

Pierre Landes  
[Professeur des Universités, praticien  
hospitalier en gynécologie obstétrique]

**L'appareil génital de la femme :  
support du déni de grossesse ?**

## **L'appareil génital de la femme : support du déni de grossesse ? par Pierre Landes**

Ayant été chargé par M. le président de la cinquième section de poser une question, j'ai proposé le titre ci-dessus.

Où faut-il chercher ce support ailleurs ?

Je n'ai guère rencontré que deux fois une situation proche du déni de grossesse et pourtant la gynécologie-obstétrique fut mon activité professionnelle.

Revenons d'abord à une définition. Selon le Larousse en 12 volumes le déni est le « refus d'une chose légalement due ».

Dans le présent exposé seront envisagées la physiologie et la physiopathologie génitales féminines.

Rappelons un fait historique : la température basale (matinale après au moins trois heures de sommeil) varie presque constamment au cours du cycle menstruel de 2 à 4 dixièmes de degré. Enregistrée sur courbe, elle permet le diagnostic de grossesse et l'appréciation de son évolution dans les premières semaines. Le déni de grossesse devient alors impossible.

Divers facteurs peuvent perturber les phénomènes menstruels :

- des pathologies de l'endomètre, c'est-à-dire de la muqueuse qui tapisse la cavité utérine, par exemple l'hyperplasie polypoïde,

- des cycles artificiels obtenus par « pilules » progestatives ou oestroprogestatives avec ou sans « oublis ».

Plus tard, les modifications morphologiques corporelles démontrent la grossesse mais parfois elles peuvent être cachées. La femme consulte habituellement pour troubles digestifs.

Une même observation peut être faite pour le déni de grossesse et pour l'avortement : le fœtus est considéré par la femme enceinte comme une partie de son corps et non pas comme un nouvel être vivant.

Le déni a donné lieu à de multiples études françaises et étrangères.

Dans les mises à jour de gynécologie et d'obstétrique de 2010, on relève deux publications : la première de cliniciens en gynécologie de Tours (Lansac et coll.), la seconde d'une psychanalyste de Nantes (Marinopoulos).

L'article de Lansac a l'avantage de définir :

- les types de déni partiel (avant terme de la grossesse) ou total (jusqu'à l'accouchement), de fréquence 38 % soit 1/2500 accouchements, et 0,6 % d'accouchements à domicile, 1/10000. Pathologie reconnue à l'OMS.

- le néonaticide pour le décès de l'enfant survenant dans les 30 premières minutes de sa vie.

Si la grossesse est découverte avant l'accouchement, les professionnels de la naissance devront accompagner cette femme pour l'aider à prendre conscience de son état, la faire accoucher en établissement comprenant une équipe psychiatrique. Après accouchement, la vigilance de surveillance s'impose, car l'infanticide peut encore avoir lieu en hospitalisation, ou même sur le chemin du retour à domicile.

Enfin, 20 % des enfants soustraits seront confiés à l'adoption.

Les modalités de décès de l'enfant ne sont pas toujours évidentes : on parle d'absence de soins, d'abandon, rarement de strangulation, d'étouffement, de noyade, de défenestration...

Il faut distinguer le déni de grossesse de la grossesse cachée. Dans ce cas, la femme fait tout pour la dissimuler à son entourage. Le néonaticide est encore plus fréquent que dans le déni et peut être répété.

J'espère vous avoir éclairé sur le contexte génital du déni de grossesse qui concerne bien d'autres disciplines.