

LE DENI DE GROSSESSE

Le "dénier de grossesse" est une pathologie beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Mais c'est une affection qui est encore malheureusement largement ignorée non seulement du grand public mais aussi d'une partie du corps médical et de la justice. De ce fait, les femmes qui présentent cette maladie se heurtent à un mur d'incompréhension : non seulement elles ne reçoivent pas le plus souvent les soins que leur état nécessite, mais elles peuvent même faire l'objet de poursuites pénales en cas de décès du bébé. Ce véritable problème de santé publique, négligé par les autorités sanitaires, doit recevoir des réponses collectives (en termes de prévention) et des réponses individuelles (en terme de prise en charge) et ne plus être relégué au rang de "fait divers".

L'"Association française pour la reconnaissance du dénier de grossesse" a pour objectif d'informer l'opinion publique et les professionnels mais aussi de venir en aide aux femmes qui souffrent ou ont souffert d'un dénier de grossesse ainsi qu'à leurs familles.

1) Qu'est-ce que le "dénier de grossesse" ? Quelques définitions.

Dénier de grossesse, "dénier partiel", "dénier total" :

Le dénier de grossesse se définit comme le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être. C'est ce que rappelle le Dr N.Grangaud, pédopsychiatre, dans une thèse qui fait référence, "Dénier de grossesse, essai de compréhension psychopathologique"¹ : *"Par convention, le dénier de grossesse désigne la non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre de la grossesse et peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier"*.

On parle de "dénier partiel" si le dénier de grossesse prend fin avant le terme de la grossesse et de "dénier total" s'il se poursuit jusqu'à l'accouchement. Les conséquences sur l'enfant à naître sont bien différentes dans les deux cas. Lorsqu'il s'agit de dénier partiel, la conscience de la grossesse apparaît avant l'accouchement et ce dernier a alors lieu dans des conditions normales. Par contre, dans les cas de dénier total, les plus graves, l'accouchement qui est totalement inopiné a lieu dans les circonstances les plus diverses et peut conduire au décès du bébé. Sur le plan médical, dans les deux cas, les femmes ont besoin d'une prise en charge médicopsychologique appropriée qui fait trop souvent défaut.

Mais qu'est-ce qu'un "dénier" ?

Les cas de "dénier" ne sont pas limités au "dénier de grossesse" même si celui-ci en constitue une des variantes les plus graves. C'est un mécanisme psychologique connu. Le "Dictionnaire de la Psychologie" le définit comme la : *"non-reconnaissance de certains aspects de la réalité (qui sont pourtant) parfaitement évidents pour autrui"*². Cette "non-reconnaissance" est extrêmement forte et se produit à l'insu du sujet. D'ailleurs, *"plus qu'une simple négation, (le dénier) est une attitude de refus*

¹ Thèse, Faculté de Médecine, Paris, 2001.

² WERNER D. FROHLICH, Dictionnaire de la psychologie, Encyclopédies d'aujourd'hui, 2001

*catégorique à l'égard d'une perception ... de la réalité extérieure. C'est dire toute la force et l'efficacité de cette défense, destinée à protéger le moi en mettant en question le monde extérieur"*³.

Sur le plan psychiatrique le déni constitue donc un "mécanisme de défense" extrêmement vigoureux dont le sujet est parfaitement inconscient.

2) Depuis quand connaît-on le déni de grossesse ? Historique.

Le terme de déni est d'utilisation assez récente. Cependant, la réalité médicale qu'il constitue a été observée de longue date.

Dès le XIX^{ème} siècle en effet, le Dr MARCE, élève d'ESQUIROL, observe que certaines femmes hospitalisées pendant leur grossesse n'ont pas conscience d'être enceintes⁴. Il n'est pas indifférent de constater que cette observation a été faite par un disciple d'ESQUIROL⁵, qui, avec PINEL⁶ figure parmi les fondateurs de la psychiatrie en France⁷.

Si le Dr MARCE avait vu juste, son point de vue fut contesté par les tenants d'une médecine rétrograde qui ne voyaient dans le déni qu'une "dissimulation" (Tardieu, 1874). Malgré ces obstacles, le concept de "grossesse inconsciente" selon les termes de Gould (1898) continue de s'imposer auprès de tous ceux qui étudient soigneusement la question.

Avec les progrès de la psychiatrie, le concept de "déni de grossesse" apparaît à partir des années 1970. Le déni de grossesse tend à s'affirmer comme une entité nosographique, c'est-à-dire comme une maladie au même titre que toutes les autres qu'on connaît en psychiatrie, si bien que dans les années 1990, des spécialistes internationaux⁸ proposent qu'il figure dans le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - "bible" de la nosographie psychiatrique) alors en révision. Cette proposition n'a pas été retenue, mais les travaux menés depuis vont dans le sens de la spécificité de cette entité psychopathologique et on peut penser que le déni entrera dans le DSM lors d'une de ses prochaines révisions.

3) Comment se présente le déni de grossesse ? Le tableau clinique

La femme.

Une des idées fausses circulant sur le déni est qu'il ne peut concerner que de très jeunes femmes ou des femmes "attardées". Rien n'est plus faux, comme le prouve une étude française récente menée pendant de sept ans auprès de 2 550 femmes ayant été hospitalisées dans les maternités de Denain et Valenciennes⁹. Les auteurs ont observé et décrit 56 cas de déni qui se partagent pratiquement à égalité entre ceux qui prennent fin avant le terme de la grossesse ("déni partiel") et les dénis qui se poursuivent jusqu'à l'accouchement ("déni total" : 29 cas).

Cette étude fait surtout ressortir que près de la moitié des femmes victimes d'un déni est déjà mère d'un ou de deux enfants (26 femmes sur les 56 étudiées, dont 11 parmi les 29 femmes présentant

³ S. IONESCU, M. JACQUET, C.LHOTE, Les mécanismes de défense, théorie et clinique. Nathan Université. 2003.

⁴ LV MARCE, Traité de la folie des femmes enceintes, Baillères, Paris, 1858.

⁵ Jean-Etienne-Dominique ESQUIROL, Toulouse 1772- Paris 1840.

⁶ Philippe PINEL, Saint-André, Tarn 1745 - Paris 1828.

⁷. Jusqu'à eux, les maladies mentales étaient assimilées à de la simulation ou à des conduites délictueuses (et antérieurement encore, à de la sorcellerie). Les malades étaient emprisonnés, enchaînés (au sens propre), battus. ESQUIROL et PINEL réussirent à mettre fin aux violences les plus brutales, parfois à proprement parler sadiques, que les malades mentaux subissaient.

⁸ LJ MILLER, Maladaptative denial of pregnancy, American Journal of Psychiatrie, 1991;148 (8):1108.

⁹ C. PIERRONNE, M.-A. DELANNOY, C. FLOREQUIN, M. LIBERT, Le déni de grossesse à propos de 56 cas observés en maternité, Perspectives psychiatriques, juillet 2002, vol 41, p 182-188

un déni total). Le fait d'être déjà mère ne protège donc pas contre le déni, et ne permet *pas de facto* à la femme de "reconnaître", d'avoir conscience son état de grossesse. Autre information de poids : tous les milieux sociaux sont concernés : le déni n'a pas une explication "sociale" (misère, ...) mais est réparti au hasard dans la population, ce qui est habituel pour les maladies psychiatriques les plus graves (par exemple la schizophrénie). L'âge moyen est de 26 ans, mais, les femmes concernées ont de 14 à 46 ans. Leur corps ne présente pratiquement pas de signe visible de grossesse : L'aménorrhée est absente ou transitoire (autrement dit, il y a des règles ou du moins des saignements génitaux pendant la grossesse), Elles ne sentent pas bouger le bébé. Elles ne prennent pas de poids ou pratiquement pas.

Deux exemples significatifs de déni total sont rapportés, parmi d'autres, dans cet article.

Le premier, est celui d'une femme qui se présente d'elle-même aux urgences pour des douleurs et répond au médecin qui lui demande si elle est enceinte "*Bien sûr que non, sinon je serais allée à la maternité*". Elle accouche dans l'heure.

Le deuxième, celui d'une femme, militaire de carrière, arrivée à terme, qui déclare que non seulement elle n'a éprouvé aucun des signes qu'elle avait ressentis lors des deux grossesses précédentes (elle en est donc à sa troisième grossesse) mais surtout, qu'elle ne peut être enceinte puisqu'elle n'a pas pris de poids et "est rentrée" dans son treillis habituel jusqu'à l'accouchement.

Enfin, bien qu'il ne soit pas noté dans cet article, un symptôme "en creux" retient l'attention : l'absence totale de mobile, d'explication plausible, de "raison rationnelle" à un tel comportement¹⁰.

L'entourage

Dans ce syndrome, il y a la femme concernée mais aussi son entourage. Ce qui caractérise de ce point de vue l'entourage le plus proche, c'est que lui non plus ne voit rien, ne perçoit rien, alors que des personnes plus éloignées, qui ne voient la femme concernée qu'épisodiquement peuvent percevoir qu'elle est enceinte !

Toujours est-il que, lorsqu'il s'agit de femmes vivant avec un partenaire régulier, l'étude déjà citée des docteurs C. Pierronne, M.-A. Delannoy, C. Florequin, M. Libert montre que, dans tous les cas, les conjoints ne savent rien. Ils sont sidérés par de la découverte de la grossesse. Leur étonnement est d'autant plus grand que généralement ils n'étaient pas hostiles à une naissance. Parfois même la souhaitaient-ils. Exemple significatif : un père qui a conduit son épouse aux urgences déclare, quand on lui apprend que sa femme vient d'accoucher : "*Elle m'a volé la grossesse, elle m'a volé la naissance de mon fils*"

S'agit-il d'une sorte de contagion du déni, d'une sorte de déni qui devient collectif ? S'agit-il d'une habitude des intéressés aux petits changements que la femme en déni présente et qu'ils ne perçoivent pas ? La question est loin d'être tranchée. Mais il faut souligner que, dans les cas de dénis, les répercussions de la grossesse sur l'organisme sont tellement limitées que des médecins généralistes eux-mêmes peuvent s'y tromper. Ainsi, plusieurs de ces femmes, alors qu'elles étaient enceintes, ont consulté des médecins généralistes pour des douleurs ou des malaises. "*Un tiers d'entre eux ont évoqué des troubles intestinaux ou urinaires... Ils n'ont pas posé l'hypothèse d'une grossesse ou ont envisagé une grossesse débutante alors qu'elle était à son terme*".¹¹

¹⁰ Les cas de jeunes filles qui veulent cacher leur grossesse à leurs parents constituent de ce point de vue des exceptions.

¹¹ Article déjà cité : C. PIERRONNE, M.-A. DELANNOY, C. FLOREQUIN, M. LIBERT, Le déni de grossesse à propos de 56 cas observés en maternité, Perspectives psychiatriques, juillet 2002, vol 41, p 182-188

4) La naissance.

Dans les cas de déni total, l'accouchement s'accompagne d'un état de sidération. Une patiente dit par exemple: *"J'ai pris un bain car j'avais mal au ventre, je pensais que c'était mes règles. Et puis tout a claqué, il y avait du sang, du sang, et je suis resté dans le bain"*.

Cela semble surtout être le cas quand l'accouchement a lieu dans la solitude, à domicile. Il n'est pas rare que dans ces cas là qu'il se solde par la mort du bébé, soit accidentellement, soit par manque de soins (6 cas dans l'étude déjà citée sur les 29 cas de déni total). D'autres articles médicaux rapportent les décès d'enfants qui, naissant à l'improviste dans des toilettes, y sont morts noyés^{12, 13}. Dans quelques cas, semble-t-il, la mère a tué elle-même le bébé.

A l'inverse, quand l'accouchement se produit in extremis en milieu hospitalier, la revue de la littérature médicale faite par N. Grangaud¹⁴, met en lumière que l'enfant est généralement très bien accepté, une fois le moment de surprise passé : en dehors des femmes qui présentent une pathologie psychiatrique associée, les abandons à la naissance sont rares, il ne semble pas y avoir de maltraitance par la suite, comme le montre une étude de suivi sur deux ans¹⁵ même si ce point, de même que les conséquences à long terme sur la femme et sur l'enfant, mériterait d'être mieux étudié. Un exemple de réaction à ce type de naissance nous est fourni par la mère militaire de carrière déjà citée, victime pourtant d'un déni total, qui déclare devant son bébé *"C'est comme un cadeau de Noël"*. Cet exemple éclaire le caractère paradoxal du déni de grossesse.

5) Aspects psychiatriques.

Même si pour un certain public ignorant et moralisateur *"la femme est prise pour une dissimulatrice et une menteuse"*¹⁶, sur le plan médical, la notion de "déni de grossesse" est établie. La difficulté qui demeure à ce jour pour les spécialistes est l'absence de modèle théorique explicatif lorsqu'il ne semble pas y avoir d'autres troubles psychologiques que le déni lui-même.

Il y a lieu cependant d'observer qu'il n'est pas exceptionnel en médecine qu'une pathologie authentique s'individualise sans qu'elle dispose dans un premier temps d'un modèle théorique.

Quoiqu'il en soit, plusieurs études ne retrouvent qu'un déni isolé, sans pathologie psychiatrique associée. Ainsi Finnegan¹⁷ n'observe-t-il ni psychose ni autre pathologie dans deux des trois cas qu'il a étudié, de même que Milstein dans le sien. Une étude autrichienne (Brezinka, déjà cité) ne retrouve pas d'autres troubles psychiatriques que le déni lui-même dans la moitié des dossiers étudiés (27 cas). Dayan¹⁸ conclut que le déni de grossesse est un symptôme qui ne permet pas de

¹² C BREZINKA, C HUTER et coll, Denial of pregnancy : obstetrical aspects. J Psychosom Obstet Gynecol 1994 ;15 : 1-8

¹³ KK MILSTEIN, PS MILSTEIN, Psychophysiologic aspects of denial in pregnancy : case report. J Clin Psychiatry 1983 ; 44 (5) : 189-190

¹⁴ Dr N.GRANGAUD, "Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature", Perspectives psychiatriques, vol 41, N°3, juillet 2002, p 174-81. Les références bibliographiques de cette note sont tirées pour l'essentiel de cet article.

¹⁵ C BREZINKA, H SCHROCKSNADL, W BIEBL, Die negierte schwangerschaft-geburtshilfliche und psychiatrische aspekte. Gynäk Rdsch, 1988; 28 (suppl 2) : 97-100.

¹⁶ Dr Blanche MASSARI, "Le déni de grossesse", Perspectives Psy, vol 41, n°3, juin-juillet 2002, p 172-173

¹⁷ P FINNEGAN, E MCKINTRY et coll, Denial of pregnancy and childbirth. Can J Psychiatry 1982 ; 27 : 672-674.

¹⁸ J. DAYAN, G. ANDRO, M.DUGNAT, Psychopathologie de la périnatalité. Paris, Masson, 1999

diagnostiquer une pathologie spécifique mais qu'il recouvre un ensemble de configurations psychiques ayant en commun l'ambivalence du désir d'enfant.

Dans d'autres cas (environ la moitié semble-t-il), le déni de grossesse semble s'intégrer dans un tableau pathologique plus complet (psychoses –dont schizophrénie-, hystérie,...).

Qu'il soit intégré à une maladie psychiatrique ou isolé, il faut rappeler que le déni constitue un "mécanisme de défense" extrêmement vigoureux et inconscient. C'est d'ailleurs cet inconscient qui "*engendre une absence de conflictualité*"¹⁴ dans le psychisme du sujet (d'où sa "froideur", son "détachement" qui sont des symptômes de la maladie, mais qui peuvent être interprétés par des personnes non informées comme de la désinvolture).

Dans les cas de déni total, le moment de l'accouchement pose également un problème théorique. Brozovsky¹⁹ suggère qu'alors, et plus précisément au moment où le nouveau-né émerge du canal génital et se met à crier, le déni tombe mais qu'un épisode psychotique bref survient. Pour d'autres au contraire (Bonnet²⁰), ce moment serait un moment d'exacerbation du déni. Épisode psychotique ou exacerbation du déni, le moment de l'accouchement est donc un temps particulièrement sensible qui échappe au contrôle mental de l'intéressée.

6) Fréquence du déni de grossesse. Un problème de santé publique.

Selon les différentes études, le déni de grossesse (partiel ou total) touche 2 à 3 femmes enceintes pour mille. D'après les données de l'INSEE, au cours des dix dernières années, il est né un peu plus de six millions d'enfants en France. Ce sont donc de 600 à 1 800 femmes qui sont victimes de ce syndrome chaque année. La moitié présentent un déni total !

Au cours des vingt dernières années, on peut estimer qu'en France de 12 000 à 36 000 des femmes ont souffert de ce syndrome.

De tels chiffres, font du déni un problème de santé publique. Même si le déni ne s'achève de façon tragique (avec la mort ou l'abandon du bébé) que dans un nombre limité de cas²¹ les spécialistes s'accordent à dire que ce sont toutes les femmes qui présentent un déni qui doivent recevoir des soins, même en cas de déni partiel.

Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse
28 rue Bertrand de Born, 31000 TOULOUSE
<http://deni2grossesse.free.fr/wiki>

¹⁹ M. BROZOVSKY, H.FALIT, Neonaticide, clinical and psychodynamic considerations. J Am Child Psychiatry, 1971 ; 10 : 673-683

²⁰ C. BONNET, L'abandon à la naissance, un autre regard. Soins Gynelol Obstet Puer Per 1991; 125 : 31-35.

²¹ Une cinquantaine de cas de décès par an en France, ce chiffre étant globalement stable depuis des années, le nombre d'abandons consécutifs à des dénis nous est inconnu