

Texte de synthèse sur

Le déni de grossesse

Suivi de

La mort apparente du nouveau né

Association pour la reconnaissance du déni de Grossesse
<http://denidegrossesse.iffrance.com/denidegrossesse/>
denidegrossesse@iffrance.com
(adresse postale en cours)

Le déni de grossesse

1. Qu'est-ce que le "déni de grossesse" ? Quelques définitions.
2. Mais qu'est ce qu'un déni ?
3. Depuis quand connaît-on le déni de grossesse ? Historique.
4. Comment se présente le déni de grossesse ? Le tableau clinique
5. La naissance.
6. Aspects psychiatriques.
7. Fréquence du déni de grossesse. Un problème de santé publique.

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

Déni de grossesse : Le déni 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, "Déni de grossesse, essai de compréhension psychopathologique" (1) : "Par convention, le déni 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 "déni partiel" si le déni de grossesse prend fin avant le terme de la grossesse et de "déni total" s'il se poursuit jusqu'à l'accouchement. Lorsqu'il s'agit de déni 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 déni 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.

2) Mais qu'est-ce qu'un "déni"

Les cas de "déni" ne sont pas limités au "déni 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 déni) est une attitude de refus 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.

3) 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 XIXème siècle en effet, le Dr MARCE, élève d'ESQUIROL, observe que certaines femmes hospitalisées pendant leur grossesse n'ont pas conscience d'être enceintes (4). Il n'est pas indifférent de constater que cette observation a été faite par un disciple de Jean-Etienne-Dominique ESQUIROL (Toulouse 1772- Paris 1840), qui, avec Philippe PINEL (Saint-André (Tarn) 1745 - Paris 1828) figure parmi les fondateurs de la psychiatrie en France. 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. Mais on mesure encore aujourd'hui sur ce plan que du chemin reste à parcourir ! 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 internationaux (5) 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 dans le DSM lors d'une de ses prochaines révisions.

4) 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 Valenciennes (6). 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 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 de son état de grossesse. Autre information de poids : tous les milieux sociaux sont concernés. Cette étude montre que le déni n'a pas une explication "sociale" (misère, ...) mais est répartie 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 vont de 14 à 46 ans. Enfin, leur corps ne présente pas de signe de grossesse : L'aménorrhée est absente ou transitoire (autrement dit, il y a des règles ou des saignements génitaux pendant la grossesse), Elles ne sentent pas bouger le bébé, Elles n'ont pas pris 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 comportement (7).

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 la voient 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"(8).

5) 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 (9,10). Dans quelques cas, 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. Grangaud (11), 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 ans (12) 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.

6) Aspects psychiatriques.

Même si pour un certain public ignare et moralisateur "la femme est prise pour une dissimulatrice et une menteuse" (13), 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 que, d'une part, 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 et que, d'autre part plusieurs études ne retrouvent qu'un déni isolé. Ainsi Finnegan (14) 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). Dayan (15) conclut que le déni de grossesse est un symptôme qui ne permet pas de 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 cette inconscience 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. Brozovsky (16) 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 (Bonnet 17), 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.

7) 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 ! On peut d'ailleurs estimer qu'en France de 12 000 à 36 000 des femmes ont souffert de ce syndrome au cours des 20 dernières années. 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 une nombre limité de cas (18) 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.

Notes

1. Thèse, Faculté de Médecine, Paris, 2001.
2. WERNER D. FROHLICH, Dictionnaire de la psychologie, Encyclopédies d'aujourd'hui, 2001
3. S. IONESCU, M.-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. LJ MILLER, Maladaptative denial of pregnancy, American Journal of Psychiatrie, 1991;148 (8):1108.
6. 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
7. Les cas de jeunes filles qui veulent cacher leur grossesse à leurs parents constituent de ce point de vue des exceptions.
8. 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
9. C BREZINKA, C HUTER et coll, Denial of pregnancy : obstetrical aspects. J Psychosom Obstet Gynecol 1994 ;15 : 1-8
10. KK MILSTEIN, PS MILSTEIN, Psychophysiological aspects of denial in pregnancy : case report. J Clin Psychiatry 1983 ; 44 (5) : 189-190
11. 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.
12. C BREZINKA, H SCHROCKSNADDEL, W BIEBL, Die negierte schwangerschaft-geburtshilfliche und psychiatrische aspekte. Gynäk Rdsch, 1988; 28 (suppl 2) : 97-100.
13. Dr Blanche MASSARI, "Le déni de grossesse", Perspectives Psy, vol 41, n°3, juin-juillet 2002, p 172-173
14. P FINNEGAN, E McKINTRY et coll, Denial of pregnancy and childbirth. Can J Psychiatry 1982 ; 27 : 672-674.
15. J. DAYAN, G. ANDRO, M.DUGNAT, Psychopathologie de la périnatalité. Paris, Masson, 1999
16. M. BROZOVSKY, H.FALIT, Neonaticide, clinical and psychodynamic considerations. J Am Child Psychiatry, 1971 ; 10 : 673-683
17. C. BONNET, L'abandon à la naissance, un autre regard. Soins Gynelol Obstet Puer Per 1991; 125 : 31-35.

LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NE

Dans environ 3 % des cas, le bébé peut être à un moment en état de mort apparente. Cette situation est connue de longue date : "A la faculté (dans les années 1780), on désignait sous le terme d'Asphyxia neonatorum la mort apparente du nouveau-né. On estimait alors qu'on observait deux ou trois cas pour cent naissances". L'état de mort apparente est plus fréquent quand l'accouchement est difficile comme le notait François CHAUSSIER (1746-1828), professeur à la faculté de médecine de Paris, avec une description de la situation qui garde tout son intérêt aujourd'hui encore tant elle est précise et claire : "Dans un accouchement long et laborieux, l'enfant souffre plus ou moins par la pression qui s'exerce sur les différentes parties de son corps et par la violence qu'il éprouve à franchir les détroits du bassin ? l'enfant naît quelquefois dans un état de stupeur et de faiblesse qui ressemble à la mort la plus assurée. Il est sans mouvement et sans pouls ; ses lèvres sont décolorées, ses yeux éteints, ses membres flasques et sans résistance. D'autre fois les paupières sont gonflées, les yeux saillants et le visage violet : tout annonce une stase de sang." Et de conclure : "Si on n'agit pas, le fil de ses jours est tranché et ne peut être renoué".

Qu'est-ce que la mort apparente ? Actuellement, l'état de mort apparente est "défini par un score d'Apgar à la première minute de vie inférieur à 4". Le "Score d'Apgar" est constitué par le résultat de l'addition de la cotation de cinq signes : les battements cardiaques, la respiration, le tonus musculaire, la couleur de la peau et la réactivité à la stimulation. Pour chacun des cinq signes recherchés, la cotation est de zéro s'il est absent. Elle est de un si le signe est faible et de deux lorsque le signe est normal. Par exemple, la cotation du signe "réactivité à la stimulation", est la suivante : zéro pour un nouveau-né qui ne réagit pas, un pour celui qui grimace seulement et deux s'il crie vigoureusement en agitant les quatre membres. Autre exemple, si l'on ne perçoit pas le pouls, si le corps est mou, s'il n'y a pas de réactivité à la stimulation, si la peau est un peu rose, et si la respiration est imperceptible, on est en dessous de 4 et le bébé semble mort.

QUE FAIRE DANS UN CAS DE MORT APPARENTE ?

Un état de mort apparente "nécessite une prise en charge immédiate et stéréotypée du nouveau-né" seul susceptible de sauver le bébé. Cette prise en charge est hautement technique. Elle nécessite d'emblée une intubation puis un massage cardiaque. On utilise ensuite l'adrénaline en instillation intratrachéale. Il est à noter que, si faute de la mise en oeuvre de ces mesures l'enfant meurt toujours, même quand elles sont réalisées, le résultat n'est pas acquis d'avance, et des morts sont à déplorer encore de nos jours même dans les meilleurs milieux hospitaliers.

La mort apparente -longtemps confondue avec la mort du nouveau né tout court- a posé aux obstétriciens de nombreux problèmes. Sur le plan médical, elle reste un sujet d'actualité pour les sages femmes et les accoucheurs. Ainsi, la revue médicale "Les dossiers d'Obstétrique" a-t-elle publié en 1995 deux articles (1) sur le sujet. En 1999, la même revue a publié (2), sous la signature du Professeur Henri STOFFT, ancien chef de service de maternité, un article historique qui rappelle dans son introduction que la mort apparente du nouveau né existe toujours bel et bien, mais qu'aujourd'hui, la sage-femme confrontée à une telle situation "si inquiète soit-elle, accomplit des gestes codifiés, stéréotypés, chronométrés, coordonnés avec ceux d'éventuels intervenants, accoucheurs, réanimateurs, pédiatres".

- (1) N° 229 (juin 95) et n° 231 (août-sept 95), ce dernier étant une "Fiche technique : conduite à tenir devant un état de mort apparente" sous la signature de M. COTTO, S. LENOIR, M. GAMBLIN, N. ATECHIAN.
- (2) N°272 Les informations médicales contenues dans cette note sont toutes issues des trois articles cités de "Les dossier de l'Obstétrique, revue d'informations médicales et professionnelles de la sage-femme.