

LE DENI DE GROSSESSE EST-IL UNE ENTITE CLINIQUE VALIDE ?

QUELS EN SONT LES ENJEUX?

Docteur Marie-Bernard DILIGENT

Comme l'amour conjugal, la maternité est censée être une étape idyllique, un long fleuve tranquille. L'observation montre qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Le déni de grossesse en est un des avatars. Certes il n'est pas aussi mortifère que l'actualité médiatique épisodique peut le faire imaginer à travers des récits de néonaticides et de « bébés congelés ». Ce n'est pas un phénomène rare. Sa prévalence globale se situe autour de 2 à 3 pour 1000 naissances avec une nette prépondérance pour les dénis partiels. Les estimations varient suivant les auteurs dans la mesure où il s'agit surtout d'études rétrospectives.

De quoi s'agit-il ? C'est la non reconnaissance d'une grossesse au-delà du 1^o trimestre et pouvant se prolonger jusqu'à l'accouchement et couvrir même ce dernier.

I. Quels sont les éléments cliniques du déni de grossesse ?

Le déni n'est pas réservé à un milieu social particulier ou à un contexte familial défini. Tous les milieux, toutes les tranches d'âges, toutes les constructions familiales sont concernées y compris les mères ayant eu un ou plusieurs enfants.

Très fréquemment, la grossesse se situe au décours d'un désir, d'une attente du couple. C'est la dimension affective et existentielle. Les signes physiques sont les témoins de l'heureux événement. Dans le déni, ni le désir ni les signes physiques ne sont au rendez-vous :

- Il n'y a pas de prise de poids. Cette « complaisance somatique » permet de porter les vêtements habituels jusqu'à la fin. Les ménorrhagies peuvent persister jusqu'à la fin. Les nausées sont rares. Le masque de grossesse est absent. Les mouvements fœtaux ne sont pas ressentis ou confondus avec des troubles digestifs. C'est à l'occasion du bilan de ces troubles que le diagnostic est souvent porté.

- L'enfant a presque toujours un poids classique à la naissance, il se loge en fait en position debout, dans un utérus resté à la verticale, près de la colonne vertébrale.

- Lors de la prise de conscience de la grossesse par la femme, son corps peut se transformer en un temps record. L'inconscient démontre ici toute sa puissance. Pour Marinopoulos, le déni est un grave trouble de la représentation qui prive la mère d'une pensée sur son enfant et sur sa « maternalité ».

- Il existe une « contagion » du déni. Le conjoint présent dans 50% des cas ne sait rien. Le jugement de l'interlocuteur est influencé.

- Les circonstances de la constatation de grossesse sont variables : La perception des mouvements du fœtus par la mère ou le médecin ; lors d'une échographie pour douleurs abdominales ou lors d'une consultation aux urgences (souvent au terme de la grossesse).

- **La révélation est un moment vécu dans la stupeur, l'angoisse et l'incrédulité. Vécue de manière brutale, elle peut être un cataclysme, une grande tempête psychique. En un temps court, la femme doit construire sa grossesse, son espace psychique maternel. Ce bouleversement peut**

entraîner des impulsions infanticides à travers une demande d'avortement. Bien sûr, au-delà de cette prise de conscience, la femme peut continuer à dissimuler. C'est une autre dimension.

II. Les négations de grossesse

La littérature est importante évoquant d'abord les grossesses méconnues : François Mauriceau, gynécologue (1681), Louis-Victor Marcé, psychiatre (1858), Ambroise Tardieu, médecin légiste (1868), Georges Gould, psychiatre (1897) et Paul Brouardel, médecin légiste (1900), puis ensuite, plus précisément les négations de grossesse. Ce terme est utilisé par les docteurs Ary et Simone Becache à propos d'un cas pathologique d'une schizophrène (Lyon, 1976). Cette littérature spécialisée et méconnue du grand public a deux axes principaux d'approche :

- le déni en pratique gynéco-obstétricale et en pratique de psychiatrie néonatale.
- le déni envisagé par les experts psychiatres et les médecins du milieu pénitentiaire abordant les situations de violence, notamment des néonaticides.

Le premier colloque français sur le déni de grossesse, la publication des actes en 2007 et la création d'une association pour la reconnaissance du déni ont largement diffusé l'intérêt pour le sujet. A tel point que depuis 2007 le nombre de cas répertoriés et les publications ont été multipliés par deux.

Les négations de grossesse ou les grossesses méconnues forment un large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte de reconnaître son état. On distingue :

- les formes conscientes : la dissimulation
- les formes inconscientes : le déni qui recouvre trois réalités : la dénégation (le refoulement), le déni stricto sensu, la forclusion (le repoussement).

Tous ces termes sont en référence à un corpus psychanalytique qu'il convient d'aborder pour discerner les profondes différences pouvant exister d'une situation à l'autre, d'après Laplanche et Portalis (Vocabulaire de la Psychanalyse).

1. **La dénégation** est le 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. Ce mécanisme semble insuffisant à rendre compte du caractère massif de la récusation de la métamorphose physique.
2. **Le déni** : terme employé par Freud dans un sens spécifique, mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, (essentiellement celle du pénis chez la femme). Ce mécanisme est particulièrement invoqué par Freud pour rendre compte de fétichisme et des psychoses.

Ce ne sont pas les seuls mécanismes en cause : refoulement, pensées magiques, clivage. Ce mécanisme apparaît inadéquat au déni de grossesse. Il n'y a pas déni d'objet avec l'effet catastrophique d'anéantissement de la psychose.

Quel est ce mécanisme psychique qui fait dire à V. C. : « *C'était comme si être enceinte ne pouvait pas m'arriver. Pour l'IVG, ce problème ne se posait pas puisque, dans ma tête, je n'étais pas vraiment enceinte. A chaque fois, c'était comme si je n'avais pas vraiment vécu les faits...Puisque cet enfant était de moi, je m'accordais tous les droits sur lui, même celui, extrême, de lui donner la mort... Je ne les sentais pas bouger dans mon ventre. Pour moi, ça n'a jamais été des enfants..., c'était un peu de moi, un prolongement de moi que je tuais... Pour moi, ils n'étaient pas vivants. Je l'ai su, puis je ne l'ai plus su, puis de temps en temps, je l'ai su.* » Il est difficile d'interpréter ce morcellement du vécu. Le terme

de déni d'objet est inapproprié et entraîne un malentendu sémantique. Toute une gamme de dénis n'est pas des dénis d'objets, mais des dénis sur l'objet, comme le souligne Daniel Zagury (2013), en reprenant le travail de Paul-Claude Racamier dans « Le génie des origines ».

3. Le déni sur l'objet

Non pas déni d'objet, mais déni sur l'objet, comme le montre Paul-Claude Racamier dans « Le génie des origines », il prive l'objet de certaines de ses qualités ou propriétés (matérialité, gravité, localité, signifiante, ...).

Ce n'est pas un déni édulcoré, atténué.

L'intensité de la sidération au moment de l'expulsion témoigne de sa force, mais il s'agit d'un déni non psychotique.

Déni de la conception et du rapport sexuel (« je ne pouvais pas être enceinte »)

Déni des métamorphoses du corps (« Je ne ressentais aucun signe de grossesse, donc pour moi, je ne pouvais pas être enceinte »)

Déni de l'altérité (Porter un autre en soi : « C'était une partie de moi »)

Déni de signification (« Je le savais, mais je n'y accordais aucune importance »)

Déni d'un processus vital en cours (« Pour moi, il ne pouvait être vivant »). « L'enfant invisible » (Delassus) « c'est l'enfant qui était invisible, voilà pourquoi je ne l'ai pas vu. »

Déni de l'inéluctabilité du terme et de l'accouchement (« Je le pressentais, mais n'y pensais pas »).

Il y a donc tout un champ de dénis de grossesse, à ne pas confondre avec l'anéantissement de l'objet schizophrénique. Freud relie cette notion à celle de clivage du moi qui permet de maintenir deux positions contradictoires comme de reconnaître une situation tout en la niant.

Il s'agit donc d'une méconnaissance partielle avec une fluctuabilité temporelle extrêmement intense de l'investissement ou de la dénégation de la grossesse et de l'enfant en résultant (Le Nestour).

Tout se passe comme si la femme avait une perception fugace et intermittente de sa nouvelle condition, tout en repoussant perpétuellement l'échéance. Cet impensé a pour corollaire l'impréparation et l'absence d'anticipation, d'où ce qui constitue une quasi-constance.

« L'improvisation catastrophique de l'accouchement dans un état psychique paroxystique semi-crépusculaire. Cet accouchement (solitaire) est vécu comme l'expulsion d'un corps étranger » (DUBEC 1992), dont il faut se débarrasser au plus vite, le plus souvent à proximité, parfois dans un lieu de conservation (congélateur), laissant au fantasme une chance de donner ultérieurement un statut symbolique voire la vie, à ce qui n'est qu'une chose inerte venue dramatiquement contredire le déni dont elle a fait l'objet (Zagury 2013).

La grossesse entraîne un remaniement psychique qui se manifeste comme une perturbation de l'équilibre psychique antérieur (situation de crise). Cette perturbation est si intense qu'elle ressemble à un processus pathologique ; ce processus, pourtant, permet une adaptation à la venue de l'enfant, ce que Winnicott (1956) a appelé la préoccupation maternelle primaire.

Les remaniements passeront à travers une succession d'étapes psychologiques qui correspondent aux événements physiologiques liés à la gestation et à la perspective de l'accouchement et au déploiement de la construction imaginaire et fantasmatique de de l'enfant à naître. (Bayle)

Avec les mouvements fœtaux, l'enfant gagne en autonomie à l'intérieur du corps de la femme. L'image de l'enfant s'affine progressivement dans le psychisme maternel, mais aussi la propre image de la femme en tant que mère.

Ainsi nous devons reconnaître l'importance de la mentalisation de la grossesse. Un véritable espace psychique maternel se crée dès le début de la grossesse, initié par la phase de nidification. Si cet aspect se constitue sur un mode défensif (le déni), c'est tout un ensemble de difficultés qui surgit, en particulier, dans l'élaboration du lien mère-enfant. Il faut ajouter que le bébé n'est pas seul dans le ventre maternel. Des fantômes du passé y résident aussi (les éventuels enfants morts, les enfants vivants et futurs de la mère, ceux de son enfance, c'est-à-dire les enfants de la mère de la mère. (Claude Tabet, 2009).

Les parents sont parfois des « morts-vivants » détruits par des fantômes du passé. Ils tentent avec le psychothérapeute de comprendre l'énigmatique de la parentalité de leurs propres parents qui ont souvent meurtri ou amputé leur développement psychique dans leur enfance.

III. Les mécanismes psychopathologiques

De nombreux mécanismes, uniques ou le plus souvent conjugués, entrent en compte dans ces situations de négation et de contamination de déni. Citons sans les développer :

- L'ambivalence du désir d'enfant (Dayan-Bialowski)
- Les conflits intrapsychiques non résolus
- Une sexualité impensable
- Le rapport à l'image du corps
- L'expérience traumatisante d'une grossesse antérieure
- La pauvreté de la communication des émotions
- Une problématique transgénérationnelle
- Un trouble de l'adaptation

Il faudrait, en outre, étudier des mécanismes neuropsychologiques

IV. LES SUITES DU DENI

La négation de grossesse est un problème de santé publique. Les grossesses ne sont pas surveillées, elles ne le sont que du fait d'un grave problème psychologique.

Après la levée de déni pendant la grossesse

Lors de la levée du déni de grossesse, il peut y avoir ... de dissimulation, demande d'interruption de grossesse ou au contraire, développement du processus de maternalité.

Lors de l'accouchement et après

1. Le néonaticide

« On n'est plus susceptible d'être assassiné le jour de sa naissance que tout autre jour de sa vie. »(Crittenden et Craig 1990). Resnick (1976) a tenté de montrer que le néonaticide, meurtre du nouveau-né, constitue une entité distincte. Il y a d'autres causes criminologiques que le déni de grossesse à cette conduite de mort (obstacle à la jouissance, vengeance de Médée, douleur de vivre). C'est acte n'est que la conséquence de délits et de crimes, dimension juridique, (défauts de soins ou mauvais traitements ayant entraîné la mort sans intention de la donner, coups et blessures, actes de barbarie, homicide volontaire et meurtre).

Si le déni est massif et s'est poursuivi jusqu'à l'expulsion, il peut y avoir persistance d'un clivage si puissant que le bébé ne représente plus un être fragile, mais une chose encombrante dont il s'agit de se débarrasser au plus vite (Catherine Bonnet). Dans l'impossibilité de créer un lien maternel avec

l'enfant, ces mères renoncent à cette filiation pour préserver l'enfant (Catherine Bonnet – L'enfant impensable).

Dans ces cas on ne retrouve pas de psychopathie évidente sauf une situation de « psychose froide » qui aurait décompensé en psychose aiguë de Méninger et Mayman (auteurs américains de la 2^e guerre mondiale), de durée brève suivie d'amnésie. Le défaut de discernement ou l'état de confusion lors des faits ne sont pas toujours avérés. On peut concevoir les difficultés de conclure pour l'expert et de juger pour le magistrat

2. L'abandon

Plusieurs centaines de femmes demandent, chaque année en France de pouvoir confier leur bébé à l'adoption en gardant le secret de leur identité, traduisant leurs difficultés à construire une famille. C'est un processus essentiel en périnatalité qui consiste à revisiter ses racines, pour pouvoir mieux se tourner vers l'avenir. Dans ce voyage psychique régressif vers l'héritage générationnel, et constructif dans la reprise du matériel ancestral, les retrouvailles sont nécessaires pour l'ancrage d'une nouvelle famille (Darchis, 2007). Au décours de la levée du déni, 50% le souhaitent mais 84% y renoncent ultérieurement, surtout en cas de déni partiel. Catherine Bonnet montre qu'elles renoncent à cette filiation pour préserver l'enfant. Durant le reste de sa grossesse la mère va s'approprier son enfant. Le déni peut parfois se poursuivre au-delà de l'accouchement. Ainsi faut-il être attentif à l'établissement du lien mère-enfant.

3. Les enfants du déni

Quelle devenir pour ces enfants appelés aussi passagers clandestins (L. Roubaud, 2001) ? Les études longitudinales montrent qu'après deux ans d'évolution, aucun trouble majeur de développement n'est constaté, hormis chez les enfants de mères psychotiques. Relativisons pour l'instant ces conclusions, les études n'étant pas ni suffisamment nombreuses ni suffisamment prolongées. Il faudrait prendre en compte la violence invisible.

4. L'évolution de la mère

Les caractéristiques du déni de grossesse étudiées la différencient de la grossesse cachée et dissimulée. Cette grossesse méconnue de la femme et invisible à son entourage doit être repérée par les professionnels pour faire l'objet d'un accompagnement dans l'intérêt du fœtus et /ou de l'enfant mais aussi dans l'intérêt de la mère.

Certaines femmes présentent des dénis à répétition. Comment prévenir cette récurrence ? D'autres femmes sans présenter de véritables pathologies psychiatriques ont une pathologie d'abandon. Ainsi l'aveuglement et le silence de l'entourage montrent les défauts majeurs d'attention et de mutualité dans la communication, constantes dans la famille passée comme dans la famille actuelle.

Il faut savoir enfin que la révélation du déni de grossesse (clivage défensif) peut provoquer une décompensation psychotique ou un effondrement dépressif. D'où la nécessité d'accompagner la femme, tout au long de la progressive levée du déni, pendant la grossesse et longtemps après. L'accompagnement repose sur une écoute attentive du fonctionnement psychique du sujet lors des entretiens. La compliance du sujet à cette démarche psychologique n'est pas acquise d'avance ! C'est une perspective bien ambitieuse du fait des résistances face à la démarche psychothérapique.

En conclusion, un regard nouveau, né du développement de la psychiatrie périnatale (S. Messonier), notamment de la psychiatrie fœtale (M. Soulé), donne des outils en faveur d'un repérage clinique des négations de grossesse, dans le cadre d'équipes et de réseaux pluridisciplinaires, susceptible d'une véritable démarche de prévention sociale.