique 2009 ; 381 : 8-13.

Racamier¹³⁸, psychiatre français, utilise en 1960 le terme de « **maternalité** » pour décrire l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent chez la femme à l'occasion de la maternité. Il définit la maternalité comme une phase du développement de la personnalité féminine, associant crise identitaire et crise de personnalité.

Pour Bydlowsky, la gestation serait l'occasion d'une crise psychique comparable à celle de l'adolescence¹³⁹. En effet, à chaque étape du cycle biologique, un certain nombre de tâches psychiques doivent être exécutées. De leur exécution dépend le passage à l'étape suivante. La période de la grossesse est ainsi une période de conflictualité exagérée, une crise maturative.

A l'adolescence, l'enjeu est de renoncer à l'enfance pour aborder l'âge adulte. Lors de la première maternité, l'enjeu est le passage à l'autre génération. Ainsi, comme à l'adolescence, la grossesse comporte une capacité évolutive puisqu'elle contribue à la formation d'une identité nouvelle.

Cette rupture d'équilibre en vue d'un nouvel équilibre fait intervenir de multiples facteurs hormonaux, neuropsychologiques, sociologiques qui contribuent à ces réaménagements.

La maternité est une période marquée par la régression : l'ensemble des conflits et angoisses qui étaient présents lors de la première année de vie de la mère sont réactivés lors de la grossesse. Chaque femme est amenée durant sa grossesse à retrouver l'enfant qu'elle a été et à **s'identifier à l'image qu'elle avait de sa propre mère**. Pour Racamier, la qualité du lien précoce mère-enfant dépend de la réconciliation d'une part de la mère avec l'enfant qu'elle a été, et d'autre part avec l'image maternante de la mère qu'elle a eu lorsqu'elle était enfant.

Bydlowski¹⁴⁰ suggère qu'il est indispensable au bien être de l'enfant à venir que la femme reconnaisse sa « **dette de vie** » à l'égard de sa propre mère. La reconnaissance de cette dette

¹³⁸ Racamier PC., Sens C., Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. In L'Evolution psychiatrique 1961; 525-70.

¹³⁹ Bibring GL., Thomas F., Dwyer M. Study of the psychological processes in pregnancy and of the mother – child relationship. Psychoanal. Study. Child.1961 ; 16 : 9-24.

¹⁴⁰ Bydlowski M, 1997; Ibid.

est nécessaire pour procréer, car la vie porte en elle l'exigence de transmettre ce qui a été donné.

La reconnaissance par la femme de sa dette de vie nécessite une différenciation de sa propre mère, c'est-à-dire réussir à éliminer tous les processus fusionnels qui peuvent se développer entre une mère « trop bonne » et sa fille très demandeuse d'amour et de protection. Critiquer sa propre mère, accepter de remettre en question ce qu'elle a fait parfois dans la violence et les pleurs, entraînent des sentiments d'angoisse et de culpabilité. Cette capacité de rupture avec sa propre mère n'est possible qu'en présence d'une bonne image de celle-ci : « pour rompre, il faut avoir beaucoup reçu » dit Delassus.

Diquelou¹⁴¹, obstétricien, décrit un comportement « grand-maternel » parfois surprenant : hyperprotecteur, dubitatif ou encore agressif, traduisant une altération de cette capacité de rupture, de cette capacité d'autonomie entre la mère et la fille. Que cette séparation ait lieu **avant ou pendant la grossesse** est une condition très importante du bon déroulement de la gestation, de la prise de conscience de cette grossesse et de son issue. Cette capacité à se réconcilier avec sa mère dépend aussi de la place qu'a occupée le père de la future maman (dans la petite enfance puis à l'adolescence). On sait depuis Freud que le rôle du père est important pour la petite fille dans la résolution du complexe d'Œdipe. Pendant l'adolescence et même bien avant, le comportement paternel est essentiel à la prise de conscience par la jeune fille de sa place par rapport à son père, première référence masculine. Le père a ainsi permis à la future mère, sa fille, de comprendre qu'il était le mari de sa mère et qu'elle ne pouvait prétendre à occuper cette place auprès de lui. Enfin, le père de par sa complémentarité avec la mère est « l'ossature transgénérationnelle du noyau familial hétérosexuel ».

Le père du futur bébé a une place d'accompagnement de la parturiente dans sa crise identitaire : il va permettre à la femme enceinte par son attitude de réaliser sa condition de future mère mais il contribue surtout à unifier chez elle le concept de **Féminité-Maternité**, plus ou moins élaboré.

¹⁴¹Diquelou JY., Le dépistage prénatal des dysfonctionnements majeurs mère-enfant et leur prise en charge dans un service de gynécologie obstétrique. Revue internationale de pédiatrie 1999 ; XXX : 293-2 : 86-93.

IV.1.2- Un état psychique particulier, témoin d'un processus d'adaptation

En 1956, le pédiatre Winnicott¹⁴² avait le premier décrit l'existence d'un état psychique particulier chez les femmes enceintes et récemment accouchées. S'il n'y avait pas l'enfant, cet état particulier pourrait s'apparenter à une authentique pathologie mentale. Il emploie le terme de « **préoccupation maternelle primaire** » pour décrire cet état qui sensibilise la femme enceinte aux besoins de son bébé après la naissance.

En 1950, le pédiatre Brazelton¹⁴³ avait rencontré des femmes enceintes dont l'état d'anxiété lui semblait pathologique. Il observait une bizarrerie dans les matériaux inconscients exprimés. Il redoutait des difficultés avec l'enfant au moment de la naissance mais ces mères s'adaptaient parfaitement à leur nouveau rôle. Ces observations incitent l'auteur à penser que cet état mental particulier qui survient pendant la grossesse prépare les liens d'attachement entre la mère et l'enfant. Il faut qu'apparaisse cet état de sensibilité au nouveau-né et à ses exigences pour que la mère soit capable de s'occuper de son enfant. L'équilibre antérieur ordinaire ne permettrait sans doute pas cette adaptation.

Selon Racamier¹⁴⁴, la femme a tendance à s'aimer d'avantage pendant la grossesse. Elle aime indistinctement son propre corps et l'enfant qu'elle porte. Elle établit ainsi un rapport à autrui plus indifférencié comme si elle seule existait. « La relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui ». En psychanalyse, la relation d'objet est celle que tout individu a au monde et à autrui. Le fonctionnement psychique s'approche alors normalement mais réversiblement d'une modalité « psychotique » qu'il ne faut pas entendre au sens d'une entité clinique regroupant des symptômes que l'on rencontre au cours de ces maladies, mais qu'il convient d'utiliser comme une organisation particulière de la personnalité. Ces femmes

¹⁴² Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969 : 285-291.

¹⁴³ Brazelton TB., Als H. Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson. In Psychiatrie de l'enfant 1981 ; XXIV : vol 2 : 397-418.

¹⁴⁴ Racamier PC, 1961 ; Ibid.

communiquent en général leurs émotions de manière très visible et sont plus réceptives à celles d'autrui.

« Le sens de l'identité personnelle devient fluctuant et fragile ». D'autre part, la maternité rend la femme enceinte hautement sensible aux événements extérieurs, ce qui explique que **chacune des grossesses d'une même femme soit différente.**

Bydlowsky¹⁴⁵, emploie le terme de « **transparence psychique** » pour décrire cet état psychique transitoire de la femme enceinte. Des fragments de l'inconscient viennent facilement à la conscience et ce phénomène se présente chez la femme enceinte comme un événement ordinaire. Il est facile dans ce contexte de verbaliser les conflits anciens et de les dédramatiser. Cette authenticité particulière de la vie psychique serait perceptible dès les premières semaines de gestation. La femme enceinte se trouve dans un état relationnel particulier d'appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permanent, tout comme à l'époque de l'adolescence. Cet appel à un référent solide et bienveillant est vivement ressenti par les praticiens consultés. Cette transparence psychique explique pourquoi l'état psychique ordinaire des femmes enceintes a pu être assimilé dans un premier temps à un état pathologique.

IV.1.3- La nidification et la gestation psychique¹⁴⁶

La conception d'un enfant amorce un travail psychique complexe de perception des modifications du corps, d'attribution de ces perceptions à l'état de grossesse, et en définitive de reconnaissance de la présence d'autrui en soi. La femme enceinte effectue progressivement un lien entre sa sexualité (sa féminité), sa capacité à procréer et la venue de l'enfant en elle.

¹⁴⁵ Bydlowsky M. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris : PUF, 1997.

¹⁴⁶ Missonnier S. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris : PUF, 2004.

Les immunologistes soulignent le caractère étonnant de la grossesse puisque l'organisme maternel devrait « normalement » rejeter « la greffe » que représente l'enfant à naître. L'être humain conçu s'implante à la fois dans le corps maternel et envahit aussi son psychisme entraînant des remaniements psychoaffectifs.

La grossesse impose un processus d'intégration psychique de l'être conçu¹⁴⁷. C'est en effet quelque chose d'incroyable pour le psychisme de la femme d'être en relation avec un autre que soi à l'intérieur de soi-même. Le mécanisme **d'indifférenciation entre soi et autrui** témoigne de la réaction du psychisme féminin à la présence de l'être en gestation et rend tolérable l'intrusion du nouvel être dans le corps et le psychisme maternel. Il se produit ainsi **une « greffe » biopsychique de l'être humain conçu.**

Cette nidification psychique signifie par conséquent que l'enfant en gestation déclenche dès le début de la grossesse une réaction d'indifférenciation soi-autrui qui permet sa greffe psychique. Cette greffe ayant pris, s'amorce alors la période de **gestation psychique.**

Après la phase initiale d'union fusionnelle avec son fœtus, la mère différencie progressivement son enfant à l'intérieur d'elle. La perception des mouvements fœtaux rompt l'expérience psychologique de la fusion avec le fœtus. L'enfant gagne en autonomie à l'intérieur du corps de la femme.

Progressivement se développe une activité nouvelle de **représentations mentales** au cours de la grossesse dont la période la plus florissante se situe entre le quatrième et le septième mois. Les représentations mentales s'opèrent dans un double registre : d'une part autour de l'enfant à naître et d'autre part autour du rôle maternel. L'ensemble de ces représentations relatives à l'enfant, la maternité, définit **l'espace maternel de gestation psychique.**

En 1999 l'équipe de Massimo Ammaniti¹⁴⁸ (psychanalyste à l'Université de Rome) a fait passer des entretiens standardisés à des femmes enceintes et a montré que progressivement l'image de l'enfant se constitue dans le psychisme maternel. La femme construit une image différenciée de son enfant, elle lui attribue progressivement un tempérament, des qualités héritées des différents membres de la famille.

¹⁴⁷ Bayle B. Modifications psychiques durant la grossesse. *Cerveau et Psychologie*. 2007;18 :22-7.

¹⁴⁸ Ammaniti M. Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant. In *Psychiatrie de l'enfant* 1991; XXXIV : vol 2 : 341-358.

Stern¹⁴⁹ distingue plusieurs phases lorsqu'il évoque les représentations de l'enfant par sa mère au cours de la grossesse :

- avant la certitude de la viabilité du fœtus (douzième semaine) la femme s'autorise peu à penser au bébé, de crainte de le perdre,
- au quatrième mois, la mère commence à imaginer les caractéristiques physiques et psychologiques de son bébé. **Elle annonce à son entourage qu'elle est enceinte.** La perception des mouvements du bébé dans l'utérus participe à la construction du bébé imaginaire. L'élaboration mentale de l'enfant atteint son intensité maximale au septième mois.
- A partir du septième mois, la mère déconstruit son enfant imaginaire : les représentations concernant le bébé déclinent pour devenir moins spécifiques et moins riches. Cette période permet de se préparer à la venue de l'enfant réel, et de se protéger de la désillusion.

Parallèlement, la femme imagine et anticipe la façon dont elle va être mère **en s'identifiant ou en se différenciant de sa propre mère.** Ainsi, elle imagine la relation qui l'unira à son enfant. Cette relation anticipée peut être réaliste, en adéquation avec les besoins de l'enfant. Parfois, les représentations de son rôle de mère sont réduites, la femme vit alors sa grossesse à distance. Chaque femme possède un univers organisé de représentations qui lui est propre et qui forme déjà « son style maternel ».

Ces deux sortes de représentations mentales (autour de l'enfant et autour du rôle maternel) créent un espace interne de relation avec l'enfant et dessine les contours de la relation future entre la mère et son enfant. Ammaniti souligne l'importance de cet espace psychique de gestation et suggère que **l'on peut y appréhender la qualité de l'attachement à venir.**

¹⁴⁹ Stern D. La naissance d'une mère. Paris: Odile Jacob, 1998.

Ainsi, ces étapes de la grossesse semblent avoir une valeur organisatrice des relations futures entre la mère et l'enfant.

IV.1.4- L'ambivalence du désir d'enfant

L'ambivalence affective fait référence à des sentiments d'amour et de haine dirigés vers la même représentation de l'objet.

Pour Bydlowski¹⁵⁰, envisager une grossesse implique cesser de ne pas la vouloir. Pour l'auteur, la contraception est une preuve du refus d'enfant, au moins temporaire. L'arrêt de la contraception quotidienne est un geste simple mais problématique. Cette décision implique un choix volontaire d'une date avec un compagnon donné. On découvre alors que le désir d'enfant n'est pas un sentiment pur mais teinté d'ambivalence : *« je veux et je ne veux pas à la fois ; je veux une grossesse, ou bien je veux un nouveau-né ; je ne suis pas sûre de vouloir un enfant adolescent ; j'exige un enfant sain »*.

Sirol¹⁵¹, psychiatre, consacre tout un article à ce qu'il appelle « La haine de la femme enceinte pour son fœtus ». Cet article est issu de ses constatations cliniques au cours de ses entretiens avec des femmes hospitalisées. Pour lui, toute femme éprouve un sentiment de haine pour le fœtus avant de l'accepter et de le considérer avec amour. Ce sentiment s'étaye sur le travail mental qu'impose la grossesse. Une partie de ce travail mental serait un conflit d'ambivalence entre le deuil à faire de sa situation d'avant la grossesse et la place à donner à son nouvel état et au fœtus. L'auteur pense que le fœtus est objet de haine parce qu'il réussit à lever partiellement l'amnésie qui dissimule à l'adulte la connaissance de sa vie d'enfant. La haine pour le fœtus appartiendrait à une chaîne symbolique dont le fœtus en vient à la représenter et dans laquelle il apparaît comme l'aboutissement de la substitution de situations qui ont été

¹⁵⁰ Bydlowski M, 2009 ; Ibid.

¹⁵¹ Sirol F. La haine de la femme enceinte pour son foetus. Devenir 1999 ; 11 ; 2 :25-34.

source de haine dans le développement infantile. La conséquence en est que devenir mère impose à la femme à chacune de ses grossesses et d'une façon chaque fois différente, un retour aux étapes infantiles de son développement qui ont été source de haine. L'auteur énumère 21 raisons qu'une femme peut avoir de haïr son fœtus (par exemple : le fœtus la rend malade, il change son humeur ; il perturbe son sommeil, la fatigue, lui fait mal). Dans un contexte favorable (la plupart du temps), la femme enceinte fait bon usage de cette haine. Elle est refoulée, aménagée ou éliminée et fait partie du processus de maternalité.

Winnicott a montré qu'une mère est naturellement ambivalente envers son nourrisson. Chez Klein¹⁵², le conflit entre l'amour et la haine marque la relation primordiale à l'objet maternel. L'ambivalence devient une qualité attachée à l'objet lui-même, contre laquelle le sujet lutte en le clivant en « bon » et « mauvais » objet. Différents mécanismes de défenses peuvent être mis en place pour lutter contre l'ambivalence en fonction de la nature du conflit intrapsychique : le refoulement, le déni et le clivage.

Selon Dayan, des désirs de mort inconscients à l'égard de l'enfant notamment lorsque la rivalité prégénitale avec la mère reste intense ou que les interdits œdipiens menacent le sujet.

La grossesse implique un ensemble d'aménagements psychiques qui diffèrent du fonctionnement psychique habituel de la femme. Ces aménagements ont une fonction d'adaptation à l'état de grossesse en vue d'accepter et investir le bébé en constitution. Lorsque la grossesse est déniée, ces étapes préparatrices ne peuvent avoir lieu puisque le bébé n'existe pas dans le psychisme de la mère.

Devant la pluralité des configurations syndromiques dont témoignent les symptômes de déni de grossesse, mais aussi devant la complexité des processus psychiques qui accompagnent la conception et la gestation chez l'être humain, il importe de rechercher une pluralité de facteurs susceptibles d'éclairer la genèse de ces symptômes.

¹⁵² Klein M. Envie et gratitude et autres essais. Paris : Gallimard, 1968.

IV.2- Mécanismes intrinsèques du déni de grossesse

Pour tenter d'expliquer le déni de grossesse Pierronne¹⁵³ suppose un « mécanisme suffisamment puissant pour inhiber à ce point les perceptions corporelles et l'idée de grossesse ».

IV.2.1- Une complicité psychosomatique

Nous avons vu que dans une très importante proportion des cas, le corps est remarquablement peu modifié par la grossesse : c'est la **complaisance somatique**¹⁵⁴. Le corps de la femme inchangé viendrait participer à la non prise de conscience de la grossesse.

Pour autant, le corps n'apparaît pas totalement silencieux puisque des modifications sont soit non perçues, soit perçues mais mal interprétées. Ainsi, il existerait une incapacité (ou un refus ?) à ressentir les perceptions corporelles spécifiquement associées à une grossesse.

La théorie psychosomatique désigne le corps comme espace de décharge pour l'angoisse inconsciente. Il y a irruption dans le vécu corporel de processus psychiques avec formation d'un symptôme. Ce qui n'est pas représentable se vit dans le corps.

Cette connivence psychosomatique peut perdurer jusqu'à aboutir à un accouchement souvent très rapide.

¹⁵³ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

¹⁵⁴ Dayan J, 1999 ; Ibid.

Par ailleurs, la prise de conscience de la grossesse semble parfois permettre les modifications corporelles et la perception des mouvements du fœtus.

Selon Bonnet¹⁵⁵, les femmes découvrent généralement la présence du fœtus lorsque le mécanisme de déni devient « moins efficace ».

Cette complicité psychosomatique soulève la question de la relation de la mère à son fœtus.

Selon Bydlowsky¹⁵⁶, cette relation dépend davantage du psychisme que du réel, même. La sensorialité maternelle est sollicitée et resterait sous le contrôle de la vie psychique.

Selon Marinopoulos¹⁵⁷, ce ne sont pas les mouvements réels du fœtus qui donnent vie au corps de l'enfant mais bien les interprétations maternelles, qui lui permettent d'accéder à cette dimension vivante. Le fœtus n'est vivant que s'il est pensé par la mère.

Au moment où le couple a été informé de l'état de santé rassurant du bébé, Mme G décrit un bombement de son abdomen. Elle a alors pris l'apparence d'une femme enceinte. Elle a commencé à percevoir les mouvements du bébé quelques jours plus tard.

Ses lombalgies se sont estompées après la découverte de sa grossesse.

Melle J, a découvert sa grossesse au deuxième trimestre par un test de grossesse suggéré par son conjoint qui avait remarqué une légère prise de poids chez son amie. L'aménorrhée était absente et Melle J souffrait de constipation depuis quelques semaines. A la découverte de la grossesse, le couple sidéré n'a d'abord pas souhaité garder l'enfant ; L'IVG n'était plus possible, le couple a réfléchi à la possibilité d'accouchement sous X mais cela a été vite écartée par Melle J. Melle J et son ami ont finalement décidé de garder cet enfant. Melle J, rencontrée 15 jours après la découverte de sa grossesse décrit « dès l'instant où nous avons pris conscience de notre nouveau rôle de parents, mon ventre s'est arrondi et j'ai senti un

¹⁵⁵ Bonnet C, 1993 ; Ibid.

¹⁵⁶ Bydlowsky M. La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus. In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 1985 ; 3 :1881-91.

¹⁵⁷ Marinopoulos S. De l'impensé à l'impensable en maternité : Le déni. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 :123-136.

premier coup de pied ». Avant cela, je ne pouvais pas me l'imaginer, d'ailleurs, je n'ai pas regardé l'écran de l'échographie » ; son ami dira « nous étions soulagé et le bébé aussi, il a pu prendre sa place ».

Ainsi, le déni, sous-tendu par des interprétations maternelles erronées ou absentes, pourrait être responsable de l'absence de modifications corporelles et en retour, celles-ci entretiendraient le déni.

IV.2.2- Complicité psychosomatique : déni – dénégation : apport psychanalytique

Bayle¹⁵⁸ et Dayan¹⁵⁹ ont étudié la clinique des négations de grossesse, apportant une explication psychopathologique à la possibilité de percevoir les transformations corporelles à des degrés variables dans le déni de grossesse.

La **dénégation** est « un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne. »¹⁶⁰

La dénégation dans le déni de grossesse semble témoigner d'une **altération de la perception du corps**. En l'absence de perception corporelle la représentation de la grossesse ne peut avoir lieu. Cependant ces femmes ne présentent pas, comme dans le cas du déni, une méconnaissance radicale de ce qui se passe en elles, témoins d'un mécanisme de clivage. Une perception de la grossesse vient à la conscience mais se trouve aussitôt annulée. La femme sent bien « quelque chose » mais ce « quelque chose n'est pas possible » ; le sujet voit mais « n'en croit pas ses yeux ». L'aveuglement est sélectif, il porte sur l'ensemble des indices

¹⁵⁸ Bayle B, 2005; Ibid.

¹⁵⁹ Dayan J, 1999, 2008 ; Ibid

¹⁶⁰ Laplanche J., Pontalis JB. (Dé)négation. In Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF, 1967(1990).

susceptibles de révéler la grossesse. La représentation écartée de la conscience est « *Je suis enceinte* ». Pour être maintenue, la dénégation nécessite un « travail constant » ayant pour objet de réprimer de la conscience les stimuli perçus susceptibles de conduire à une représentation de la grossesse. Il est nécessaire de supposer qu'il existe paradoxalement une vigilance exacerbée de ces mères à écarter ces stimuli. La dénégation s'associe au processus de « **refoulement** ». Le refoulement est maintenu par un mécanisme d'**annulation** ; la représentation de l'événement en terme de grossesse ne peut pas parvenir à l'esprit. Ainsi la dénégation est déterminée par le refus inconscient de reconnaître qu'un élément perçu ou admis dans son existence puisse se rapporter à un état du sujet. Ce désaveu se produit en relation avec un désir barré par l'interdit et marqué par la culpabilité : par exemple que le ventre rond ou l'aménorrhée puisse se rapporter à la grossesse. Ainsi, la rationalisation serait spécifique aux dénégations.

La dénégation de grossesse fait appel à un mécanisme de défense de type névrotique. Ce symptôme témoigne d'un conflit intra-psychique inconscient. Dans la métapsychologie freudienne, la dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé. Le contenu représentatif est maintenu à l'écart de la conscience, en même temps qu'apparaît une sorte d'admission intellectuelle du refoulé. La pensée se libère alors des limitations du refoulement¹⁶¹.

La particularité de la dénégation dans le déni de grossesse porte sur la nature cénesthésique des éléments perceptifs. Ainsi, certains auteurs ont rapproché le déni de grossesse de la conversion hystérique : une sorte « **d'hystérisation négative** »¹⁶².

Le terme de **déni** est employé par Freud dans un sens spécifique : il s'agit d'un « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception

¹⁶¹ Laplanche J., Pontalis JB, 1990; Ibid.

¹⁶² Milden R., Rosenthal M., Winegardner J., Smith D. Denial of pregnancy : an exploratory investigation. J Psychos Obstet Gynaecol 1985; 4: 255-261.

traumatisante. »¹⁶³ Le déni permet de se prémunir de l'intrusion de tout élément rappelant à l'individu sa vulnérabilité de façon désorganisant. Le déni est structural chez le petit enfant car il soutient les croyances infantiles, tel le déni de l'absence de l'autre. La persistance du recours au déni au-delà de la période oedipienne peut mettre en danger l'économie psychique du sujet et conduire à la psychose ou la perversion. Cette notion de déni est complétée par celle de clivage du moi, qui est « à distinguer de la division qu'institue dans la personne tout refoulement névrotique : 1) Il s'agit de la coexistence de deux types différents de défense du moi, et non d'un conflit entre le moi et le ça ; 2) Une des défenses du moi porte sur la réalité extérieure : déni d'une perception ». Le déni serait donc un mécanisme de défense archaïque, immature et pathologique, en dehors de l'enfance jusqu'à la période oedipienne. « Le déni, le clivage, la projection, sont des mécanismes de défense qui entrent en activité avant que le refoulement ne se constitue »¹⁶⁴. Pour Dayan, le véritable « déni » de grossesse est rare, il est à associer à l'absence de perception des modifications corporelles quand le clivage est un mécanisme prévalent du fonctionnement psychique : il se rencontre dans cette forme quasi-exclusivement lors d'épisodes psychotiques aigus ou chez les mères schizophrènes. **Pour autant le clivage ne peut-il pas s'installer de façon transitoire le temps d'une grossesse, sans atteindre le fonctionnement global de la personne ?**

Pour Delassus¹⁶⁵, concernant le déni de grossesse, il ne faut pas faire de distinction tranchée entre déni et dénégation. Il peut y avoir des formes transitoires et des passages entre la dénégation et le déni.

Certains auteurs¹⁶⁶ évoquent la personnalité pathologique « **état limite** » décrite par Kernberg dans certains cas de déni de grossesse, plus particulièrement dans les cas où se produit un néonaticide. Ces personnes utilisent l'identification projective, le clivage comme mode de défense sans psychose caractérisée. L'état limite demeure dans une situation « aménagée », mais non fixée, ce qui explique l'apparition de mécanismes tantôt psychotiques (projection,

¹⁶³ Laplanche J., Pontalis JB. Déni (de la réalité). In Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF 1967(1990).

¹⁶⁴ Lauret M., Raynaud JP. Mélanie Klein, une pensée vivante. Paris : 2008.

¹⁶⁵ Delassus JM. Le syndrome de l'enfant invisible et le déni de grossesse. Les dossiers de l'obstétrique 2009 ; 381 : 48-50.

¹⁶⁶ Margaret G, 2010 ; Ibid.

clivage) tantôt névrotiques (conversion). *Ce mode de fonctionnement psychopathologique a été décrit lors de l'expertise n°1. Les « pseudo-règles » de la grossesse, l'analgésie de l'accouchement sont associés à des mécanismes de conversion. L'absence de connaissance de la grossesse est associée à un mécanisme de clivage.*

« La névrose ne dénie pas la réalité, elle veut simplement ne rien savoir d'elle ; la psychose la dénie et cherche à la remplacer »¹⁶⁷. Cette formule indique deux voies distinctes (dénégation et déni) par lesquelles le psychisme se défend d'une réalité qui lui pèse. Quelle réalité se trouve concernée par le refoulement ou le déni ? Les négations semblent témoigner d'émotions hostiles contre l'enfant. Cependant, toutes les négations de grossesses correspondent-elles à de telles émotions ?

La **dissimulation** de la grossesse est une négation consciente de la grossesse qui est perçue et reconnue comme telle par l'intéressée. A côté de dissimulations qui relèvent du mensonge conscient visant à protéger la femme enceinte d'un contexte environnemental qui lui est manifestement hostile, certaines dissimulations semblent correspondre davantage à un trouble de l'énonciation de la grossesse à l'entourage qui n'est pas consciemment jugé comme hostile. *Ce trouble de l'énonciation de la grossesse a été clairement identifié dans les cas d'expertise n°2. Mme O a découvert ses deux grossesses antérieures à 3 et 4 mois de grossesse, lors d'une consultation chez son médecin traitant. Annoncer ses deux premières grossesses à son mari a toujours été une épreuve pour elle, chacune des grossesses n'étant pas inscrites dans un projet d'enfant de la part du couple. Elle découvre seule sa troisième grossesse (par la perception des mouvements du bébé) et se trouve dans l'incapacité totale de l'annoncer à son mari et sa famille. Pour autant, elle investit affectivement son bébé. Elle a présenté un virage dépressif de l'humeur au décours avec tentative de néonaticide après son accouchement seule au domicile. Ce cas met en évidence l'importance de la capacité psychique de la femme enceinte à annoncer la grossesse, étape majeure du processus de maternogénèse.*

¹⁶⁷ Freud S. La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose. In *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF, 1973.

Bayle soulève la question des rapports qu'entretient le symptôme de négation de grossesse avec la personnalité ou le fonctionnement psychique habituel. Il semblerait selon lui qu'il n'y ait pas de corrélation entre la personnalité et le type de symptôme de négation développé. En effet, **la « crise aigüe de la grossesse » sollicite des mécanismes de défense qui ne correspondent pas toujours aux mécanismes habituels de la personnalité.** Le déni de grossesse serait alors possiblement un **mécanisme adaptatif.**

IV.2.3- Complicité psychosomatique : perspective cognitive

Les relations réciproques entre le corps et la pensée peuvent être expliquées sous l'angle de la neurophysiologie et de la neuropsychologie cognitive. L'ensemble de nos perceptions corporelles sont traitées au niveau de zones d'intégration du cortex cérébral et selon l'hypothèse de Damasio¹⁶⁸, ces perceptions constituent la base organique de nos sentiments à partir desquels s'élabore notre pensée.

Babinski¹⁶⁹ en 1914 a introduit le terme « d'anosognosie » pour les patients atteints de déficits neurologiques et n'y prêtant pas attention.

Marc-Vergnes¹⁷⁰, neurologue chercheur à l'INSERM, établit un parallèle entre le déni de grossesse et d'autres situations médicales connues dont le rappel pourrait contribuer à une meilleure compréhension en suggérant quelques pistes explicatives.

Il évoque quelques situations fréquentes dans la pratique médicale au cours desquelles l'être humain a une conscience erronée de phénomènes qui se déroulent dans son corps : soit qu'il

¹⁶⁸ Damasio A.R. Spinoza avait raison. Paris : Odile Jacob éd., 2003.

¹⁶⁹ Babinski J. Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). Revue Neurologique 1914 ; 12 : 845-846.

¹⁷⁰ Marc-Vergnes J.P. Pour une approche cognitive et phénoménologique du déni de grossesse. In Acte du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 :149-155.

ignore ce qui se passe à l'intérieur de son propre corps, soit qu'il en ait une interprétation incorrecte, soit qu'il ait présent à l'esprit un phénomène qui n'existe pas.

Par exemple, un infarctus du myocarde peut passer complètement inaperçu chez un patient qui aura des manifestations atypiques digestives ou bien aucun symptôme associé. Un électrocardiogramme réalisé pour une autre raison en découvrira la trace. L'absence de perception d'un processus aussi hautement agressif est aujourd'hui bien documentée : les neurones à convergence situés dans les cornes postérieures de la moelle épinière reçoivent à la fois des influx douloureux provenant des viscères mais aussi des influx inhibiteurs qui s'opposent au passage de ces influx douloureux (*gate control*). Les influx inhibiteurs reçoivent des informations provenant de la peau, mais aussi du cortex cérébral et du tronc cérébral. Ainsi, la perception d'une douleur viscérale dépendrait à la fois de l'état sensoriel du corps au moment où elle survient, de l'état émotionnel actuel et des expériences antérieures de la personne, et des influences culturelles qui se sont exercées sur elle. Cependant, la grossesse n'est pas un phénomène douloureux, ni une lésion organique.

L'auteur a tenté d'étudier la perception des lésions non douloureuses. Il a fait passer un scanner cérébral à des volontaires sains. Lorsqu'il découvrait un infarctus cérébral passé inaperçu, l'interrogatoire retrouvait un bref épisode de gêne fonctionnelle d'un membre ou de difficultés de langage qui avait été mis sur le compte d'un trouble anodin.

Les tumeurs viscérales, bénignes ou malignes, ne se manifestent souvent que par des troubles fonctionnels dus à la compression ou à l'envahissement des organes environnants.

L'auteur conclue que d'une façon générale, les informations en provenance du corps font l'objet, lorsqu'elles deviennent conscientes, d'une interprétation qui peut dépendre davantage des attentes du sujet que de la situation corporelle elle-même.

D'ailleurs, d'après Canguilhem¹⁷¹, c'est le patient qui décide d'attribuer à la perception de la modification de son corps, une signification normale ou pathologique qui le conduira à consulter ou pas un médecin.

¹⁷¹ Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris : PUF, 1966.

Toutefois, si cela est vérifié depuis longtemps dans la perception des maladies, aucune étude ne s'est intéressée aux modalités de perception et de prise de conscience de l'état de grossesse. L'auteur suggère ici une nouvelle piste de travail.

L'hypothèse neurobiologique rejoint l'hypothèse psychanalytique du mécanisme en jeu dans le déni de grossesse selon laquelle il existerait un défaut d'interprétation des signaux corporels.

IV.2.4- « Déni » en psychiatrie et application au déni de grossesse

En psychiatrie, le déni représente un **mécanisme réactionnel défensif et inconscient**, utilisé par un sujet face à un envahissement par l'angoisse en réaction à un traumatisme ou à la maladie¹⁷².

Il est présent dans certaines situations paradoxales où une personnalité normale est débordée par un événement traumatisant majeur (déni conjoncturel), ainsi que dans des structures de personnalités pathologiques telles que les perversions sexuelles et les personnalités limites (déni structurel). Dans ce cas le déni n'altère pas la perception globale de la réalité. Dans le cas des psychoses, le déni concerne de larges pans de la réalité.

Lorsque le déni est conjoncturel, il est accessible au soin.

¹⁷² Bardou H., Vacheron-Trystam M.N., Cheref S. Le déni en psychiatrie. Annales Médico Psychologiques 2006 ; 164 : 99-107

Il s'agit d'un mécanisme psychodynamique susceptible d'apparaître chez n'importe quel patient afin de maintenir son intégrité et son homéostasie somato-psychique tant que la réalité ou une partie de celle-ci est vécue comme inacceptable telle quelle¹⁷³.

Le déni présente donc une gamme où se profilent des dénis gradués. A chacun de ces degrés de déni correspond une organisation psychopathologique déterminée. La pathologie apparaît lors d'un excès ou d'un défaut de ce mécanisme adaptatif. Lazarus¹⁷⁴ définit le déni normal comme une auto-illusion nécessaire à la santé mentale.

Le terme « déni » est un terme fréquemment employé en psychiatrie de façon non spécifique dans bon nombre de situations et souligne l'impuissance des soignants face au patient, du fait de l'impossibilité de communiquer avec lui. Le déni se manifeste alors dans le silence et la non-relation à l'autre.

Les caractéristiques du déni en psychiatrie s'appliquent point par point au déni de grossesse :

- Caractère transnosographique du déni de grossesse.
- Existence d'une graduation de la conscience expliquant la pluralité des dénis de grossesse : la femme méconnaît à des degrés variables ce qui se passe en elle. La clinique des négations de grossesse apporte une explication psychopathologique.
- Le caractère conjoncturel du déni expliquerait qu'un déni de grossesse ne survienne pas à chaque grossesse.

Les mécanismes prépondérants intrinsèques et expliquant le déni de grossesse sont :

- **une interprétation erronée des signaux corporels**

¹⁷³ Havet-Thomassin V., Gardey A.M., La Gall D. La blessure cérébrale : contribution à une lisibilité différentielle du phénomène de méconnaissance. Encéphale 2004 ; 30 : 171-81.

¹⁷⁴ Lazarus R.S. The costs and the benefits of denial. In BREZNITIS. New York : International Universities Press, 1983.

- **la mise en place d'une stratégie de défense psychique inconsciente en réponse à une situation qui pourrait devenir traumatisante à un moment donné de la vie si elle devenait consciente. La prise de conscience de la grossesse serait ainsi une menace au maintien de l'intégrité somato-psychique de la femme.**

Ces mécanismes ne sont pas spécifiques au déni de grossesse, mais peuvent l'expliquer en partie. Ces mécanismes doivent être « lus » sous l'angle de la maternogénèse afin de comprendre leur implication spécifique dans le déni de grossesse. « Le syndrome de l'enfant invisible » introduit par Delassus apporte un éclairage intéressant dans cette perspective.

IV.2.5- Trouble du schéma corporel

Delassus¹⁷⁵, Président de la Société Française de Maternologie, met en perspective le déni de grossesse avec les processus du désir d'enfant. Il considère que **le désir d'enfant se trouve d'abord inscrit dans le schéma corporel : il s'agit de l'intégration de la possibilité d'un enfant en soi**. La notion de schéma corporel avait été introduite suite à l'observation du phénomène du « membre fantôme », situation dans laquelle les sujets perçoivent comme réel et parfois douloureux des membres qui n'existent pas (chez les amputés par exemple). Dans le déni de grossesse, il s'agit à l'inverse de l'absence de perception d'un « membre » déjà présent bien que non intégré psychiquement. Cette attache au schéma corporel constituerait une base à prendre en compte pour poser la concordance du vécu corporel et mental de la grossesse, concordance qui manque dans son déni.

L'auteur propose qu'une agénésie partielle du schéma corporel soit à l'origine du déni de grossesse. Cependant cette idée paraît insuffisante pour expliquer le caractère inconstant de cette défaillance, puisqu'il ne survient pas à chaque grossesse d'une même femme.

¹⁷⁵ Delassus JM, 2009 ; Ibid.

Ainsi, il s'inspire de la notion « d'image inconsciente du corps » introduite par Dolto¹⁷⁶ pour introduire la théorie de la « dissociation gestationnelle ». L'expérience clinique de Dolto auprès des enfants lui a démontré l'importance des relations avec autrui sur la constitution et les modifications de l'image du corps. L'auteur évoque l'image d'un vêtement et sa doublure : à l'intérieur s'étend le schéma corporel difficilement accessible ; à l'extérieur se déploie le tissu qui fait l'habit dont l'image est perçue et jugée par les autres. Le désir d'enfant exprimé est ainsi « plus ou moins bien vu ou mal vu » : les modalités de son maintien dépendent des personnes investies. L'image inconsciente du corps peut être atteinte dans la capacité vitale du sujet à pouvoir donner, notamment quand lui est opposé l'interdit d'enfant. Cet interdit résultera selon Delassus, de la dépendance à autrui, du délaissement sexuel ou amoureux, de la déconsidération de soi.

Dans ces cas, **l'image du corps ne peut intégrer celle de l'enfant**. L'enfant est alors supprimé de l'image de soi. Ainsi mutilée, l'image du corps est susceptible de dissocier – de manière momentanée ou durable – les liens naturels du schéma corporel avec les fonctions gestationnelles qui deviennent étrangères au sujet : c'est la **dissociation gestationnelle**. L'image inconsciente du corps, négative quant à la possibilité d'avoir un enfant, influence le schéma corporel et le rend étranger à sa part de corps gestationnel. Alors, le corps gestationnel fonctionne en roue libre jusqu'à pouvoir devenir « enceint » sans que le sujet n'en sache rien. Le schéma corporel étant ici hors circuit, les modifications du corps ne seront ni intégrées, ni perçues. Il y aura déni de grossesse. L'existence d'un déni de grossesse suppose donc une dissociation gestationnelle préalable, cause du déni et non sa conséquence.

Delassus sort ainsi du modèle organique impliquant une prise de conscience automatique de l'état de grossesse par la femme enceinte. Cette prise de conscience implique des mécanismes intermédiaires entre le phénomène organique et son versant psychique. Dans cette perspective, l'auteur préfère parler « d'inconscience gestationnelle » pour nommer le déni de grossesse.

L'alternance possible de dénis de grossesse avec des grossesses normalement vécues montre que la variabilité des conduites ne tient pas à la structure mentale générale de la personne mais à **l'état ponctuel de l'image inconsciente du corps selon qu'elle inclut ou exclut la représentation de l'enfant**. En cas d'exclusion, Delassus, parle du **syndrome de l'enfant invisible**.

¹⁷⁶ Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris : Le Seuil, 1984 :22-24.

Il résulte d'un processus qui tient à l'influence de l'image inconsciente du corps sur le schéma corporel. En amont s'exercent des interdits procréatifs issus de l'impact des investissements de soi ou d'autrui. En aval, se produit la dissociation du schéma corporel d'avec le corps gestationnel qui devient autonome.

Nous allons voir à présent quels peuvent être les interdits procréatifs en œuvre, autrement dit quelles sont les pensées intolérables contre lesquelles la femme enceinte se défend en déniait sa grossesse.

Pour cela, nous allons nous inspirer des hypothèses de Grangaud¹⁷⁷ qui a tenté de classer les différentes observations de la littérature en deux catégories : une fécondité impensable et une filiation impensable.

IV.3- Facteurs environnementaux en jeu dans le déni de grossesse

Plusieurs hypothèses sont évoquées par différents médecins, principalement des psychiatres. Le déni de grossesse est essentiellement abordé sous l'angle psychodynamique. Ces hypothèses sont issues de constatations cliniques et de réflexions théoriques. Il n'existe probablement pas de causalité directe et linéaire généralisable à tous les dénis de grossesse. Les causalités sont certainement multifactorielles. Les différentes hypothèses décrites sont à considérer comme des pistes de réflexions.

¹⁷⁷ Grangaud N, 2001 ; Ibid.

Selon Bayle¹⁷⁸, « de toute évidence, une barrière inconsciente s'est édiflée à l'acceptation psychologique d'un enfant en soi ».

IV.3.2- Une fécondité impensable

IV.3.2.1- Maltraitements récentes ou anciennes

Bonnet¹⁷⁹ a rencontré des femmes qui accouchent sous X, ou ayant commis un infanticide, soit après la découverte de leur grossesse, (alors qu'elles étaient en situation d'interruption volontaire de grossesse dépassée), soit au moment de l'accouchement. Pour elle « le déni de la grossesse a bien souvent pour origine des histoires de **maltraitements récentes** (viol, abus sexuel, inceste) ou des **maltraitements dans l'enfance** (maltraitance physique, sexuelle, émotionnelle). La prise de conscience de la grossesse réactive chez ces femmes leurs expériences traumatiques non traitées sur le plan psychologique et judiciaire au moment du dévoilement des agressions subies. Les effets d'un traumatisme sexuel non guéri viennent se superposer aux représentations imaginaires du bébé à naître, entravant ainsi l'établissement du lien maternel ». La grossesse est déniée pour empêcher le retour de ce vécu traumatique. L'auteur parle « d'**enfant impensable** ». Un barrage inconscient interdirait le lien conscient entre la relation sexuelle et le risque de voir survenir une grossesse.

Ainsi, elle met en lien les antécédents de violences sexuelles ou psychiques récentes ou anciennes avec le déni de grossesse et la formation d'impulsions violentes envers le fœtus.

¹⁷⁸ Bayle B, 2007 ; Ibid.

¹⁷⁹ Bonnet C, 1996; Ibid.

Elle note le silence de ces femmes sur le géniteur et le dysfonctionnement dans le réseau familial où la communication verbale entre parents et enfants est absente avec une méconnaissance des besoins corporels dans l'enfance et des conduites éducatives paradoxales dans le domaine sexuel.

Ces femmes ont été le plus souvent maintenues dans l'ignorance de la sexualité et l'accès à l'information sexuelle leur a été interdit alors que leurs parents suscitaient leur curiosité par des comportements contradictoires : ils exhibaient leur propre vie sexuelle, surveillaient abusivement l'éveil sexuel de leurs enfants. Il règne dans ces familles une atmosphère de confusion qui a des conséquences pathologiques pour la constitution de la personnalité adulte.

Environ 20% des femmes rencontrées par Bonnet ont été abusées soit par leur père, soit par un adulte connu, ou ont été violées par un inconnu.

Spielvogel¹⁸⁰ rapporte deux observations de déni de grossesse dans lesquelles les femmes révèlent des abus sexuels dans l'enfance :

- Une femme de 28 ans, brillante étudiante, mariée et mère de deux enfants a remis impulsivement son deuxième enfant à l'adoption au moment de l'accouchement. Elle prend conscience de sa troisième grossesse aux urgences, en cours de travail, et annonce son refus de garder l'enfant. Une psychothérapie lui permet de comprendre ce qui sous-tend le déni de sa troisième grossesse et le rejet de son second enfant. A partir de l'âge de 5 ans, durant sept ans, elle a subi des abus sexuels de son cousin. Peu de temps avant la naissance du deuxième enfant, elle a rencontré par hasard ce cousin. La réactivation du traumatisme subi l'a rendue incapable de faire face à une autre grossesse. Elle gardera finalement son troisième enfant.
- Une femme de 34 ans, prostituée, est retrouvée inconsciente dans une chambre d'hôtel suite à une alcoolisation massive. Elle est enceinte de 6 mois et refuse de le croire jusqu'à la confirmation échographique. Elle révèle des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance.

¹⁸⁰ Spielvogel AM, 1995; Ibid.

Bonnet souligne le comportement paradoxal de ces femmes envers l'usage de leur contraception : bien qu'informées et capables d'une utilisation efficace de ces méthodes, on trouve fréquemment un manque de vigilance par rapport à la contraception. Cette hypothèse expliquerait que ces femmes tombent enceintes à l'occasion d'un oubli de leur contraceptif et continuent la prise régulière jusqu'à un terme avancé de la grossesse.

A partir de son expérience clinique, Chabert¹⁸¹ évoque les troubles réactionnels chez la femme enceinte ayant subi des abus sexuels dans l'enfance : aux différentes étapes de la maternité des écueils risquent de survenir en raison de la réactivation du syndrome post-traumatique. Le déni de grossesse peut constituer l'une de ces manifestations réactionnelles.

Diquelou¹⁸² parle du « réveil obstétrical du syndrome post-traumatique » à l'approche de la maternité. Ce syndrome associe l'apparition de symptômes gynécologiques fonctionnels (algies pelviennes, perturbation de la sexualité, fausses menaces d'accouchement prématuré) et de symptômes psychiatriques tels que des troubles du sommeil (insomnie de deuxième partie de nuit, cauchemars), des troubles émotionnels (anxiété, asthénie matinale), des troubles de l'alimentation (anorexie). Il existe également une perturbation des relations avec les autres (rejet des hommes, peur des enfants). Les auteurs soulignent l'importance de rechercher ces signes afin de les intégrer à l'anamnèse obstétricale.

La fonction du déni serait alors de protéger les parturientes d'un retour du vécu traumatique et de l'activation d'une problématique incestueuse.

IV.3.2.2- Education rigide à moralité stricte

¹⁸¹ Chabert D, 2005 ; Ibid.

¹⁸² Diquelou JY., Amar P. Boyer S., Montilla F., Karoubi R. Les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurement subis. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2008 ; 37 : 365-378.

Certaines jeunes femmes élevées dans des familles très rigides, le plus souvent religieuses pratiquantes (catholiques, protestantes, ou musulmanes), n'ont jamais l'occasion d'évoquer leur sexualité car celle-ci est considérée comme un sujet tabou. Les relations sexuelles hors mariage sont proscrites. Chez ces femmes, les connaissances sur l'anatomie génitale féminine et sur les processus de reproduction sont quasiment nulles.

Finnegan¹⁸³, cité par Grangaud¹⁸⁴, publie deux cas de déni de grossesse qui persistent jusqu'à l'accouchement, et dont l'origine du déni serait lié à la culpabilité d'avoir eu des relations sexuelles avant le mariage. Les deux jeunes femmes avaient reçu une éducation sexuelle très stricte. Elles étaient ignorantes des faits de la sexualité et de leur potentiel procréatif, ce qui semblait contraster avec une intelligence normale.

Milstein¹⁸⁵, cité par Grangaud, rapporte le cas d'une femme de 18 ans, célibataire, étudiante, qui dénie sa grossesse jusqu'à l'accouchement. L'enfant mourra noyé dans la cuvette des toilettes. Les auteurs sont frappés par l'absence de psychose chez cette patiente. Elle entretient de très bonnes relations avec ses pairs et a une bonne adaptation scolaire. Ils rattachent son incapacité à prendre conscience de sa grossesse au fait qu'en tant que catholique pratiquante, elle juge les relations sexuelles pré-maritales inacceptables.

Le déni aurait ainsi pour fonction d'évacuer les affects intolérables, la culpabilité, la honte, et la crainte du rejet familial.

IV.3.3- Une filiation impensable

¹⁸³ Finnegan P, 1982 ; Ibid.

¹⁸⁴ Grangaud N, 2001 ; Ibid.

¹⁸⁵ Milstein KK, 1983 ; Ibid.

Darchis¹⁸⁶, dans son article intitulé « Dénis de grossesse : la part des ancêtres », explique comment, selon elle, le groupe familial peut être à l'origine du déni de grossesse : « 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 ». Le fonctionnement familial induirait (inconsciemment) une situation figée concernant la transmission générationnelle **afin de ne pas réveiller une situation autrefois douloureuse ou insurmontable**. Dans cette « *maladie groupale contagieuse*, la rigidité familiale interdit de pousser d'un cran les générations ou d'enterrer progressivement le passé pour construire de l'avenir ». Le processus de filiation est « verrouillé ». Le voyage vers le passé ne peut se faire pendant la grossesse et le mouvement régressif permettant de reprendre le travail des identifications est bloqué par les traumatismes anciens. L'homme et la femme semblent traverser une **grossesse psychiquement blanche**¹⁸⁷, avec l'absence de nidification psychique qui signe normalement les comportements de préparation du petit nid et le réaménagement psychique.

Darchis donne un exemple clinique dans lequel l'absence de parole autour du décès précoce traumatisant d'un enfant avait organisé une transmission de faits non dits, non élaborés, et la génération suivante portait cette charge non acquittée. La sœur de ce bébé décédé (portant d'ailleurs le même prénom) avait hérité de ce passé non élaboré par ses parents. Le déni de grossesse qu'elle a présenté s'est inscrit dans son fonctionnement familial.

L'arrivée d'un enfant donne naissance à une nouvelle cellule familiale, nécessitant de la part des parents, l'entreprise d'un travail de séparation avec la génération précédente en deux temps : le premier est « le voyage psychique de la grossesse » qui réveille l'histoire familiale et l'héritage psychique ; le deuxième correspond à un mouvement constructif de remaniement pour inscrire la famille en tant que maillon dans la chaîne transgénérationnelle.

¹⁸⁶ Darchis E. Dénis de grossesse : la part des ancêtres. Divan Familial 2007 ; 18 : 105-109.

¹⁸⁷ Darchis E. L'instauration de la parentalité et ses avatars. Divan Familial 2000 ; 5 : 27-40.

D'autre part, Grangaud décrit le cas de femmes ayant connu une rupture dans leur filiation ou dont la filiation est en péril : femmes dites stériles ou ménopausées, femmes qui avaient vécu soit la perte, soit la crainte de la perte d'un enfant (avortement, antécédent de grossesse difficile), femmes adoptées, femmes ayant déjà abandonné un enfant, femme étant elle-même un enfant illégitime, femmes toxicomanes ou alcooliques...

Pierronne¹⁸⁸, dans son étude clinique, retrouve fréquemment dans l'histoire des patientes, des particularités concernant les représentations familiales de la grossesse ou de l'accouchement (déli de grossesse ou décès en suite de couche à la génération précédente ou antécédent personnel de grossesse difficile).

IV.3.4- Autres éléments fréquemment retrouvés dans l'histoire des patientes dans l'étude de Pierronne.

Un nombre conséquent de femmes ont fait état de relations **perturbées avec leur propre mère**, dans l'étude de Pierronne. Dans la moitié des cas les auteurs ont estimé que l'absence ou l'indisponibilité de la mère ou de son substitut a rendu difficile l'intériorisation d'un modèle maternel. Dans d'autres cas, une forte dépendance lie la patiente à sa propre mère et l'autonomisation semble impossible. Dans les cas de carences affectives, maltraitance, abandon, **l'ambivalence du désir d'enfant peut être extrême et le déni aurait une fonction de protection. L'ambivalence de la mère à l'égard de ses ressentis pour l'enfant est « suspendue ».**

¹⁸⁸ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

Les auteurs notent également la **fréquence de deuils récents de proches** dans environ un quart des cas. Ils ne s'autorisent aucune interprétation étant donné la diversité des situations rencontrées.

Une place à part semble devoir être accordée aux grossesses survenant dans un contexte de **maladie somatique grave** : le déni semblerait avoir une fonction adaptative, économisant à la femme, au couple et à l'environnement médical un questionnement douloureux sur la poursuite de la grossesse.

IV.4- Autre hypothèse : le déni de grossesse abordé sous un angle biologique

Del Giudice¹⁸⁹ (Centre de Science Cognitive de Turin) tente de prendre en compte les facteurs biologiques accompagnant l'implantation utérine du fœtus pour expliquer le déni de grossesse.

L'auteur remet en question l'utilisation du terme « déni » pour une femme qui ne reconnaît pas sa grossesse. L'auteur propose le terme de «**grossesse cryptique**» (« *cryptic pregnancy* »). **Il s'oppose à l'explication intrapsychique maternelle du déni de grossesse.** Le fœtus serait biologiquement capable d'influencer l'évolution de la grossesse indépendamment des conflits inconscients maternels. Il prend en compte, les coûts et les bénéfices maternels et fœtaux biologiques présents dans chaque grossesse.

L'auteur propose sa définition des grossesses cryptiques : grossesses pour lesquelles la plupart des signes de grossesse sont absents ou très réduits.

L'auteur propose 3 hypothèses pour expliquer ce phénomène.

¹⁸⁹ Del Giudice M. The evolutionary biology of cryptic pregnancy: a re-appraisal of the « denied pregnancy » phenomenon. *Medical Hypotheses* 2007 ; 68: 250-258.

Premièrement, la « grossesse cryptique » serait le résultat d'une résolution de conflit inadaptée à propos de l'investissement biologique mère-bébé. Des perturbations dans l'expression des gènes peuvent être impliquées, entraînant par exemple une faible sensibilité maternelle aux hormones placentaires (la sécrétion de progestérogène ainsi amoindrie expliquerait l'absence d'aménorrhée). Dans une deuxième hypothèse, la « grossesse cryptique » serait le résultat d'avortement spontané « raté » de fœtus de mauvaise qualité. Dans la troisième hypothèse, la « grossesse cryptique » serait un mécanisme d'adaptation d'urgence mis en place dans des conditions de vie stressantes. Une femme qui ne souffre pas de nausée, qui ne prend que très peu de poids, sera en meilleure capacité de faire face à des difficultés mettant en jeu sa survie, et celle du bébé. Selon lui, la « grossesse cryptique » serait ainsi un modèle adaptatif de coopération forcée entre la maman et le fœtus dans des circonstances de vie menaçantes.

V- LES CONSEQUENCES POSSIBLES DU DENI DE GROSSESSE

L'enfant trouvera la mort, soit de façon accidentelle soit au cours d'un néonaticide dans environ une naissance sur 8000. La plupart des dénis de grossesse s'achèvent par la naissance d'un enfant vivant¹⁹⁰.

Pour Marinopoulos¹⁹¹, seul le déni total de grossesse est susceptible de porter atteinte à la vie de l'enfant. Le déni partiel de grossesse viserait à protéger l'enfant.

V.1- Complications néonatales

L'étude de Wessel¹⁹² montre une **élévation du risque néonatal statistiquement significatif** (données évaluées de manière comparative avec les statistiques périnatales générales de Berlin) dans les dénis de grossesse. En effet, l'étude révèle :

- Une fréquence plus importante de naissances par voie chirurgicale ou à l'aide d'instrumentation (sans autre précision) : 36% versus 21%,
- Une fréquence plus importante de bébés dont le poids de naissance est inférieur à 2500g : 18% versus 6% dans la population témoin,
- Une fréquence plus importante de retard de croissance : 27% versus 8%,
- Une fréquence plus importante d'accouchements prématurés : 16% versus 6%,
- Une fréquence plus importante de transferts en néonatalogie : 29% versus 9%,
- Une mortalité néonatale évaluée à 1,5%. Ce pourcentage prend en compte un décès intra-utérin par insuffisance placentaire.

Ces taux indiquent que le déni de grossesse est une situation à risque pour le fœtus et le nouveau-né.

¹⁹⁰ Bayle B. Psychopathologie et conception humaine. In A la poursuite de l'enfant parfait. L'avenir de la procréation humaine. Paris : Robert Laffont, 2009 : 192-25.

¹⁹¹ Marinopoulos S. De l'une à l'autre (de la grossesse à l'abandon). Hommes et perspectives, 1997.

¹⁹² Wessel J, 2003 ; Ibid.

Selon l'auteur, cette augmentation de morbidité peut être considérée comme la conséquence des facteurs de risque présents dans toute grossesse qui ne bénéficie pas du suivi médical habituel.

En ce qui concerne les paramètres du post-partum (APGAR, pH artériel du cordon ombilical) l'auteur n'a pas noté de différence par rapport à la population témoin des nouveau-nés dès lors qu'ils naissent en maternité.

Selon l'auteur, la raison principale qui explique un plus grand risque néonatal est l'absence d'adaptation normale des patientes à leur grossesse simplement parce qu'elles n'en n'ont pas conscience. Le mode de vie de la patiente ne tient pas compte de la grossesse en ce qui concerne les risques liés à l'activité professionnelle, aux activités de loisirs tels que la poursuite d'une activité physique intense. De plus, une nutrition non adaptée peut aussi être impliquée, avec d'autres aspects psychosociaux qui ne prennent pas compte des besoins particuliers liés à l'état gravide (consommation de tabac, d'alcool).

L'auteur ajoute que des facteurs socio - démographiques peuvent aussi influencer le déroulement de la grossesse (5 fois plus de femmes bénéficient d'une aide sociale).

Nirmal¹⁹³ trouve également dans son étude un taux de prématurés significativement plus élevé chez les femmes qui ont dénié leur grossesse. De façon anecdotique, cette étude révèle une fréquence significativement plus élevée de dénis de grossesse pendant les mois d'hiver.

On ne sait pas si le déni de grossesse en lui-même constitue un facteur de risque indépendant.

Pour Dayan¹⁹⁴, « Si la survenue de complications néonatales peut être mise en relation avec l'absence de toute précaution prise par les femmes enceintes, il n'est pas certain que ce facteur suffise à expliquer leur fréquence et leur gravité ».

Brezinka¹⁹⁵ a relevé dans son étude une morbidité plus élevée chez les nouveau-nés (prématurité, malformation, décès in utero) issues de grossesses déniées partiellement par rapport aux dénis totaux de grossesse. Les résultats se répartissent en trois groupes en fonction du terme de découverte de la grossesse :

¹⁹³ Nirmal D, 2006; Ibid.

¹⁹⁴ Dayan J, 2009 ; Ibid.

¹⁹⁵ Brezinka C, 1994 ; Ibid.

- Les complications néonatales les plus fréquentes sont retrouvées entre 21 et 26 semaines d'aménorrhée. Trois enfants sur 7 sont morts-nés (deux d'entre eux avec des malformations sévères), deux enfants prématurés (deux menaces d'accouchements prématurés à 21 et 22 semaines qui permettent de découvrir la grossesse ; les enfants sont nés à 28 et 32 semaines), un enfant présente un retard de croissance intra-utérin, un bébé est né sans problème de santé particulier.
- Entre 27 et 36 semaines (9 bébés), les auteurs retrouvent : un décès intra-utérin, une naissance prématurée à 32 semaines survenue immédiatement après l'annonce de la grossesse (l'enfant va bien), un cas de pré-éclampsie maternelle, 6 bébés en bonne santé.
- Lorsque la grossesse est déniée jusqu'à l'accouchement, les 11 bébés sont nés à terme et en bonne santé.

Ces constatations étonnantes n'ont pas été retrouvées dans l'étude de Pierronne¹⁹⁶. Parmi les 29 dénis totaux de grossesse :

- 6 bébés sont décédés à la naissance : - parmi eux 3 bébés sont nés à terme (2 sont morts-nés, état constaté dans un cas par le médecin du SMUR venu à domicile ; dans un cas aux urgences où la mère accouche après un transfert en hélicoptère nécessité par une hémorragie massive due à un hématome rétro-placentaire ; le troisième décède après la naissance qui vient d'avoir lieu aux urgences).

- dans les 3 autres cas, la grossesse n'est pas arrivée à son terme : une mère découvre sa grossesse à 33 semaines et accouche aussitôt d'un bébé mort in utero depuis plusieurs jours ; une grossesse est découverte à 23 semaines et l'échographie décèle un syndrome polymalformatif chez un bébé dont la viabilité est peu probable, une interruption médicale de grossesse est décidée; une mère atteinte de dermato-fibro-myosite très invalidante découvre sa grossesse à 22 semaines, une interruption thérapeutique de grossesse est décidée.

- 5 sont transférés en néonatalogie,

- les 18 autres vont bien.

¹⁹⁶ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

Libert, collaborateur de l'étude de Pierronne ajoute que l'analyse de ces 6 décès ne permet de tirer aucune conclusion épidémiologique. Elle montre seulement la diversité des configurations que nous pouvons rencontrer lorsque, la grossesse n'ayant pu être suivie, l'accouchement n'a pas pu être préparé et peut devenir un moment à haut risque.

Selon Brezinka le principal risque néonatal réside dans la mauvaise interprétation des signaux d'alarmes tels que les contractions de début de travail. Il existe aussi des dangers médicaux liés à la prise de médicaments potentiellement tératogènes, et l'exposition aux rayons X.

V.2- Complications obstétricales

Brezinka trouve une fréquence de complications obstétricales : pré éclampsie, menace d'accouchement prématuré, paradoxalement plus élevée chez les femmes ayant découvert leur grossesse en cours de grossesse par rapport aux mères qui ont mené leur grossesse à terme et n'en n'ont pris conscience qu'à la naissance. Un cas de pré éclampsie a été retrouvé, et trois accouchements prématurés. Aucune autre complication maternelle n'est répertoriée. Ces résultats ne font pas l'objet de comparaison avec la population générale des femmes enceintes.

La survenue d'un travail brutal, bref hémorragique mettant en danger la vie de la mère a été plusieurs fois observé dans les monographies décrites par Bonnet¹⁹⁷.

Nirmal¹⁹⁸ ne trouve pas de différence significative entre la morbidité maternelle des femmes ayant dénié leur grossesse par rapport au groupe témoin. **L'auteur précise cependant que ces femmes doivent être considérées à « haut-risque » en raison de la morbidité périnatale significativement plus élevée.**

Les complications obstétricales graves coïncident parfois avec la découverte de la grossesse et entraînent la levée du déni.

¹⁹⁷ Bonnet C, 1990 ; Ibid.

¹⁹⁸ Nirmal D, 2006 ; Ibid.

V.3- Conséquences sur la relation mère-enfant

La plupart des dénis de grossesse s'achèveraient par la naissance d'un enfant vivant. Une grossesse suivie tardivement ou non suivie constitue à elle seule un facteur de risque du trouble des interactions précoces.

V.3.1- Une relation anténatale absente ou écourtée

Nous avons vu que les étapes psychologiques qui accompagnent les 9 mois de grossesse semblent avoir une valeur organisatrice des relations futures de la mère avec son bébé.

Bydlowski¹⁹⁹ ajoute : « on s'accorde maintenant à penser que la vie imaginaire et fantasmatique de la mère pendant la gestation va avoir un caractère fondateur pour la préhistoire affective du bébé ».

De plus en plus de cliniciens sont amenés à établir des ponts entre la période anténatale et celle qui suit la naissance²⁰⁰. L'instauration des liens parents-enfants à lieu avant la naissance.

Bayle²⁰¹ souligne que **la période anténatale représente à part entière une phase spécifique du développement psychologique de l'être humain**. L'analyse des compétences du bébé apparaît indissociable de sa maturation physiologique anténatale. Dès la conception, il existe une continuité psychique entre l'être humain conçu et ceux qui lui ont donné la vie. L'« être humain en gestation » vit dans un environnement psychique anténatal où s'expriment parfois des problématiques psychopathologiques qui déjà le concernent et contribuent à former son identité psychique. D'autre part l'être humain conçu possède une identité conceptionnelle et qui se trouve riche de nombreuses déterminations psychosocioculturelles : l'être humain est et demeure un « être conçu d'un homme et d'une femme à tel moment de leur histoire ».²⁰²

¹⁹⁹ Bydlowski M, 1985 ; Ibid.

²⁰⁰ Dollander M., Tychev C. Fragilité psychologique de l'enfant en devenir et période prénatale. *Evolution Psychiatrique* 2002 ; 67 : 290-311.

²⁰¹ Bayle B, 2003 ; Ibid.

²⁰² Bayle B. Le développement psychologique commence-t-il dès la première forme embryonnaire ? *Annales Médico-Psychologiques* 2001 ; 159 : 506-510.

Le déni de grossesse court-circuite tout ce travail d'élaboration. Le « temps psychique de la grossesse » est réduit ou inexistant. L'impossible perception corporelle de la grossesse rend impossible la représentation mentale de la grossesse et vice et versa : aucun espace psychique n'est créé pour l'enfant. Le déni de grossesse s'accompagne d'un vide perceptif et représentationnel de l'enfant à venir.

D'ailleurs, lorsque la femme découvre sa grossesse, le bébé n'est pas immédiatement considéré en tant qu'être humain : elle éprouve des difficultés à le nommer. L'enfant qu'elle n'a pas auparavant imaginé ne s'inscrit pas, au moins tout de suite, dans un registre symbolique.

Melle F, 18 ans découvre sa grossesse à 34 SA. Elle accouche prématurément quelques jours plus tard. Au premier entretien après son accouchement elle dira en parlant du bébé. « C'est parti trop vite ». Le prénom du bébé était pourtant choisi depuis la découverte de la grossesse.

Quelles conséquences peut avoir ce « vide » sur la première étape de la construction psychique du bébé et sur les liens précoces mère-enfant ? Quel peut être l'impact sur son histoire développementale ?

Bayle²⁰³ souligne que nous ignorons encore si l'impossibilité à créer un espace psychique pour l'enfant conçu représente la cause ou la conséquence du déni de grossesse.

Dans son ouvrage « L'image inconsciente du corps », Dolto²⁰⁴ souligne que de façon générale les étapes du développement de l'enfant doivent être médiatisées par des paroles, des conflits, des joies, des peines. Les occurrences « sans » (conflit, paroles) peuvent provoquer des troubles graves de « non-structuration » de la personnalité de l'enfant. S'il en est de même pendant la période anténatale, l'absence de conflictualité psychique dans le déni de grossesse aurait possiblement une incidence sur le développement ultérieur de l'enfant.

Grangaud²⁰⁵ suggère que le travail psychique d'élaboration peut toutefois se faire soit après la naissance, en accéléré, soit pendant la grossesse sous une autre forme.

Houel, citée par Bayle²⁰⁶ rapporte le besoin éprouvé par certaines femmes de restaurer le lien avec leur mère, et la précarité volontiers persistante du lien mère-enfant. Cette tentative de

²⁰³ Bayle B, 2005 ; Ibid.

²⁰⁴ Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris : Le Seuil, 1984 :22-24.

²⁰⁵ Grangaud N, 2001 ; Ibid.

restauration du lien à la mère va sans doute dans le sens de la construction d'un espace psychique pour l'enfant. Selon Stern, un nouvel organisateur psychique apparaît avec la maternité, la « constellation maternelle ». Houel précise que la présence du géniteur favorise l'élaboration psychique d'un lien avec l'enfant.

Au premier entretien après la découverte de sa grossesse, Mme G n'a pas parlé de son bébé en tant que tel. Elle y a fait référence avec le pronom « il ». Petit à petit au deuxième entretien, elle y a fait référence en parlant du « bébé », puis son prénom apparaît. Mme G éprouve cependant des difficultés à s'approprier sa grossesse et son bébé ; les constructions imaginaires restent pauvres. Le discours autour du bébé reste de l'ordre organisationnel et matériel. L'investissement et le travail psychique autour du bébé semble permis grâce à l'investissement de l'entourage, comme « par procuration » : son compagnon, ses enfants, son père, sa belle-mère. D'ailleurs, le prénom est choisi parmi les prénoms des copains d'école de ses fils.

Lors des premiers entretiens, le conflit avec sa mère est très envahissant et Mme G cherche à renouer contact avec elle ; elle semble nous en parler comme un appel à l'aide. Elle lui enverra une lettre avant son accouchement.

V.3.2- A l'accouchement : Adaptation à la réalité du bébé

²⁰⁶ Bayle B, 2005; Ibid.

Pierronne²⁰⁷ souligne dans son étude que l'adaptation maternelle à la réalité du bébé dépend en premier lieu de l'état de santé du bébé :

- Lors du décès de l'enfant, le choc de la mort du bébé se surajoute au choc de la découverte de la grossesse. Ces femmes doivent réaliser dans une temporalité plus ou moins courte qu'elles sont devenues mère et qu'elles ont à en faire le deuil, ceci après avoir eu parfois des désirs de meurtre conscients à l'encontre du bébé.
- Lors des séparations liées au transfert du bébé en néonatalogie, les risques de distorsions précoces des liens mère-enfant sont accentués par la difficulté pour ces mères à se représenter le bébé qu'elles n'ont même pas imaginé.
- Pour d'autres il s'ensuit une **période « idyllique »**. La relation mère-enfant semble être bonne et l'équipe de la maternité ne demande pas l'intervention psychiatrique ou psychologique.

Selon Dayan²⁰⁸, l'attachement à l'enfant se fait progressivement le temps qu'il soit pleinement reconnu dans son existence (« il est ») et son appartenance (« c'est mon enfant »). L'attachement se fait en général sans difficulté majeure, mais toutefois après un temps variable d'interaction.

Parfois, le lien de filiation n'arrive pas du tout à s'établir²⁰⁹ : soit l'enfant reste étranger, dans l'indifférence du parent, il ne suscite pas d'intérêt ; soit son étrangeté provoque de l'effroi ; ou à l'inverse il peut être perçu comme un « petit ange » sans filiation. Darchis préconise la vigilance de la part des équipes afin de prévenir l'apparition d'une psychose puerpérale. La mise en place de la parentalité nécessite alors soutien et écoute. De façon étonnante, les parents peuvent alors parcourir le « voyage » non effectué pendant la grossesse et la parentalité peut se construire en accéléré, dans la différenciation des générations.

Lorsque les jours suivants apparaissent des sentiments de culpabilité, les auteurs remarquent que la vitalité et l'intégrité du bébé ont un effet réparateur considérable.

Les auteurs s'étonnent de voir comment en quelques jours, certaines femmes peuvent effectuer un travail psychique censé habituellement se dérouler sur plusieurs mois.

²⁰⁷ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

²⁰⁸ Dayan J, 2009 ; Ibid.

²⁰⁹ Darchis E, 2000 ; Ibid.

Après cette période adaptative, dans la majorité des cas, la famille se referme autour de la mère et du bébé dès la sortie de la maternité, et les entretiens après la sortie sont rares. Les auteurs concluent à un manque de données concernant le devenir à long terme de la relation mère-enfant.

Mme G vit sa fin de grossesse et les premiers temps avec son bébé de façon très sereine. Elle met à distance les conflits avec sa mère. L'accouchement est prévu dans l'Unité « Kangourou » (Unité qui permet une surveillance médicale conjointe et spécifique de la mère et de son bébé) afin de surveiller l'état de santé du bébé de façon plus étroite étant donné la prise de traitements antalgiques pendant la grossesse. L'accouchement a eu lieu le jour supposé du terme. Il s'est bien déroulé. Elle est apaisée de s'apercevoir de la réalité de son bébé et de le savoir en bonne santé. Les premiers échanges mère-enfant semblent tout à fait satisfaisants.

V.3.3- Les modalités du choix du prénom de l'enfant

L'étude de Pierronne s'est attachée à repérer les modalités de choix du prénom de l'enfant. Il s'agit pour les auteurs, d'une manière de repérer les signes d'une volonté ou non d'inscription symbolique de l'enfant dans la société. Les auteurs ont été frappés, à maintes reprises, des difficultés pour la mère de s'impliquer dans le choix du prénom. « Lorsque c'est elle qui le choisit, on a l'impression que la mère le saisit au vol : le prénom donné est celui de l'accoucheur, de la sage-femme, celui qu'on trouve sur une page au hasard d'un magazine. Dans d'autres cas, il est choisi par une tierce personne. Les auteurs en concluent « comme s'il ne fallait pas signer cet enfant là ».

Mme G et son compagnon ont fait le choix du prénom de leur fils parmi les prénoms des copains d'école de leurs deux fils aînés.

Melle M a laissé le choix du prénom de sa fille au père du bébé.

V.3.4- Devenir des enfants

Les connaissances sont peu précises concernant le devenir à long terme des enfants d'une part en raison des difficultés de repérage des femmes ayant dénié leur grossesse et d'autre part de la difficulté à établir un lien prolongé avec elles.

A notre connaissance, aucun cas d'infanticide secondaire n'a été rapporté dans la littérature.

V.3.4.1- Etude de Brezinka sur le devenir des enfants à 2 ans

Un enfant de l'étude a été confié à des parents adoptifs en raison du trouble mental développé par la mère (psychose schizophrénique).

Tous les autres enfants sont élevés par leur mère. Certaines mères ont fait le choix de confier en grande partie leur enfant à leur propre mère afin de conserver leurs habitudes de vie. Cette situation semble communément admise en Allemagne même en l'absence de déni de grossesse.

L'auteur précise qu'aucun enfant n'a subi de maltraitance physique ou morale.

Dans des précédents travaux cités par Meneghin²¹⁰, Brezinka avait étudié le devenir de 4 enfants issus de dénis de grossesse. Dans un cas la garde de l'enfant est confiée aux grands-parents, ce qui permet à la mère de réaliser ses projets professionnels. Dans trois cas sur quatre les enfants sont gardés par leur mère et la relation mère-enfant est jugée tout à fait satisfaisante.

L'auteur en conclue que l'hypothèse d'un lien entre déni de grossesse et maltraitance ne se confirme pas.

V.3.4.2- Etude de Diquelou²¹¹: « Facteurs de risque de mauvais traitements à enfant pendant la période périnatale »

²¹⁰ Meneghin L, 2008 ; Ibid.

²¹¹ Diquelou JY. Facteurs de risque de mauvais traitements à enfant pendant la période périnatale. Approche préventive en milieu obstétrical. Rôle d'un indice de risque de maltraitance. J.Gynecol. Obstet.Biol. Reprod 1996; 25: 809-818.

Cette étude réalisée par une équipe de gynéco-obstétriciens français, définit 9 critères de risque d'exposition néonatale aux dysfonctionnements parentaux majeurs. L'équipe a recensé de manière rétrospective tous les signalements faits à la Direction des interventions sanitaires et sociales, Service de l'aide sociale à l'enfance, pour mauvais traitement à enfant de moins de 2 ans.

Le déni de grossesse apparaît comme critère majeur (à 79%) dans l'Indice de risque de mauvais traitement (IRMT). Dans « déni de grossesse » les auteurs incluent : « grossesse passée inaperçue, déclarations tardives plus ou moins volontaires, IVG envisagée non menée à terme pour des raisons légales, grossesse non suivie, non respect des conseils obstétricaux ».

Il est possible que cette définition assez globalisante et peu précise du déni de grossesse ait surévalué le nombre de patiente ayant réellement présenté un déni de grossesse.

Les autres critères de mauvais traitements sont les suivants : l'âge maternel (inférieur à 18 ans), les antécédents parentaux de maltraitance, les pathologies affectives parentales (« conjugopathie »), les conditions socio-économiques défavorables, les antécédents psychiatriques parentaux, les grossesses multiples, les pathologies obstétricales.

Les auteurs ont proposé une définition de la maltraitance fœtale : « Le fœtus maltraité ou en risque de maltraitance à venir, est celui qui, hors des possibilités légales d'interruption de grossesse est victime de traumatismes physiques, de négligences graves conduisant à une altération de son développement, ou d'absence d'intérêt ou de désinvestissement parental compromettant l'environnement affectif lors de sa naissance. » Dans le déni de grossesse, il existe un désinvestissement maternel, bien qu'inconscient et le risque de maltraitance à enfant doit être gardé à l'esprit.

Les études concernant le lien entre déni de grossesse et maltraitance de l'enfant sont peu précises et ne permettent pas de conclure à une relation linéaire et exclusive entre les deux.

V.4- Néonaticide et déni de grossesse

V.4.1- Infanticide – néonaticide – filicide

L'infanticide est un terme juridique utilisé jusqu'en 1994 pour désigner « le meurtre ou l'assassinat d'un nouveau-né »²¹² c'est-à-dire d'un enfant âgé de moins de 72 heures et dont la naissance n'a pas encore été déclarée à l'Etat civil. Cette définition était importante à considérer en raison de la différence des peines encourues dans le cas d'un infanticide (de 10 à 20 ans de prison) et dans le cas d'un enfant âgé de plus de trois jours (réclusion à perpétuité). Le nouveau code pénal ne mentionne plus le terme d'infanticide. On parle désormais uniquement « d'homicides volontaires intrafamiliaux sur mineurs ».

Le néonaticide est le meurtre d'un nouveau-né le jour de sa naissance, le plus souvent par sa mère (Resnick²¹³ cité par Simonnot²¹⁴). Bonnet²¹⁵ distingue le néonaticide actif (exemple : jeter l'enfant par la fenêtre) du néonaticide passif (exemple : chute de l'enfant dans les toilettes).

Le filicide ou libéricide est le meurtre d'un enfant âgé de plus de 24 heures (Resnick).

V.4.2- Relation entre néonaticide et déni de grossesse

²¹² Code pénal et nouveau Code Pénal. Paris. 1994:298.

²¹³ Resnick PJ. Murder of the Newborn: a psychiatric Review of Neonaticide. The American Journal of Pstchiatry 1970; 126: 1414-1420.

²¹⁴ Simonnot AL, 2002 ; Ibid.

²¹⁵ Bonnet C, 1993; Ibid.

Le taux global d'infanticide serait de **1 cas pour 10 000 naissances**²¹⁶.

Selon une étude rétrospective²¹⁷ récente menée par Tursz (pédiatre) et Cook (anthropologue médical), le taux de néonaticides serait largement sous-estimé. En analysant les dossiers judiciaires de trois régions de France sur une période de 5 ans (1996-2000), les chercheurs rapportent **2.1 néonaticides pour 100 000 naissances**, contre 0.39 pour 100 000 dans les statistiques officielles.

La mise en parallèle à la fréquence du déni de grossesse estimée environ à 1 cas pour 500 amène à penser que la majorité des dénis de grossesse n'aboutit pas à un néonaticide.

- L'étude de Brezinka²¹⁸ qui étudie 27 cas de dénis de grossesse ne retrouve pas de cas de néonaticide. D'ailleurs, l'auteur précise que l'infanticide doit être considéré comme une issue extrême et non comme l'aboutissement habituel du déni de grossesse.
- L'étude de Wessel²¹⁹ retrouve un cas de néonaticide parmi les 66 dénis de grossesse.
- Pierronne²²⁰ ne mentionne aucun cas de néonaticide dans son étude. Cependant, Libert²²¹ mentionne à propos de cette étude - à l'occasion du Colloque français sur le déni de grossesse - des décès d'enfants évités grâce à l'intervention d'un tiers, le plus souvent par hasard.

A l'inverse, **selon les études, les femmes ayant commis un néonaticide présenteraient de manière inconstante un déni de grossesse (de 30 à 100%)**²²².

- Bonnet²²³ a rencontré 4 femmes ayant commis un néonaticide au cours de son étude. Ces monographies font toutes état d'infanticides précédés par des dénis totaux de grossesse.
- Selon Dayan²²⁴, le déni total de grossesse représenterait un facteur de risque indiscutable de néonaticide.

²¹⁶ Dayan J, 1999; Ibid.

²¹⁷ Tursz A, Cook J. A population-based survey of neonaticides using judicial data. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed published Online first : 6 dec 2010.

²¹⁸ Brezinka C, 1994 ; Ibid.

²¹⁹ Wessel J, 2003 ; Ibid.

²²⁰ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

²²¹ Libert M. Déni de grossesse et décès du nouveau-né. Propos introductifs. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009: p105-109.

²²² Tronche AM, 2007 ; Ibid.

²²³ Bonnet C, 1993 ; Ibid.

- Sur cinq cas de néonaticides étudiés au Québec²²⁵, deux femmes ont dissimilé leur grossesse, une femme l'a dénié jusqu'à l'accouchement.
- Beier²²⁶ trouve 42 cas de dénis de grossesse parmi les 98 cas d'infanticides répertoriés dans son étude multicentrique de tous les instituts médicaux légaux de République Fédérale d'Allemagne entre 1980 et 1989. L'auteur ne précise pas le caractère total ou partiel du déni de grossesse. Les autres cas sont considérés comme des dissimulations de grossesse.
- Spinelli²²⁷ a évalué systématiquement 17 femmes inculpées pour néonaticide aux Etats-Unis. Pour chacune d'entre elles, un entretien psychiatrique a été réalisé dans le cadre d'une expertise médico-légale. Dans chaque cas, les auteurs ont objectivé un déni de grossesse : 12 femmes ont présenté un déni partiel associé à une conscience intermittente de l'état de grossesse et 5 un déni total. Cette étude ne précise pas les critères du diagnostic de déni de grossesse.
- Dans la plus récente publication parue à ce sujet, Tursz et Cook déclarent ne retrouver aucun cas de « déni de grossesse » parmi les 27 cas de néonaticides étudiés. Cependant, Le Nestour²²⁸, pédopsychiatre attachée à l'analyse de ces cas de néonaticides, nuance les propos autour de l'absence de déni de grossesse retrouvé dans l'étude : « Nous préférons parler de **méconnaissance partielle avec fluctuabilité temporelle extrêmement intense de l'investissement ou de la dénégation et de la grossesse et de l'enfant en résultant** ». Dans tous les dossiers, la grossesse est toujours connue, au plus tard au 4ème ou 5ème mois de grossesse, puis la grossesse est restée dissimulée et cachée. Les expertises montrent que la sidération post-traumatique avec plus ou moins déni immédiat de l'acte est pourtant précédée d'une connaissance intellectuelle de la grossesse avec un désinvestissement passif ou actif de celle-ci. Ces femmes semblent fluctuer entre des moments de prise de conscience de leur état de grossesse et des moments de dénégation. Leurs vécus corporels liés à la grossesse subissent le même type d'investissement avec des vécus très dysharmonieux (confusion des manifestations de la grossesse avec des symptômes de la sphère

²²⁴ Dayan J, 2009 ; Ibid.

²²⁵ Dubé M, 2003 ; Ibid.

²²⁶ Beier KM, 2006 ; Ibid.

²²⁷ Spinelli MD, 2001 ; Ibid.

²²⁸ Le Nestour A., Vellut N. Données expertales de néonaticides. *Enfance et Psy* 2010; 48: 137-143.

digestive). **L'énigme essentielle est le refus plus ou moins conscient du terme de la grossesse avec l'arrivée d'un bébé.** Les auteurs ajoutent que s'il fallait employer le mot déni, il ne porterait que sur l'inéluctabilité de l'accouchement. Les auteurs pensent alors que la notion de déni total ou partiel n'a plus son intérêt. Il semblerait que les auteurs de cette étude considèrent qu'il y a déni de grossesse lorsque la grossesse est découverte à l'accouchement, et n'incluent pas les dénégations dans leur définition. Pour autant, la nuance apportée par la pédopsychiatre fait bien référence à une conscience intermittente de la grossesse que Dayan et Bayle ont classé parmi l'ensemble des dénis de grossesse. Selon Bayle²²⁹, « Exclure l'hypothèse du déni de grossesse ne suffit pas, il faut réfléchir à ce qu'est la grossesse psychique et quelle est son architecture ».

- Selon Dayan²³⁰, les dissimulations, pleinement conscientes, sembleraient plus fréquemment que les dénis de grossesse accompagnées d'infanticides ou de délaissement léthal du nouveau-né.

Ces études montrent qu'un lien entre déni de grossesse et néonaticide existe. Pour autant ce lien n'est pas systématique. La grande variabilité des résultats retrouvés renvoie en partie à l'absence de définition précise et commune concernant le « déni de grossesse ». Parmi les négations de grossesse, déni total et dissimulation de grossesse sembleraient plus fréquemment associées à un néonaticide même s'il constitue une issue rare.

V.4.3- Clinique et processus psychique du néonaticide dans le cas du déni de grossesse

²²⁹ Bayle B, 2010; Ibid.

²³⁰ Dayan J, 2009; Ibid.

Le néonaticide n'est pas intégré dans une catégorisation nosographique particulière²³¹.

Les études rapportent des données cliniques principalement symptomatiques que nous avons détaillées au chapitre dédié à la clinique du déni de grossesse.

Selon Tronche et Llorca²³², le choc de la découverte brutale de la grossesse et de l'enfant constitue une réalité souvent impossible à intégrer d'emblée, favorisant l'impulsivité. Le contexte de déni de grossesse et d'accouchement inopiné est un terrain favorable à l'altération de la capacité de discernement et de la conscience expliquant en partie le risque de néonaticide.

L'analyse d'expertises psychiatriques²³³ de femmes ayant commis un néonaticide suite à un déni total de grossesse apportent quelques données psychopathologiques : « Ces actes s'expliquent par le fait qu'en l'absence de grossesse psychique, le bébé en tant que sujet n'existe pas. L'appareil psychique de ces mères est dans un tel état de tension qu'il se trouve hors conscience et conduit à un passage à l'acte non contrôlé car incontrôlable, sur un « non-objet » qui ne représente qu'un déchet. [...] L'absence d'altérité vis-à-vis de ce tout petit conduit à des actes innommables : sans existence psychique, sans existence symbolique, il est traité comme un excrément. [...] Elles sont souvent dans l'incapacité de mettre en mot leur acte et lorsqu'elles le peuvent, font un récit désaffectivé, comme s'il s'agissait d'une autre qu'elle qui était impliquée ».

Henry²³⁴, psychiatre, a rencontré des femmes infanticides à la prison de Rennes dans le cadre de son activité professionnelle. « Lorsque l'infanticide est précédé par un déni de grossesse, elle remarque qu'elles confient fréquemment avoir méconnu les premiers mois de leurs précédentes grossesses mais s'être ressaisies à temps pour accueillir leurs bébés. Elles ne tentent pas de minimiser leur culpabilité ni même de se justifier par quelques explications. Elles se contentent d'affirmer qu'elles ne devaient pas être enceintes. Souvent, elles laissent entr'apercevoir l'ombre de leur mère toujours insatisfaite de leurs comportements. Lorsque les mères infanticides déposent le corps de leur enfant dans un congélateur, il n'est pas rare qu'elles le caressent comme elles auraient dû caresser leur ventre pendant la grossesse. Elles manifestent ainsi la tendresse qu'elles auraient pu prodiguer à leur enfant s'il avait été destiné

²³¹Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1548-57.

²³² Tronche AM, 2007 ; Ibid.

²³³ Romano H, 2010; Ibid.

²³⁴ Henry A, 2010 ; Ibid

à vivre. Lorsque l'enfant mort est découvert, il acquiert une ébauche de consistance symbolique et la mère a accès à un possible soulagement ».

Les dernières données expertales²³⁵ publiées au sujet des mères néonaticides (précédé ou non par un déni de grossesse) confirme l'absence de toute catégorisation possible de leur personnalité. Pour autant, il existerait de manière significative un invariant : **la peur de l'abandon** que ce soit à l'égard des personnes actuelles (parents, conjoint) ou d'idéaux et d'exigences internes et peut être même à l'égard du bébé à venir. La grossesse réactive les menaces d'abandon réelles ou la reviviscence des souffrances du passé. Elles se sentent rapidement abandonnées de tous et vivent dans la crainte permanente de nouveaux abandons. Propos d'expert « Sa vie affective n'est qu'une suite d'attentes, d'abandon et de manques ». Ce sont des femmes « discrètes, sans histoire ». Leur communication avec l'entourage est déficiente et les experts notent une abrasion particulière de leurs affects. La temporalité passé, présent et futur est souvent disloquée, le passé altérant le présent et anéantissant le futur. Elles vivent dans le présent sans véritable anticipation de l'avenir.

V.5- Accouchement sous X

Certains auteurs ont établi un lien entre déni de grossesse et abandon ou accouchement sous X : « Dans le cas des femmes qui projettent l'abandon de leur enfant, il n'est pas rare de les voir arriver surprises, encore sous le choc de l'annonce de la grossesse.»²³⁶

Dans l'étude de Wessel²³⁷, 9 bébés issus de dénis de grossesse (sur 61) ont été confiés à l'adoption, soit 15% des cas.

L'étude de Friedman²³⁸ rapporte que 10 bébés ont été confiés à l'adoption (sur un total de 61 bébés), soit 16% des cas.

²³⁵ Le Nestour A, 2010; Ibid.

²³⁶ Marinopoulos S. Accouchement et abandon. Journal de pédiatrie et de puériculture 2001 ; 6 : 363-369.

²³⁷ Wessel J, 2003 ; Ibid.

²³⁸ Friedman SH, 2007; Ibid.

Ces données n'ont pas fait l'objet d'étude comparative avec la population générale.

Bonnet²³⁹ analyse dans ses travaux la problématique de l'accouchement sous X exclusivement en termes de déni de grossesse. L'adoption est choisie comme mode de protection pour l'enfant. Elle observe toujours une difficulté de verbalisation très caractéristique, avec une difficulté à motiver leur décision.

V.6- La formation d'impulsions infanticides : la thèse de Bonnet

Bonnet²⁴⁰, dans son article « Adoption à la naissance : prévention contre le néonaticide et l'abandon », expose les résultats de son étude menée entre 1987 et 1989. Elle a rencontré 18 femmes ayant accouché sous X et 4 femmes ayant commis un néonaticide. Toutes les femmes rencontrées dans son étude ont découvert leur grossesse à partir du 5^{ème} mois de gestation (dans le cas des néonaticides, les dénis sont totaux). Bonnet établit ainsi un lien entre déni de grossesse et la formation d'émotions hostiles envers le fœtus. Ces émotions hostiles prendraient leur origine dans l'histoire traumatique passée ou récente de la femme enceinte, que la grossesse vient réactiver.

Sa thèse est la suivante : **l'accouchement sous X se rattache à la problématique du déni de grossesse qui se prolonge à l'extrême par la pratique du néonaticide.** Selon Bonnet, la femme qui demande à accoucher sous le secret tend à se protéger et **à protéger l'enfant**, de fantasmes d'impulsions infanticides extrêmement violents et indicibles. La femme se trouve incapable d'exprimer ce vécu mortifère. La découverte tardive de la grossesse incite à rechercher un tel déni de grossesse, notamment lorsqu'une IVG tardive, hors délais légaux est demandée. Sur le plan sociologique, les femmes demandant à accoucher sous X sont généralement jeunes, célibataires. Mais leurs conditions socioculturelles ne sont pas différentes de la population ordinaire des accouchées. Ce n'est donc pas la misère qui conduit à accoucher sous X mais plutôt une problématique psychopathologique, celle du déni de grossesse. « Le déni recouvre la formation d'impulsions infanticides : les fantasmes meurtriers sont si angoissants qu'ils empêchent ces femmes de communiquer avec autrui et les enferment dans la solitude ». « Le vécu de leur passé traumatique a fait effraction dans

²³⁹ Bonnet C, 1993 ; Ibid.

²⁴⁰ Bonnet C, 1993 ; Ibid.

leur pensée et a bloqué l'investissement du futur enfant réel. » Ainsi, l'accouchement sous X protégerait l'enfant de l'abandon et du néonaticide. Lorsque les femmes qui ont dénié leur grossesse font le choix d'accoucher sous X, Bonnet insiste sur la nécessité de ne pas forcer, lors de l'accouchement de ces femmes, les stimulations sensorielles d'échange entre la mère et l'enfant²⁴¹. Le forçage de l'échange sensoriel aboutit à une confusion dans la prise de décision et entrave la mise en place d'une interaction harmonieuse. Lorsque la mère demande à revoir l'enfant, il s'agit en général de vérifier si son enfant n'a pas été endommagé par ses pulsions infanticides, et non la preuve d'un attachement maternel.

Bayle²⁴² critique la thèse de Bonnet qui selon lui établit une généralisation qui paraît abusive. Il schématise sa thèse sous la forme suivante : accouchement sous X = déni de grossesse = fantasmes d'impulsions infanticides = prévention de l'infanticide = geste d'amour. Il critique la pertinence de la méthodologie qui repose majoritairement sur des entretiens uniques, et l'auteur adapte sa méthode à la thèse qu'il entrevoit. Bonnet ne différencie pas déni, dénégation et dissimulation. Toutefois, Bayle ajoute qu'il n'y a pas encore de véritable consensus sur les définitions à apporter à ces termes, et la distinction n'est pas toujours facile. Bonnet opte pour un mode de formation unique des symptômes psychiques de dissimulation, de déni et de dénégation. Ces symptômes sont rattachés à une problématique de rejet intense de l'enfant avec formation d'impulsions infanticides. Selon Bayle, il est vrai qu'un grand nombre de femmes demandant à accoucher sous le secret de leur identité présentent une dénégation sinon un déni de grossesse. Il est également exact qu'un grand nombre de femmes expertisées à la suite d'un néonaticide présentent un déni de grossesse. Pour autant **ceci ne signifie pas que tout déni de grossesse recouvre des fantasmes d'impulsions infanticide.**

Houel, psychologue clinicienne et directrice de l'association Llithye, accueille et accompagne les femmes qui souhaitent accoucher anonymement au sein d'une structure d'hébergement en région parisienne. Le mécanisme psychique de la dénégation de grossesse est rencontré fréquemment. Contrairement à Bonnet, elle ne retrouve guère à travers les situations qu'elle rencontre, la problématique infanticide soulignée par cet auteur. Des antécédents de

²⁴¹ Bayle B. Les négations de grossesse (dissimulation, dénégation, déni). In *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Toulouse : Erès, collection « La vie de l'enfant », 2005 : 167-204.

²⁴² Bayle B, 2005 ; Ibid.

maltraitance ou de violence sexuelle sont parfois retrouvés, mais ils ne dominent pas l'ensemble des tableaux cliniques. Aucun profil de personnalité n'est repérable.

V.7- Conséquences psychologiques maternelles

Bayle²⁴³ rapporte que bien des femmes ayant vécu un déni de grossesse sans pour autant avoir commis un néonaticide restent marquées durablement par cette naissance et se sentent particulièrement isolées, incomprises et culpabilisées, de n'avoir pas su détecter leur grossesse.

A distance de son accouchement, Mme G souhaite une ligature des trompes pour être certaine de ne plus vivre de déni de grossesse. Ceci témoigne d'un souvenir de souffrance intense, même si elle n'a pas pu décrire ses émotions à ce moment là.

Lorsqu'il y a eu néonaticide²⁴⁴, à l'issue de l'accouchement et de la mise à mort du bébé, ces femmes reprennent étonnamment leur activité professionnelle et leur vie familiale « comme si de rien n'était ». Pour autant, lorsqu'il leur est possible de revenir sur leur ressenti (en cours d'expertise par exemple), elles expriment un sentiment de « désappartenance » : personne n'a perçu leur grossesse, personne n'a compris qu'elles avaient accouché, personne ne peut les comprendre ; ce qu'elles ont vécu reste indicible. Les reviviscences sont fréquentes, lorsque ces femmes sont autorisées à en parler, en particulier au niveau olfactif et auditif.

Des études menées sur l'abandon²⁴⁵ mettent en évidence la souffrance des mères abandonnantes et insistent sur la fréquence des réactions de deuil malgré l'apparente indifférence lors de l'acte d'abandon. Des réactions de deuil prolongé, ou bien de brutales reviviscences lors des dates anniversaires ont été notées lors d'une nouvelle naissance ou une autre perte. Les sentiments de culpabilité peuvent perdurer la vie entière ainsi que le sentiment de manque.

²⁴³ Bayle B, 2010; Ibid.

²⁴⁴ Romano H, 2010 ; Ibid.

²⁴⁵ Condon J.T. Psychological disability in women who relinquish a baby for adoption. Med J Australia 1986; 144 : 117-119.

V.8- Conclusions personnelles

Les risques néonataux sont significativement plus importants lors d'un déni de grossesse.

Concernant la relation mère-enfant, elle semble dans la plupart des cas satisfaisante, au moins lors du séjour en maternité. Cependant, une grossesse suivie tardivement ou non suivie constitue à elle seule un facteur de risque²⁴⁶ connu de trouble des interactions précoces. Ainsi, il existe une plus grande vulnérabilité en cas de déni de grossesse, d'autant plus importante qu'il existe des facteurs de risque associés en période prénatale (mère adolescente, isolement social, maladie physique ou psychiatrique de la mère) et en période périnatale (complications néonatales). Les complications néonatales significativement augmentées dans le déni de grossesse ajoutent un facteur supplémentaire susceptible de perturber le lien mère-enfant.

Concernant le néonaticide, si les études se contredisent concernant le risque accru de néonaticide dans le déni de grossesse, la relation reste toujours questionnée et souvent présente dans les études. Les différentes conclusions semblent liées aux différentes définitions du déni de grossesse.

Les études sont peu pertinentes et difficiles à réaliser concernant le devenir à long terme des enfants nés d'une femme qui a dénié sa grossesse.

Le déni de grossesse court-circuite le processus de gestation psychique et de maternalité. A la découverte de la grossesse, la femme enceinte réalise ou non certains aménagements psychiques :

- lors d'un néonaticide, la femme enceinte n'a pas pu, dans l'urgence élaborer l'existence de sa grossesse et de son bébé,
- lors de l'accouchement sous X, la femme a la connaissance de la réalité de son bébé mais ne l'investit pas affectivement,
- lorsque la femme enceinte investit affectivement son bébé, elle a eu le temps et les moyens psychiques de « penser » son bébé. La question de l'impact du déni de grossesse sur le développement psychique à long terme des enfants reste à étudier.

²⁴⁶ Maury M., Paradis-Guennou M. Développement psychologique du nourrisson et interactions précoces. In Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Press Edition, 2000.

Nous supposons que le risque majeur pour la mère, le bébé et la relation immédiate mère-enfant se situe au moment où la femme enceinte prend conscience de sa grossesse. En effet, le travail d'élaboration psychique de la grossesse n'a pas été réalisé et aucun aménagement psychique adaptatif ne s'est produit. Ainsi, la **manière dont se négocie la levée du déni** conditionnerait le devenir psychique de la mère et par la suite le devenir de l'enfant. Cette négociation psychique pourrait dépendre de plusieurs facteurs :

- Le moment de découverte de la grossesse : on peut supposer un plus grand risque lorsque la découverte de la grossesse est proche de l'accouchement : en effet, un déni partiel permet une certaine élaboration ou gestation psychique de la grossesse, bien qu'entravée.
- L'intensité du déni : l'effet de sidération à la découverte de la grossesse serait d'autant plus intense que le déni a été massif.
- La présence d'un tiers : la femme enceinte peut découvrir sa grossesse en présence d'un médecin (lors des découvertes fortuites par exemples), ou en présence de sa famille qui lui a suggéré sa grossesse. Elle peut aussi découvrir sa grossesse seule et se trouver dans l'incapacité d'énoncer sa grossesse à autrui. Ce dernier cas serait une situation à risque.
- Qualité de l'entourage affectif et médical : présence du père de l'enfant, présence soutenante de la mère de la mère ou d'un substitut maternel.
- L'état de santé du bébé.

Il existe ainsi un potentiel de violence dans les situations de déni de grossesse. Selon Pierronne, « *la question de la maltraitance à fœtus ne peut être esquivée, même si la détresse de la mère, son évidente bonne foi, ou la bonne relation qui s'installe tendent à nous le faire oublier. Il nous a semblé important de maintenir ouverte cette question, de résister à la contamination par l'image de dénouement idyllique d'une situation à risque.* »

2- CAS CLINIQUES

I- CAS DE MME G DETAILLE ET DISCUTE

Ce cas clinique est le cas le plus détaillé de ce travail de thèse ; c'est la patiente que nous avons pu rencontrer le plus fréquemment depuis la découverte de sa grossesse jusqu'à un mois après son accouchement.

Mme G, 33 ans, est rencontrée en 2010 avec son mari et père de ses 2 enfants, à la maternité d'Angers en consultation conjointe avec la psychologue, 4 jours après la découverte fortuite de sa grossesse, à 34 SA.

Dans ses antécédents on note :

- Sur le plan médical : Elle a le même médecin traitant depuis dix ans. Elle est en surpoids (Indice de Masse Corporelle : 28). Elle est traitée par anti-inflammatoires depuis quelques mois pour une lombalgie.
- Sur le plan gynéco-obstétrical : - Première grossesse il y a 7 ans, sous contraception oestro-progestative découverte à 34 SA. Ce premier déni partiel de grossesse n'a pas été évalué sur le plan psychologique.
 - Deuxième grossesse il y a 4 ans dans un contexte de projet de grossesse.
 - Au moment où nous rencontrons Mme G ses cycles sont réguliers. Elle a une contraception par patch hormonal (changé de façon hebdomadaire), elle n'est pas dans un projet de grossesse. Son suivi gynécologique est assuré par son médecin traitant.
- Sur le plan chirurgical : Elle a été opérée d'une hernie discale il y a 1 an.
- Sur le plan psychiatrique : Elle présente un terrain dépressif chronique ayant nécessité un suivi psychologique, sans hospitalisation ni traitement psychotrope.

Mode de vie :

Elle vit avec son mari et ses deux fils (de 4 et 7 ans). Le couple s'est formé à l'adolescence et semble stable.

Elle est agent de production dans la même entreprise que son conjoint (lui est régleur ouvrier). Elle semble bien intégrée dans son entreprise.

Ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait 8 ans dans un contexte de violences conjugales. Elle a ensuite vécu avec sa mère et son frère aîné. Les liens avec son père se sont alors rompus. Sa mère a ensuite eu un troisième enfant d'une deuxième union.

Anamnèse :

Mme G a découvert sa grossesse fortuitement lors d'une IRM prescrite par son médecin traitant pour des douleurs lombaires persistantes apparues lors d'un accident de travail, suite auquel elle est en arrêt de travail.

Elle est adressée immédiatement à la maternité pour dater sa grossesse et mettre en place le suivi. Elle s'y rend avec son conjoint.

L'échographie révèle une grossesse évolutive à 34 SA sans anomalie décelée. Le couple est **sidéré**. Un bilan approfondi avec la pharmacovigilance a été réalisé pour vérifier l'état de santé du bébé étant donné la prise de traitements antalgiques potentiellement tératogènes (anti-inflammatoires non stéroïdiens, association de tramadol et paracétamol). Le centre de diagnostic prénatal (DAN) a informé le couple de la viabilité du fœtus quelques jours plus tard. Nous rencontrons le couple à ce moment là. Mme G et son conjoint sont en demande de soutien.

Le déni a été massif jusqu'à la découverte de la grossesse, il ne s'agit donc pas d'une dénégalion. Mme G n'a perçu aucun symptôme de grossesse qu'elle aurait mal interprété, mis à part ses douleurs lombaires. Nous n'avons jamais pu rencontrer Mme G sans son mari. Nous pensons que sa présence a encouragé l'élaboration de Mme G.

Premier entretien de Mme G avec son conjoint

Le couple est encore sidéré mais rassuré quant à l'état de bonne santé du bébé.

Le contact est bon. Le discours est cohérent mais pauvre. Nous ne décelons pas de symptomatologie délirante chez Mme G.

Il existe chez Mme G une grande réactivité émotionnelle manifestée par des pleurs.

On remarque l'**ambivalence** de Mme G : elle commencera l'entretien en disant « *maintenant il n'y a plus le choix* » de garder ou pas le bébé « *puisque'il est en bonne santé* » ; elle nous dira quelques entretiens plus tard, que le choix du prénom du bébé avait été fait avant de connaître le résultat du DAN. La grossesse a été annoncée à leurs enfants et leur famille après avoir eu connaissance des résultats rassurants.

Le discours spontané de Mme G autour du bébé est pauvre, voire inexistant : le mot « bébé » ou « enfant » est évité, elle utilise « il » pour en parler. D'ailleurs, elle ne l'a pas regardé à l'échographie, elle dira « *je n'ai pas pu* ».

Elle exprime peu ses émotions. Elle exprime cependant de la déception : elle ne profitera pas de sa grossesse. Mme G semble être en grande difficulté pour faire face à cette situation : « *c'est dur* ».

Son conjoint se situe dans une démarche de compréhension et d'élaboration. Il dit: « *un deuxième déni de grossesse, c'est fou* ». Il suppose que le déni de grossesse de sa femme est révélateur d'une grande souffrance qu'il n'a d'ailleurs pas remarqué. Il s'en veut de ne pas avoir vu à quel point sa compagne souffrait. On note d'emblée la pertinence de ses interventions. Il offre un soutien de qualité à sa compagne.

Le discours de Mme G devient spontané lorsque sont abordées ses querelles familiales avec sa mère. En effet, depuis que Mme G a contacté son père après 17 ans de rupture, sa mère ainsi que son frère aîné ont rompu tout contact avec elle (depuis plus d'un an). Ses enfants ont ainsi fait la connaissance de leur grand-père maternel. Mme G éprouve une grande tristesse face à la réaction rejetante de sa mère. Seul son père est au courant de sa grossesse. Elle exprime aussi la volonté d'en faire part à sa mère. La belle-famille de Mme G est soutenante pour le couple, en particulier la mère de son conjoint à qui elle rend visite tous les jours pendant les horaires de travail de son ami.

Sur le plan somatique, Mme G a remarqué une augmentation de son périmètre abdominal suite aux résultats rassurants du DAN. Elle ne perçoit pas les mouvements actifs fœtaux. Elle ne ressent pas de contraction.

Grossesses antérieures

L'énonciation par son conjoint de « déni de grossesse » nous permet d'évoquer les grossesses antérieures. La première grossesse a été soupçonnée par son conjoint lors d'un rapport sexuel. Elle n'était pas désirée, Mme G était sous pilule contraceptive. Le couple décrit la découverte de la grossesse comme une « bonne surprise », bien accueillie par leur famille. La découverte tardive de la grossesse n'a pas été interrogée par le couple, ni par la famille, ni par l'équipe médicale. « *On voulait le (le déni) gommer* » dira Mme G. Mme G a bien fait suivre sa grossesse après sa découverte, aucune anomalie n'a été détectée ; elle a accouché à terme d'un bébé macrosome et bien portant, elle ne l'a pas allaité, comme ses autres enfants.

Son fils a maintenant 7 ans et semble sans problème particulier d'après ses parents.

M G évoque un contexte psychique particulier de sa compagne au moment de cette grossesse : elle dépensait beaucoup d'argent de façon compulsive, à l'insu de son conjoint, mettant le couple en difficulté financière. Ce comportement s'était répété à plusieurs reprises, Mme G a consulté une psychologue l'année dernière (7 consultations).

La deuxième grossesse de Mme G était désirée par le couple ; Mme G avait arrêté sa contraception. La grossesse est survenue très rapidement après. **Mme G ne se souvient pas de signe sympathique lui ayant fait suspecter sa grossesse.** Le test de grossesse réalisé suite à une aménorrhée a confirmé sa grossesse. Elle se souvient avoir ressenti les mouvements du bébé mais ne se souvient pas à quel moment précis de sa grossesse. Les seules contractions qu'elle ait ressenties au cours de sa grossesse sont celles du début de travail. Elle a accouché à terme d'un bébé de poids normal et bien portant.

Discussion : Mme G n'investit pas pour l'instant sa grossesse. Elle ne sent d'ailleurs pas son bébé bouger. L'ambivalence clairement exprimée témoigne d'une possible agressivité, au moins inconsciente envers le fœtus.

Mme G semble ne pas ressentir les manifestations corporelles liées à la grossesse, que sa grossesse soit désirée ou non. Elle a bien perçu ses douleurs lombaires : elle présente donc un trouble sélectif de la perception en lien avec son corps sexué et la maternité. Pour autant elle semble apprécier l'état d'être enceinte.

Nous avons l'impression que la présence de son conjoint est déterminante dans sa venue et sa participation aux consultations. Il offre un étayage de qualité à sa femme. D'ailleurs, il avait été à l'origine de la découverte de la première grossesse déniée de sa femme. L'effet de sidération observé à la découverte de cette grossesse n'a pas été

rétrospectivement décrit par le couple lors de la découverte de la première grossesse déniée. On peut alors penser que le premier déni de grossesse a été moins massif.

On note un violent conflit avec sa mère depuis que Mme G a repris contact avec son père. Mme G cherche à renouer un lien avec elle à l'occasion de cette grossesse, en dépit de son comportement rejetant. Mme G a vécu enfant dans un climat de violence parentale physique et morale. En reprenant contact avec son père, Mme G a entraîné la réactivation du conflit de ses parents dont elle fait les frais. Il est possible que cette configuration relationnelle conflictuelle soit l'un des facteurs qui ait favorisé la survenue du déni de grossesse de Mme G.

Les entretiens suivants, avant l'accouchement

Mme G se présente aux deux consultations suivantes toujours accompagnée par son mari. Nous recevons le couple en entretien.

10 jours après le premier entretien

Mme G semble apaisée : « *je commence à faire surface* » et semble authentiquement rassurée par les derniers résultats attestant de la bonne santé de son bébé. Il existe moins d'ambivalence. Elle a découvert son bébé sur l'écran de l'échographie. Il est maintenant nommé et son prénom est choisi. Son discours est spontané, et les interventions de son ami au cours de l'entretien sont plus discrètes.

Elle ressent mais à peine les mouvements du bébé ; elle a maintenant la morphologie visible d'une femme enceinte ; elle n'a pas de contraction.

Elle exprime de la culpabilité de ne pas s'être rendue compte de sa grossesse. Il n'existe pas de sentiment de honte. Elle imagine peu son bébé et se projette peu dans une vie de famille à cinq.

Le conflit avec sa mère (bien que silencieux puisqu'il n'y a plus de contact) reste très envahissant pour elle. Elle cherche un moyen de reprendre contact avec elle sans être rejetée.

Mme G semble investir sa grossesse à travers son entourage :

- Ses deux fils se réjouissent de l'arrivée d'un petit frère qui devient leur sujet principal de conversation. Le prénom du bébé a été choisi parmi les prénoms des copains d'école de ses fils.

- Sa belle-famille investit l'arrivée de cet enfant avec bienveillance
- Son père, qui va connaître pour la première fois son petit fils dès sa naissance
- Elle exprime le souhait d'informer sa mère de sa grossesse pour « *qu'elle profite de ses petits enfants* ».
- Elle se rend sur son lieu de travail (après plusieurs mois d'arrêt et sans avoir annoncé sa grossesse) pour chercher ses affaires et annoncer sa grossesse à ses collègues.

3ème entretien , 10 jours plus tard

Mme G est sereine et profite de sa grossesse. Les préparatifs matériels pour l'arrivée du bébé sont terminés.

Son conjoint trouve qu'elle va mieux mais pense qu'il s'agit d'un mieux être superficiel.

Sur le plan somatique elle ressent beaucoup plus les mouvements de son bébé. Elle n'a pas de contraction, elle n'a pas d'asthénie. Ses dorsalgies sont présentes mais avec beaucoup moins d'intensité depuis la découverte de la grossesse. Son ami dit que « *tout s'est débloqué* ».

Elle a mis à distance son conflit avec sa mère. Elle pense cependant lui écrire une lettre.

Elle décrit sa mère comme une personne braque, sans attention, impulsive, colérique, rancunière. Elle se souvient (grâce à l'aide de son conjoint) et décrit des scènes de violences physique et verbale de sa mère envers son père, de sa mère discréditant sans arrêt son père. Elle décrit des épisodes de violence envers son frère aîné également. Mme G entretient depuis toujours une relation fragile avec sa mère et fait beaucoup d'efforts pour la maintenir jusqu'à aujourd'hui.

Elle réalise que sa mère a peu investit la naissance de ses fils par rapport aux enfants de son jeune demi-frère.

Elle ne s'est pas présentée à la 4ème consultation pensant s'être trompée de jour. Elle ne demandera pas d'autre rendez-vous.

Nous la contactons pour lui fixer un autre rendez-vous. Le contact téléphonique est assez fuyant. Son conjoint ne pourra pas venir à la consultation. Cependant, elle viendra nous rencontrer le jour supposé de son terme où elle a finalement accouché.

Après l'accouchement

A la maternité

Nous rencontrons Mme G le lendemain de son accouchement en présence de son fils. Elle est hospitalisée à l'Unité Kangourou (Unité d'hospitalisation permettant une surveillance médicale plus étroite de la mère et de son bébé). L'accouchement s'est bien déroulé, sous analgésie péridurale. Mme G précise qu'elle ne souhaitait pas au départ d'analgésie péridurale alors qu'à ses 2 précédentes grossesses, elle l'a demandé sans hésitation.

Elle paraît sereine et heureuse de faire connaissance avec son nourrisson. Elle dit se sentir plus apaisée depuis qu'elle peut voir son fils et s'assurer de sa bonne santé. Les soins matériels et affectifs apportés à son bébé sont tout à fait adaptés.

Son père est venu lui rendre visite. Elle décrit beaucoup d'émotion lors de sa venue : c'est la première fois que son père fait la connaissance de son enfant dès sa naissance. Sa mère n'est pas venue à la maternité. Cependant, Mme G lui a envoyé un courrier en fin de grossesse. Mme G est en contact avec son arrière grand-mère maternelle qui a dû informer sa mère de la naissance de son fils.

Mme G se décrit plus ouverte sur ses problèmes familiaux depuis les entretiens réalisés autour de son déni de grossesse. Elle peut les mettre à distance. Elle regrette que cette réflexion n'ait pu avoir lieu lors de son précédent déni de grossesse. Le questionnement autour de ses dénis de grossesse reste présent. Cependant son interrogation réside dans la répétition du déni plus que dans son origine ou ses conséquences. Elle reprend les propos de son mari « *Un déni de grossesse, d'accord, ça peut arriver à tout le monde, mais pas deux !* »

Suivi ambulatoire

Nous rencontrons Mme G environ un mois après la naissance de son fils. Mme G est venue avec son conjoint.

Le bébé est gardé par sa grand-mère paternelle.

La vie de famille s'organise. Mme G décrit son bébé comme un bébé calme et très éveillé qui sourit et rit aux éclats.

La question du déni de grossesse est réabordée avec difficulté. Le besoin d'en parler est moins présent. « *Nous sommes repartis dans le tourbillon de la vie, on n'en parle pas* » dit son conjoint ; il avait rapporté exactement les mêmes paroles à propos du premier déni de grossesse de sa femme. Mme G et son conjoint se sentent dénigrés et ressentent une grande dévalorisation en rapport au regard des autres. Des propos désagréables leur ont été rapportés de la part de parents d'élèves à la sortie de l'école de leurs deux fils aînés. Mme G dit « *pour l'instant je suis calme mais cela pourrait dérapier* ». Elle évoque un souvenir de douleur, une douleur inconsolable. Elle s'est reconnue au travers d'un témoignage télévisé mais cela ne l'a pas aidé.

Mme G souhaite une ligature des trompes afin d'être certaine de ne plus revivre un tel déni.

Mme G se sent à nouveau envahie par ses soucis familiaux : Mme G s'acharne à vouloir renouer une relation avec sa mère mais la volonté n'est pas réciproque. (Elle n'a pas répondu à son courrier, elle impose des conditions de relation).

Mme G est irritable et son état a des retentissements sur l'ambiance familiale qui devient tendue.

Discussion : Les représentations imaginaires du bébé sont pauvres. Pour autant, on peut penser que la gestation psychique bien qu'écourtée a été suffisante pour permettre une adaptation au bébé et à ses besoins fondamentaux.

Mme G a vécu sa fin de grossesse, l'accouchement, et les premiers temps après la naissance du bébé de façon sereine.

Elle est apaisée d'une part de s'apercevoir de la réalité de son bébé et d'autre part de savoir qu'il est en bonne santé. Nous supposons que la bonne santé de son enfant joue un rôle majeur dans l'adaptation et la qualité des premiers liens mère-enfant. En effet, la culpabilité de ne pas avoir fait suivre sa grossesse s'en trouve atténuée.

Après cette période « idyllique » décrite par Pierronne, rassurante pour les soignants, un point douloureux réapparaît en rapport au déni de grossesse. Le ressenti est exprimé avec plus de réserve, comme s'il fallait maintenant taire cette période. Le couple ne s'interroge pas des conséquences du déni de grossesse pour l'avenir de leur enfant.

La discussion autour du déni laisse d'ailleurs vite place aux conflits familiaux avec la mère de Mme G, toujours exprimés avec spontanéité.

Mme G ne s'est pas présentée à l'entretien suivant, elle n'a pas prévenu.

II- CAS RENCONTRES AU CHU D'ANGERS ENTRE MAI 2009 ET OCTOBRE 2010 (par ordre chronologique)

Cas n°1 : Mme H, 39 ans rencontrée un dimanche d'astreinte de psychiatrie

Je suis appelée par un praticien hospitalier de la maternité pour rencontrer Mme H qui demande sa sortie contre avis médical. Elle vient d'accoucher sous anesthésie générale d'un bébé mort-né. Elle ignorait sa grossesse jusqu'à son arrivée à la maternité. Il s'agit probablement d'un déni total de grossesse.

Elle ne prend pas de contraception car elle pense ne pas pouvoir avoir d'enfant en raison d'un syndrome des ovaires polykystiques diagnostiqué il y a 10 ans. Elle est obèse, et présente un hirsutisme. La patiente est primigeste, nullipare. Ses cycles sont irréguliers. Elle présente par ailleurs un diabète de type 2. Elle n'a pas d'antécédent psychiatrique en dehors d'une consommation chronique d'alcool (information obtenue par son médecin traitant). Elle a un compagnon. Elle vit seule, ne travaille pas. La patiente semble issue d'un milieu social très précaire. Elle entretient de mauvaises relations avec sa famille.

Elle se présente aux urgences de la maternité (via le SAMU qui avait diagnostiqué un prolapsus vaginal) avec une sensation de pesanteur pelvienne. A l'examen, la tête fœtale est retrouvée au niveau de la vulve. Après extraction, le fœtus est d'aspect macéré, les os du crâne sont brisés. Le terme est estimé à environ 33 SA. Le compagnon de la patiente a été aperçu au moment de l'accouchement (il semblait alcoolisé), mais il n'est pas présent dans le service de grossesse pathologique où est hospitalisée Mme H.

Après avoir discuté avec l'équipe médicale et paramédicale, je rencontre la dame en entretien. Nous sommes tous intrigués par son histoire. Le contact est réticent, elle exprime un agacement de rencontrer encore un autre intervenant. Reparler des événements n'est pas approprié. Son discours est cohérent et non confus bien que pauvre. Je ne trouve pas d'élément psychiatrique aigu dépressif ou délirant. Elle n'exprime pas d'idée suicidaire. Elle exprime peu d'affect et semble banaliser la situation. Mme H ne souhaite pas rester hospitalisée. Elle est d'accord pour me revoir quelques jours plus tard mais n'en voit pas l'utilité.

Elle se présente à la consultation prévue : elle présente une dépressivité de l'humeur sans syndrome dépressif majeur. A posteriori, elle se rend compte que son bébé bougeait, mais elle se croyait constipée. Elle est finalement déçue de ne pas avoir « de bébé » et se projette dans l'avenir pour concevoir un enfant avec son ami. Elle n'a pas souhaité de nouvelle consultation. Un courrier a été envoyé à son médecin traitant.

Discussion : Ce cas de déni total de grossesse est d'autant plus troublant qu'il concerne une femme atteinte de stérilité. L'aspect retrouvé du fœtus soulève la question de sa maltraitance avant l'arrivée à la maternité. Mme H n'est pas dans une demande de soutien mais dans une volonté de fuir. Elle a du réaliser en même temps qu'elle portait un bébé et en faire le deuil.

Cas n°2 : Dénî de grossesse ou/et « mythomanie » ?

Melle I, 21 ans a été rencontrée suite à deux grossesses de découverte tardive et rapprochées dans un contexte de possible trouble de la personnalité de type mythomanie.

Première grossesse (2009):

La pédopsychiatrie de liaison est sollicitée pour rencontrer Melle I, ans qui vient d'accoucher. Elle présente de nombreux propos contradictoires concernant son adresse, sa profession son suivi de grossesse. Ses propos contrastent avec une attitude posée et une bonne interaction à priori avec son bébé. Elle s'est présentée à la maternité pour accoucher 10 jours après la date présumée de son terme. Son accouchement est déclenché, son fils est bien portant.

Trois mois avant, Melle I s'est présentée seule aux urgences de la maternité car elle suspectait sa grossesse (« elle sent bouger dans son ventre »). L'échographie décèle une grossesse évolutive à 26 SA. Elle n'a pas fait suivre sa grossesse après sa découverte. Pourtant, elle soutient le contraire. A la maternité elle se présente déclarant qu'elle va accoucher de jumeaux...

Elle n'a pas de suivi gynéco-obstétrical. Elle n'a pas de contraception. Ses cycles sont irréguliers. Elle n'a pas de médecin traitant fixe mais plusieurs chez qui elle se rend de façon épisodique. Elle ne consomme ni tabac, ni alcool, ni toxique. On note une obésité. Elle vit avec son ami, ne travaille pas.

En entretien, Melle I ne présente pas de trouble délirant ni de trouble dépressif. Le contact est parfois méfiant. Son discours est rationalisé et banalisé concernant ses contradictions. Pour autant, nous n'identifions pas de bénéfices secondaires évidents. Elle n'exprime pas d'anxiété ni de culpabilité en rapport avec l'absence de suivi de grossesse. Les affects ne sont pas exprimés. La découverte tardive de sa grossesse ne l'interroge pas. Elle décrit l'augmentation de son périmètre abdominal ainsi que l'apparition d'une aménorrhée suite à la découverte de sa grossesse. Il s'agit probablement d'un déni de grossesse mais ce terme n'a pas été évoqué. Elle et son compagnon étaient dans un projet d'enfant mais pas immédiatement. Elle a refusé que nous rencontrions sa famille et son compagnon. Nous avons croisé ce dernier mais il a semblé fuyant. Elle évoque de façon superficielle des relations conflictuelles avec sa mère.

Elle nous parle du décès de son père (alors qu'il n'en est rien) et fait un lien rationalisé avec l'absence de suivi de sa grossesse. Nous avons contacté les deux médecins généralistes avec qui elle a été en contact pendant sa grossesse, et aucun n'étaient au courant de cette grossesse.

La PMI a été informée de la situation et s'est rendue au domicile de Melle I, celle-ci n'y était pas. Elle ne s'est pas présentée au rendez-vous pédopsychiatrique fixé en externe.

Deuxième grossesse (2010):

Nous revoyons Melle I, un an après, dans les suites de son deuxième accouchement. Elle s'est présentée à la maternité pour accoucher au terme de 41 SA environ. Elle n'a pas fait suivre du tout sa grossesse. Elle dit s'être aperçu de sa grossesse devant une aménorrhée persistante et l'augmentation de son volume abdominal (vers 28 semaines environ). Elle explique son absence de suivi de grossesse par peur du jugement de l'équipe soignante (en référence à ce qu'elle a vécu l'année passée). Son bébé (de sexe masculin), est bien portant et l'interaction mère – bébé semble adaptée.

A l'entretien, le contact est d'abord méfiant puis rapidement on observe un effondrement thymique avec expression d'un mal être ancien, depuis l'adolescence. Elle présente une symptomatologie dépressive incomplète avec anhédonie, troubles du sommeil, tristesse, idées noires sans scénario précis. Elle s'est isolée de sa famille et ses amis.

Nous apprenons que Melle I se rend à la PMI de façon irrégulière pour son premier garçon.

Elle paraît en demande de soins. Elle est sortie avec un rendez-vous en externe où elle s'est présentée accompagnée par sa sœur.

A cet entretien, elle verbalise une grande détresse en rapport avec son attitude qui consiste à cacher de nombreuses choses dans sa vie quotidienne à son ami, sa famille. Nous avons pu rencontrer sa sœur. Cette détresse survient au moment où « ses mensonges » sont découverts par son entourage. [Elle a volé de l'argent à sa belle famille qui a porté plainte. Elle avait expliqué ce gain subit d'argent par un héritage suite au décès de son père ; cet argent lui a servi à faire un repas familial]. Elle nous explique une recherche de valorisation à travers cette attitude. Elle se dit libérée d'avoir enfin pu en parler avec son ami et ses sœurs.

La présence de sa sœur permet de préciser les antécédents et l'histoire de vie de Melle I : Elle n'a pas d'antécédent de suivi ou d'hospitalisation en psychiatrie ; elle rapportera en entretien un mal être depuis l'adolescence accompagné à l'époque de scarifications. Sur le plan

familial, on remarque un probable trouble de la personnalité identique chez sa tante maternelle (thématique de maladie grave). Melle I se dit très isolée de sa famille. Sa mère et ses sœurs sont dans la région. Ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait trois ans, son père serait actuellement au Brésil. Elle a vécu avec sa mère, le compagnon de sa mère et ses deux sœurs aînées. Sur le plan scolaire, Mme I n'a pas terminé son BEP sanitaire et social.

La communication s'est améliorée au sein du couple. Son ami s'est montré assez passif face à l'attitude de sa compagne (ne l'a pas incité à faire suivre sa grossesse par exemple). Il se situe cependant dans une démarche d'aide de son amie et l'accompagne à chaque consultation.

Le discours de Melle I reste pauvre en affect. L'élaboration est difficile. Les réponses sont tangentielles. Elle décrit des angoisses vespérales difficiles à préciser. Elle exprime de la honte face à ses agissements. Elle exprime également de la colère envers sa mère qu'elle ne peut pas préciser. Elle la décrit frivole et peu affectueuse.

Les relations avec son premier bébé (11 mois) semblent adaptées ; Melle I le décrit comme un enfant qui ne peut pas se passer d'elle. En entretien il est souriant, joueur. Il fait ses nuits depuis quelques jours.

Son deuxième bébé est un nourrisson qui dort beaucoup. Melle I s'interroge sur les conséquences éventuelles de son mal être sur son fils. A la maison, les temps de présence auprès des enfants sont partagés par le couple.

Melle I et son ami envisagent de faire garder leurs enfants quelques demi journées par semaine.

Melle I est une jeune femme psychologiquement fragile ; les troubles de la personnalité présentés questionnent sur la qualité des relations mère-enfant. Nous avons envisagé un relais des soins psychiatriques sur le secteur pédopsychiatrique.

Le relais n'a jamais pu s'établir malgré la demande de soins apparente. Melle I ne vient plus aux rendez-vous fixés, parfois elle téléphone pour demander une consultation en urgence mais raccroche avant d'avoir eu la date du rendez-vous. La PMI garde un lien, bien que précaire avec Melle I. La PMI nous informe d'ailleurs de la séparation du couple et des difficultés nouvelles que rencontre de Melle I dans la relation avec ses fils : ils présentent en particulier des troubles du sommeil. Nous conseillons à la PMI de diriger Melle I vers les urgences du CHU.

Discussion : Le trouble de la personnalité de Melle I rend le diagnostic de déni de grossesse assez difficile. S'agit-il d'une dissimulation de sa première grossesse ? Les bénéfices ne sont alors pas explicités. La complicité psychosomatique (augmentation du périmètre abdominal, apparition d'une aménorrhée) nous conduit à évoquer un possible déni de grossesse. La consultation après la date présumée du terme (dont elle avait connaissance) peut évoquer une persistance ou une fluctuation du déni de grossesse ou bien témoigne de son fonctionnement psychique habituel. Sa deuxième grossesse n'a pas été suivie ni déclarée après sa découverte. Cette deuxième grossesse rapprochée pose la question de la répétition de ce phénomène chez Melle I. Son fonctionnement psychique questionne également la relation mère-bébé.

Au-delà de la question diagnostique du déni de grossesse, la problématique soulevée par ce cas clinique est le rapport que Melle I entretient avec son identité : nous sommes toujours dans le doute sur l'authenticité de ses propos. Cette question identitaire interroge sur la nature des relations qu'elle a avec autrui, avec la maternité et avec ses enfants.

La complexité de ce cas a permis de susciter notre curiosité concernant la psychopathologie du déni de grossesse.

Cas n°3 : Un déni partiel qui ressemble à une dénégation de grossesse

Melle J, 22 ans, enceinte de 25 SA (2ème geste, nullipare) est rencontrée en ambulatoire 15 jours après la découverte de sa grossesse. Elle accepte volontiers les entretiens proposés.

Sa première grossesse à l'âge de 20 ans s'est soldée par une IVG. Une tension mammaire lui avait fait suspecter sa grossesse. Elle ne regrette pas son choix. Elle est sous contraception orale depuis. Elle est étudiante et vit une relation de couple stable depuis deux ans. Elle est bien insérée socialement.

Son ami, qui a remarqué une prise de poids chez sa compagne, lui a suggéré de faire un test de grossesse. Elle prend une contraception orale et n'est pas en aménorrhée. Elle a remarqué sa prise de poids (4kgs) mais est satisfaite car elle souhaitait prendre du poids (jeune fille très mince). Elle décrit également avoir ressenti une légère tension mammaire. Elle s'est aussi plainte de constipation. Elle n'a jamais rattaché ces signes à une éventuelle grossesse. Elle présente donc une dénégation de sa grossesse. Elle dit « *ça se sent ce genre de choses, mais moi non* ». Pour autant, elle réalise un test de grossesse sans réticence. La prise de sang indique selon elle un taux de Béta HCG compatible avec une grossesse de 8 SA. Le couple envisage une IVG. Melle J se rend seule au centre d'IVG. L'échographie réalisée indique une grossesse à un terme bien plus avancé : 25 SA (elle n'a pas regardé l'écran d'échographie). L'IVG n'est donc plus possible. Elle dit être choquée par le peu de soutien prodigué par le personnel du centre d'IVG. Cette remarque témoigne de son état psychique, possiblement sidéré, à ce moment là. Elle téléphone à son conjoint qui propose l'accouchement sous X : elle refuse catégoriquement et se rend à la maternité du CHU. Sa préoccupation majeure est de savoir si son bébé va bien « *mon bébé va-t-il bien ?* ». La bonne communication au sein du couple a permis une prise de décision commune : le bébé va être accueilli par le jeune couple bien que le projet d'avoir un bébé ne soit pas d'actualité. Leurs familles respectives ont soutenu leur projet. Le prénom du bébé est choisi. L'investissement de son ami est majeur. Melle J dit « *dès que l'on a pris conscience de notre rôle de parent, j'ai senti bouger le bébé* ». Elle a aussi pris l'aspect visible d'une femme enceinte. C'est la complaisance psychosomatique.

Melle J nous apprend avoir présenté des malaises à répétition à une période qui correspond au premier trimestre de sa grossesse. Son médecin traitant a demandé un avis cardiologique ainsi que neurologique concluant à une origine vagale des malaises. Aucun des trois médecins n'a suspecté sa grossesse. Ceci met en relief l'aspect « contagieux » du déni de grossesse à l'entourage médical.

Le travail psychique d'adaptation à la grossesse puis d'investissement affectif s'est réalisé très rapidement (en quelques jours) chez Melle J : « *au début c'était dur, mais maintenant je l'accepte. Pour l'éducation et l'argent, on va s'organiser, et puis après, l'amour ça vient tout seul, je l'aime déjà* ».

Il existe un sentiment persistant d'ambivalence et de culpabilité : Melle J a bu de l'alcool et fumé du cannabis de façon festive et occasionnelle : « *dès fois j'ai l'impression d'être*

méchante, mais moi je n'ai rien demandé, ce n'est pas de ma faute ». Son déni de grossesse reste un événement qu'elle n'a pas maîtrisé et qu'elle ne s'approprie pas.

Melle J a décidé de poursuivre le suivi de sa grossesse dans une autre ville, le projet du couple étant de s'y installer pour des raisons professionnelles. Nous avons adressé Melle J à la psychologue référente de cette maternité.

Discussion : Ce cas clinique montre comment un réaménagement psychique en urgence à la levée du déni est favorisé par un entourage affectif soutenant. La place accordée au compagnon de Melle J dans les entretiens nous a paru intéressante à privilégier dans l'accompagnement du jeune couple à une parentalité inattendue.

Cas n°4 : Un abandon après un déni total de grossesse

Melle K, 23 ans, étudiante, célibataire, contacte le SAMU pour des douleurs abdominales intenses. L'équipe du SAMU découvre une femme enceinte à terme, allongée sur son lit, en travail, dont la grossesse est non connue par la patiente. La tête fœtale est engagée. Elle présente des contractions utérines toutes les trois minutes. Melle K est coopérante. Elle exprime d'emblée le souhait de confier son enfant à l'adoption. Elle évoque un rapport sexuel il y a neuf mois, et déclare avoir réalisé un test de grossesse un mois auparavant qui se serait révélé négatif. Elle s'est séparée de son ex-compagnon il y a quelques mois. La patiente est transférée à la maternité

Melle K est primigeste, elle n'a pas d'antécédents médicaux ni psychiatrique particuliers. Elle est sous contraception oestro-progestative.

L'accouchement s'est déroulé par voie basse, sans analgésie péridurale, à l'aide de ventouse. Son bébé est bien portant. Elle ne souhaite pas voir son enfant mais demande son sexe, et s'il va bien. Elle ne sait pas encore si elle donnera un prénom à sa fille. Elle est décrite comme calme et posant peu de questions. Son bébé est hébergé en néonatalogie.

Elle est rencontrée par l'équipe de pédopsychiatrie le lendemain de son accouchement. Elle est assez défensive au début de l'entretien qu'elle accepte néanmoins. Ses propos sont

cohérents, elle est orientée. Il n'est pas décelé d'éléments délirants ni d'éléments dépressifs patents. Elle n'exprime pas d'idées suicidaires. Elle évoque l'accouchement en terme de douleur. Elle souhaite rentrer chez elle au plus vite. Elle a informé deux de ses amis de son hospitalisation au CHU. Elle ne souhaite pas informer sa famille et son ex-compagnon de son hospitalisation. Elle est sortie de la maternité avec deux de ses amies. Un rendez-vous en externe lui a été proposé, mais elle ne s'y est pas présentée. Elle n'a pas donné suite à un courrier de relance.

Discussion : Ce cas clinique met en évidence la difficulté à créer un lien avec les femmes qui présentent un déni total, d'autant plus qu'elles se séparent de leur bébé. Il n'y a alors plus « de prétexte » médical qui nécessite la poursuite de son hospitalisation. Pour autant ces situations sont préoccupantes, d'autant plus que l'entourage familial n'est pas présent.

Cas n°5 : Une mère un peu envahissante

Melle M, 18 ans, découvre sa grossesse à 34 SA. Elle accouche prématurément une semaine plus tard, le jour où nous devons nous rencontrer. Son bébé est hospitalisé en néonatalogie.

Elle est primigeste, nullipare. Elle présente une obésité. Elle prend une contraception orale depuis l'âge de 14 ans.

Elle vit chez sa mère avec ses sœurs, et a un compagnon stable depuis 2 ans. Elle a échoué à son BEP et fait actuellement des « petits boulots ». Sa mère la décrit comme étant très passive. Ses parents sont divorcés, elle a très peu de contact avec son père. Le milieu social dont est issu Melle M est précaire.

Sa grossesse lui a été suggérée par la femme de son grand-frère, qui vient elle-même d'accoucher. Elle a annoncé sa grossesse à sa mère qui l'a accompagné au centre d'IVG. Son compagnon a été informé dans un second temps.

Quelques heures après son accouchement, Melle M est calme, cohérente, présente un visage plutôt souriant. Son discours est pauvre, non spontané, elle ne s'exprime que par « *oui, non, je ne sais pas, ça va* ». Puis elle se met à pleurer, mais n'exprime pas ses émotions pour autant.

Elle dit à propos du bébé « *c'est parti trop vite, j'aurai aimé le garder plus longtemps* ». Elle m'informe que sa mère et sa grand-mère sont dans le service de néonatalogie avec le bébé. Elle n'investit pas son bébé immédiatement. Son père n'est pas informé de la naissance.

Sa mère, très présente pendant l'hospitalisation, semble s'approprier le vécu de la grossesse de sa fille : elle dit « *Comment ai-je fait pour ne pas m'en apercevoir plus tôt ? Je me suis remise en question* », « *Ils m'ont fait un bébé* ». Elle dit « on » lorsqu'elle parle de sa fille : « *on va y arriver* ». Son discours donne une impression de confusion des personnes mère et fille. Elle est informée de la mise en place d'un suivi PMI et ne s'y oppose pas. Il n'y a pas d'antécédent de déni de grossesse à priori chez sa mère.

Melle M investit petit à petit son bébé : l'équipe de néonatalogie confirme la bonne évolution de la relation mère-enfant et des soins apportés au bébé. L'élaboration et l'expression du ressenti sont toujours absentes. Le père du bébé est présent quotidiennement et participe aux soins. Le couple m'informe de la manière dont a été choisi le prénom du bébé : c'est le compagnon de Melle M qui l'a choisi quelques jours après la découverte de la grossesse.

Melle M et son bébé vont vivre dans un premier temps chez sa mère, puis elle envisage de s'installer avec son enfant dans un appartement. En effet, elle craint que ce dernier confonde sa grand-mère (la mère de Melle M) avec sa mère (Melle M) à cause d'une trop grande proximité...

Melle M ne s'est pas rendu au rendez-vous fixé après sa sortie de la maternité.

Discussion : En plus du déni de grossesse, il existe de nombreux facteurs de risque de développement d'un trouble des interactions précoces mère-enfant : accouchement prématuré, hospitalisation de son bébé en néonatalogie, précarité sociale. On remarque l'investissement majeur de la mère et la grand-mère de Melle M dans l'accueil de son bébé et l'absence de son père et du père du bébé. Après une période de sidération, on peut considérer que Melle M a rapidement investi son bébé. A la fin du séjour à la maternité, nous avons même l'impression que l'existence du bébé donne une certaine autonomie à Melle M par rapport à sa mère (elle qu'il a toujours fallu pousser pour travailler, maintenant, elle réclame son indépendance).

Cette indépendance soudaine associée aux facteurs de vulnérabilité cités questionne les futures relations de Melle M avec son bébé et souligne l'importance d'une prise en charge psychologique précoce et d'une mise en lien rapide avec le service de PMI avant la sortie de la maternité.

III- CONCLUSIONS CONCERNANT LES CAS RENCONTRES

On remarque globalement :

- une grande hétérogénéité de situations rencontrées en termes d'âge, d'activité professionnelle, de situation familiale.
- l'absence de trouble psychiatrique aigu au moment des entretiens
- une absence de questionnement concernant leur déni de grossesse
- une difficulté dans l'élaboration et la mise en mot des émotions au sujet de la découverte de leur grossesse. Le concept d'alexithymie utilisé dans les maladies psychosomatiques pourrait s'appliquer au fonctionnement psychique des femmes au moment où nous les rencontrons. Sifneos a proposé en 1972 le terme d'alexithymie pour désigner l'incapacité à identifier et exprimer verbalement ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles²⁴⁷.
- la pauvreté des représentations imaginaires du bébé après la découverte de la grossesse
- l'adhésion aux entretiens psychiatriques est souvent largement favorisée par la présence d'un tiers familial (parent ou conjoint). Les femmes rencontrées seules sont fuyantes.
- l'évaluation de l'entourage affectif (familial ou amical) des femmes présentant un déni de grossesse semble être une priorité.
- la difficulté à suivre ces patientes au-delà de leur sortie de la maternité ; un lien précoce établi entre la patiente et les services de PMI paraît donc très utile avant la sortie de la maternité.

²⁴⁷ Lemperière T., Féline A., Adès J., Hardy P., Rouillon F. Psychiatrie de l'adulte. Paris : Masson, 2006 ; p 17.

IV- CAS D'EXPERTISES PSYCHIATRIQUES (synthétisés) RECUEILLIS AUPRES DE PSYCHIATRES EXPERTS DE LA REGION DES PAYS DE LA LOIRE

Cas d'expertise n°1 (datant des années 1990) : Un déni total de grossesse suivi de néonaticide

Les faits :

« Melle N a été mise en examen pour avoir causé la mort de son enfant nouveau-né de sexe féminin. Ses déclarations au cours de l'instruction et lors des entretiens psychiatriques sont identiques : Melle N a rencontré il y a un an un garçon avec qui elle a eu des rapports sexuels. Lorsqu'elle rompt avec lui elle est enceinte d'un mois. Elle affirme n'en n'avoir jamais eu conscience, soulignant qu'au moment prévu de ses règles elle présentait des saignements. Elle n'aurait pas été contrainte d'adopter des vêtements plus amples et, après une remarque de sa mère à propos de son poids, elle montre une serviette périodique ensanglantée. Ce n'est qu'au moment de l'accouchement qu'elle aurait réalisé son état. Après avoir perdu les eaux au petit matin, elle accouche seule au domicile familial, dans les toilettes. Elle dit alors avoir « *complètement paniqué* », « *je ne savais pas trop où j'en étais, je ne savais pas trop bien où aller...le bébé est tombé dans la cuvette...tout est parti quelques minutes plus tard* ». Elle affirme ne pas avoir entendu l'enfant crier « *il était mort, il ne bougeait pas* », et « *l'emmitoufle* » dans un drap, le pose dans sa chambre à côté de son lit. Elle s'allonge puis se lève, prépare le repas avec sa famille, regarde la télévision et va faire des emplettes dans un supermarché et se procure des médicaments pour sa mère. Malgré qu'elle se dise « *un peu fatiguée* », elle assiste au repas du soir et son entourage ne perçoit pas la situation. Ce n'est que le lendemain matin, lorsque sa mère vient la réveiller, qu'elle voit le corps de l'enfant. Le médecin prévenu adresse Melle N à l'hôpital ».

Conclusion et discussion de l'examen psychiatrique :

« Melle N est une jeune femme âgée de 22 ans, en bonne santé, consciente, lucide, dont l'intelligence se situe au niveau de la moyenne et ne présentant aucun altération des fonctions intellectuelles. Il s'agit d'une jeune femme immature, présentant d'importants troubles relationnels.

Elle présente en effet une anxiété chronique, diffuse, flottante, vécue sur un versant physique et psychique. Cette anxiété n'apparaît pas se systématiser au travers de manifestations à caractère phobique ou obsessionnel. Elle apparaît essentiellement vécue dans un contexte relationnel où nous pouvons faire le constat de sa sensibilité. Elle s'avère en effet particulièrement sensible aux réactions d'autrui. Toute relation apparaît être vécue sur un mode projectif, ne permettant pas une relation de confiance, équilibrée et mature. Sa vie affective et sexuelle est profondément marquée par des éléments de personnalité qui rendent compte de sa dépendance étroite au milieu familial et relative incapacité à intégrer la vie professionnelle et sociale. Elle présente une adaptation de surface. Elle ne présente aucune idéation délirante. Elle ne présente et n'a semble-t-il jamais présenté de phénomène psychosensoriels et ni d'élément dissociatif faisant évoquer une psychose chronique du groupe des schizophrénies. **La grossesse a été vécue dans un déni total, c'est-à-dire sans aucune conscience, opérant un clivage complet entre la réalité et son véritable état. Les phénomènes physiques, pseudo-règles pendant la grossesse, l'analgésie au moment des suites de couches constituent de véritables manifestations de conversion. Elle a vécu l'accouchement dans un état de panique anxieuse, prenant alors véritablement conscience de son état.** L'enfant qu'elle a mis au monde n'a cependant au plan de sa conscience jamais eu véritablement d'existence et il n'apparaît toujours en avoir aucune, Melle N opérant toujours un clivage et éprouvant la même dénégation, ce qui rend compte de l'absence de sentiments de culpabilité vis-à-vis des faits.

Nous n'avons pas mis en évidence chez elle de syndrome dépressif, en particulier mélancolique et les faits ne résultent pas d'une pathologie du post-partum dans ses expressions cliniques diverses. Melle N nous paraît présenter des manifestations cliniques qui renvoient à une personnalité pathologique qui se caractérise par l'importance de mécanismes défensifs à caractère psychotique : dénégation, déni, clivage, identification projective particulièrement manifestes lors de la grossesse vécue dans la plus totale inconscience et la clandestinité, rendant compte d'un profond trouble de l'identité. **Cette organisation de personnalité stable a certains traits de spécificité, les troubles plus manifestes survenus à l'occasion de cette grossesse coïncident dans la nosographie psychiatrique avec les états-limites (Borderline) notamment dans la conception de Kernberg qui rassemble une anxiété diffuse, des phénomènes de conversion bizarres, une sexualité perturbée, des éléments de personnalité infantile, une relation à l'autre marquée par la dépendance étroite.**

Discussion : Ce cas met en exergue la problématique de la peur de l'abandon retrouvée chez les personnes présentant un trouble limite de la personnalité. Ceci fait écho à la littérature récente²⁴⁸ publiée à propos de la psychopathologie des femmes qui commettent un néonaticide chez qui la peur de l'abandon est fréquemment retrouvée.

Cas d'expertise n°2 (datant des années 2000): Un trouble de l'énonciation de la grossesse suivi de tentative de néonaticide

Les faits :

« Mme O se présente au Centre Hospitalier en compagnie de son mari pour des saignements importants. Le médecin qui reçoit la patiente est alors formel, il s'agit d'une jeune femme venant de donner naissance à un enfant. Il accomplit alors une révision utérine, pour expulser le placenta qui était resté en intra-utérin. De l'examen gynécologique, il ressort que l'accouchement s'est effectivement produit au cours de la nuit écoulée, bien que Mme O nie cet accouchement, elle finit par l'admettre et prétend avoir déposé son enfant dans l'hôpital local des environs. Les recherches entreprises dans cet hôpital n'ont pas permis de découvrir un nouveau-né. Les recherches au domicile du couple permettent de trouver le nouveau-né dans le coffre du véhicule appartenant à M et Mme O. L'enfant vivant, enveloppé de serviettes, est transporté en service de pédiatrie du Centre Hospitalier. Mme O, interrogée, nie d'abord les faits, puis les affirme, après avoir déclaré que l'enfant était né d'un viol, elle reconnaît que le père de son enfant est bien son mari. »

Conclusion et discussion de l'examen psychiatrique :

« Mme O est une femme de 32 ans qui ne présente pas d'altération de l'état général. Elle a évolué au sein d'une famille qui ne semble pas désorganisée, et ne décrivant pas de maltraitance, ni de climat de violence, ni de désinvestissement affectif, elle a toujours été élevée au sein du foyer parental, jamais confiée à une institution ou à une famille d'accueil.

²⁴⁸ Le Nestour, 2010 ; Ibid.

Elle est un enfant timide, une adolescente inhibée, et a des difficultés dans la relation interpersonnelle, elle noue avec sa mère une relation de dépendance, a besoin de réassurance et de conseil de manière excessive par autrui. Elle a une perception assez négative d'elle-même, se décrit comme faible, incompétente, manquant d'énergie. Elle n'a pas d'insuffisance intellectuelle, elle a eu un parcours scolaire, socio-professionnel, affectif relativement stables. A l'âge de 18 ans elle rencontre son futur mari avec qui elle noue une relation de totale dépendance, a peur d'être abandonnée par ce dernier, et livrée à elle-même. Elle se retourne vers lui, pour toutes ses décisions au quotidien, se soumet d'une manière excessive à sa volonté, l'autorise et l'encourage à prendre toutes les décisions importantes de sa vie à sa place. Elle a une totale réticence à faire des demandes ou des requêtes, même justifiées, noue un sentiment de crainte envers ce dernier. Elle ne décrit pas de dysfonctionnement dans la vie intime du couple. De leur union sont nés trois enfants :

- Leur fille aînée est née quelques mois avant le début de leur vie commune. La découverte de sa première grossesse est fortuite, le premier enfant n'étant pas désiré par le couple. Mme O dit « *c'est arrivé plus vite qu'on voulait, j'ai toujours eu mes règles, je suis allée voir un médecin traitant pour une contraception et il a trouvé que j'étais enceinte de trois mois.* » Mme O évoque même la possibilité d'avorter avec son médecin traitant : « *j'étais choquée, j'ai demandé au docteur d'avorter mais c'était trop tard* ». Son mari finit par accepter cette grossesse. Il ne souhaite pas avoir d'autre enfant. Mme O prend alors une contraception orale.
- Leur premier garçon est né trois ans plus tard. La grossesse est constatée à quatre mois de gestation de façon fortuite lors d'une visite chez un médecin traitant. A nouveau, Mme O se trouve dans la difficulté d'annoncer cette deuxième grossesse à son conjoint, qui finit par l'accepter.
- Un an plus tard, elle émet l'hypothèse d'avoir mal observé son traitement contraceptif, et se rend compte tardivement d'une gestation lors de la perception des mouvements fœtaux. Elle n'informe aucune personne de son entourage, ni familial, ni professionnel. Elle tente à plusieurs reprises d'en parler avec son époux, mais sidérée par la peur, envahie d'idées de ruine (« *On n'y arrivera pas financièrement* »), elle rumine seule cette douleur, s'épuise psychologiquement, et présente un **virage dépressif de l'humeur avec idées et intentionnalités suicidaires**. La nuit des faits, peu de temps après avoir présenté des douleurs abdominales, elle se rend compte qu'il

s'agit de contractions utérines. Elle accouche seule sur le canapé du salon, dans le noir, sortant seule le bébé. Elle affirme ne pas avoir touché au cordon ombilical (à cause de la phobie du sang qu'elle présente), ne clampé pas le cordon, ne fait pas de nœud, et alors prise d'hémorragie gynécologique importante l'affaiblissant, elle est prise d'un malaise probablement hypotensif, lié à l'épuisement secondaire à l'effort d'expulsion mais aussi à l'hémorragie. Elle se réveille par les cris de son bébé, souhaite à plusieurs reprises que des membres de son entourage, son mari ou ses parents entendent des cris pour accourir à son secours. Elle se dirige alors vers son véhicule, tentant d'aller chercher les premiers soins pour son enfant à l'hôpital local et surtout du lait pour le nourrir. Elle se trouve alors dans une situation de stress extrême. Cet état de stress psychologique majeur est majoré par l'asthénie liée à l'accouchement et à l'hémorragie. Elle a alors un comportement désadapté, dépose son enfant dans la voiture et retourne, selon ses dires, pour s'habiller avant de l'amener à l'hôpital. Là, elle est victime d'un malaise, et son entourage la conduit à son médecin traitant, puis au Centre Hospitalier, où elle reçoit les premiers soins. Les praticiens qui l'accueillent constatent une anémie sévère. Elle nie sa grossesse, son accouchement, à l'interrogatoire du médecin traitant mais aussi des praticiens des urgences. Lors de la découverte du placenta par le gynécologue, elle revient sur ses dires, se trouvant dans un état extrême d'épuisement psychologique et physique, elle trace un scénario invraisemblable, évoque le dépôt du bébé à l'hôpital local, mais aussi explique le déni de son accouchement par le fait qu'il s'agit d'un enfant issu d'un viol imaginaire, mais revient rapidement sur ses dires. A aucun moment de l'entretien Mme O n'évoque de vellétés infanticides sur son bébé, bien au contraire, elle exprime le désir de l'avoir, de l'élever, elle nous dit « *Au moment de Noël, j'étais seule à le savoir, je pensais que Noël prochain, ils seront trois enfants, ça me faisait du bien, un enfant c'est la vie, c'est trop beau...* ». Elle est animée **d'un sentiment de honte mais surtout de culpabilité envahissante**, regrettant profondément et authentiquement le déroulement de sa grossesse dans ces conditions, exprimant une souffrance psychologique majeure liée aux faits qui lui sont reprochés ; à aucun moment elle n'a tenté de les minimiser. Malgré un traitement anti-dépresseur mis en place depuis son arrivée au centre pénitentiaire, elle présente une dépressivité de l'humeur mais sans velléité suicidaire. Elle réclame un soutien psychothérapeutique auquel elle paraît authentiquement adhérente.

Discussion : Après une probable phase initiale de déni de sa grossesse, Mme O découvre sa grossesse et se trouve dans une impossibilité d'annoncer sa grossesse, sans que l'on puisse parler déjà de dissimulation. Elle construit un imaginaire autour du bébé et se projette dans une vie de famille avec ce nouvel enfant. Ainsi, les processus psychiques de la grossesse sont en partie à l'œuvre. L'arrivée du bébé n'est pas anticipée, comme s'il y avait un déni de l'inéluctabilité de l'accouchement. Ce cas met en exergue l'énonciation de la grossesse à autrui comme étant une étape indispensable de la gestation psychique. Un blocage dans l'énonciation de la grossesse a entraîné chez cette femme un syndrome dépressif avec un comportement inadapté lors de l'accouchement avec mise en danger la vie de son bébé.

DEUXIEME PARTIE :

ETUDE RETROSPECTIVE
DESCRIPTIVE SUR 5 ANS
REALISEE AU CHU D'ANGERS A
PARTIR DE 75 DOSSIERS DE
DECOUVERTE TARDIVE DE
GROSSESSE

I- INTRODUCTION

L'objectif de cette étude est de décrire le profil médical, social et professionnel et les caractéristiques cliniques des patientes ayant présenté un déni de grossesse à la maternité du

CHU d'Angers dans un but de repérage afin d'améliorer la prise en charge des femmes ayant présenté un déni de grossesse.

II- METHODE

Cette étude est réalisée par un recueil rétrospectif de paramètres épidémiologiques et cliniques en recherchant les dossiers des femmes ayant présenté un déni de grossesse à la maternité d'Angers sur une période de 5 ans (du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2009).

Il n'existe pas dans la CIM-10 de code spécifique dédié aux dénis de grossesses. Ainsi, nous avons du chercher un code exploitable pour la recherche d'un maximum de cas.

Par définition une femme qui dénie sa grossesse n'a pas fait suivre sa grossesse au moins jusqu'à sa découverte, puisqu'elle n'en a pas conscience.

Ainsi nous nous sommes intéressés majoritairement aux dossiers codés dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies), **Z 35.3** correspondant à « *Surveillance d'une grossesse avec antécédent de soin prénatal insuffisant* ». En effet, ce code est utilisé à la première consultation pour laquelle une femme se présente sans avoir réalisé les examens habituels de suivi de grossesse. Ce code n'est pas réutilisé par la suite si la grossesse est bien suivie. Au moment de l'accouchement, les sages-femmes listent tous les codes notés depuis le début du suivi de la grossesse, puis ces codes sont intégrés aux statistiques. Donc ce code sera retrouvé au niveau des statistiques des femmes qui accouchent. **Trois cent quatre vingt neuf dossiers ont été ainsi répertoriés.**

Parmi ces dossiers, on retrouve des grossesses mal suivies car découvertes tardivement.

Cependant, d'autres raisons peuvent expliquer le manque de suivi :

- une dissimulation de grossesse
- un retard mental
- une précarité sociale (incluant les réfugiés politiques)
- des raisons culturelles

Nous avons considéré que le caractère tardif de **découverte** d'une grossesse était très probablement associé à un déni de grossesse.

D'autre part, nous avons recherché des cas parmi les dossiers (minoritaires en nombre) codés **Z 64.0** (codage utilisé depuis 2007) correspondant aux « *Difficultés liées à une grossesse non désirée* » en partant de l'hypothèse selon laquelle la découverte d'une grossesse déniée peut entraîner des difficultés à l'accepter. Parmi ces dossiers on trouve les IVG avec complications post-opératoires, **les demandes par la patiente d'interruption médicale de grossesse alors que le délai légal de l'IVG est dépassé**. Les **3 dossiers** retrouvés dans ce groupe n'ont pas été codés par le code précédent. Ceci met en valeur un biais de codage et montre qu'il est peut-être possible de trouver d'autres cas de découverte tardive de grossesse dans un autre sous groupe de femmes.

Au total, 392 dossiers ont été répertoriés, dans lesquels nous avons recherché un déni de grossesse.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

Le critère d'inclusion utilisé est la notification dans le dossier obstétrical (par la sage-femme ou le médecin), de la **découverte tardive de la grossesse**, même si les circonstances de la découverte ne sont pas mentionnées, ni la date exacte de celle-ci. La découverte de grossesse tardive « la plus précoce » notifiée par un soignant se situe entre 14 et 15 semaines d'aménorrhée (SA).

Il n'existe pas de date clairement définie à partir de laquelle la découverte de la grossesse est considérée comme tardive. Les définitions publiées parlent de déni lorsque la découverte de la grossesse a lieu au deuxième trimestre sans précision, les études publiées se fondent sur la 20^{ème} semaine, le 5^{ème} mois ou le troisième trimestre. De plus, après avoir rapidement questionné des soignants de la maternité (sage-femme, gynéco-obstétriciens) nous n'établissons pas de donnée homogène à ce sujet : les réponses varient entre 12 à 20 SA.

Nous incluons dans cette étude toutes les grossesses découvertes à partir de 15 SA. Le terme de 15 SA correspond strictement au début du deuxième trimestre, date à partir de

laquelle on peut parler de déni de grossesse d'après notre définition. Afin de mettre en parallèle nos résultats à certaines études déjà publiées, nous réaliserons des sous-groupes en fonction du moment de la découverte de leur grossesse (avant 20 SA, après 20 SA).

Par ailleurs, l'année de recrutement correspond à l'année de l'accouchement (par exemple : une femme ayant dénié sa grossesse et qui accouche en janvier 2009 est comptabilisée en 2009).

Lorsqu'une femme a présenté plusieurs grossesses de découverte tardive, elle n'est répertoriée qu'une seule fois, l'année du déni de grossesse le plus récent.

Dans un deuxième temps, nous avons comparés notre groupe de femmes à l'ensemble des femmes ayant accouché sur la même période. Nous avons réalisé 6 comparaisons selon la méthode des comparaisons multiples ou test de Fisher. Ainsi pour une comparaison de groupe au seuil $\alpha = 0,05$, le seuil sera ajusté à la valeur de $0,05/6$ (Technique d'ajustement de Bonferroni). Si l'un des tests est inférieur à $0,05/6$, les groupes sont différents. Par contre si le test est supérieur à $0,05/6$, le test montre qu'il n'y a pas de différence entre les groupes mais cela ne signifie pas qu'il n'y en a pas. Nous avons choisi de comparer les critères suivants : antécédent d'IVG, obésité, la proportion de césariennes, d'accouchements prématurés, de retard de croissance intra-utérin, d'abandon et nous avons analysé les résultats obtenus dans le groupe 2 aux données obtenues pour le total des femmes ayant accouché sur la même période que notre étude.

III- RESULTATS

III.1- Données générales

III.1.1- Fréquence du déni de grossesse

Au total 391 dossiers ont été étudiés. Soixante quinze dénis de grossesse ont été répertoriés (soit 19% de l'ensemble des dossiers) : 69 dénis partiels (22 cas entre 15 et 19 SA et 47 cas entre 20 et 38 SA) et 6 dénis totaux. Pour 20157 naissances comptabilisées sur la période étudiée, la fréquence du déni de grossesse s'élevait à **3.7 (+/- 0,84) pour 1000 naissances (3.4 / 1000 dénis partiels et 0.3 / 1000 dénis totaux)** sur la période étudiée.

Tableau I : Fréquence du déni partiel et du déni total en fonction de l'année

Année	Nombre de dénis partiels	Nombre de dénis totaux	Nombre de naissances	Fréquence du déni partiel	Fréquence du déni total
2009	19	2	3982	4,8/1000	0,5/1000
2008	19	1	4106	4,6/1000	0,2/1000
2007	11	0	4019	2,7/1000	0
2006	10	2	4081	2,4/1000	0,5/1000
2005	8	1	3969	2/1000	0,2/1000
TOTAL	69	6	20157	3,4/1000	0,3/1000

De 2005 à 2009, le nombre de dossiers inclus était globalement croissant. Le nombre de grossesses découvertes tardivement suivait la même progression. Le nombre moins important de dossiers répertoriés en 2007 peut s'expliquer par la modification du système informatique de la maternité, entraînant une sous-évaluation.

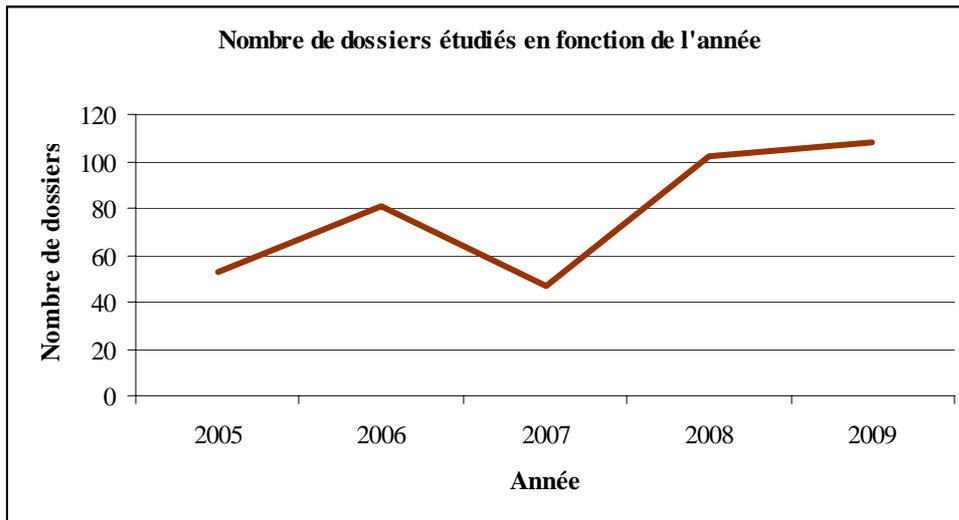


Figure 1 : Nombre de dossiers étudiés en fonction de l'année

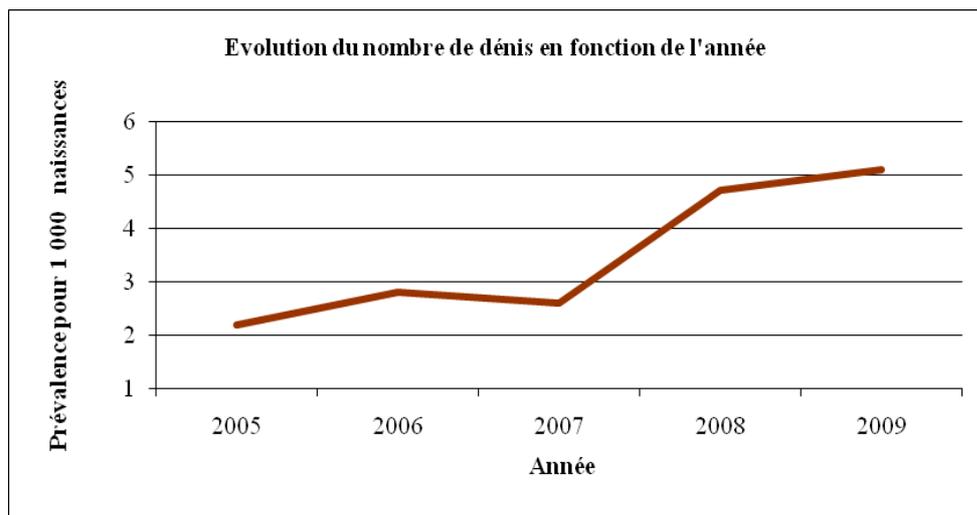


Figure 2 : Nombre de dénis de grossesse en fonction de l'année

III.1.2- Fréquence en fonction du moment de découverte de la grossesse

Entre 20 et 38 SA, la fréquence moyenne des dénis sur 5 ans était de **2,3 (+/- 0,63) pour 1000 naissances.**

Entre 15 et 19 SA, la fréquence était de **1,09 pour 1000 naissances.**

III.1.3- Nombre de dénis de grossesses en fonction du moment de la découverte de la grossesse

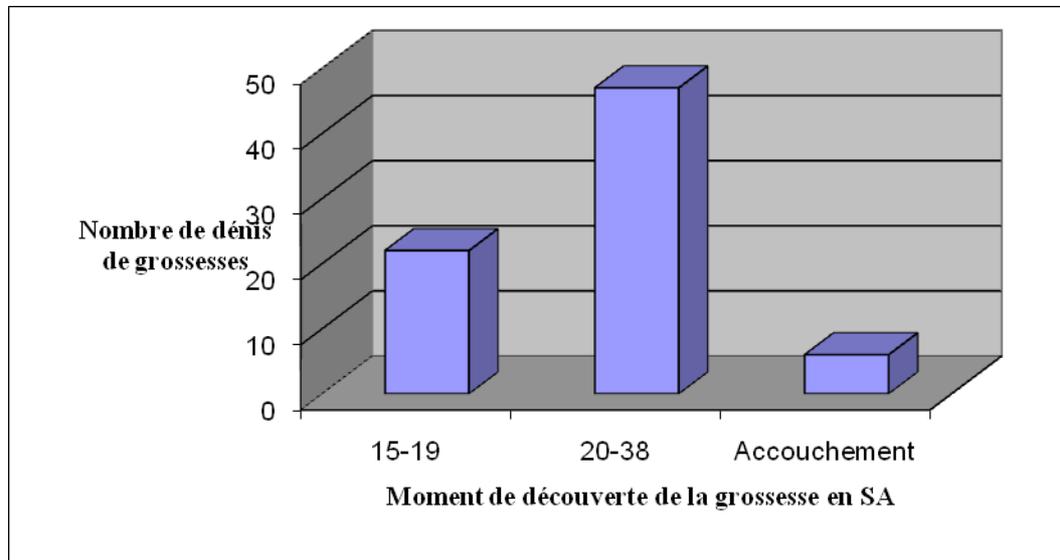


Figure 3 : Nombre de dénis de grossesse en fonction du moment de découverte de la grossesse

Vingt-deux grossesses ont été découvertes entre 15 et 19 semaines d'aménorrhée, soit 29% de l'ensemble des grossesses. La plupart des grossesses déniées ont été découvertes à partir de 20 semaines (53 cas soit 62%). Les dénis totaux représentaient 8% de l'ensemble des grossesses déniées (6 cas).

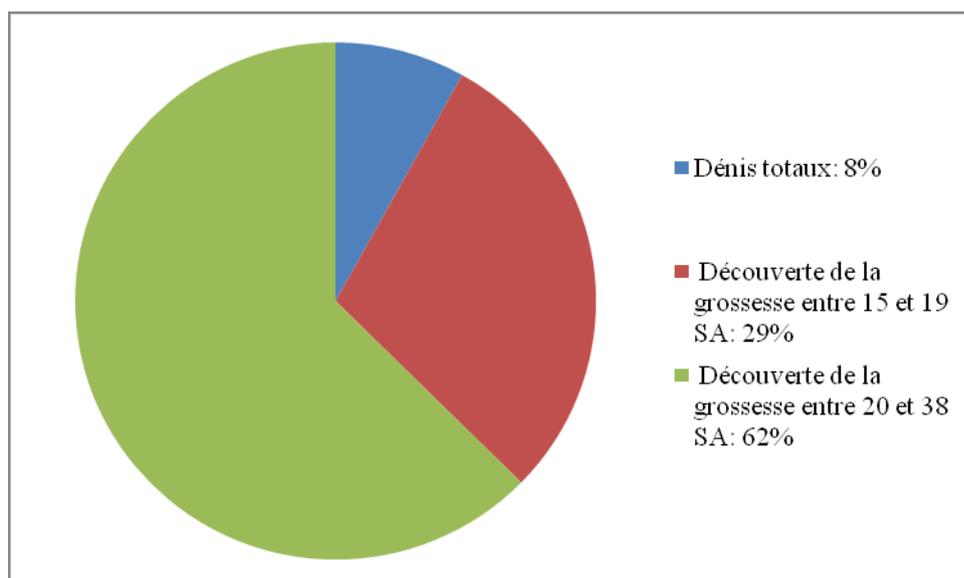


Figure 4 : Proportion de dénis partiels et totaux

Nous appellerons **groupe 1** le groupe des femmes ayant découvert leur grossesse avant 20 SA (22 femmes) et le **groupe 2** le groupe des femmes ayant découvert leur grossesse après 20 SA (53 femmes). Nous séparons nos résultats en deux groupes car les principales études prennent en compte les grossesses découvertes après 20 SA (cf annexe 2).

III.1.4- Nombres de bébés

Les 75 grossesses étudiées ont abouti à la conception de 76 fœtus. On a comptabilisé une grossesse gémellaire. Une seule des grossesses avait une issue inconnue (la patiente n'a pas poursuivi les soins à la maternité d'Angers). Quatre interruptions médicales de grossesse ont eu lieu. Deux bébés étaient mort-nés (mort fœtale in utero suspectée). Au total, **69 bébés étaient nés vivants. Parmi ces 69 bébés, 48 étaient issus d'une grossesse déniée découverte après 20 SA (groupe 2') et 21 étaient issus de grossesse déniée découverte entre 15 et 19 SA (groupe 1').**

III.2- Données relatives aux mères

III.2.1- Données socioprofessionnelles

Tableau II : Résultats concernant les données socio-professionnelles

	TOTAL (75)	GROUPE 1 (22)	GROUPE 2 (53)	Significativité <i>p</i>
Age moyen	26,9(et=7,56)	24,5(et=6,86)	26,4 (et=8,5)	NS*
Mineures	13%	14%	13%	NS
> 40 ans	4%	0	6%	NA**
Sans profession	47%	59%	42%	NS
Activité professionnelle	35%	23%	40%	NS
Etudiante	17%	18%	17%	NS
Sans partenaire stable	32%	37%	30%	NS
En couple stable/mariée	51%	41%	55%	NS
Vit chez ses parents	15%	18%	13%	NS
Précarité sociale	41%	50%	38%	NS
Violence passée/récente	12%	14%	13%	NS
Abus sexuel	7%	9%	7%	NS

*NS= Non significatif ; **NA = Non autorisé

L'âge des femmes incluses dans l'étude variait de **16 à 44 ans**. La moyenne d'âge était de 27 +/-7,6 ans.

Les « étudiantes » étaient scolarisées (collège, lycée) ou étudiant (CAP, BEP, faculté).

Les données concernant la profession et le diplôme en préparation n'étaient pas assez précises pour permettre de réaliser des sous-groupes.

L'item « Vit en couple stable » correspond aux femmes mariées ou vivant en concubinage. Lorsqu'une jeune fille vivait chez ses parents nous ne l'avons pas considérée en couple stable même si elle avait un compagnon.

On note une rupture sentimentale à l'annonce de la grossesse, deux ruptures sentimentales récentes, et une relation débutante dans deux cas. Une femme a son conjoint incarcéré.

La proportion de femmes en situation sociale précaire dépassait 40% selon les groupes.

Un climat de violence était noté dans **12% du total** des cas : violence passée ou récente, physique ou sexuelle.

Cinq femmes ont déclaré avoir un passé d'abus sexuels récents ou anciens, soit dans 7% des cas, 9% dans le groupe 1 (2 cas) et 7% dans le groupe 2 (3 cas).

- 3 femmes auraient été violées récemment ; l'une des grossesses serait issue de ce viol ; le bébé issu de cette grossesse a été confié à l'adoption.
- 2 femmes auraient subi des violences sexuelles dans l'enfance.

Une femme avait vécu un deuil récent (non précisé).

Une femme avait été adoptée. Une femme avait été placée en foyer à l'âge de 12 ans.

III.2.2- Antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau III : Résultats concernant les antécédents gynéco-obstétricaux

	TOTAL (75)	GROUPE 1 (22)	GROUPE 2 (53)	Significativité <i>p</i>
Suivi gynécologique	39%	40%	55%	NS*
Cycles irréguliers	36%	32%	38%	NS
Primigeste	32%	18%	38%	NS
Multipare	51%	54%	50%	NS
Antécédent de FCS	9%	14%	7%	NS
Antécédent d'IVG	24%	32%	23%	NS
Antécédent MFIU/IMG	4%	9%	2%	NS
Antécédent déni de G	9%	4%	11%	NA**

*NS= Non significatif ; **NA = Non autorisé

Nous avons considéré qu'une femme avait un suivi gynécologique régulier si la réalisation de son frottis cervico vaginal datait de moins de deux ans. Cette donnée avait été renseignée dans 88% des cas. **Une grande proportion de femmes de notre étude n'avait pas de suivi gynécologique régulier.**

D'une manière générale, un tiers des femmes avaient des cycles irréguliers.

La plupart des femmes avaient déjà été enceinte.

La moitié des femmes avait déjà eu au moins un enfant.

Le pourcentage d'antécédent d'IVG (de 1 à 3) s'élevait à **24% du total**, 32% dans le groupe 1, **23% dans le groupe 2.**

Le pourcentage d'antécédent de mort foetale in utero et d'interruption médicale de grossesse nous a paru intéressant à répertorier en raison du potentiel traumatisme associé à ces situations.

III.2.3- Antécédents de déni de grossesse

Sept femmes avaient déjà présenté un ou plusieurs dénis de grossesse repérés par le personnel sage-femme, soit **9% du total des femmes**. Une femme avait déjà fait 3 dénis partiels et 6 femmes avaient déjà fait un déni par le passé (dont un total). Ces femmes avaient de 23 à 37 ans. La femme ayant fait 3 dénis partiels était la plus âgée du groupe. On comptait un déni total chez deux femmes différentes précédant ou suivant un déni partiel. **Il était remarquable de retrouver 2 dénis totaux parmi les femmes ayant fait plusieurs dénis de grossesse.**

Les dénis de grossesses ne correspondaient pas forcément à des grossesses qui se suivent.

Pour 3 femmes, les deux grossesses déniées étaient rapprochées (dataient de moins d'un an).

Tableau IV : Femmes qui présentent une ou plusieurs récidives de dénis de grossesse

AGE et gestité-parité des femmes récidivant un déni de grossesse	ANTECEDENT DE DENI	DENI ACTUEL
27 (G2P1)	1 déni total	Déni partiel (24 SA)
37 (G6P4 ; 1 IVG)	3 dénis partiels (4 ^{ème} mois, 6 ^{ème} mois, 8 ^{ème} mois)	Déni partiel (8 ^{ème} mois)
25 (G2P1)	1 déni partiel (terme non renseigné)	Déni partiel (28 SA)
31 (G5P3 ; 1 FCS)	1 déni partiel (terme non renseigné)	Déni total
26 (G12P4 ; 7 FCS) ;	1 déni partiel (15 SA)	Déni partiel (15 SA)
24 (G2P1)	1 déni partiel (6 ^{ème} mois)	Déni partiel (6 ^{ème} mois)
23 (G3P2 ; 1 IVG)	1 déni partiel (6 ^{ème} mois)	Déni partiel (6 ^{ème} mois)

Nous avons établi un profil descriptif détaillé des femmes ayant présenté plusieurs dénis de grossesse en annexe 3.

III.2.4- Antécédents médicaux

Tableau V : Résultats concernant les antécédents médicaux

	TOTAL (75)	GROUPE 1 (22)	GROUPE 2 (53)	Significativité <i>p</i>
Obésité	12%	14%	11%	NS*
Maigreur	13%	10%	13%	NS
Consommation de tabac	53%	54%	58%	NS
Pathologie chronique	12%	6%	11%	NS
Antécédent psychiatrique	20%	14%	22%	NS

*NS= Non significatif

III.2.4.1- Obésité- maigreur

La plupart des femmes de l'étude n'étaient pas obèses. Cependant, la proportion de femmes obèses ou maigres paraît élevée.

Treize pour cent du total des cas présentaient un indice de masse corporelle compris entre 15 et 18.

III.2.4.2- Consommation de tabac

Le pourcentage de fumeuses était de 53% du total, 54% dans le groupe 1, 58% dans le groupe 2. Ce résultat ne précisait pas l'évolution du comportement tabagique de la femme enceinte à

la découverte de la grossesse. Cette proportion semble élevée. En effet, selon l'Observatoire Régional de la Santé²⁴⁹ 20% des femmes enceintes déclarent fumer régulièrement ou occasionnellement.

III.2.4.3- Maladie chronique

Les pathologies retrouvées pouvant perturber significativement le déroulement de la grossesse (à cause de leur traitement ou de leurs conséquences propres) lorsque celle-ci n'est pas signalée étaient :

- Un cas de sclérose en plaque évoluant depuis 20 ans
- Un cas de myasthénie évoluant depuis 18 ans
- Un cas de maladie épileptique traitée par trileptal
- Un cas de maladie de Crohn traitée par imurel
- Un cas de syndrome de Wolf Parkinson White
- Un cas de cancer du sein
- Deux cas de paludisme
- Un cas de maladie de Willebrand
- Ces pathologies peuvent nécessiter des ajustements médicaux en cas de grossesse (changement de traitement ou arrêt à cause des risques de tératogénicité, surveillance échographique rapprochée, nécessité de planifier la grossesse).

On remarque 11 cas de femmes (dans 4 cas, la grossesse est découverte avant 20 SA, dans 7 cas elle est découverte après 20 SA, dont 2 dénis totaux) soit 14% du total (18% dans le groupe 1 et 13% dans le groupe 2) qui présentaient un asthme, traité ou non par ventoline.

²⁴⁹ Observatoire Régional de la Santé. Grossesse, Accouchement. La santé observée en Pays de Loire 2011.

III.2.5- Antécédents psychiatriques

Vingt pour cent des femmes (15 cas sur 75) ayant dénié leur grossesse avaient ou avaient eu des troubles psychiatriques :

- Consommations de substances avec addiction avérée : alcool, cocaïne, héroïne, cannabis :
 - o 2 femmes consommaient de l'alcool seul
 - o 3 femmes consommaient alcool et cannabis
 - o 1 femme consommait de l'héroïne en intra-veineux et de l'alcool
 - o 1 femme consommait de la cocaïne
- Troubles du comportement alimentaire (TCA) : anorexie dans 2 cas (dont un cas associé à une consommation d'alcool et un syndrome dépressif chronique), anorexie boulimie associée à une consommation de cocaïne chez un cas.
- Un épisode psychotique antérieur avec hospitalisation en hôpital psychiatrique.
- Un épisode antérieur de dépression traitée en ambulatoire.
- Un cas de trouble de la personnalité (type mythomanie).
- Un cas présente un antécédent de tentative de suicide sans autre précision.
- Un cas de trouble de la personnalité émotionnellement labile avec multiples antécédents d'hospitalisations en psychiatrie (dont une sous contrainte) pour tentatives de suicide avec comorbidités addictives.
- Deux femmes avaient un suivi psychologique (dont un dans le cadre d'une agression sexuelle récente).

Si l'on ne considère que les grossesses découvertes à partir de 20 SA, 12 cas sur 53 présentaient des antécédents psychiatriques, soit **23% des cas** :

- Consommation avérée de substances, 27% des cas : une femme consommait de l'alcool seul, deux femmes alcool et cannabis, une femme de l'héroïne intra-veineuse associée à de l'alcool.
- Troubles du comportement alimentaire, 8% des cas : Une femme présentait un antécédent d'anorexie mentale d'évolution favorable (sans autre comorbidité précisée).
- Un épisode psychotique antérieur avec hospitalisation en hôpital psychiatrique (8%).

- Un épisode antérieur de dépression traitée en ambulatoire (8%).
- Deux cas de trouble de la personnalité (émotionnellement labile et mythomanie) (17%).
- Trois cas avaient un antécédent de suivi psychologique dans un contexte non précisé (25%).

III.3- Données relatives à la grossesse

Tableau VI : Résultats concernant la grossesse

	TOTAL (75)	GROUPE 1 (22)	GROUPE 2 (53)	Significativité <i>p</i>
Contraception	39%	50%	34%	NS*
Saignements	20%	9%	24%	NS
MAP	6%	0%	9%	NS
Hospit pendant grossesse	24%	18%	24%	NS
Accouchement				
Voie basse	77%	75%	77%	NS
Instrumentation	15%	13%	15%	NS
Césarienne	25%	25%	22%	NS
Présence père du bébé	50%	50%	50%	NS

*NS= Non significatif

III.3.1- Circonstances de découverte de la grossesse

Dans la majorité des cas, les circonstances de découverte de la grossesse n'étaient pas renseignées.

Lorsque celles-ci étaient précisées, la grossesse a été suspectée puis **découverte par un tiers dans 60% des cas** ; il s'agissait d'un tiers médical dans 93% des cas (13 cas) et d'un tiers

familial dans 7% des cas (1 cas). Dans 40% des cas la grossesse a été découverte par la patiente elle-même.

Les circonstances de découvertes fortuites de la grossesse par un tiers médical se répartissaient comme suit :

- 6 grossesses ont été découvertes à l'occasion d'une visite chez le médecin traitant (28 SA, 24 SA, 32 SA, déni total, 28 SA, 37 SA)
- 1 grossesse a été découverte lors d'une consultation aux urgences générales pour douleurs abdominales (déni total),
- 1 grossesse a été découverte par le SAMU appelé au domicile qui suspectait un prolapsus vaginal (il s'agissait de la tête fœtale) (déni total),
- 2 grossesses ont été découvertes lors d'une consultation gynécologique : une pour aménorrhée (26 SA), une à l'occasion de la réalisation d'un frottis cervico-vaginal (21 SA),
- 3 grossesses ont été découvertes à l'occasion d'examens paracliniques divers :
 - IRM de contrôle de sclérose en plaques (26 SA)
 - bilan radiographique d'un choc septique sur pneumopathie (19 SA)
 - écho-doppler des vaisseaux des membres inférieurs (bilan de varice) (28 SA)

Le seul tiers familial à l'origine de la découverte de la grossesse était la mère de la femme enceinte, qui avait remarqué une prise de poids visible chez sa fille de 19 ans (26 SA).

La grossesse gémellaire a été découverte à 23 SA. Les circonstances de découverte de cette grossesse n'étaient pas indiquées.

III.3.2- Demande d'interruption de grossesse et procédure d'adoption

Après la découverte de leur grossesse, 16 femmes soit **23% des cas de dénis partiels (6 avant 20 SA et 10 après 20 SA) ont fait la demande d'une interruption volontaire de grossesse (IVG)** (soit en allant au centre d'IVG, soit en faisant leur demande à la maternité). Le délai légal d'IVG étant toujours dépassé, la possibilité d'un accouchement sous X leur était proposée. Parmi elles, 3 ont entamé les démarches en vue de l'adoption de leur enfant : deux

d'entre elles se sont rétractées et ont finalement décidé de garder leur bébé (la troisième a subi une interruption médicale de grossesse à cause d'un syndrome malformatif détecté chez le fœtus). Treize femmes n'ont pas entamé ces démarches. Une femme s'est rendue à l'étranger pour une IMG. Les douze autres femmes ont gardé leur bébé (une grossesse s'est soldée par une IMG pour syndrome polymalformatif d'origine génétique).

Nous avons répertorié au centre d'IVG, 3 femmes qui ont demandé une IVG hors du délai légal appartenant à notre étude et qui n'ont pas précisé leur passage au centre d'IVG à leur arrivée à la maternité. Ces trois femmes ont gardé leur enfant. Ainsi, 19 femmes au total ont demandé une IVG à la découverte de leur grossesse, et 16 ont effectivement gardé leur bébé (2 IMG pour syndrome polymalformatif et une IMG volontaire à l'étranger). Une seule femme a décidé d'interrompre sa grossesse. **Au total, 84% des femmes ayant souhaité au départ une IVG ou accoucher sous X, ont gardé leur bébé.** Parmi elles, 10 ont été accompagnées par le père de l'enfant à la maternité, 3 ont été accompagnées par leur famille, et 3 sont seules.

Six femmes ont bénéficié d'un entretien psychiatrique ou psychologique.

III.3.3- Grossesses rapprochées

Dans 9 cas, la grossesse déniée était rapprochée par rapport à la précédente grossesse (elle datait de moins d'un an) : 1 cas appartenait au groupe 1 et 7 cas appartenaient au groupe 2.

III.3.4- Existence d'un désir de grossesse

Dans plus de la moitié des cas, le désir ou l'absence de désir de grossesse n'était pas indiqué.

Cependant, le caractère non désiré de la grossesse était noté dans environ 40% des cas. Il était étonnant de constater qu'un **désir de grossesse a été repéré dans 4% des cas** (3 femmes appartenant au groupe 2).

Parmi elles, une femme était mariée, multipare, avec 3 antécédents de déni partiels ; elle et son conjoint avaient un désir de grossesse depuis 2 ans (elle ne prenait pas de contraception). Ses cycles étaient irréguliers et elle présentait des saignements irréguliers jusqu'à la découverte de sa grossesse. Elle a découvert sa grossesse au cours du troisième trimestre.

Une autre femme de 38 ans, mariée, nullipare, désirait un enfant depuis 5 ans. Elle était suivie et prise en charge pour une stérilité primaire. Elle était en aménorrhée depuis 3 ans. Elle présentait une obésité. Elle a découvert sa grossesse vers 37 semaines d'aménorrhée.

Le dernier cas concernait une jeune femme de 20 ans, nullipare, en couple, ayant dénié sa grossesse de façon fluctuante jusqu'à 26 semaines d'aménorrhée, qui a exprimé un désir de grossesse mais non urgent. Elle utilisait d'ailleurs une contraception (locale). Son désir de grossesse n'était pas aussi clairement exprimé que pour les deux précédentes femmes.

Ainsi, il est possible de dénier une grossesse même si elle est attendue.

III.3.5- Contraception ou infertilité préexistante à la découverte de la grossesse

Parmi les 75 grossesses déniées, 22 ont débutées sous contraceptif oral, 7 sous contraceptif local, une femme était atteinte de stérilité expliquée par un syndrome des ovaires polykystiques et une femme était atteinte d'infertilité primaire (d'étiologie non précisée) en cours de traitement hormonal.

III.3.6- Existence de saignements pendant la grossesse

Quinze femmes ont déclarées avoir eu des saignements durant leur grossesse, dont 13 appartenait au groupe 2. La régularité des saignements n'était pas précisée. Parmi elles, 7 avaient habituellement des cycles irréguliers, 4 avaient des cycles réguliers (pour 4 femmes cette donnée n'était pas renseignée). Parmi les 4 femmes ayant des cycles réguliers, 3 femmes étaient sous pilule contraceptive les mois précédant la découverte de la grossesse (expliquant

la régularité des cycles et la persistance des saignements pendant la grossesse par « privation ») ; une femme n'avait pas de contraception.

III.3.7- Régularité du suivi de la grossesse après sa découverte

Environ 30% des femmes n'avaient pas eu un suivi régulier de leur grossesse entre le moment de sa découverte et l'accouchement.

III.3.8- Prise en charge par l'UMPSP²⁵⁰ (Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité)

Douze dossiers de femmes de notre étude ont fait l'objet d'une discussion lors des réunions de l'UMPSP depuis sa création (juin 2007) : 4 en 2009, 5 en 2008 et 3 en 2007. Onze pourcent des femmes présentées en réunion UMPSP ont découvert tardivement leur grossesse.

Nous remarquons que le terme « déni de grossesse » est inscrit dans les comptes rendus de ces réunions.

Le motif de présentation de ces dossiers en réunion n'est pas directement lié au déni de grossesse mais soit à des problématiques qui en découlent, soit à une comorbidité psychiatrique ou sociale associée. Par exemple :

- Une patiente de 21 ans découvre sa grossesse à 31 SA. Elle est seule, son compagnon vient de la quitter Elle présente une épilepsie depuis l'enfance, traitée par oxcarbazépine depuis quelques années. Il est constaté à l'échographie un retard de croissance intra-utérin qui pourrait être expliqué par la prise d'oxcarbazépine. Un suivi médical rapproché est mis en place ainsi qu'une prise en charge psychologique et sociale.

²⁵⁰ Duverger Ph., Chocard AS., Malka J., Ninus A. Psychopathologie en service de pédiatrie. Pédo-psychiatrie de liaison. Collection les âges de la vie. Paris : Masson, 2011: 132-145.

- Une patiente atteinte par une sclérose en plaque invalidante découvre sa grossesse à 27 SA. Elle refuse cette grossesse et demande une interruption médicale de grossesse.
- Une patiente de 35 ans vient d'accoucher à 36 SA. Elle a découvert sa grossesse à 22 SA et ne l'a pas faite suivre au décours. Elle présente un antécédent d'hospitalisation en milieu psychiatrique et des symptômes psychiatriques actuels (bizarrerie du contact, thymie dépressive, méfiance).
- Une patiente découvre sa grossesse à 5 mois et demi. Elle vit dans des conditions sociales très précaires et consomme de l'héroïne en intraveineux.

III.3.9- Complications pendant le déroulement de la grossesse

Cinq femmes du groupe 2 ont présenté une menace d'accouchement prématuré nécessitant une hospitalisation, soit 6% du total des cas et 9% des cas appartenant au groupe 2.

Deux femmes ont présenté une pré-éclampsie, (soit 2.5% des cas), un cas appartenait au groupe 1 et l'autre cas appartient au groupe 2.

Trois femmes du groupe 2 (5,6%) ont été hospitalisées pour un diabète gestationnel mal équilibré.

Deux femmes (une de chaque groupe) ont été hospitalisées pour bilan de découverte échographique de retard de croissance intra-utérin. Une femme a présenté une séroconversion toxoplasmique à la découverte de sa grossesse (24 semaines). Deux femmes (une de chaque groupe) ont été hospitalisées pour pyélonéphrite. Trois femmes (une du groupe 1 et deux du groupe 2) ont été hospitalisées pour des traumatismes abdominaux : une chute, un accident de la voie publique, une agression physique.

On ne note pas de complication sur le plan psychiatrique.

Au total 18 femmes, soit **24% des femmes ont été hospitalisées après la découverte de leur grossesse : 24 % dans le groupe 2 et 18% dans le groupe 1.**

III.3.10- Données relatives à l'accouchement

Soixante neuf accouchements ont eu lieu au CHU d'Angers (nous enlevons les 4 interruptions médicales de grossesses, et les 2 accouchements qui se sont déroulés dans une autre maternité). Un accouchement a eu lieu à domicile en présence du SAMU, un autre a eu lieu aux urgences générales sans intervention de personnel médical.

L'accouchement a eu lieu par voie basse dans la plupart des cas.

Plus de la moitié des femmes (des groupes 1 et 2) ont bénéficié d'une analgésie péridurale lors de leur accouchement.

Deux femmes du groupe 2 ont présenté des complications après l'accouchement : une toxémie modérée et une hémorragie de la délivrance.

III.4- Données relatives au père du bébé au moment de l'accouchement et à l'entourage de la femme enceinte

Le père du bébé est présent dans 50% des cas, au moins au moment de l'accouchement. Nous avons supposé qu'il s'agissait aussi du conjoint de la parturiente.

Lorsqu'il était absent, la famille de la femme enceinte était présente dans 7 cas, soit dans 24% du total des cas.

Dans 78% des cas, la femme n'était pas seule.

Dans 12% des cas, cette donnée n'était pas renseignée.

III.5- Données relatives aux nouveau-nés

Tableau VII : Résultats concernant les nouveau-nés

	TOTAL (69)	GROUPE 1' (21)	GROUPE 2' (48)
Poids moyen (kg)	2,72(+/-0,55)	2,79(+/-0,54)	2,65 (+/-0,55)
Poids < 2,5kg	13%	19%	10%
Prématurité < 37SA	9%	9%	10%
RCIU	6%	5%	6%
Transfert néonatalogie	9%	9%	8%
Devenir immédiat			
Elevé par			
mère/parents	92%	100%	91%
Adoption	4%	0%	6%
AEMO	1%	1%	0%
Décès	3%	0%	4%

III.5.1- Morbidité néonatale

Quatre fœtus ont présenté un retard de croissance intra-utérin, soit dans 6% du total des cas. Une femme a découvert sa grossesse à 31 SA et était traitée par oxcarbazepine (trileptal) pour une épilepsie. Une femme a découvert sa grossesse à 18 SA et présentait une addiction à la cocaïne. Ces deux bébés sont nés hypotrophes à terme. Une femme a découvert sa grossesse gémellaire à 23 SA, les bébés sont nés prématurés et hypotrophes.

La majorité des bébés avaient un Score d'Apgar (cœur, respiration, tonus, réflexe, couleur) à 10, 5 minutes après la naissance.

Les motifs de transfert en néonatalogie étaient les suivants : syndrome de sevrage, prématurité, méningoencéphalocèle, surveillance post détresse respiratoire, bilan et réduction d'une tachycardie supraventriculaire découverte en anténatal.

III.5.2- Taux de mortalité

Six décès sont survenus parmi les 75 fœtus, soit un taux de mortalité totale de 8% : ces six décès sont tous survenus parmi les 53 grossesses découvertes après 20 SA (groupe 2).

- 1 IMG réalisée à l'étranger motivée par le refus de la grossesse de la part du couple,
- 2 IMG motivées par des anomalies fœtales d'origine chromosomique dans deux cas,
- 1 IMG suite à la découverte échographique de multiples kystes cérébraux, chez une femme atteinte de sclérose en plaque traitée par immunosuppresseur (natalizumab).
- 2 bébés sont mort-nés aux urgences chirurgicales (mort fœtale in utero suspectée). Un déni était partiel et l'autre total. L'autopsie a été refusée dans les 2 cas.

III.5.3- Devenir immédiat des nouveau-nés

Dans 92% des cas (64 bébés sur 69 cas), l'enfant restait avec sa mère.

Deux bébés sont **décédés** dans les heures qui ont suivi leur naissance :

- Un bébé est décédé suite à un méningoencéphalocèle des suites possibles d'un diabète gestationnel après un déni total de grossesse.
- Un bébé est décédé d'une chorioamniotite, également suite à un déni total de grossesse. Les signes d'infection révélés par l'examen anatomopathologique pouvaient être en rapport avec une béance du col utérin, particularité anatomique qui nécessitait une surveillance échographique rapprochée.

Pour un bébé une **aide éducative en milieu ouvert** a été demandée (**1%**). Ce bébé est issu d'une grossesse découverte avant 20 SA. Sa mère présentait un antécédent de dépression avec consommation chronique d'alcool.

Nous avons établi un profil descriptif détaillé pour trois sous-groupe de femmes et décrit le devenir de leur nouveau-né, en annexe 3 :

- *pour les femmes ayant présenté un déni total de grossesse,*

- pour les femmes ayant présenté une récurrence de déni de grossesse,
- et pour les femmes ayant confié leur enfant à l'adoption.

III.6- Consultations psychologiques ou psychiatriques

Un quart des femmes a bénéficié d'un entretien psychiatrique ou psychologique. Un tiers ont été vu par un psychologue et deux autres tiers par un psychiatre (interne de psychiatrie ou pédopsychiatre). La répartition des demandes de consultations par les soignants de la maternité suivait une progression croissante en fonction des années.

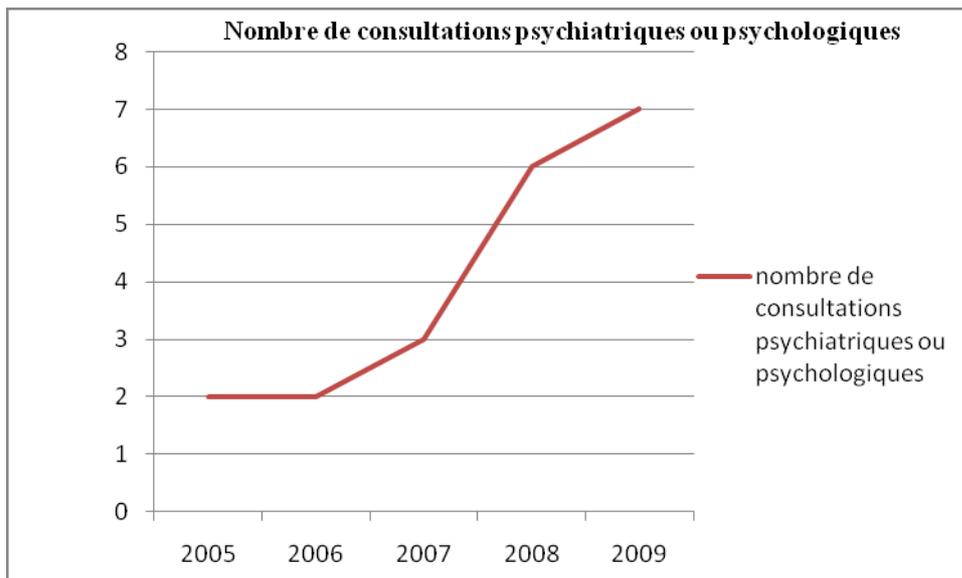


Figure 5 : Evolution du nombre de consultations psychiatriques ou psychologiques des femmes présentant un déni de grossesse en fonction des années

Les éléments cliniques pertinents recueillis dans les consultations ont été insérés dans la première partie de ce travail de thèse.

III.7- Comparaison à la population des femmes ayant accouchées

Les résultats montraient qu'il existe, dans le groupe des dénis de grossesse (groupe 2) significativement :

- **plus d'antécédents d'IVG,**
- **plus de césariennes,**
- **plus d'abandon, que dans la population générale des femmes ayant accouchées sur la même période que l'étude.**

Les tests n'ont pas mis en évidence de différences significative concernant les autres critères (obésité, prématurité, retard de croissance intra-utérin) : cela ne signifie pas qu'il n'y en a pas.

IV- DISCUSSION

IV.1- Préambule

Une étude rétrospective sur deux années (2005-2006) avait été réalisée par une étudiante sage-femme à la maternité d'Angers²⁵¹ afin de souligner l'importance du phénomène de déni de grossesse et d'en préciser les caractéristiques médico-sociales. L'auteur s'était intéressé à la date de déclaration de la grossesse ainsi qu'à une notion de grossesse méconnue par la patiente parmi les dossiers médicaux cotés sous la dénomination de « grossesses mal suivies, mal déclarées », afin de répertorier les cas de dénis de grossesse. Nous pensons que la date de déclaration de grossesse est un critère très aléatoire qui ne permet pas de cerner avec précision le maximum de cas de façon rétrospective. En effet, la date de déclaration de grossesse n'est pas toujours indiquée. Lorsqu'elle est indiquée et à une date tardive, cela ne permet pas toujours de conclure à une découverte tardive de grossesse. De plus, le paiement des

²⁵¹ Fronteau V. Le déni de grossesse: étude clinique, psychopathologie, conséquences, prise en charge et prévention. Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme, Angers, 2008.

allocations familiales n'est plus directement assujéti aux déclarations de grossesse. La date de 15 semaines et 7 jours n'est plus respectée car le terme légal n'est plus sanctionnable financièrement²⁵².

Ainsi, nous pensons que le critère « découverte tardive de grossesse » identifie les cas avec plus de précision, en dépit des différents biais exposés ci-après.

Citons Bonnet²⁵³ « *Le moment capital pour organiser le premier contact est la demande de consultation pour IVG qui est dans la plupart des cas hors du cadre de la loi. **La découverte tardive d'une grossesse est donc l'un des signes essentiels du déni de grossesse. Il est indispensable de poser ce diagnostic afin de prévoir les conditions de l'accouchement pour protéger l'avenir de l'enfant*** ».

Une étude rétrospective qualitative réalisée en 2008²⁵⁴ dans le cadre d'une thèse de médecine au CHU de Bordeaux a recensé les cas de dénis de grossesse grâce à un système de cotation propre (différent de la CIM-10) à la maternité. Ce système de sous-cotation interne n'existe pas au CHU d'Angers. Il serait intéressant de savoir si cette donnée est répertoriée dans d'autres centres français (et de quelle manière) en dépit de son absence dans la classification internationale des maladies.

IV.2- Biais de l'étude

Les difficultés de repérage rencontrées tiennent au caractère rétrospectif de l'étude.

Le recueil des données dépend de la subjectivité et de la disponibilité du soignant et de ce que la patiente souhaite déclarer au moment de l'entretien.

En effet, lorsqu'une grossesse n'a pas été suivie, l'urgence pour la sage-femme est de programmer le bilan sanguin et échographique de surveillance. La recherche des raisons pour

²⁵² Rozan MA. L'obstétricien et le déni de grossesse. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009: p44.

²⁵³ Bonnet C, 1996 ; Ibid.

²⁵⁴ Meneghin L. Déni de grossesse : essai de compréhension et perspectives de prise en charge. Etude de cas à la maternité du CHU de Bordeaux. Thèse Bordeaux II, 2008.

lesquelles la grossesse est mal suivie est secondaire. La réalisation de consultations par différents soignants trouve ici tout son intérêt.

Il peut aussi y avoir un amalgame entre « grossesse déclarée tardivement » et « grossesse découverte tardivement ». Une grossesse suivie tardivement ne signe pas sa découverte tardive.

Il peut y avoir ainsi un risque de surévaluation des résultats.

Il y a certainement moins de doute sur un déni de grossesse lorsque la patiente est rencontrée au moment de la découverte de sa grossesse, dans un état de sidération ; ou bien lorsque celle-ci décrit les circonstances de découverte de sa grossesse (donnée très rarement indiquée).

Le terme de découverte de la grossesse est toujours calculé approximativement.

La méthodologie utilisée ne permet pas de rendre compte des cas où le déni de grossesse est fluctuant. On peut supposer que les exemples de dossiers où l'existence d'un déni est discutable témoignent de l'absence de certitude de la femme enceinte elle-même sur son état de grossesse. On pourrait alors se poser la question d'un déni fluctuant.

IV.3- Mise en parallèle des résultats aux données de la littérature

Nous avons comparé nos résultats d'une part aux résultats issus d'une étude descriptive rétrospective réalisée à Toulouse en 2009 (sur 2 ans et demi) dans le cadre d'un travail de thèse et d'autre part avec les données retrouvées dans la littérature en particulier les résultats publiés dans l'étude de Wessel. Nous avons également utilisé les données recueillies à la maternité d'Angers concernant la totalité des femmes ayant accouché sur la période de notre étude. Lorsque certaines données n'ont pas pu être renseignées, nous avons pris en compte des données de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire.

Tableau VIII : Mise en parallèle des fréquences de déni de grossesse

	Etude Angers		Etude Toulouse ²⁵⁵	Etude Wessel ²⁵⁶	Etude Pierronne ²⁵⁷
	TOTAL	GROUPE 2			
Nombre total de cas	75	53	41	62	56
Nombre de naissances	20157		8421	29462	28066
Fréquence totale	3,7/ 1000	2,6/ 1000	4,8/ 1000	2,1/ 1000	1,9/ 1000

La prévalence du déni de grossesse de la population étudiée est estimée à **3,7 pour 1000** naissances. Ce taux est supérieur aux taux de prévalence publiés dans la littérature (tableau VIII). Si nous recalculons la prévalence en retirant toutes les grossesses découvertes entre 15 et 19 semaines, nous obtenons une prévalence globale (déni total et déni partiel) de **2,6 pour 1000 naissances** (2,3/1000 dénis partiels et 0,3/1000 dénis totaux), chiffre en accord avec les données épidémiologiques de la littérature (cf. également annexe 1). Cependant, les proportions de dénis partiels et totaux diffèrent : nous trouvons une fréquence de dénis partiels supérieure et une fréquence de dénis totaux inférieure aux chiffres publiés dans la littérature.

Il est étonnant de constater une fréquence de dénis de grossesse nettement supérieure dans l'étude réalisée à Toulouse. Cette différence s'explique probablement par une sélection des cas à partir des dossiers de patientes rencontrées par l'équipe de psychiatrie (et codé « déclaration tardive de grossesse ») et non à partir des dossiers obstétricaux.

Après 2007 le nombre de dénis de grossesse retrouvés a presque doublé. Nous proposons deux hypothèses explicatives à cette évolution :

²⁵⁵ Job N, 2009; Ibid.

²⁵⁶ Wessel J, 2002; Ibid.

²⁵⁷ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

- Sur le plan local : en Juin 2007 est créé l'Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité à la maternité du CHU d'Angers intégrée au sein de l'Unité « Grossesses Pathologiques ». Cette unité du Pole de gynécologie-obstétrique prend en charge les patientes enceintes les plus vulnérables : troubles psychiatriques, précarité sociale et risque de placement du bébé, demande d'IVG au-delà du délai légal, détresse sociale, précarité et pathologie maternelle ou pathologie fœtale. Ainsi, une attention plus particulière portée à ces grossesses pourrait expliquer le repérage d'un plus grand nombre de dénis de grossesses.
- Sur le plan national, 2006 correspond au début de la médiatisation du « déni de grossesse » par le biais de l'affaire des bébés congelés (affaire Courjault).

Ainsi, nous supposons que le nombre total de dénis de grossesse a été globalement sous évalué d'une part à cause d'une méconnaissance de ce phénomène et d'autre part à cause de la méconnaissance de son lien avec une plus grande vulnérabilité.

Tableau IX : Mise en parallèle des données socio-professionnelles et médicales des femmes présentant un déni de grossesse

	Etude Angers	Etude Toulouse	Etude Wessel	Données Maternité Angers 2005-2009	ORS ²⁵⁸ (2011)
Nombre total d'accouchements				20157	45 205
Nombre de dénis	53	41	62		
Age moyen	26,4 ans	26,9 ans	26 ans	-	30 ans
Mineures	13%	-	6%	1,20%	2%(<20ans)
Age > 40 ans	6%	17% (> 35 ans)	12%	1,5% (> 41 ans)	4%
Stabilité conjugale	55%	83%	65%		
Activité professionnelle	40%	62%	-		
Etudiante	17%	25%	12%		
Précarité sociale	38%	-	28%		
Antécédent psychiatrique	23%	30%	20%		
Antécédent abus sexuel	7%	-	5%		
Primigestité	38%	37%	33%		
Multiparité	50%	50%	56%		
Obésité	11%	-	-	5%	
Antécédent de FCS/IVG	30%	35%	-	3%	
FCS	7%			2%	
IVG	23%			1%	
Antécédent déni de grossesse	11%	20%	-	-	

²⁵⁸ Observatoire Régional de la Santé. Grossesse, Accouchement. La santé observée en Pays de Loire 2011.

Concernant le profil des femmes de l'étude, nous remarquons :

- Un âge moyen de 26 ans, qui concorde avec l'âge moyen des autres études, et inférieur à celui de l'âge moyen de l'ensemble des femmes ayant accouché donné par l'ORS. La proportion de femmes mineures et de femmes âgées de plus de 40 ans est importante et supérieure aux proportions de femmes ayant accouché à la maternité d'Angers et à la proportion donnée par l'ORS. Wessel a remarqué dans son étude des proportions de femmes significativement plus élevées aux âges extrêmes de la vie reproductive.
- La proportion de femmes ayant une situation conjugale stable est moins importante dans notre étude par rapport à la proportion retrouvée par Wessel. Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre proportion de femmes jeunes est plus importante que dans son étude. La proportion de femmes étudiantes et en situation de précarité sociale s'explique par le même fait.
- Le taux de femmes en situation de précarité sociale paraît très élevé.
- La proportion de femmes qui déclarent avoir subi des abus sexuels est comparable à celle retrouvée par Wessel.
- Les trois études s'accordent pour dire que la plupart des femmes ont déjà été enceintes, et la moitié a déjà des enfants.
- Concernant les antécédents psychiatriques, les proportions retrouvées sont équivalentes en fonction des études.
- Les entretiens psychologiques sont d'une manière générale rarement proposés dans le cas d'un déni de grossesse. Cependant il est intéressant de remarquer l'évolution croissante du nombre de ces entretiens depuis que les questions autour de la périnatalité sont abordées de manière pluridisciplinaire.

Tableau X : Mise en parallèle des données concernant l'accouchement et le devenir des nouveau-nés

	Etude Angers	Etude Toulouse	Etude Wessel	Données Maternité Angers 2005-2009	ORS ²⁵⁹ (2011)
Accouchement < 37 SA	10%	38%	16%	9% (<36 SA)	8%
Poids de naissance < 2,5kg	10%	15%	18%	-	7%
Césarienne/instrumentation	37%	23%	36%	19%	20% (que césar.)
RCIU	6%	-	27%	3,50%	
Transfert néonatalogie	8%	14%	29%	-	
Devenir immédiat					
Elevé par mère/parent	91%		77%		
Adoption	6%	13%	15%	0,07%	
Décès	4%		7%		

Notre étude montre des risques obstétricaux et néonataux augmentés concernant le taux de césariennes significativement plus important. Le taux de retard de croissance intra-utérin paraît également plus élevé.

²⁵⁹ Observatoire Régional de la Santé. Grossesse, Accouchement. La santé observée en Pays de Loire 2011.

IV.4- Particularités de l'étude

IV.4.1- Peut – on parler de déni de grossesse avant 20 SA ?

Cliniquement, il nous a paru intéressant de porter attention aux grossesses découvertes avant 20 SA.

Il n'existe pas de limite clairement établie à partir de laquelle une femme « est censée » s'apercevoir de sa grossesse. Nous avons mis la limite à 15 SA. Une grossesse découverte entre 15 et 20 semaines doit-elle être assimilée à un déni de grossesse ? La question reste ouverte à la discussion.

Globalement il n'existe pas de différences significatives concernant les résultats obtenus dans les groupes 1 et 2. On peut donc supposer que ces deux groupes sont comparables selon les critères retenus. On pourrait donc fixer un terme à 15 SA.

Le nombre de dénis de grossesse répertoriés dépend du terme à partir duquel on les comptabilise. Afin de pouvoir comparer les études, il faudrait définir une limite plus consensuelle à partir de laquelle la découverte de grossesse est considérée comme tardive et si elle rentre dans le cadre d'un déni de grossesse.

IV.4.2- La répétition du déni de grossesse

Cette donnée a été remarquée chez 11% des femmes du groupe 2, ce qui ne nous semble pas négligeable. Nous pouvons également supposer que cette donnée est sous-évaluée. Il est intéressant de remarquer le même terme de découverte tardive de la grossesse dans trois cas. Il en est de même pour Mme G, qui découvre ses deux grossesses déniées vers 34 SA.

La répétition du déni de grossesse n'est, à notre connaissance pas repérée dans la littérature. Cependant, l'étude²⁶⁰ (rétrospective descriptive recrutant 41 cas de femmes découvrant leur

²⁶⁰ Job N, 2009 ; Ibid.

grossesse après 20 SA) réalisée à Toulouse en 2009 a constaté une répétition de grossesses déniées dans 20% des cas.

Cette donnée est importante à connaître en termes de prise en charge : elle confirme la nécessité de suivre ces femmes au long cours. Un travail psychique autour de la maternalité et la parentalité semble indiqué. Le couple parental doit rapidement s'adapter à une nouvelle réalité. Un nouveau déni de grossesse ravive les souvenirs du premier qui souvent n'a pas été élaboré. Les sentiments de culpabilité peuvent alors être exacerbés.

S'enquérir du vécu de l'enfant issu d'un premier déni de grossesse nous semble également important : en effet le vécu de ses parents au moment de ce deuxième déni peut raviver la question de ses propres origines. Un accompagnement familial autour de ce questionnement nous paraît pertinent.

IV.4.3- Déni de grossesse et pathologie somatique

Nous avons remarqué une importante proportion (13%) de femmes (bien que non comparée à la population générale des femmes accouchées) présentant un asthme, traité ou non par ventoline. La prévalence d'asthmatique dans la population générale est estimée à 5%. Dans les Pays de la Loire cette prévalence est de 8%²⁶¹. La proportion dans notre échantillon est plus importante.

Cette donnée est intéressante car la composante psychique de l'asthme a été reconnue depuis longtemps par certains auteurs. Il constitue l'une des premières manifestations psychosomatiques de l'enfant. L'enfant asthmatique²⁶² est plutôt décrit comme sage, calme, plutôt dépendant, soumis à son entourage, facilement anxieux. Les relations avec la mère seraient spécifiques : celle-ci apparaît rejetante, froide, « hypernormale ». L'ambivalence des affects tant de la mère (rejet/culpabilité) que de l'enfant (soumission/indépendance) trouverait son issue dans la relation de soin établie autour des crises d'asthme. Sur le plan psychopathologique, il est décrit que l'enfant asthmatique pleure peu car la crise d'asthme aurait une fonction de communication au même titre que les pleurs habituels. L'asthme peut

²⁶¹ Observatoire Régional de la Santé. Les maladies de l'appareil respiratoire. Juin 2007.

²⁶² Marcelli D. Troubles psychosomatiques. Enfance et psychopathologie. Paris : Masson, 2006 : 412-414.

disparaître à la puberté ou perdurer à l'âge adulte. Alexander²⁶³ décrit un attachement excessif et non résolu à la mère comme étant le nœud du conflit : pour la jeune fille, l'acceptation des fonctions biologiques de la femme qui la sépare de la mère serait un facteur déclenchant.

Les autres pathologies somatiques repérées sont très hétérogènes. Pierronne dans son étude évoque la fonction adaptative du déni de grossesse dans un contexte de pathologie somatique grave, économisant à la femme, au couple, et à l'environnement médical un questionnement douloureux sur la poursuite de la grossesse. On peut penser que la blessure liée à la présence d'une pathologie somatique modifie profondément l'image du corps et du corps sexué altérant ainsi les capacités à reconnaître les signaux du corps en dehors de ceux de la maladie. La maladie peut aussi remettre en jeu les possibilités physiologiques de procréation et nécessiter certains aménagements médicaux, mais aussi les capacités (physique et affective) à assumer le rôle de mère, créant des contraintes psychiques supplémentaires à la réalisation d'une grossesse.

Le cas de déni de grossesse le plus étonnant reste celui où la pathologie somatique elle-même entraîne une infertilité (syndrome des ovaires polykystiques).

IV.4.4- Déni de grossesse et trouble du comportement alimentaire

Notre étude montre une importante proportion d'obèses et de femmes maigres. Seulement trois femmes du total de nos cas ont déclaré avoir ou avoir eu des troubles du comportement alimentaire. Brezinka²⁶⁴ a remarqué dans son étude une proportion importante de femmes présentant des troubles du comportement alimentaire dont la nature n'est pas précisée.

Les femmes anorexiques présentent selon Dayan²⁶⁵ « une dénégalion des impératifs corporels, voire de la réalité du corps propre, associé à un refus de son aspect sexué. Bruch parle de « trouble de concept du corps ». De plus les symptômes de début de grossesse (aménorrhée, nausées) peuvent être confondus avec des symptômes de leur maladie, entraînant une découverte tardive de leur grossesse.

²⁶³ Alexander F. La médecine psychosomatique. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2002.

²⁶⁴ Brezinka C, 1994 ; Ibid.

²⁶⁵ Dayan J, 1999; Ibid.

Le parallèle psychopathologique entre déni de grossesse et trouble du comportement alimentaire est possible et trouve écho dans une altération de l'image du corps.

IV.4.5- Déni de grossesse et toxicomanie

Les antécédents psychiatriques sont présents dans 20% des cas. Les troubles dominants sont les conduites addictives (alcool, cannabis, héroïne). Wessel trouve 20% de troubles psychiatriques avec une majorité d'addictions (non précisées). Nos résultats s'approcheraient des résultats de cette dernière étude.

Spielvogel²⁶⁶, souligne que le déni de la réalité extérieure est un mécanisme très souvent utilisé chez les consommateurs de drogues. Dans cette population, la grossesse est le plus souvent connue et dissimulée à l'entourage. La confrontation à une grossesse entraîne un conflit (je suis enceinte, je me drogue et je sais que c'est mauvais) et les femmes y répondent en tentant d'oublier le fait qu'elles sont enceintes. De plus, la suspicion de la grossesse pourrait entraîner une augmentation de la consommation de drogue afin d'atténuer la culpabilité, la dépression et l'auto-dépréciation.

La consommation de drogues est un critère d'exclusion de l'étude de Friedman²⁶⁷ sur les dénis de grossesse et grossesses cachées car pour elle la consommation de substances addictogènes justifie à elle seule l'absence de suivi de la grossesse et constitue un biais de sélection.

Pour Molénat²⁶⁸, chez les femmes toxicomanes, la découverte de la grossesse est classiquement tardive, pour Dayan le déni de grossesse est parfois signalé²⁶⁹.

Ces précisions retrouvées dans la littérature remettent en cause la réalité du déni de grossesse chez la femme toxicomane. Pour autant, il est admis de constater les relations particulières des toxicomanes avec leur corps en général : leurs fréquentes méconnaissances anatomiques et physiologiques relèveraient de la dénégation. Pour autant, la tendance à négliger les modifications corporelles induites par l'état de grossesse contrasterait avec l'investissement

²⁶⁶ Spielvogel S, 1995; Ibid.

²⁶⁷ Friedman SH, 2007; Ibid.

²⁶⁸ Molénat F. Grossesse et toxicomanie. Erès, 2000.

²⁶⁹ Dayan J, 2009; Ibid.

imaginaire de l'enfant. **Ainsi, le déni de grossesse pourrait revêtir un caractère particulier chez les femmes toxicomanes.**

IV.4.6- Déni de grossesse, IVG, abandon

La demande d'IVG à la découverte de la grossesse est classiquement retrouvée dans la littérature. Dans notre étude 23% des femmes ont demandé une IVG ; On peut penser que cette donnée est sous évaluée car pas toujours déclarée. Cette donnée révèle un refus, au moins transitoire mais catégorique de l'état de grossesse.

La plupart des patientes (84%) qui ont demandé une IVG à la découverte de leur grossesse ont fait le choix de garder leur bébé (n'ont pas entrepris de démarche pour avorter à l'étranger ni d'adoption), et l'ont effectivement gardé. Une seule femme a demandé une interruption de sa grossesse à l'étranger. Ce contraste témoignerait d'un réaménagement psychique adaptatif réalisé en urgence afin de rendre tolérable l'état de grossesse, première ébauche d'un investissement possible. Cette adaptation minimale est possible dans la plupart des cas. A ce moment là, un accompagnement thérapeutique prend tout son sens afin de repérer l'ambivalence de la femme enceinte et la façon dont elle l'élabore.

Certaines études se sont intéressées aux conséquences que pouvaient avoir le refus de l'IVG : Parmi 249 femmes interrogées après un refus d'avortement (Hook cité par Dagg) 27% déclarent s'être bien adaptées d'emblée à la grossesse et à l'enfant, 51% rapportent des troubles psychiques et une tension pénible pendant une durée considérable après la naissance qu'elles ont actuellement dépassé, et enfin 22% affirment souffrir encore de troubles mentaux et ne pas s'être adaptées. Selon Brockington²⁷⁰, une grossesse non désirée serait un facteur de risque de suicide. **Ainsi, les femmes qui ont dans un premier temps refusé leur grossesse restent des mères potentiellement vulnérables.** Concernant les conséquences pour l'enfant, une étude réalisée sur 35 ans (David, 1988 cité par Chamberlain²⁷¹) montre un nombre plus important de problèmes psychosociaux, de délinquance et de difficultés scolaires chez les

²⁷⁰ Brockington I, 1996 ; Ibid.

²⁷¹ Chamberlain D.B. La psychologie du fœtus. In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent tome III (Lebovici, Soule, Diatkine). Paris : PUF, 1985.

enfants mis au monde après un refus d'IVG. Avant la naissance, il est rapporté un taux de fausses-couches spontanées élevées après un refus d'IVG (Brockington²⁷²).

Nous avons retrouvé au centre d'IVG du CHU le nombre de patientes ayant demandé une IVG hors du délai légal sur la même période que celle de l'étude. Il est très surprenant de constater que sur les 69 patientes venues demander une IVG hors du délai autorisé par loi, 9 seulement sont retrouvées dans notre groupe de patientes (et se sont donc présentées à la maternité). Ainsi, on peut supposer que les 60 autres femmes n'ont soit pas été répertoriées dans notre étude mais se sont quand même présentées à la maternité d'Angers, soit ont poursuivi leur projet d'avortement à l'étranger. Une étude de 1977 sur le devenir des grossesses pour lesquelles un avortement avait été refusé (Hunton cité par Dagg²⁷³), montre que plus de 40% des femmes réalisent un avortement ailleurs.

Notre étude montre un taux d'abandons significativement plus important dans le groupe de femmes qui a dénié sa grossesse par rapport à l'ensemble des femmes ayant accouchées. Ce lien entre déni de grossesse et abandon a déjà été remarqué par certains auteurs²⁷⁴. Notre étude montre également une proportion significativement plus importante d'antécédents d'IVG chez les femmes ayant présenté un déni de grossesse. Ces données seraient possiblement en faveur d'une plus grande ambivalence par rapport à la maternité en général chez les femmes présentant un déni de grossesse, et soulignent l'importance de leur proposer une prise en charge.

²⁷² Brockington I, 1996 ; Ibid

²⁷³ Dagg P.K.B. The psychosocial sequelae of therapeutic abortion-denied and completed. *Am. J. Psychiatry* 1991 ; 48 : 5 : 578-585.

²⁷⁴ Bonnet C, 1996 ; Ibid.

V-CONCLUSION

Les difficultés que nous avons eues à repérer les femmes ayant présenté un déni de grossesse témoignent de la méconnaissance de ce phénomène et de la difficulté à le définir avec précision.

Concernant les données socioprofessionnelles et de fréquence, nos résultats concordent avec les résultats obtenus dans la littérature. La fréquence du déni de grossesse au CHU d'Angers se situe entre 2 et 3 pour 1000 naissances. La population des femmes est très hétérogène. Cependant, on remarque un nombre important de femmes se situant aux âges extrêmes de la vie reproductive, et en situation de précarité sociale. Les risques néonataux retrouvés en proportion élevée, une proportion non négligeable de répétition de déni de grossesse chez une même femme mettent en évidence la nécessité de prendre en charge les femmes qui présentent un déni de grossesse et leur bébé. Les antécédents psychiatriques sont retrouvés dans les mêmes proportions que dans les études publiées et sont très hétérogènes. Le recueil des antécédents psychiatriques est aléatoire dans le cadre de cette étude rétrospective dans la mesure où peu d'évaluation spécialisé ont été proposés. Des résultats plus précis pourraient être recueillis par le biais d'une étude prospective.

Dans cette étude, les entretiens psychiatriques ou psychologiques ont rarement pour seul motif le déni de grossesse mais une problématique qui lui est associée. L'évolution croissante des demandes de consultations de 2005 à 2009 est corrélée à l'augmentation des cas de dénits de grossesse repérés.

Nous pouvons supposer que les femmes présentant un déni de grossesse sont plus ambivalentes par rapport à cette nouvelle maternité. Une grossesse déniée est dans la plupart des cas non désirée et un nombre important de femmes demande une IVG. Accompagner cette ambivalence par le biais d'entretiens systématiques dès la découverte tardive d'une grossesse nous paraît être le point de départ d'une prise en charge.

Aussi la consultation psychologique ou psychiatrique aurait un but d'évaluation afin de repérer les femmes qui relèvent d'un soutien psychologique, et celles qui nécessitent une prise en charge psychiatrique plus étayée.

Cette étude a permis de dresser un « état des lieux » de la problématique du déni de grossesse au CHU d'Angers. Ce travail pourrait être le point de départ d'autres études afin de mieux connaître les caractéristiques psychopathologiques des femmes qui déniaient leur grossesse et le devenir de la relation mère-enfant.

TROISIEME PARTIE :

VERS UNE PRISE EN CHARGE DU
DENI DE GROSSESSE

Il n'existe pas de données consensuelles spécifiques de prise en charge des femmes déniaient leur grossesse. En gardant à l'esprit la singularité clinique de chaque cas de déni de grossesse, tentons de réfléchir aux modalités de prise en charge de ces femmes.

Nous l'avons vu, ces femmes sont rarement rencontrées en entretien, et lorsqu'elles le sont, la rencontre a rarement pour seul motif le déni de grossesse. Pourtant, notre état des lieux de la littérature et les cas rencontrés montrent que le déni de grossesse témoigne d'une réelle psychopathologie. Le déni de grossesse est plus fréquent qu'on ne le croit. La répétition du déni de grossesse chez une même femme existe et constitue un facteur de risque pour la mère et son bébé tant sur le plan psychique qu'obstétrical et néonatal. Ces éléments justifient que l'on se soucie de ces femmes, de leur bébé et de leur famille, même en l'absence de tout autre élément d'alerte habituellement repéré.

La prise en charge des femmes qui déniaient leur grossesse peut s'envisager en deux temps :

- Au moment de la découverte de la grossesse, que peut-on proposer à la femme enceinte, et de quelle manière ?
- Avant la découverte de la grossesse : est-il possible de repérer les grossesses déniées ?

Il est important de distinguer trois niveaux de prise en charge :

- En première ligne, la sage-femme ou le médecin somaticien qui soit découvrent la grossesse de la patiente avant elle et doit lui annoncer (médecin généraliste, urgentiste, radiologue, gynécologue-obstétricien, ou autre) ou accueillent une patiente qui vient de découvrir tardivement sa grossesse (médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, médecin du centre d'IVG).
- En deuxième ligne, interviennent le psychologue ou le psychiatre, soit en cours de grossesse dans le cas d'un déni partiel, soit après l'accouchement dans le cas d'un déni total. Une intervention de l'assistante sociale peut être utile à ce niveau.
- En troisième ligne, peuvent intervenir le médecin et la puéricultrice de PMI, le médecin généraliste, après la sortie de la maternité.

L'enjeu thérapeutique face à une femme qui a dénié sa grossesse est «d'aboutir à la reconnaissance d'une naissance tant de l'enfant que de la mère, naissance physique, mais aussi psychique pour l'un et l'autre.²⁷⁵ »

Une femme qui déni sa grossesse peut être prise en charge soit en cours de grossesse dans le cas d'un déni partiel, soit au moment de l'accouchement dans le cas d'un déni total. Le bébé est le plus souvent avec sa mère, mais il peut être confié à l'adoption, être en mauvaise santé ou décédé. Ces différents cas de figure nécessitent une adaptation et une articulation des différents intervenants du système de soin.

I- REPERAGE ET PRISE EN CHARGE DU DENI DE GROSSESSE : PENSER L'IMPENSABLE ?

Le dépistage d'un tel phénomène relève du défi. Cependant nous pouvons nous appuyer sur un fait observé : le nombre constaté de dénis de grossesse n'a jamais été aussi élevé depuis que l'on s'y intéresse. Ainsi, le fait d'en parler, de réaliser que « ça existe », permet de sortir du « déni du déni ». On peut penser que la réflexion actuelle en plein essor sur le sujet, amène à sensibiliser de plus en plus de médecins et de soignants à cette problématique et constitue à elle seule une forme de prévention.

II- COMMENT SUSCITER L'INTERET D'UN ENTRETIEN PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE ?

Une fois l'urgence de l'accouchement terminée (dans le cas d'un déni total) ou les bilans complémentaires effectués (dans le cas d'un déni partiel) en vue de la datation et du suivi de la grossesse, il serait utile de proposer systématiquement une évaluation psychologique.

Nous l'avons vu, une femme qui découvre sa grossesse après un déni est souvent dans une réticence au dialogue, et ce d'autant plus qu'elle n'a pas de ressources affectives.

²⁷⁵ Stern-Verrière E. Quelle prise en charge pour le déni de grossesse? Les dossiers de l'Obstétrique 2009 ; 381 : 50-53.

Dans ce contexte, les soignants sont souvent en difficulté pour « lui faire accepter » une rencontre avec un psychologue ou un psychiatre.

Certains auteurs proposent l'idée d'un « questionnement partagé » :

Stern-Verrière (psychiatre à Toulon) rappelle la solitude dans laquelle se trouve une femme qui dénie sa grossesse : une perte de relation avec elle-même de par la trahison de son corps, de par cette faille dans sa perception d'elle-même. Cette femme est seule face à elle-même et face à autrui, ses proches et sa famille qui bien souvent n'ont pas remarqué non plus son état gravide. Cette femme est plongée dans un « inconcevable » tout autant que nous : « *Elle ne s'est même pas rendue compte qu'elle était enceinte* » : constat effarant, nous laissant effaré et qui nous renvoie de façon incontournable à nos positionnements personnels, conscients et inconscients face à la maternité et au désir d'enfant. Le risque est de facilement glisser vers un discours accusateur (ou au moins suspicieux) potentiellement culpabilisant, renforçant même la solitude du déni. La solitude du déni s'applique aussi au soignant lui-même. Dans cet inconcevable reconnu et « partagé » vont pouvoir se tisser des liens thérapeutiques. L'interrogatoire médical habituel doit alors prendre l'allure d'un questionnement partagé. Cette attitude, qui peut être prise par tout soignant, doit offrir un espace à cette patiente pour exprimer son état psychique.

Panel (chef de service de gynécologie-obstétrique au centre hospitalier de Versailles) et Prigent (psychologue)²⁷⁶, pensent qu'un espace de parole après-coup ne s'institue encore que trop rarement car les femmes se sentent bien souvent jugées par les soignants eux-mêmes éberlués de cette aventure. Ils préconisent aux soignants d'introduire un entretien psychiatrique ou psychologique sur le mode du partage de leur émotion : « *Ecoutez, ça me dépasse aussi. Ici, nous nous occupons du corps mais nous sommes sensibles au fait que des événements somatiques comme la grossesse peuvent être compliqués par l'influence du psychisme, c'est pourquoi nous travaillons avec des psychologues.* » Dans le service, les femmes qui découvrent tardivement leur grossesse sont rencontrées par un psychologue de manière systématique.

Dire à la femme enceinte ou qui vient d'accoucher qu'elle a peut-être présenté un déni de grossesse est une façon de nommer ce qui lui est arrivé et peut avoir un effet

²⁷⁶ Panel P., Prigent G. Le déni de grossesse. Quand le corps porte une grossesse dont le psychisme ne reçoit aucune trace. Les dossiers de l'Obstétrique 2009 ; 381 : 29-33.

thérapeutique d'emblé. Ceci peut être le point de départ du questionnement partagé, et ainsi introduire l'entretien psychologique ou psychiatrique.

Dans le cas d'un déni partiel, une articulation des suivis obstétricaux et psychologiques ou psychiatriques parait intéressante pour favoriser un lien avec la patiente. On pourrait même imaginer dans certains cas de proposer une consultation conjointe somaticien/psychiatre-psychologue.

A ce premier niveau est aussi discutée la prise en charge de la femme lors de son accouchement. Le but est de permettre l'établissement, lorsque l'enfant survit, d'une relation mère-enfant la plus adéquate possible. Ceci sous-tend une évaluation des capacités de la maman à prendre en charge et accepter son enfant. Cela nécessite de repérer l'ambivalence de la maman et la façon dont elle l'aborde. **Simonnot²⁷⁷ propose la prise en charge de ces patientes dans des unités d'hospitalisation mère-enfant.**

Mme G a été prise en charge dans les suites de couche à l'Unité Kangourou de la maternité afin de surveiller l'état somatique de son bébé (exposé a des médicaments potentiellement tératogènes). Ce mode d'hospitalisation a aussi permis d'accompagner et soutenir les interactions mère-bébé.

Lors d'un déni total, aucun travail d'élaboration n'a été effectué en amont de l'accouchement. Nous pensons ainsi, qu'une hospitalisation prolongée en suite de couche ou dans une unité spécialisée mère-bébé (en fonction des disponibilités locales), devrait être systématiquement proposée à la mère et son bébé dans le cas d'un déni total de grossesse.

III- PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET/OU PSYCHIATRIQUE

Cette prise en charge a un double rôle : évaluatif et thérapeutique.

²⁷⁷ Simonnot A.L. Infanticide à l'adolescence et déni de grossesse. Perspectives Psy 2002 ; 41,3 : 195-199.

III.1- Un espace thérapeutique spécifique

Cet espace adapté serait selon Stern-Verrière, celui où il ne s'agit pas pour la femme « d'avouer » un déni de grossesse mais de se l'avouer à elle-même : « il est nécessaire de redonner à ces femmes l'accès à la possibilité d'utiliser les mots à leur propre usage, en dehors de mots attendus et d'un discours conventionnel ». Ainsi, elles pourront **se réapproprier leur déni de grossesse** pour pouvoir ensuite s'engager sereinement dans leur rôle de mère. Chaque thérapeute utilise ses propres outils et son expérience. Si la femme a l'impression que son interlocuteur peut comprendre sa situation ou ses actes (ces femmes ne sont pas, sauf exception, psychotiques), alors la situation devient accessible à la conscience et donc à la parole. Elles devront pouvoir verbaliser leur sentiment de culpabilité, en particulier s'il y a eu tentative, aboutie ou non de néonaticide.

L'auteur introduit le terme de « thérapie conscientielle » : il s'agit d'ouvrir un possible avènement à la conscience de l'image inconsciente du corps et de ses avatars.

III.2- Les premiers entretiens

Le premier entretien est délicat car il va déterminer la suite. Les femmes peuvent tester les réactions des professionnels : « De quel côté sont-ils ? »

Ecouter dans quelles circonstances le déni a pris fin autorise ces femmes à exprimer le choc de la découverte de cette grossesse inattendue. Le premier entretien, souvent entamé avec une indifférence apparente, suscite chez celui qui écoute un sentiment d'étrangeté²⁷⁸. Ce manque d'émotion n'est que l'expression du déni.

Dans ce contexte, nous préconisons une évaluation à la recherche de symptômes psychiatriques aigus et la recherche d'idées suicidaires. Cette évaluation déterminera la nécessité éventuelle d'une prise en charge psychiatrique plus étayée.

²⁷⁸ Bonnet C, 2002 ; Ibid.

Prendre contact (avec l'accord de la patiente) avec son médecin traitant peut s'avérer utile dans ce contexte, d'autant plus qu'il a pu « passer à côté » de la grossesse de sa patiente.

Bonnet préconise de « parler de la grossesse avant de parler de l'enfant » :

- Aider ces patientes à mettre des mots sur les émotions, les sentiments, les pensées qui ont accompagné l'effacement du déni, brise le silence qui est leur mode de communication habituel.
- Les déculpabiliser sur le fait qu'elles découvrent leur grossesse tardivement en leur expliquant qu'elles ne sont pas les seules à diminuer leur sentiment d'isolement.
- Nommer et expliquer ce symptôme, le déni, comme un mécanisme de défense que chaque personne peut utiliser à un moment de sa vie pour se protéger d'émotions, de sentiments, et de pensées complexes, leur ouvre l'accès vers un travail psychique. Leur parler de l'existence de l'association française pour la reconnaissance du déni de grossesse pourrait être intéressant.
- Parler de l'enfant lors du premier entretien est à éviter car les femmes ont parfois peur de se confronter aux émotions et aux sentiments qu'il suscite.

Selon Marinopoulos²⁷⁹, l'entretien doit prendre une allure d'étayage tout en acceptant de suivre la pensée de la patiente, sans la devancer. Le soignant doit suivre et solliciter les mécanismes de mise en image, de représentation et favoriser une pensée évolutive pour la femme.

Bonnet préconise ensuite de « **verbaliser les représentations des réactions de l'entourage** » des femmes : La peur des autres et plus particulièrement la crainte de leur entourage les préoccupent. Mettre des mots sur ces représentations les aide à confier les difficultés relationnelles au sein de leur famille. Parfois, elles ont été questionnées sur une grossesse sans y avoir répondu. Le plus souvent, les proches ont partagé ce déni en le renforçant.

Nous pensons également que la rencontre avec un tiers familial (conjoint, parents) est nécessaire. S'enquérir du vécu du déni de grossesse par la famille (soutien ? trahison ?

²⁷⁹Marinopoulos S. Le déni de grossesse. Bruxelles : Ministère de la communauté française, 2007.

rancune ?) et l'évaluation de la qualité des liens affectifs devraient être des étapes systématiques de la prise en charge de ces femmes.

Une articulation de la prise en charge avec l'assistante sociale est dans certains cas utiles : notamment lors des demandes de procédure d'adoption ou autres problèmes sociaux souvent présents chez ces patientes.

III.3- L'élaboration du déni de grossesse : jusqu'à quel point ?

L'expérience clinique de Bonnet l'amène à penser l'élaboration du déni de grossesse en deux temps :

- Dégager l'enfant des pulsions violentes lorsqu'elles sont présentes : écouter l'expression de ces pulsions hétéroagressives a un effet thérapeutique immédiat : les impulsions, le contenu violent, et les passages à l'acte diminuent. Elles éjectent leur colère, leur désarroi, leur culpabilité, leur honte. Parfois cette violence est si réprimée et culpabilisée qu'elles retournent la violence contre elles-mêmes.
- Comprendre le lien avec l'homme avec qui elles ont conçu l'enfant : certaines vivent avec lui et ne peuvent lui annoncer leur grossesse tant elles craignent ses réactions. Il est important de leur faire préciser s'il a ou non nié leur grossesse. Réaliser qu'il n'a pas remarqué les changements de leur corps peut être très douloureux. D'autres en revanche souhaitent annoncer leur grossesse mais ne savent pas trouver les mots. D'autres ont espacé le lien avec cet homme et ne l'on plus revu. Parfois la relation s'est arrêtée sans qu'il ait imaginé qu'elle soit enceinte. Lorsqu'après plusieurs entretiens elles refusent de nommer celui avec lequel elles ont conçu l'enfant, on peut suspecter que la conception soit survenue dans un contexte de violences.

La résurgence d'expériences traumatiques passées peut survenir lors de ces entretiens psychothérapeutiques.

Ces points sont des pistes de réflexions, mais précisons que les entretiens sont souvent difficiles mener en raison du discours souvent peu spontané des patientes, leur capacité limitée à élaborer leurs émotions au moment où on les voit.

III.4- Et après

Pour Bonnet²⁸⁰, « les femmes à risque » sont celles dont le déni de grossesse a perduré jusqu'à l'accouchement et n'ont pas pu bénéficier d'entretiens psychologiques, celles qui ont été forcées de garder le bébé par l'entourage, celles qui s'en sont séparé puis se sont rétractées, celles dont l'ambivalence envers l'enfant se maintient malgré notre écoute attentive. Pour l'auteur, **la poursuite du travail psychique est recommandée après la sortie de la maternité** : que ce soit pour élaborer un travail de deuil indispensable à celles qui se séparent de leur enfant ou que ce soit pour conforter la relation de celles qui ont décidé de le garder.

Selon Dayan²⁸¹, les mères doivent être suivies tant que subsistent des « ilots de dénégations » ou que les réactions au comportement du bébé semblent inappropriées.

Notre expérience clinique a montré que le suivi psychologique après la sortie de la maternité est rarement maintenu.

Mme G est revenue une seule fois en consultation avec son mari (sans son bébé) environ un mois après la naissance. La question du déni est réabordée avec difficulté. Le besoin d'en parler n'est plus présent.

L'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire prend ici tout son sens : l'articulation avec les PMI (Protection Maternelle Infantile) depuis la maternité permet d'instaurer différents niveaux d'intervention auprès de la patiente. Ainsi, elle peut s'appuyer sur plusieurs intervenants qui ont un regard différent sur sa situation. Les services de PMI interviennent également au domicile et peuvent accompagner le déroulement de la relation mère-bébé.

Melle I a été vu à la maternité par la pédopsychiatrie de liaison lors de ses deux accouchements à 1 an d'intervalle. Elle a découvert tardivement ses deux grossesses. Après sa sortie de la maternité lors de son premier accouchement, Melle I n'a pas donné suite aux entretiens proposés. Entre ses deux grossesses, elle a gardé un lien avec la PMI, ce qui nous a permis de travailler en partenariat lors de son deuxième accouchement.

Lorsque la mère est séparée de son bébé (décès, adoption), nous insistons sur la nécessité de lui proposer de la revoir après sa sortie, de lui proposer d'informer son médecin traitant.

²⁸⁰ Bonnet C, 2002 ; Ibid.

²⁸¹ Dayan J, 2009 ; Ibid.

IV- CONCLUSION

Ainsi, nous pensons qu'une évaluation psychologique systématique dès la découverte de la grossesse est nécessaire et constitue la première étape vers une prise en charge de la dimension psychique du déni de grossesse. Nous pouvons aussi supposer que la prise en charge psychologique d'un premier déni de grossesse diminue le risque de récurrence. Nous avons remarqué que la présence d'un tiers affectif concerné favorise en général l'adhésion aux entretiens. Les patientes affectivement isolées sont quant à elles plus fuyantes. Dans ce contexte, une articulation des prises en charges psychologique et obstétricale paraît pertinente avant et après l'accouchement.

La mise en lien des patientes et de leur bébé avec les services de PMI permet de garder un contact avec elles en restant dans une vigilance bienveillante.

Par ailleurs des réunions ou campagnes d'information pourraient s'organiser au niveau local afin d'informer un maximum de soignants susceptibles de rencontrer une femme ayant dénié sa grossesse. On pourrait même imaginer des réunions (de sage-femme, de gynécologue-obstétricien, de médecin généraliste) où chacun puisse évoquer son expérience de prise en charge de femme ayant dénié sa grossesse.

CONCLUSION

Les connaissances sur le déni de grossesse n'en sont qu'à leur début probablement en raison d'un « déni du déni » et du caractère incroyable auquel il renvoie dans l'inconscient collectif à propos de la maternité. Nous découvrons alors peu à peu que le déni de grossesse existe et qu'il passe la plupart du temps inaperçu.

Il n'existe pas aujourd'hui de définition consensuelle concernant le déni de grossesse. La nécessité de définir des critères d'inclusion précis pour notre étude rétrospective a permis une réflexion sur sa définition. Tous les professionnels de santé sont susceptibles de rencontrer une patiente qui a dénié sa grossesse. Afin d'améliorer sa prévention et sa prise en charge, le « déni de grossesse » nécessite en premier lieu sa connaissance, la compréhension de la pluralité des mécanismes psychiques auxquels il renvoie, la prise en compte de sa clinique et de ses conséquences.

Ainsi, une inclusion du déni de grossesse dans les classifications internationales des maladies serait intéressante afin de mieux appréhender cette entité encore mal connue.

Le déni de grossesse témoigne d'une vulnérabilité des mères concernant leur maternité à un moment donné de leur vie. Il n'existe pas de profil type de femme à risque de présenter un déni de grossesse. Une pluralité de facteurs inhérents à leur histoire de vie, leur rapport à leur corps, les circonstances actuelles de leur grossesse, leur fonctionnement psychique habituel entrent en jeu dans la survenue d'une grossesse déniée. Le déni de grossesse apparaît à la conjonction de plusieurs de ces facteurs. Ainsi, une femme qui dénie sa grossesse doit être abordée dans toute sa singularité.

Nous avons dégagé des caractéristiques psychopathologiques particulières chez les femmes présentant un déni de grossesse (la rationalisation, la contagion du déni, la sidération, la culpabilité, l'ambivalence, la période idyllique) qui apportent d'emblée des éléments de compréhension. La difficulté à verbaliser leurs émotions au moins au moment de la découverte de leur grossesse semble être un élément clinique fréquemment retrouvé.

Le déni de grossesse est une situation potentiellement à risques somatique et psychique pour la mère et son bébé. Les complications obstétricales et néonatales sont plus élevées et ajoutent

des facteurs de vulnérabilité pour la mise en place des interactions précoces. La répétition du déni de grossesse existe et n'est pas un phénomène rare dans notre étude.

L'ensemble de ces données justifient la prise en compte du déni de grossesse dans l'anamnèse obstétricale des patientes.

Nous proposons ainsi une évaluation psychologique ou psychiatrique systématique de toute femme au moment de la levée du déni de grossesse.

Une articulation en réseau avec les différents partenaires de soins paraît ensuite pertinente.

Nous avons peu de données concernant l'évolution à long terme de la relation mère-enfant. En effet, ces mères ne sont pas ou rarement dans une demande de soin psychologique ou psychiatrique. Des études plus poussées seraient à entreprendre afin de savoir s'il existe une psychopathologie particulière de la relation mère-enfant à long terme.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander F. La médecine psychosomatique. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2002.
- American Psychiatric Association. DSM IV –TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson, 2004.
- Ammaniti M. Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant. In *Psychiatrie de l'enfant* 1991 ; XXXIV : vol2 : 341-358.
- Babinski J. Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *Revue Neurologique* 1914 ; 12 : 845-846.
- Bardou H., Vacheron-Trystam M.N., Cheref S. Le déni en psychiatrie. *Annales Médico Psychologiques* 2006 ; 164 : 99-107.
- Bayle B. Comprendre la conception humaine. In *L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine*. Paris : Masson, 2003 : 107-109.
- Bayle B. Modifications psychiques durant la grossesse. *Cerveau et Psychologie* 2007;18 :22-7.
- Bayle B. Les négations de grossesse (dissimulation, dénégation, déni). In *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Toulouse : Erès, collection « La vie de l'enfant », 2005 : 167-204.
- Bayle B. Psychopathologie et conception humaine. In *A la poursuite de l'enfant parfait. L'avenir de la procréation humaine*. Paris : Robert Laffont, 2009 : 192-25.
- Bayle B. Mère infanticides : halte à la confusion. *Cerveau et Psychologie* 2010 ; 41 :16-17.
- Bécache A., Bécache S. Un déni de grossesse : aperçus psychodynamiques. *Lyon Médical* 1976 ; 235:1 :39-45.
- Beier KM., Reinhard W., Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 61:723-730.
- Bergeret J., Lustin JJ. Clinique et théorie de la clinique infantile. In *Psychologie pathologique, théorie et clinique*, 10^{ème} édition, Paris : Masson, 2008.
- Biagi-Chai F. En matière de crime qu'est ce qu'une biographie éclairée par le réel ? In *Colloque : Le crime et ses énigmes à la lumière de la psychanalyse*. Angers, 2010.
- Bibring GL., Thomas F., Dwyer M. Study of the psychological processes in pregnancy and of the mother –child relationship. *Psychoanal. Study. Child*.1961 ; 16 : 9-24.
- Bonnet C. Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé. *Perspectives Psy* 2002; 41:3:189-194.
- Bonnet C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse et Neglect* 1993 ; 17: 501-513.

Bonnet C. La grossesse vulnérabilise les femmes maltraitées. Ecole des Parents, 1997 ; 11 :57-62.

Bonnet C. Geste d'amour et accouchement sous X. Paris : Ed Odile Jacob, 1996.

Brazelton TB., Als H. Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson. In Psychiatrie de l'enfant 1981 ; XXIV : vol 2 : 397-418.

Brouardel P. Le mariage: nullité, divorce, grossesse, accouchement. Paris : Librairie J.B. Baillière et Fils, 1909.

Brezinka C., Huter O., Biebl W., Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. J.Psychosom. Obstet. Gynecol.1994 ; 15 : 1-8.

Brezinka C. A propos des données épidémiologiques. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 : p 15-23.

Brockington I. Motherhood and mental health. Oxford University Press,1996.

Brozovsky M., Falit H., Neonaticide clinical and psychodynamic considerations. J Am Acad Child Psychiatry 1971; 10: 673-683.

Brych CH. Denied pregnancies-An analysis of cases in the years 1990 and 1991. Med Diss, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland 1994.

Bydlowsky M. La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus. In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 1985 ;3 :1881-91.

Bydlowsky M. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris : PUF, 1997.

Bydlowski M. Spécificités humaines de l'engendrement. Les dossiers de l'obstétrique 2009, 381 : 8-13.

Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris : PUF, 1966.

Carlier L. La complexe émergence du déni de grossesse. Les dossiers de l'obstétrique 2009 ; 381 : 34-39.

Chabert D., Chauvin A. Devenir mère après avoir été abusée sexuellement dans l'enfance. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2005 ; 53 : 62-70.

Chamberlain D.B. La psychologie du fœtus. In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent tome III (Lebovici, Soule, Diatkine). Paris : PUF, 1985.

Chalet S., Juan-Chocard A.S., Buffet D., Descamps Ph., Duverger Ph. Le déni de grossesse : Mme G, un deuxième déni qui interroge. Congrès de L'Encéphale 2011 ; Paris, Communication affichée : PO-477.

Code pénal et nouveau Code Pénal. Paris: 1994:298.

Condom JT. The battered fetus syndrom. Preliminary data on the incidence of the urge to physically abuse the unborn child. *J Ment Dis* 1987; 76:12:722-725.

Condon J.T. Psychological disability in women who relinquish a baby for adoption. *Med J Australia* 1986; 144: 117-119.

Dagg P.K.B. The psychosocial sequelae of therapeutic abortion-denied and completed. *Am. J. Psychiatry.* 1991; 48: 5: 578-585.

Damasio A.R. *Spinoza avait raison.* Paris : Odile Jacob éd., 2003.

Danion-Grillat A., Sibertin-Blanc D., Moro MR., Zimmermann A. Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. CNUP. www.univ-Rouen.Fr.

Darchis E. Déni de grossesse et transgénérationnel : la part des ancêtres. In *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse.* Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 : 209-211.

Darchis E. Déni de grossesse : la part des ancêtres. *Divan Familial* 2007 ; 18 : 105-109.

Darchis E. L'instauration de la parentalité et ses avatars. *Divan Familial* 2000 ; 5 : 27-40.

Dayan J. Le déni de grossesse : aperçus théoriques. In *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse.* Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 :47-59.

Dayan J., Andro G., Dugnat M. Déni de grossesse. In *Psychopathologie de la périnatalité.* Paris : Masson, 1999 : 41-49.

Delassus JM. Le syndrome de l'enfant invisible et le déni de grossesse. *Les dossiers de l'obstétrique* 2009; 381 : 48-50.

Del Giudice M. The evolutionary biology of cryptic pregnancy : a re-appraisal of the « denied pregnancy » phenomenon. *Medical Hypotheses* 2007; 68: 250-258.

Devineau-François V. L'accouchement anonyme. *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2001 ; 14 : 219-222.

Diquelou JY. Le dépistage prénatal des dysfonctionnements majeurs mère-enfant et leur prise en charge dans un service de gynécologie obstétrique. *Revue internationale de pédiatrie* 1999 ; XXX : 293-2 : 86-93.

Diquelou JY., Amar P., Boyer S., Montilla F., Karoubi R. Les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurement subis. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2008 ; 37 : 365-378.

Diquelou JY. Facteurs de risque de mauvais traitements à enfant pendant la période périnatale. Approche préventive en milieu obstétrical. Rôle d'un indice de risque de maltraitance. *J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod* 1996 ; 25 : 809-818.

Dolto F. *L'image inconsciente du corps.* Paris : Le Seuil, 1984 :22-24.

- Dubé M., Leveillé S., Marleau JD. Cinq cas de néonaticide au Québec. *Santé Mentale au Québec* 2003 ; XXVIII : 2 : 183-184.
- Durand B. Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum. *La Revue du Praticien* 2001 ; 51 :1259-1264.
- Duverger Ph., Chocard AS., Malka J., Ninus A. Psychopathologie en service de pédiatrie. *Pédopsychiatrie de liaison. Collection les âges de la vie*, Paris : Masson, 2011 : 132-145.
- Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales. Paris : Masson, 1865.
- Faure K., Legras M., Chocard AS., Duverger Ph. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *La Revue du Praticien* 2008 ; 58 : 1475-1481.
- Freud S. La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose. In *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF, 1973.
- Friedman SH., Heneghan A., Rosenthal M. Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics* 2007; 48:2.
- Fronteau V. Le déni de grossesse: étude clinique, psychopathologie, conséquences, prise en charge et prévention. Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme, Angers, 2008.
- Finnegan P., McKintry E., Elrick Robinson E. Denial of pregnancy and childbirth. *Can. Journal. Psychiatry* 1982; 27:672-674.
- Gould G., Pyle WL. Unconscious pregnancy in anomalies and curiosities of medicine. London: Rebman, 1898.
- Grangaud N. Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature. *Perspectives Psy* 2002;41:3:174-181.
- Grangaud N. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. Thèse Paris VII, 2001.
- Green C.M., Manohar S.V. Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. *Brit Journ Psy* 1990; 156:121-123.
- Havet-Thomassin V., Gardey A.M., La Gall D. La blessure cérébrale : contribution à une lisibilité différentielle du phénomène de méconnaissance. *Encéphale* 2004 ; 30:171-81.
- Henry A. Suivis de femmes infanticides à la prison de Rennes. In *De l'expertise psychiatrique au traitement*. *Enfances Psy* 2010 ; 4 :84-91.
- Job N. Déni de grossesse : Etude rétrospective descriptive. A propos de 41 cas. Thèse de médecine , Toulouse, 2009.
- Kaplan R., Grotowski T. Denied pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30:861-3.

- Karila L., Boss V., Layet L. Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. In Psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Ellipses, 2002: p 11-16.
- Kent L., Laidlaw J, Brockington I. Fetal abuse. Child abuse neglect 1997; 21:2:181-186.
- Kinzl J., Biebl W. Disavowal of pregnancy: an adjustment disorder. Am J Psychiatry 1991; 148:11.
- Klein M. Envie et gratitude et autres essais. Paris : Gallimard, 1968.
- Labarthe S. Le déni de grossesse. Thèse de médecine, Bordeaux, 1988.
- Laplanche J., Pontalis JB. (Dé)négarion. In Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF 1967(1990).
- Lauret M., Raynaud JP. Mélanie Klein, une pensée vivante. Paris: 2008.
- Lazarus R.S. The costs and the benefits of denial. In BREZNITIS. New York : International Universities Press 1983.
- Lempérière T., Rouillon F., Lépine JP. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 1984 ; 37660 A10 : 7.
- Lemperière T., Féline A., Adès J., Hardy P., Rouillon F. Psychiatrie de l'adulte. Paris : Masson, 2006 ; p 17.
- Le Nestour A., Vellut N. Données expertales de néonaticides. Enfance et Psy 2010 ; 48 : 137-143.
- Libert M. Déni de grossesse et décès du nouveau-né. Propos introductifs. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 : p105-109.
- Marcé LV. Traité de la folie des femmes enceintes. Paris : Baillière, 1858.
- Marcelli D. Troubles psychosomatiques. Enfance et psychopathologie Collection « Les âges de la vie ». Paris : Masson, 2006 : 412-414.
- Marc-Vergnes J.P. Pour une approche cognitive et phénoménologique du déni de grossesse. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 :149-155.
- Margaret G., Spinelli MD. Denial of pregnancy : A Psychodynamin Paradigm. Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry 2010; 38 :1: 117-131.
- Marinopoulos S. Le déni de grossesse. Bruxelles : Ministère de la communauté française, 2007.

- Marinopoulos S. De l'impensé à l'impensable en maternité : Le déni. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 :123-136.
- Marinopoulos S. De l'une à l'autre (de la grossesse à l'abandon). Hommes et perspectives, 1997.
- Marinopoulos S. Accouchement et abandon. Journal de pédiatrie et de puériculture 2001; 6 : 363-369.
- Mauriceau F. Traité des maladies de femmes grosses et de celles qui font accoucher. Edité chez l'auteur, au milieu de la rue des petits champs, à l'enseigne du bon médecin, 1681.
- Maury M., Paradis-Guennou M. Développement psychologique du nourrisson et interactions précoces. In Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Press Edition, 2000.
- Meneghin L. Déni de grossesse : essai de compréhension et perspectives de prise en charge. Etude de cas à la maternité du CHU de Bordeaux. Thèse de médecine, Bordeaux II, 2008.
- Milden R., Rosenthal M., Winegardner J., Smith D. Denial of pregnancy : an exploratory investigation. J Psychos Obstet Gynaecol 1985; 4: 255-261.
- Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. Hosp Community Psychiatry 1990; 41: 1233-7.
- Miller LJ. Denial of pregnancy, in infanticide: Psychosocial and Legal perspectives on mothers who kill. Edited by Spinelli MG, Washington DC, American Psychiatric Publishing Inc, 2003; 81-104.
- Miller LJ. Maladaptative denial of pregnancy. Am J Psychiatry 1991; 148:8.
- Milstein KK., Milstein PS. Psychophysiologic aspects of denial in pregnancy: case report. J Clin Psychiatry 1983; 44: 189-90.
- Missonnier S. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris : PUF, 2004.
- Molénat F. Grossesse et toxicomanie. Erès, 2000.
- Moreau V. Introduction du colloque. In Colloque : Le crime et ses énigmes à la lumière de la psychanalyse. Angers, 2010.
- Navarro F. Le déni de grossesse : « Une maladie ». In Extrait de Ouest France du 10.10.09.
- Navarro F. Qui vous a dit qu'elle l'a tué ? In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009: 137.
- Neifert PL., Bourgeois JA. Denial of Pregnancy: A case and literature review. Military Medicine 2000; 165:566-568.

Nirmal D., Thijs I., Bethel J., Bhal PS. The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: an 11-year population-based study in South Glamorgan. *J. Obstet Gynaecol.* 2006; 26 (2):118-21.

Observatoire Régional de la Santé. Grossesse, Accouchement. La santé observée en Pays de Loire 2011.

Observatoire Régional de la Santé. Les maladies de l'appareil respiratoire. Juin 2007.

Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies . Paris : Masson, 1993.

Panel P., Prigent G., Le déni de grossesse. Quand le corps porte une grossesse dont le psychisme ne reçoit aucune trace. *Les dossiers de l'Obstétrique* 2009 ; 381 : 29-33.

Pierronne C., Delannoy M.A., Florequin C., Libert M. Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité, *Perspectives Psy* 2002;41:3:182-188.

Racamier PC., Sens C., Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. In *L'Evolution psychiatrique* 1961 ; 525-70.

Resnick PJ. Murder of the Newborn: a psychiatric Review of Neonaticide. *The American Journal of Pstchiatry* 1970; 126: 1414-1420.

Romano H. Meurtres de nouveau-nés et processus à l'œuvre chez les femmes néonaticides. *Devenir* 2010 ; 22 : 4 : 309-320.

Romano H. Intervention Médico-Psychologique Immédiate. *Stress et trauma* 2007 ; 7 :1 :4-50.

Romano H. Homicides sur mineurs de moins de 1 an : de quoi parle-t-on ? *Le Journal des Psychologues* 2009 ; 265 : 35-41.

Roubaud L., Vitry I. Grossesses cachées : une Clinique du clair obscur. *Perspectives Psy* 2001 ; 40 :3; 199-205.

Roubaud L., Vitry I., Simonnot AL. Passagers clandestins: Grossesse cachée ou déni de grossesse? *L'information Psychiatrique* 2001; 1:34-40.

Rozan MA., L'obstétricien et le déni de grossesse. In *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse*. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009: 44.

Sandler J. Projection, identification and projective identification. Madison. International Universities Press, 1987.

Savage W. Requests for late termination of pregnancy: Tower Hamlets 1983. *Br Med J* 1985; 290:621.

Simonnot A.L'infanticide à l'adolescence et déni de grossesse. *Perspectives Psy* 2002 ; 41,3 : 195-199.

- Sirol F. La haine de la femme enceinte pour son fœtus. *Devenir* 1999 ; 11 ; 2 :25-34.
- Slayton RI., Soloff PH. Psychotic denial of third-trimester pregnancy. *J Clin Psychiatry* 1981; 42:471-3.
- Spielvogel AM., Hohener HC. Denial of pregnancy: a review and case report. *Birth* 1995; 22: 220-6.
- Spinelli MD. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 811-813.
- Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1548-57.
- Stern D. *La naissance d'une mère*. Paris. Odile Jacob,1998.
- Stern-Verrière E. Quelle prise en charge pour le déni de grossesse? *Les dossiers de l'Obstétrique* 2009 ; 381 : 50-53.
- Strauss DH, Spitzer RL, Muskin PR. Maladaptive denial of physical illness: a proposal for DSM IV. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1168-1172.
- Streliski I. Ni monstre ni icône. In *Colloque Le Crime et ses Enigmes à la lumière de la psychanalyse*. Angers, 2010.
- Tardieu. *Annales Médico-Psychologiques*. Tome X. 1847.
- Tignol J., Pierre P.H. Labarthe S. Le déni de grossesse, une pathologie méconnue, *Praticien du Sud-ouest* 1990 ; 7.
- Tronche A.M., Villemeyre-Plane M., Brousse G., Llorca P.M. Du déni de grossesse au néonaticide : hypothèses diagnostiques autour d'un cas. *An Med Psy* 2007; 165:671-675.
- Tronche A.M., Villemeyre-Plane M., Llorca P.M. Une grossesse impossible : réflexion diagnostique autour d'un cas? In *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse* Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 : 225-231.
- Tursz A., Crost M., Gerbouin-Rerolle P., Romano H., Beauté J. Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Rapport à la Mission de recherche droit et justice, ministère de la justice. Paris : La Documentation Française, 2005.
- Tursz A., Cook J. A population-based survey of neonaticides using judicial data. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* published Online first : 6 dec 2010.
- Walloch J.E.M., Klauzer C., Lanczic M. Delusional of pregnancy as a special form of Cotard's Syndrome. *Psychopathology* 2007; 40: 61-64.
- Weissman D. Avery, *On Dying and Denying: a Psychiatric Study of terminality* Shawnee Press, Nashville 1972.

Wessel J., Endrikat J., Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81:1021-1027.

Wessel J., Endrikat J., Buscher U. Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of one-year prospective study compared with control group. *J. Perinat. Med.* 2003; 31:29-35.

Wessel J., Gauruder-Burmester A., Gerlinger C. Denial of pregnancy- characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologia* 2007, 86: 542-546.

Wessel J. Quelques données épidémiologiques, maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse. In *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse*. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009 : 25-35.

Wessel J., Buscher U. Denial of pregnancy: population based study. *BMJ* 2002; 324: 458.

Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969 : 285-291.

Liste des figures

Figure 1 : Nombre de dossiers étudiés en fonction de l'année.....	149
Figure 2 : Nombre de dénis de grossesse en fonction de l'année.....	149
Figure 3 : Nombre de dénis de grossesse en fonction du moment de découverte de la grossesse.....	150
Figure 4 : Proportion de dénis partiels et totaux.....	151
Figure 5 : Evolution du nombre de consultations psychiatriques ou psychologiques des femmes présentant un déni de grossesse en fonction des années.....	168

Liste des tableaux

Tableau I : Fréquence du déni partiel et du déni total en fonction de l'année.....	148
Tableau II : Résultats concernant les données socioprofessionnelles	152
Tableau III : Résultats concernant les antécédents gynéco-obstétricaux.....	154
Tableau IV : Femmes qui présentent une ou plusieurs récidives de dénis de grossesse.....	155
Tableau V : Résultats concernant les antécédents médicaux.....	156
Tableau VI : Résultats concernant la grossesse.....	159
Tableau VII : Résultats concernant les nouveau-nés.....	166
Tableau VIII : Mise en parallèle des fréquences de déni de grossesse.....	172
Tableaux IX : Mise en parallèle des données socioprofessionnelles et médicales des femmes présentant un déni de grossesse.....	174
Tableau X : Mise en parallèle des données concernant l'accouchement et le devenir des nouveau-nés.....	176

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION..... 11**PREMIERE PARTIE : LE DENI DE GROSSESSE : ETAT DES LIEUX A PARTIR D'UNE REVUE DE LA LITTERATURE ET EXEMPLES CLINIQUES..... 13****1-LE DENI DE GROSSESSE : ETAT DES LIEUX.....15****I- DEFINITIONS ET LIMITES DU CONCEPT DE DENI DE GROSSESSE..... 16**

- I.1- Historique et évolution du concept de déni de grossesse..... 16
- I.2- Définitions actuelles.....19
 - I.2.1- Absence de consensus international..... 19
 - I.2.1.1- Terminologies rencontrées..... 19
 - I.2.1.2- Déni total-Déni partiel..... 22
 - I.2.1.3- Déni psychotique-Déni non psychotique..... 23
 - I.2.1.4- Dissimulation, méconnaissance et déni de grossesse..... 24
 - I.2.1.5- Critères d'inclusion retrouvés dans la littérature..... 26
 - I.2.2- Propositions d'introduction dans les classifications internationales.....27
 - I.2.3- Réflexions sur les définitions.....30

II-EPIDEMIOLOGIE DU DENI DE GROSSESSE : DONNEES APPORTEES PAR LA LITTERATURE 33

- II.1- Principales études épidémiologiques retrouvées dans la littérature récente..... 33
 - II.1.1- L'étude de Brezinka (1994): « Déni de grossesse : aspects obstétricaux »..... 33
 - II.1.2- L'étude de Friedman (2007): « Caractéristiques des femmes qui dénie ou cachent leur grossesse »..... 34
 - II.1.3- L'étude de Wessel (2002) : « Fréquence du déni de grossesse : résultats et signification épidémiologique d'une étude prospective d'une année à Berlin » ; « Déni de grossesse : caractéristiques des femmes à risque » ; « Risque élevé pour le nouveau-né issu d'un déni de grossesse »..... 35
 - II.1.4- L'étude de Pierronne (2002) : « Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité ».....35
 - II.1.5- L'étude de Bonnet (1993) : « L'adoption à la naissance : prévention contre l'abandon ou le néonaticide »..... 36
- II.2- Remarques..... 36
- II.3- Résultats..... 37
 - II.3.1- Fréquence et prévalence estimées du déni de grossesse..... 37

II.3.2-	Mise en parallèle de la fréquence du déni de grossesse avec la fréquence de certaines situations obstétricales.....	39
II.3.3-	Mise en parallèle de la fréquence du déni de grossesse avec la fréquence de complications psychiatriques de la grossesse et du post-partum.....	40
II.3.4-	Données épidémiologiques relatives aux mères.....	41
II.3.4.1-	L'âge des mères présentant un déni de grossesse.....	41
II.3.4.2-	La situation familiale des femmes présentant un déni de grossesse.....	41
II.3.4.3-	Le niveau d'étude et la formation professionnelle des femmes présentant un déni de grossesse.....	42
II.3.4.4-	Antécédents de grossesse.....	42
II.3.4.5-	Les « stresseurs » psychosociaux chez les femmes présentant un déni de grossesse.....	43
II.3.4.6-	Notion d'abus sexuels.....	43
II.4-	Conclusions.....	44
III-	DESCRIPTION CLINIQUE DU DENI DE GROSSESSE.....	45
III.1-	Des caractéristiques somatiques différentes d'une grossesse normale.....	45
III.1.1-	Les symptômes subjectifs de grossesse.....	45
III.1.2-	Caractéristiques obstétricales	48
III.2-	La clinique psychiatrique.....	48
III.2.1-	Résultats des évaluations psychiatriques des patientes ayant vécu un déni de grossesse.....	48
III.2.2-	Constatations générales n'ayant pas fait l'objet d'études statistiques..	50
III.2.3-	Les manifestations psychopathologiques du déni non psychotique de grossesse.....	51
III.2.3.1-	Pendant la grossesse : la rationalisation et la contagion du déni.....	51
III.2.3.2-	Réactions à l'annonce ou à la découverte de la grossesse.....	54
III.2.3.3-	Le caractère fluctuant du déni.....	60
III.2.3.4-	Symptômes psychiatriques retrouvés chez des femmes découvrant leur grossesse à l'accouchement (déni total) et suivi de néonaticide.....	62
III.2.3.5-	Antécédents de déni de grossesse.....	64
III.2.3.6-	La place des pères.....	64
III.2.4-	Diagnostic différentiel : la dissimulation de grossesse ou grossesse cachée.....	65
III.2.5-	Clinique du déni psychotique de grossesse.....	67
IV-	HYPOTHESES EXPLICATIVES DU DENI DE GROSSESSE	69
IV.1-	La grossesse « normale » : la rupture d'un équilibre somatique et psychique.....	69
IV.1.1-	Une crise identitaire.....	69
IV.1.2-	Un état psychique particulier, témoin d'un processus d'adaptation.....	71
IV.1.3-	La nidification et la gestation psychique.....	73
IV.1.4-	L'ambivalence du désir d'enfant.....	75
IV.2-	Mécanismes intrinsèques du déni de grossesse.....	77
IV.2.1-	Une complicité psychosomatique.....	77
IV.2.2-	Complicité psychosomatique : Déni – Dénégation : apport psychanalytique.....	79

IV.2.3- Complicité psychosomatique : perspective cognitive.....	82
IV.2.4- « Dénî » en psychiatrie et application au déni de grossesse.....	84
IV.2.5- Trouble du schéma corporel.....	86
IV.3- Facteurs environnementaux en jeu dans le déni de grossesse.....	88
IV.3.2- Une fécondité impensable.....	88
IV.3.2.1- Maltraitements récentes ou anciennes.....	88
IV.3.2.2- Education rigide à moralité stricte.....	90
IV.3.3- Une filiation impensable.....	91
IV.3.4- Autres éléments fréquemment retrouvés dans l'histoire des patientes dans l'étude de Pierronne.....	93
IV.4- Autre hypothèse : le déni de grossesse abordé sous un angle biologique.....	93
V- LES CONSEQUENCES POSSIBLES DU DENI DE GROSSESSE.....	95
V.1- Complications néonatales.....	95
V.2- Complications obstétricales.....	98
V.3- Conséquences sur la relation mère-enfant.....	99
V.3.1- Une relation anténatale absente ou écourtée.....	99
V.3.2- A l'accouchement : Adaptation à la réalité du bébé.....	102
V.3.3- Les modalités du choix du prénom de l'enfant.....	103
V.3.4- Devenir des enfants.....	104
V.3.4.1- Etude de Brezinka sur le devenir des enfants à 2 ans.....	104
V.3.4.2- Etude de Diquelou : « Facteurs de risque de mauvais traitement à enfant pendant la période périnatale ».....	105
V.4- Néonaticide et déni de grossesse.....	106
V.4.1- Infanticide – néonaticide – filicide.....	106
V.4.2- Relation entre néonaticide et déni de grossesse.....	107
V.4.3- Clinique et processus psychique du néonaticide.....	110
V.5- Accouchement sous X.....	111
V.6- La formation d'impulsions infanticides : la thèse de Bonnet.....	112
V.7- Conséquences psychologiques maternelles.....	114
V.8- Conclusions personnelles.....	115
2- CAS CLINIQUES.....	118
I- CAS DE MME G DETAILLE ET DISCUTE.....	119
II- CAS RENCONTRES AU CHU D'ANGERS ENTRE MAI 2009 ET OCTOBRE 2010 (par ordre chronologique).....	128
Cas n°1 : Mme H, 39 ans rencontrée un dimanche d'astreinte de psychiatrie	128
Cas n°2 : Dénî de grossesse ou/et « mythomanie » ?	129
Cas n°3 : Un déni partiel qui ressemble à une dénégation de grossesse.....	133
Cas n°4 : Un abandon après un déni total de grossesse.....	134
Cas n°5 : Une mère un peu envahissante.....	135
III-.CONCLUSIONS CONCERNANT LES CAS RENCONTRES.....	137
IV- CAS D'EXPERTISES PSYCHIATRIQUES (synthétisés) RECUEILLIS AUPRES DE PSYCHIATRES EXPERTS DE LA REGION DES PAYS DE LA LOIRE.....	138

Cas d'expertise n°1 (datant des années 1990): Un déni total de grossesse suivi de néonaticide.....	138
Cas d'expertise n°2 (datant des années 2000): Un trouble de l'énonciation de la grossesse suivi de tentative de néonaticide.....	140

DEUXIEME PARTIE : ETUDE RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE REALISEE AU CHU D'ANGERS A PARTIR DE 75 DOSSIERS DE DECOUVERTE TARDIVE DE GROSSESSE..... 144

I- INTRODUCTION.....145

II- METHODE..... 145

III- RESULTATS..... 148

III.1- Données générales.....	148
III.1.1- Fréquence du déni de grossesse.....	148
III.1.2- Fréquence en fonction du moment de découverte de la grossesse.....	149
III.1.3- Nombre de dénits de grossesses en fonction du moment de la découverte de la grossesse.....	150
III.1.4- Nombres de bébés.....	151
III.2- Données relatives aux mères.....	152
III.2.1- Données socio-professionnelles.....	152
III.2.2- Antécédents gynéco-obstétricaux.....	154
III.2.3- Antécédents de déni de grossesse.....	155
III.2.4- Antécédents médicaux.....	156
III.2.4.1- Obésité- maigreur.....	156
III.2.4.2- Consommation de tabac.....	156
III.2.4.3- Maladie chronique.....	157
III.2.5- Antécédents psychiatriques.....	158
III.3- Données relatives à la grossesse.....	159
III.3.1- Circonstances de découverte de la grossesse.....	159
III.3.2- Demande d'interruption de grossesse et procédure d'adoption.....	160
III.3.3- Grossesses rapprochées.....	161
III.3.4- Existence d'un désir de grossesse.....	161
III.3.5- Contraception ou infertilité préexistante à la découverte de la grossesse.....	162
III.3.6- Existence de saignements pendant la grossesse.....	162
III.3.7- Régularité du suivi de la grossesse après sa découverte.....	163
III.3.8- Prise en charge par l'UMPSP (Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité).....	163
III.3.9- Complications pendant le déroulement de la grossesse.....	164
III.3.10- Données relatives à l'accouchement.....	165

III.4- Données relatives au père du bébé et à l'entourage de la femme enceinte.....	165
III.5- Données relatives aux nouveau-nés.....	166
III.5.1- Morbidité néonatale.....	166
III.5.2- Taux de mortalité.....	167
III.5.3- Devenir immédiat des nouveau-nés.....	167
III.6- Consultations psychologiques ou psychiatriques.....	168
III.7- Comparaison à la population des femmes ayant accouchées.....	169
IV-DISCUSSION.....	169
IV.1- Préambule.....	169
IV.2- Biais de l'étude.....	170
IV.3- Mise en parallèle des résultats aux données de la littérature.....	171
IV.4- Particularités de l'étude.....	177
IV.4.1- Peut-on parler de déni de grossesse avant 20 SA?.....	177
IV.4.2- La répétition du déni de grossesse.....	177
IV.4.3- Déni de grossesse et pathologie somatique	178
IV.4.4- Déni de grossesse et trouble du comportement alimentaire.....	179
IV.4.5- Déni de grossesse et toxicomanie.....	180
IV.4.6- Déni de grossesse, IVG, abandon.....	181
V- CONCLUSION.....	183
<u>TROISIEME PARTIE : VERS UNE PRISE EN CHARGE DU DENI DE GROSSESSE</u>	185
I- REPERAGE ET PRISE EN CHARGE : PENSER L'IMPENSABLE ?.....	187
II- COMMENT SUSCITER L'INTERET D'UN ENTRETIEN PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE.....	187
III- LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET/OU PSYCHIATRIQUE ?.....	189
III.1- Un espace thérapeutique spécifique.....	190
III.2- Les premiers entretiens.....	190
III.3- L'élaboration du déni de grossesse : jusqu'à quel point ?.....	192
III.4 - Et après.....	193
IV- CONCLUSION.....	194
CONCLUSION.....	195
BIBLIOGRAPHIE.....	197
TABLE DES MATIERES.....	208
ANNEXES.....	214

ANNEXES

ANNEXE 1 : Etudes publiées évaluant la fréquence du déni de grossesse

ETUDE	METHODOLOGIE DE L'ETUDE	FREQUENCE DENI PARTIEL	FREQUENCE DENI TOTAL	NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES	NOMBRE TOTAL DE DENIS et FREQUENCE GLOBALE	
Brezinka ²⁸² 1994 ; Autriche	Etude prospective sur 3ans (1987-1990)	1/526 (découverte à partir de 21 SA)	1/1000	8400	27	3/1000
Brych ²⁸³ , 1994 ; Allemagne	Etude sur 1 an (1990-1991)	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	1/357 (à partir de 30 SA) (3/1000)	
Wessel ²⁸⁴ , 2002 ; Allemagne	Etude prospective multicentrique sur 1 an (1995-1996)	1/588 (découverte à partir 20SA)	1/2455	29462	62	2,1/1000
Pierronne ²⁸⁵ , 2002 ; France	Etude prospective sur 7 ans (1993-2000)	1/1039 (découverte entre le 5 ^{ème} et le 8 ^{ème} mois)	1/1000	28066	56	2/1000

²⁸² Brezinka C, 1994 ; Ibid.

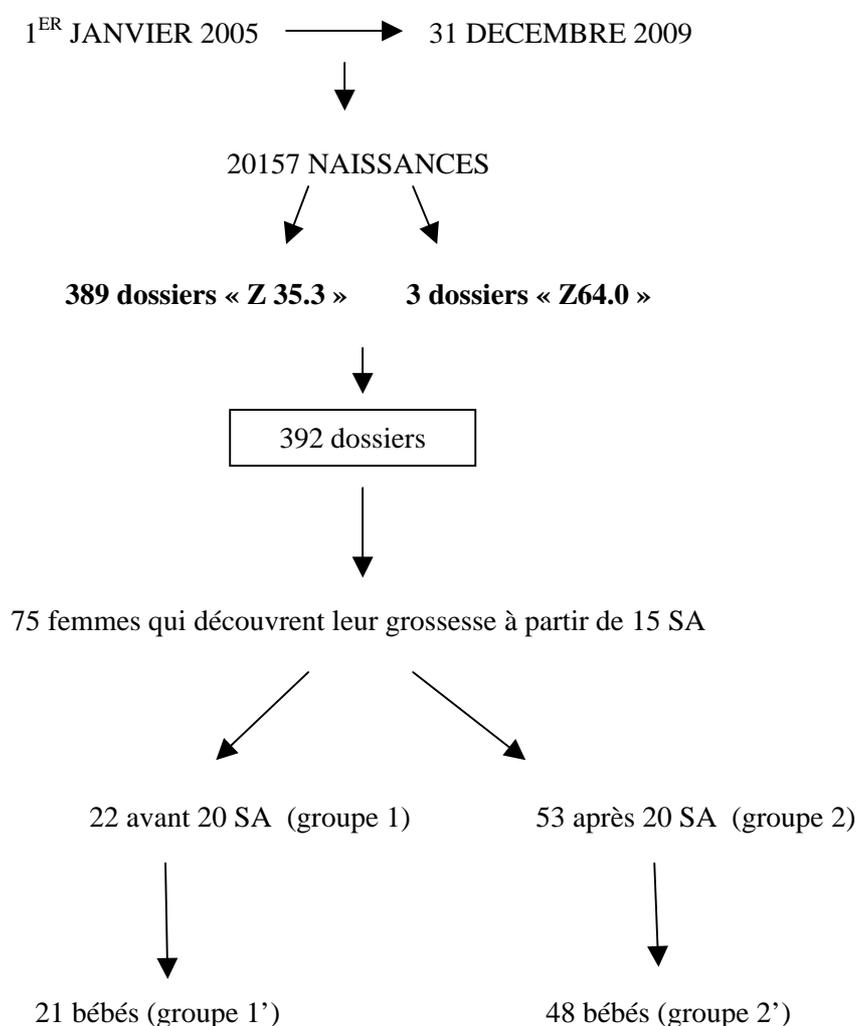
²⁸³ Brych CH, 1994 ; Ibid.

²⁸⁴ Wessel J, 2002 ; Ibid.

²⁸⁵ Pierronne C, 2002 ; Ibid.

Nirmal ²⁸⁶ , 2006 ; Pays de Galle	Etude rétrospective sur 11 ans (1989- 1999)	Non renseigné	1/2500	Non renseigné	Non renseigné	
Friedman ²⁸⁷ , 2007. Etats-Unis	Etude rétrospective sur 6 ans (1997- 2003)	Non renseigné	Non renseigné	31475	61	2 /1000

ANNEXE 2 : Schéma de l'étude descriptive rétrospective



²⁸⁶ Nirmal D, 2006 ; Ibid

²⁸⁷ Friedman SH, 2007 ; Ibid.

ANNEXE 3 : Profil descriptif de sous-groupes de femmes de l'étude

1- Profil de la population de femmes et devenir du nouveau-né dans le cas d'un déni total de grossesse

Rappelons que le déni total concerne 8% des femmes de l'étude, soit 6 femmes. Elles sont âgées de 16 à 39 ans. La moitié est constituée par des adolescentes. La moitié a entre 28 et 39 ans.

Toutes les femmes majeures sont en couple ou mariées, une seule n'a pas d'activité professionnelle et vit dans une situation sociale précaire. Cette dernière présente de surcroît un alcoolisme chronique. Une seule femme a des enfants, les 5 autres sont nullipares et nulligestes. Trois femmes présentent un surpoids ou une obésité.

Aucune de ces femmes ne présente d'antécédent psychiatrique notable, en dehors d'un cas de consommation chronique d'alcool. Une femme a déjà présenté un déni partiel de grossesse. Le facteur de stress identifié est la précarité sociale présente chez deux femmes. Peu de renseignements sont inscrits dans les dossiers des adolescentes concernant d'éventuels facteurs de stress.

Une femme prend une contraception orale. Une femme présente une infertilité à cause d'un syndrome des ovaires polykystiques. Une adolescente utilise le préservatif.

Il est intéressant de remarquer le grand écart entre les âges de survenue d'un déni total. Les femmes sont en couple et exercent une activité professionnelle. La plupart de femmes et adolescentes n'ont pas d'antécédent gynéco-obstétricaux et n'ont pas d'antécédent psychiatrique.

Deux bébés sont nés par césarienne. Un bébé a été extrait sous anesthésie générale. Trois bébés sont nés par voie basse, dont un avec une aide instrumentale.

Un bébé est mort-né, et deux bébés sont décédés en post-natal. Trois bébés sont nés en bonne santé, dont un est né prématuré (35 SA). Une adolescente a confié son enfant à l'adoption. **Au total, deux mères ont pu garder leur bébé.**

La morbidité et la mortalité des nouveau-nés des femmes de l'étude ayant dénié totalement leur grossesse sont manifestement très élevées.

Deux femmes sur 6 ont rencontré un psychiatre, dans le cadre du décès de leur bébé.

2- Profil de la population des femmes et devenir du nouveau-né en cas de récurrence de déni de grossesse

On rappelle que 9% des femmes recrutées (soit 7 cas) ont fait plusieurs dénis de grossesse.

Toutes les femmes du groupe ont de 1 à 4 enfants. Deux femmes ont déjà eu une IVG. Une femme qui présente par ailleurs un antécédent de viol a fait 7 fausses couches.

Parmi ces femmes, 2 sont célibataires et 5 sont en couple stable. Plus de la moitié exercent une activité professionnelle. Chez trois femmes des facteurs de stress évidents sont repérés tels que précarité sociale, antécédent de viol, violence conjugale. Chez les deux femmes célibataires, des facteurs de vulnérabilité se cumulent en plus du célibat (absence d'activité professionnelle et existence de violence de la part de leur ex-conjoint). **Ainsi, la plupart des femmes de notre étude qui font plusieurs dénis de grossesse sont en couple, ont déjà eu des enfants, exercent une activité professionnelle, et n'ont pas de facteurs de stress évident identifié.**

La femme ayant présenté 3 dénis partiels a 37 ans, est en couple stable, n'a pas de travail et n'a pas de facteur de stress évident identifié. Elle a 4 enfants (dont 3 sont issus d'un déni de grossesse) bien portants, et a eu une IVG. On remarque un désir de grossesse depuis plus de deux ans.

On compte un décès parmi les bébés de femmes ayant fait plusieurs dénis (suite à un déni total), possiblement en lien avec un diabète gestationnel. Les autres bébés sont de poids normal et n'ont pas de problèmes particuliers détectés.

Aucune de ces femmes n'a d'antécédent psychiatrique notable. Les deux femmes en situation sociale précaire et ou subissant des violences ont déjà eu un suivi par un psychologue. Pour deux femmes un entretien psychiatrique a été demandé. Un entretien a été réalisé dans la salle d'accouchement, un autre dans le service des suites de couche suite au décès de l'enfant quelques heures après sa naissance. **Ainsi, le déni de grossesse ne constitue pas un motif de demande d'entretien psychiatrique ou psychologique.**

3- Description des trois femmes confiant leur enfant à l'adoption

Deux procédures d'adoption ont eu lieu en 2008 suite à deux dénis partiels (supérieurs à 20 SA) ; une procédure a eu lieu en 2006 suite à un déni total.

Une adolescente âgée de 16 ans, adressée par son médecin traitant, se présente à la maternité pour accoucher (de façon anonyme) suite à un déni total de sa grossesse. Elle est accompagnée par sa mère. Le père du bébé n'est pas présent, et aucune information n'est donnée à son sujet. L'adolescente semble issue d'un milieu social précaire. L'adolescente ainsi que sa mère ont exprimé toutes les deux (séparément) le choix de l'adoption. La mère du bébé n'a pas souhaité le rencontrer, ni connaître son sexe, ni lui donner un prénom. Elle semble rassurée par l'attitude du personnel de la maternité qui ne la « force » pas à garder son bébé. Un entretien psychiatrique lui a été proposé.

Une jeune femme de 21 ans, étudiante, célibataire, sans enfant, découvre sa grossesse à 30 semaines d'aménorrhée. Cette grossesse semble être issue d'un viol. Cette patiente consomme des substances addictogènes (tabac, alcool, cannabis). Il existe une problématique d'agression sexuelle dans la fratrie de la jeune femme. Son entourage familial, qu'elle décrit peu soutenant, n'est pas présent. Son entourage amical s'est cependant mobilisé. La jeune femme décide de confier son enfant à l'adoption dès la découverte de sa grossesse. Elle a souhaité que son bébé reste avec elle en salle d'accouchement, elle lui a donné ses prénoms. Elle a bénéficié d'entretiens pédopsychiatriques et psychologiques.

Une femme de 36 ans, célibataire en cours de divorce (ex mari incarcéré pour pédophilie), sans enfant, découvre sa grossesse à 28 semaines d'aménorrhée. Le père du bébé n'est pas présent, il s'agit « d'une histoire d'un soir », la patiente n'a pas ses coordonnées. Le choix de confier son enfant à l'adoption a été hésitant jusqu'à l'accouchement. Cette patiente a bénéficié d'un accompagnement pédopsychiatrique et psychologique par le biais d'entretiens hebdomadaires. Ces entretiens ont été demandés par la patiente elle-même. Concernant la conception de l'enfant et la grossesse elle déclare « je savais sans vouloir savoir ». A l'annonce de sa grossesse par son médecin traitant, sa première réaction a été de vouloir se débarrasser du bébé. Puis, elle a tenté de rechercher l'identité du père du bébé, mais ses recherches ont été vaines. La famille de la patiente (ses parents et sa sœur) sont présents dans son discours et sont dans l'incompréhension de son choix de ne pas garder l'enfant. La patiente semble être affectivement indifférente à la présence de son bébé. Elle est en quête d'émotions le concernant. L'impossible investissement affectif renforce sa décision d'abandon. Néanmoins, elle exprime le souhait de garder la possibilité de maintenir un lien avec son enfant.

On remarque la singularité de chaque histoire dans lesquelles le père du bébé ne peut pas être présent (un est agresseur, un est quasi inconnu, un est absent du discours de l'adolescente et de sa mère).

Deux femmes ont bénéficié d'une consultation spécialisée de psychiatrie.

