

DÉNI DE GROSSESSE : À PARTIR DE DEUX CAS CLINIQUES

DENIAL OF PREGNANCY: FROM TWO CLINICAL CASE REPORTS

Anne-France Batardy¹, Stéphane Halkin²

DENIAL OF PREGNANCY IS DEFINED AS THE NON-RECOGNITION OF A PREGNANCY AFTER THE FIRST THREE MONTHS. THIS ARTICLE BEGINS WITH THE DESCRIPTION OF TWO CLINICAL CASE REPORTS OF PREGNANCY DENIAL, BOTH FROM LIAISON PSYCHIATRY. THE LITERATURE DESCRIBES DENIAL OF PREGNANCY AS A CLINICAL ENTITY MAINLY MET BY YOUNG WOMEN WITHOUT ANY PSYCHIATRIC TROUBLE ASSOCIATED. THE CLINIC IS PARTICULAR: THE SYMPTOMS OF PREGNANCY ARE UNNOTICED BY THE PATIENT AND HER ENTOURAGE. NO SINGLE PSYCHOPATHOLOGICAL HYPOTHESIS CAN BE BROUGHT OUT THE LITERATURE. IF THERE IS AN ESTABLISHED LINK BETWEEN DENIAL OF PREGNANCY AND INFANTICIDE, THIS ISN'T THE ONLY OUTCOME, SEVERAL CASES OF PREGNANCY DENIAL MAY EVOLVE TO THE ESTABLISHMENT OF A FAVOURABLE MOTHER-CHILD RELATIONSHIP.

Key words : Pregnancy, Denial, Infanticide

LE CAS DE M

Une jeune femme de 21 ans (M) est amenée par le S.M.U.R (Service Mobile d'Urgences-Réanimation) dans le service d'urgences d'un hôpital général. Elle a accouché seule dans les toilettes de son lieu de travail et ses collègues l'ont trouvée dans une mare de sang. Le nouveau-né d'environ 3 kilos et né à terme a été découvert mort par les urgentistes, dans des sachets plastiques dans lesquels la patiente l'avait emballé. L'autopsie révélera ultérieurement que la mort a été causée par suffocation. M affirme ne pas s'être rendu compte qu'elle était enceinte.

Sur base de ces informations, on peut se demander si cette patiente est délirante, présente un handicap mental ou si elle est issue d'un milieu socialement très précarisé. La réalité est toute autre : M est une jeune fille aux facultés intellectuelles à priori normales et au discours cohérent, clair et non délirant. Elle est pâle et se décrit sous le choc. M n'a aucun antécédent psychiatrique et on ne relève aucun antécédent familial.

Elle est la deuxième d'une fratrie des trois filles et décrit une enfance heureuse, sans problèmes. A l'âge de 15 ans, elle part continuer ses études dans une école technique à plusieurs dizaines de kilomètres de chez ses parents. Rapidement, M se fait engagée dans un commerce proche de son école comme étudiante puis comme salariée. Elle s'installe dans un petit appartement et noue une relation amoureuse avec un collègue, âgé comme elle de 19 ans. M garde des contacts réguliers avec ses parents. Sa sœur aînée, dont elle se décrit très proche, décide de partir travailler avec son compagnon sur un autre continent. M en est heureuse pour sa sœur et à la fois triste car sa sœur lui manque malgré leurs contacts réguliers par internet.

Début de l'année en cours (alors qu'elle est enceinte de trois mois, sans le savoir), elle se sépare de son compagnon, expliquant qu'ils s'étouffaient l'un l'autre parce que travaillant et vivant ensemble.

Deux mois plus tard, son père décède brutalement dans un accident de voiture. C'est le choc pour M, qui décrit toutefois une réaction adaptée pour une telle circonstance. Elle s'inquiète alors beaucoup pour sa mère qui se doit de gérer les affaires commerciales de son défunt mari.

M ne s'est pas rendu compte qu'elle était enceinte. Avant leur rupture, son compagnon et elle n'avaient pas envisagé d'enfant et elle prenait la pilule contraceptive. Elle l'a arrêtée après leur rupture. Durant toute la grossesse, elle dit avoir gardé des saignements réguliers. Elle avait pris quelques kilos qu'elle attribuait à ses grignotages plus fréquents depuis le décès de son père. Elle n'a jamais souffert de nausées. Toutefois, elle se sentait plus fatiguée, avec des douleurs dorsales. Sa grossesse semble être également passée inaperçue pour son entourage. En témoigne la réaction de surprise et d'émoi de sa maman qui s'est précipitée au chevet de sa fille ; elle non plus ne s'était aperçu de rien. Par contre, des collègues de travail auraient demandé plusieurs fois à M si elle n'était pas enceinte et celle-ci leur répondait par la négative, prétextant que ce serait alors par l'action du Saint-Esprit.

A propos des circonstances de l'accouchement, M reste évasive. Au travail, ce jour-là, elle s'est plaint de douleurs abdominales et est allée s'étendre. La douleur s'est ensuite intensifiée et la patiente s'est rendue aux toilettes. Elle reste muette sur la suite, ne se souvenant alors de rien.

M se dit sous le choc (faisant allusion à l'annonce de sa grossesse, à l'accouchement et au décès du bébé) et considère ce

¹ Assistante en Psychiatrie (5^e année du DES), Université de Liège, service de psychiatrie, Centre Hospitalier des Ardennes, Libramont.

² Psychiatre au Centre Hospitalier des Ardennes à Libramont et au CHU de Liège, Policliniques BRUL, Liège.

drame comme un « coup dur » supplémentaire dans cette année qui ne l'a pas épargnée. Elle affiche en outre un visage figé, ne trahissant que très peu d'émotion. Elle ne donnera pas de prénom à son enfant et souhaitera assister aux obsèques avant de se rebiffer.

Une enquête judiciaire est ouverte mais l'interrogatoire de la patiente tarde.

M est hospitalisée dans une unité psychiatrique de l'hôpital général durant deux semaines. Elle reste manifestement dans le déni de la grossesse et de l'accouchement. Progressivement, son discours s'accompagnera de plus d'émotion et de larmes. Un MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) montrera une élévation de l'échelle hystérique et légèrement de l'échelle paranoïaque. Après sa sortie de l'hôpital, un suivi ambulatoire est organisé. La situation restait figée, M n'exprime aucune culpabilité ni d'élaboration psychique de son geste. Elle accepte le suivi dans un premier temps, afin de pouvoir tourner la page et envisager d'autres grossesses par la suite puis ne se présente plus.

Ce n'est que plusieurs mois après, dans les suites de l'interrogation par la police avec reconstitution des faits, que la patiente a présenté une décompensation dépressive et anxieuse. Ceci a manifestement servi de déclic et a permis la levée du déni. La patiente a depuis lors repris un suivi psychothérapeutique régulier et parvient à verbaliser ses sentiments à propos du drame. Le jugement pour infanticide n'a pas encore eu lieu.

LE CAS DE O

Une jeune fille de 17 ans, enceinte d'environ sept mois, accouche, seule et pendant la nuit, sur la table de la cuisine de la maison parentale, d'une petite fille qu'elle juge mort-née, et qu'elle emballe aussitôt dans un sac. Le nouveau-né serait tombé sur le sol au moment de l'accouchement. C'est la mère de la patiente qui, le matin, découvrant des traces de sang, a averti le médecin. Le nouveau-né est retrouvé hypotherme et bradycarde et est amené avec la maman aux urgences.

Il s'agit de la première grossesse de O, accidentelle, issue de relations ponctuelles avec un homme que la patiente n'aime plus et qu'elle n'aurait jamais envisagé d'informer au cours de la grossesse.

Elle explique avoir toujours ressenti une grande ambivalence par rapport à cette grossesse, tenaillée d'une part par la peur d'éveiller la colère de ses parents et en particulier de son père, et d'autre part, par sa répugnance à se soumettre à une interruption de grossesse. Les parents auraient finalement été mis au courant de la grossesse mais la patiente leur aurait prétendu avoir réalisé une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse), ce qu'elle n'a jamais fait.

Le soir de l'accouchement, la patiente a pris pour la première fois un hypnotique (du Zolpidem), dérobé à sa maman. A son réveil, pendant la nuit, elle est tout à fait surprise par les signes d'un accouchement auquel elle ne s'attendait pas du tout et ses

idées sont totalement confuses. Elle dit avoir agi dans un état second, parasitée par des pensées intercurrentes qui n'avaient rien à voir avec l'accouchement.

Le premier entretien clinique permettra d'exclure un trouble psychotique patent ou un handicap mental. Le discours de la patiente ne comprend aucune symbolisation ni fantasmatisation autour de la grossesse. Tout semblait se passer comme si la patiente n'allait pas accoucher, n'allait pas voir d'enfant. Par la suite, un prénom est choisi par la maman pour son bébé. Elle ne souhaite pas avertir le père de sa fille. O n'a aucun antécédent psychiatrique personnel ni familial.

Un suivi psychothérapeutique régulier est mis en place afin de permettre la levée du déni et l'effondrement du clivage présent durant la grossesse et l'accouchement. Les consultations avaient aussi pour objectif de permettre à O de prendre sa place de maman. O souhaite elle-même « comprendre l'impensable ». Des entretiens de famille ont parallèlement été organisés.

Les parents d'O ont été transitoirement désignés comme tuteurs de la fille de O mais ceci ne semble pas avoir entravé la construction d'une relation mère-fille sur un mode apparemment adéquat. Dix mois plus tard, la patiente a évolué de façon satisfaisante sur le plan familial et maternel.

INTRODUCTION

Bien que distinctes l'une de l'autre, ces deux situations illustrent les différents aspects que peut revêtir le déni de grossesse.

Parmi les points communs, on note des jeunes filles sans pathologie mentale présentant une négation de leur grossesse et de ses signes physiques, une contamination de leur déni à l'entourage, puis à l'arrivée du bébé, un état de dissociation ou d'amnésie.

Les divergences se situent au niveau du contexte dans lequel le déni s'installe. Les issues sont aussi bien différentes, dramatiques dans un cas, plus heureuses dans l'autre et nous informent aussi sur les conséquences et risques pour la mère et l'enfant.

Les soignants, confrontés à cette impensable réalité, commencent par écouter ces histoires qui suscitent un sentiment d'étrangeté. Une question est d'emblée inévitable : s'agit-il d'une dissimulation consciemment organisée ? Mais leur récit est teinté d'une telle authenticité quels seraient alors les bénéfices d'une dissimulation ? L'enjeu est ensuite d'appréhender les mécanismes de ce déni afin de permettre sa levée.

DÉFINITION

Déni : refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante (Laplanche et Pontalis, 1988). Bonnet (2002) définit 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, on parle alors de déni total.

Dayan et al. (1999) préfèrent utiliser le terme de négations de grossesse recouvrant à l'extrémité consciente les mensonges ou dissimulations de grossesse et, à l'extrémité inconsciente, le déni au sens psychanalytique du terme, que l'on peut retrouver chez les patientes schizophrènes.

Il distingue plusieurs mécanismes de défense mis en œuvre dans le déni de grossesse :

- **Le déni** : négation d'une perception, la perception est clivée dans la conscience du sujet. « *Je suis enceinte puisque vous me le dites* » (Grangaud, 2002).
- **La dénégation** : refus inconscient de reconnaître qu'un élément perçu ou admis dans son existence puisse se rapporter à un état du sujet. Exemple : que le ventre rond ou l'aménorrhée puisse se rapporter à la grossesse. Ici, il y a perception (Dayan et al., 1999). La dénégation peut s'accompagner d'annulation : « *j'ai bien pensé que j'étais enceinte mais je n'y ai pas cru.* » Il s'agit du mécanisme de défense adopté par M.
- **La pensée magique** : ne pas déclarer sa grossesse équivaut à ne pas être enceinte (Grangaud, 2002). « *J'avais l'espoir qu'en n'y pensant pas, la grossesse allait disparaître par miracle.* » Ce mécanisme semble être celui retrouvé dans le cas d'O.

Par convention nous utiliserons le terme « déni de grossesse » pour désigner ces cas de négation de grossesse qui sont pour la plupart, d'après Dayan et al. (1999), des dénégations car la conscience de porter un enfant est rarement totalement absente.

Le déni psychotique de grossesse survient chez une patiente présentant une psychose chronique, diagnostiquée en général avant l'état gravide ou gravidique. En général, l'entourage est alors conscient de la grossesse (dont les signes physiques ne sont pas dissimulés). Nous allons nous pencher sur le déni non psychotique de grossesse.

Strauss et al. (1990) ont proposé l'introduction du déni de grossesse au DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) comme sous-type des troubles d'adaptation, avec déni d'une maladie physique. Miller (1991) proposera le terme de trouble de l'adaptation avec déni d'un état physique. Le déni de grossesse ne figure, à ce jour, pas au DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

NÉONATICIDE ET FILICIDE

J.P. Resnick (1970) distingue :

- **Néonaticide** : meurtre ou assassinat d'un nouveau-né le plus souvent par sa mère.
- **Filicide ou libericide** (du terme latin *libere libera* : les enfants de l'homme libre) : meurtre d'un enfant âgé de plus de 72 heures par l'un de ses parents (Simonnot et al., 1998).

D'après l'observation de 168 cas d'infanticide par Resnik (1970) et d'après l'étude de Spinelli (2001) portant sur 16 cas de néonaticide, le profil des mères commettant un néonaticide est le suivant :

- **jeunes,**
- **célibataires,**
- **non psychotiques** (pas d'antécédent préalable au néonaticide et pas de pathologie mentale démontrée lors de l'expertise psychiatrique après le néonaticide),
- **primipares,**
- confrontées à une **grossesse illégitime,**
- le mobile du néonaticide étant de **supprimer un enfant non désiré** (Grangaud, 2002 ; Simonnot, 2002 ; Spinelli, 2001 ; Green et Manohar, 1990).

Le lien entre néonaticide et déni de grossesse est tout à fait établi. Le meurtre n'est pas prémédité : quand la réalité se fait savoir par le cri du bébé, elles y répondent en faisant à jamais taire l'intrus de façon violente (asphyxie, étranglement ou noyade), (Grangaud, 2002 ; Simonnot, 2002). Les raisons les plus souvent invoquées par ces patientes sont la honte (crainte des parents, peur de l'opinion publique), le refus d'avoir un enfant, l'affolement à la naissance lors de la confrontation à la réalité (Simonnot, 2002).

Enfin, si le néonaticide est souvent précédé par le déni de grossesse, il n'en est heureusement pas l'unique dénouement.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Une étude menée dans une maternité française de 1993 à 2000 a relevé 56 cas de déni de grossesse, ce qui correspondait à une **prévalence de 2 pour 1000** accouchements (Pierronne et al., 2002). L'étude de Bretzinka et al. (1994) qui portait sur 27 cas observés dans une maternité autrichienne entre 1987 et 1990 évaluait la **prévalence à 3 cas pour 1000** accouchements. Il est toutefois très probable que ces chiffres sous-estiment la réalité, certains cas n'étant probablement jamais dévoilés. Dans son étude quantitative, Bretzinka et al. (1994) ont réalisé des entretiens standardisés afin de mettre en évidence d'éventuels troubles psychiatriques associés au déni de grossesse ; il en a relevé dans moins de 50 % des cas (Tableau I). Le petit nombre

Tableau I
Troubles psychiatriques associés au déni de grossesse (Bretzinka et al., 1994)

	Nombre de femmes : 27	Pourcentage
Psychose	2	7 %
Dépression majeure	4	15 %
Trouble de personnalité	4	15 %
Retard mental	3	11 %
Absence de troubles	14	52 %

de cas ne permet pas de tirer de conclusions générales mais nous informe à titre indicatif de la prépondérance d'absence de pathologie mentale associée.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Une des caractéristiques les plus surprenantes dans le déni de grossesse est la non reconnaissance des signes physiques de grossesse par la patiente. Nous pouvons tenter d'expliquer cette particularité de plusieurs façons.

D'une part, ces patientes présentent peu de modifications corporelles et hormonales. C'est la composante physique du symptôme. Dayan (1999) parle de « complaisance somatique », dans la mesure où le refus psychique de la grossesse est auto-entretenu par un schéma corporel peu modifié. Ainsi, ces patientes rapportent rarement les signes sympathiques de la grossesse tels que l'asthénie, les nausées, les vomissements. Les prises de poids sont faibles voire inexistantes chez certaines de ces patientes. C'est comme si le corps se rendait complice du déni psychique. Milden et al. (1985) présentent le déni de grossesse comme l'image en miroir de la grossesse nerveuse, à propos de laquelle la littérature est d'ailleurs plus riche. D'autre part, on peut assister à une rationalisation des symptômes de grossesse. Elles attribuent les symptômes tels les nausées, douleurs, fatigue à d'autres causes. La prise de poids est expliquée par un manque d'exercice et une suralimentation.

Ces patientes rapportent fréquemment des métrorragies qui alimentent l'idée d'une permanence des menstruations et qui peuvent persister jusqu'au terme de la gestation. Certaines d'entre elles sont toujours sous contraception orale avec un maintien des hémorragies de privation qui sont interprétées comme étant des règles. D'autres présentent une aménorrhée qu'elles banalisent (Kaplan et Grotowski, 1996). Les mouvements fœtaux ne sont pas « ressentis » ou bien sont confondus avec des symptômes digestifs. Le bébé paraît silencieux, comme un petit passager clandestin (Pierronne et al., 2002). On assiste à ce phénomène de rationalisation également au moment du travail qui précède l'accouchement. Les contractions utérines sont pour elles des douleurs lombaires ou digestives et le travail est perçu comme un besoin de déféquer, ce qui explique que beaucoup de ces accouchements aient lieu aux toilettes, avec comme conséquences dramatiques de fréquents décès par noyade du nouveau-né dans la cuvette des toilettes. Ces accouchements sont souvent rapides et quasi indolores (Dayan et al., 1999 ; Durand, 2003 ; Grangaud, 2002 ; Green et Manohar, 1990 ; Kaplan et Grotowski, 1996 ; Simonnot, 2002 ; Pierronne et al., 2002).

CONTAGION DU DÉNI À L'ENTOURAGE

Il est également frappant de constater que l'entourage de ces patientes ne perçoit pas non plus l'existence de la grossesse. Tous semblent frappés de cécité (Pierronne et al., 2002).

Même dans le cas d'O où les parents avaient été informés de la grossesse avant de croire à l'IVG, ils semblent n'avoir rien soupçonné par la suite. Tout se passe comme si ces grossesses se déroulaient à l'insu des patientes et de leurs proches.

Les médecins peuvent aussi être pris dans ce mécanisme de déni. La littérature relate nombre de cas où les patientes enceintes et non conscientes de l'être ont consulté leur médecin pour des douleurs ou des troubles digestifs sans que ce dernier n'émette d'hypothèse de grossesse et ce, même à quelques jours du terme (Pierronne et al., 2002 ; Milden et al., 1985).

A l'inverse, si l'entourage, comme pour M, envisage l'éventualité qu'elle soit enceinte, cela ne permet aucune conscientisation pour la patiente.

L'ACCOUCHEMENT ET LA LEVÉE DU DÉNI

Dans les cas de déni total de grossesse, c'est bien souvent l'accouchement qui permet un déblocage de la situation et un début de conscientisation. L'accouchement produit un choc émotionnel, visible et peu ou pas verbalisé (Pierronne et al., 2002).

Plusieurs auteurs parlent d'un état de sidération pour décrire l'état psychique dans lequel se trouve la maman : choc, sentiment d'insécurité, angoisses, épisode dépressif de courte durée sont autant de réactions relevées dans les cas décrits.

D'après Simonnot (2002), les cris du bébé sont l'expression de la réalité soudaine d'une vie niée psychologiquement et biologiquement. Ils deviennent l'objectivation d'une situation dramatique refusée jusque là (Simonnot et al., 1998).

Notons enfin que la levée du déni, si elle peut être amorcée au moment de l'accouchement, se continuera progressivement dans les jours, semaines et mois qui suivent (Simonnot, 2002). D'ailleurs, dans les deux situations cliniques de M et d'O, le déni se poursuit après l'accouchement.

HYPOTHÈSES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Les auteurs ne dégagent pas de mécanisme psychopathologique unique pour expliquer le déni de grossesse. On peut toutefois supposer un mécanisme suffisamment puissant pour inhiber à ce point les perceptions corporelles et l'idée de grossesse (Pierronne et al., 2002).

Dayan (1999) considère le déni de grossesse comme un symptôme, qui ne permettrait pas de diagnostiquer de pathologie spécifique. Pour lui, le déni de grossesse recouvre un ensemble de configurations psychiques ayant comme point commun l'ambivalence du désir d'enfant.

Pour plusieurs auteurs, le déni de grossesse apparaît entretenir avec la conversion hystérique quelques traits communs, sorte d'hystérisation négative (Dayan et al., 1999 ; Milden et al., 1985). Néanmoins, il n'existe aucun consensus pour caractériser le déni de grossesse qui, en tant que symptôme, appartient à des configurations syndromiques différentes. L'association fréquente avec le néonaticide est un argument essentiel pour attester d'un rejet violent de la grossesse et d'émotions hostiles refoulées contre l'enfant à naître (Dayan et al., 1999). L'attitude de « belle indifférence » affichée par les patientes après l'accouchement, même s'il y a eu infanticide, est un argument supplémentaire. Par ailleurs, pour expliquer au mieux l'état de ses patientes, le terme de dissociation hystérique nous paraît approprié. La dissociation étant une altération soudaine et temporaire des fonctions normalement intégrées concernant la conscience, l'identité, la mémoire ou la perception de l'environnement (Lemperière et al., 1965). L'impossibilité pour les patientes de se souvenir des circonstances de l'accouchement serait ainsi de l'ordre de l'amnésie dissociative qui se définit par un oubli d'une période définie de la mémoire épisodique. Les critères du DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) impliquent que le trouble comporte l'oubli d'une ou plusieurs informations personnelles importantes, souvent lié à un traumatisme ou un stress. Le trouble n'est pas un trouble ordinaire et est isolé.

Kaplan et Grotowski (1996) voient plus souvent dans le déni un trouble de l'adaptation : il permettrait de maintenir la vie sociale et affective quand la grossesse s'avère insupportable pour des motifs psychiques ou sociaux. Les principaux arguments en sont l'adaptation sociale préalable généralement adéquate, l'absence d'autres troubles psychiatriques et la fin du déni quand disparaît la situation stressante (Dayan et al., 1999).

Dans son étude sur les accouchements sur X, Bonnet (2002) a retrouvé un déni dans de nombreux cas. Elle met en évidence un lien entre déni de grossesse et histoires de maltraitance récente (viol, abus sexuel ou inceste) ou de maltraitance dans l'enfance (que la maltraitance soit physique, sexuelle ou émotionnelle). Pour Bonnet (2002), la prise de conscience de la grossesse réactive chez ces femmes les expériences traumatiques non traitées au niveau psychologique ou judiciaire au moment de leur dévoilement. Les effets d'un traumatisme sexuel non guéri se superposent aux représentations imaginaires du bébé à naître, entravant ainsi l'établissement du lien maternel ; elle parle d'« enfant impensable ».

De nombreuses hypothèses explicatives existent donc, les deux cas développés ci-dessus ne peuvent d'ailleurs s'expliquer de la même façon. Un fait marquant dans l'histoire de M était la succession de différentes séparations : d'abord avec sa sœur partie à une grande distance géographique quelques mois précédemment, ensuite la rupture avec son compagnon et géniteur du bébé et enfin le décès brutal de son papa. Pierronne et al. (2002), dans leur observation de 56 cas de déni de grossesse en maternité, ont relevé concernant des proches, dans un quart des cas, un deuil récent. Elle se garde toutefois

de l'interpréter : la diversité des situations l'incitant à respecter d'abord la singularité de chaque histoire. Dans le cas d'O, il pourrait être légitime de se poser la question d'une dissimulation après la décision de ne pas recourir à l'interruption volontaire de grossesse. Nous n'en aurons pas la réponse à posteriori. Mais, même si on retient cette hypothèse, les risques en sont par ailleurs aussi grands : négligence de son corps, déni des besoins du bébé, incapacité à anticiper la naissance. Son immaturité, sa passivité angoissée face à l'événement, son incapacité à entreprendre la moindre action, sa peur de la réaction de ses proches, la poussent à recourir à une pensée magique qui annulerait toute trace de grossesse. A l'accouchement, toutefois, c'est un réel déni qui se produit, probablement accentué par la prise d'un hypnotique.

PRISE EN CHARGE

Psychiatres et psychologues sont généralement appelés à rencontrer de telles patientes en psychiatrie de liaison, une fois que le déni est découvert soit par le gynécologue au moment de l'accouchement (si le déni est total), soit par un médecin généraliste ou un membre de l'entourage ou par la patiente elle-même (en cas de déni partiel). Les situations seront différentes s'il y a eu néonaticide ou pas.

Dans les deux cas, il s'agira dans un premier temps d'aider ces patientes à mettre des mots sur les émotions, sentiments, pensées qui ont accompagné l'effacement du déni et brisé le silence qui est leur mode de communication habituel (Bonnet, 2002). Soulignons aussi l'utilité de préciser à ces femmes qu'elles ne sont pas les seules à avoir traversé ce déni (Pierronne et al., 2002). Dans le cas de M, le déni s'est maintenu longtemps après l'accouchement, ce qui peut aussi être contaminant pour le thérapeute. En la bousculant, en cherchant à tout prix à ce qu'elle se souvienne, à ce qu'elle s'exprime, le risque alors n'est-il pas grand de voir se casser la relation thérapeutique ? A l'inverse, focaliser les entretiens sur son passé, garder le silence sur ce qui vient de lui arriver signifie répéter en miroir sa réaction et donc son déni. Cette contamination du déni peut également atteindre le personnel infirmier qui peut oublier que cette patiente nécessite aussi les soins habituels qui suivent un accouchement. Il est tentant de ne pas la considérer comme une maman en deuil, cela nous renvoie à nos propres angoisses face à cette situation. Il est alors intéressant de partager et discuter en équipe pluridisciplinaire ces mouvements contre-transférentiels.

Il apparaît aussi utile d'approfondir le travail clinique à la recherche de troubles de personnalité ou de troubles psychiatriques associés. Dans tous les cas, la poursuite du travail psychothérapeutique est nécessaire après la sortie de la maternité. Les entretiens tentent alors d'aider la patiente à comprendre pourquoi la grossesse était si insupportable à affronter et élaborer psychologiquement. Lors des cas d'infanticides, il s'agira de dégager la patiente de ses impulsions violentes et de permettre ainsi le travail de deuil indispensable.

Lorsque l'enfant survit, il faut penser à son avenir. Il s'agit donc de permettre l'établissement 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 mais aussi être vigilant par rapport au destin de la propre haine éventuellement éprouvée à l'égard du bébé, repérer l'ambivalence de la maman et la façon dont elle l'aborde (Pierronne et al., 2002). Simonnot (2002) propose la prise en charge de ces patientes dans des unités d'hospitalisation mère-enfant.

DEVENIR DES ENFANTS... ET DES MAMANS

Brezinka et al. (1994) ont réalisé une étude sur le devenir des enfants à deux ans, dans des cas où le déni avait perduré jusqu'à l'accouchement. Dans 75 % des cas, les enfants étaient confiés à leur mère et la relation maternelle était jugée tout à fait

satisfaisante. Dans 25 %, la garde était confiée aux grands-parents. Les auteurs concluaient que l'hypothèse d'un lien entre déni de grossesse et maltraitance ultérieure ne se confirmait pas. Une autre étude autrichienne portant sur neuf cas démontre également une bonne évolution de la relation mère-enfant après 18 mois, dans un contexte de soutien médico-psycho-social (Paige et al., 2000). La littérature relate de façon répétée que, dans les cas de déni de grossesse chez des patientes adolescentes ou vivant encore chez leurs parents, la garde de l'enfant est attribuée aux grands-parents, de façon au moins provisoire.

Massari (2002) détaille son observation de deux patientes ayant présenté un déni de grossesse avec infanticide puis ayant mené à bien une nouvelle grossesse. Dans les deux cas, un travail psychothérapeutique a permis, suite au drame, de relier le passé traumatique et l'incapacité à se représenter une grossesse. Les deux enfants nés après ce travail avaient un avenir possible et elle explique son absence d'inquiétude ressentie à l'annonce de ces deux nouvelles grossesses.

CONCLUSION

Le déni de grossesse est un processus à la fois énigmatique et complexe.

Il ne répond pas à un mécanisme psychopathologique bien défini et il est impossible de cibler une catégorie de femmes potentiellement plus à risques, ce qui rend difficile toute prévention. Le psychiatre n'est d'ailleurs concerné qu'une fois levé le secret inconscient de ces patientes. Des pistes préventives seraient la sensibilisation des équipes au niveau des maternités et la prudence face à toute grossesse déclarée tardivement, en particulier chez les adolescentes. Repérer ces situations un peu plus précocement est un enjeu de santé publique non négligeable en raison des risques physiques et psychologiques encourus.

Les quelques études concernant le devenir de la relation mère-enfant sont rassurantes mais d'autres investigations et études longitudinales seraient nécessaires pour nous éclairer davantage sur le devenir de ce mystérieux phénomène.

RÉSUMÉ

Le déni de grossesse se définit par la non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre. Cet article débute par la description clinique de deux situations de déni de grossesse rencontrées en psychiatrie de liaison. La littérature décrit le déni de grossesse comme une entité clinique se retrouvant principalement chez des jeunes femmes ne présentant aucun trouble psychiatrique associé. La clinique en est singulière : tous les symptômes de grossesse passant inaperçus pour la patiente et pour son entourage. Il ne se dégage pas dans la littérature d'hypothèse psychopathologique unique. S'il existe un lien établi entre déni de grossesse et infanticide, ce dernier n'en est toutefois pas la seule issue, certains cas de déni de grossesse pouvant évoluer vers l'établissement d'une relation mère-enfant favorable.

SAMENVATTING

Het ontkennen van de zwangerschap wordt bepaald door de niet erkenning van een zwangerschap eens de eerste 3 maanden voorbij. Dit artikel begint met de klinische beschrijving van twee toestanden van zwangerschapsontkenning die voorkwamen in liaisonpsychiatrie. De literatuur beschrijft zwangerschapsontkenning als een klinisch geheel die vooral voorkomt bij jonge vrouwen die geen bijkomende mentale problemen vertonen. De kliniek is eenvoudig: alle zwangerschapssymptomen worden onzichtbaar voor de patiente en voor haar omgeving. In de literatuur spreekt men niet van een unieke psychopathologische hypothese. Indien er een band bestaat tussen de zwangerschapsontkenning en kindermoord, zal deze laatste niet de enige uitkomst zijn; er bestaan gevallen van zwangerschapsontkenning die tot het opbouwen van een gunstige moeder-kind relatie kunnen ontwikkelen.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th ed) (Washington DC 1994), Masson, Paris, 1996.
- Brezinka C., Huter O., Biebl W., Kinzl J.** Denial of pregnancy : obstetrical aspects. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol* ; 15 : 1-8 (1994).
- Bonnet C.** Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé. *Perspectives Psy* ; 41 ; 3 : 189-194 (2002).
- Dayan J, Andro G, Dugnat M.** Déni de grossesse. *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson, Paris. 1999 : 41-49.
- Durant B.** Manifestations psychopathologiques de la grossesse. *La revue du praticien* ; 53-2 : 1913-1919 (2003).
- Grangaud N.** Psychopathologie du déni de grossesse: revue de littérature. *Perspectives psy* ; 41 ; 3 : 174-181 (2002).
- Green C.M., Manohar S.V.** Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. *British Journal of Psychiatry* ; 156 : 121-123 (1990).
- Kaplan R., Grotowski T.** Denied pregnancy, case report. *Aust N Z J Psychiatry* ; 30 : 861-863 (1996).
- Laplanche J., Pontalis J.B.** Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris, neuvième édition, 1988 : 178.
- Lemperière T., Perse J., Enriquez M.** Symptômes hystériques et personnalité hystérique. Masson, Paris, 1965 : 75-77.
- Massari B.** Intérêt de l'accompagnement du déni de grossesse: à propos de deux observations après infanticide puis une nouvelle naissance. Rôle de l'implication ou non de la justice. *Perspectives Psy* ; 41 ; 3 : 208-216 (2002).
- Milden R., Rosenthal M., Winegardner J., Smith D.** Denial of pregnancy : an Exploratory investigation. *J Psychos Obstet Gynaecol* ; 4 : 255-261 (1985).
- Miller L.J.** Maladaptative Denial of Pregnancy. *Am J Psychiatry* ; 148 : 8 ; 1108 (1991).
- Paige C., Neifert L.** Denial of pregnancy: A case study and literature review. *Mil Med* ; 165 : 566-568 (2000).
- Pierronne C., Delannoy M.A., Florequin C., Libert M.** Le déni de grossesse: à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psy* ; 41 ; 3 : 182-188 (2002).
- Reznick P.J.** Murder of new born: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* ; 126 : 1414-1420 (1970).
- Simonnot A.L., Vitry I., Mazet P.** L'infanticide en France: une réalité clinique bien actuelle. *Psychiatrie périnatale: parents et bébé, du projet d'enfant aux premiers mois de la vie.* PUF, Paris, 1998 : 229-245.
- Simonnot A.L.** Infanticide à l'adolescence et déni de grossesse. *Perspectives Psy* ; 41, 3 : 195-199 (2002).
- Spinelli M.G.** A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* ; 158 ; 5 : 811-813 (2001).
- Strauss D. Spitzer R.L., Muskin P.R.** Maladaptative denial of physical illness. A proposal for DSM-IV. *Am J Psychiatry* ; 147 : 1168-1172 (1990).

Anne-France Batardy

Centre Hospitalier des Ardennes,
avenue d'Houffalize 35, 6800 Libramont