

DENI DE GROSSESSE

Dr ANDRO

Unité de périnatalité et petite enfance

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Pr BALEYTE

CHU de caen

Octobre 2011

Déni(s) de grossesse

Pourquoi cette commande?

- Exemple paradigmatique de l'influence du psychisme sur le corps
- Médiatisation / lien avec néonaticides
- Fascination, rejet, incrédulité=> controverses

Déni de grossesse

- Terme absent de la plupart des ouvrages de référence de la littérature médicale
- Très peu de publications médicales
- Pas de critère diagnostique précis
- N'est pas une pathologie psychiatrique en soi
- Symptôme psychique non univoque

Déni de grossesse et nosographie

- Pas reconnu dans classification des troubles mentaux (DSM IV)
- Certains ont proposé un nouveau sous-groupe dans chapitre « Troubles de l'adaptation »: Déni inadapté d'une maladie physique mais grossesse n'est pas une maladie donc: Déni inadapté d'un état physique

« Dénis de grossesse psychotiques »/ « Dénis de grossesse non psychotiques »

- Expressions usitées mais peu appropriées
- Précisant seulement présence ou absence de troubles psychotiques chroniques patents chez la patiente (pensée incohérente et désorganisée, éléments délirants: schizophrénie, PMD)

Dénis de grossesse psychotiques

- Ici, changements physiques normaux de la grossesse existent donc perçus par l'entourage
- Perçoivent les modifications de leur corps et ressentent le cortège de symptômes habituels mais ne les attribuent pas à un état de grossesse: explications irrationnelles ou franchement délirantes
=>risque mal interpréter ou ignorer premiers signes du travail++

Mécanismes de défense psychique

- Référence psychanalytique
- Sont toujours opérations inconscientes
- Nous en avons tous: permet de contenir l'angoisse
- Mécanismes névrotiques résultent du conflit normal entre les exigences du Moi (l'adaptation aux exigences de la réalité) et le Ça (nos pulsions)= refoulement, déplacement, annulation, isolation, rationalisations

La dénégation accompagne le refoulement

- Pathologie quand fonctionnent pas bien

Mécanismes de défense psychique

- Mécanismes de défenses psychotiques ou encore appelés archaïques résultent d'un conflit entre le Moi et la réalité extérieure:
 - > Dénî: refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante
 - > Clivage du Moi: permet coexistence de deux positions inconciliables qui ne s'influencent pas réciproquement
 - > Projection: attribution à l'autre d'affects venant de soi

Déni = mécanisme de défense

- Prévalent chez les sujets psychotiques mais existe aussi en cas de perversion
- Ni rare ni dangereux chez le petit enfant
- Plus récemment, psychiatrie de liaison l'a décrit comme processus adaptatif dans les pathologies somatiques graves: ici le Moi érige des défenses pour se protéger de l'intrusion de l'angoisse de mort et contre les atteintes narcissiques dues à la maladie
<-> Déni adapté ou inadapté?

Négation de grossesse

Désigne le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état

Sur un continuum allant de la forme la plus consciente, la dissimulation à la forme la plus inconsciente le déni, en passant par la dénégation avec prises de conscience intermittentes

Déni de grossesse proprement dit

Forme de négation de grossesse à participation principalement inconsciente, conduisant la femme tardivement et brutalement lors du travail voire seulement à la naissance à la reconnaissance pleine et entière de son état gravide

total: s'étend de la conception jusqu'à l'accouchement

partiel: levé avant l'accouchement

Dénégation

- manifestations corporelles et perceptions proprioceptives de la grossesse sont reconnues
- peuvent être interprétées furtivement comme présence possible d'un bébé dans le ventre, pour être ensuite refoulées, au profit d'autres explications
- femme ne croit pas qu'elle puisse être enceinte

Dissimulation

- la grossesse est perçue, mais la femme la cache consciemment
- ne signifie pas pour autant qu'il s'agisse d'un mécanisme complètement volontaire, pleinement conscient
- certaines dissimulations paraissent largement dépasser la femme elle-même
- Recours à pensée magique de l'enfance: si j'y pense pas, cela n'arrivera pas

Diagnostic différentiel/ Médico-légal: Cas de Mme Courjault

- Première expertise:
 - > Dissimulation; Elle est tjs restée au contact de la réalité; elle n'est pas psychotique mais notent passivité, détachement affectif et émotionnel
- Contre expertise:
 - > A une capacité de clivage lui permettant d'isoler les expériences traumatiques ou anxiogènes du reste de sa vie psychique; personnalité franchement pathologique avec des mécanismes de défense prévalents de type psychotique mais pas de pathologie psychiatrique ayant aboli le contrôle de ses actes.
- Sa réponse au juge sur sa connaissance de son état gravide:
« j'ai su et puis je n'ai plus su »

Clinique

- **Aveuglement collectif =**
contagion du déni qui peut influencer la capacité de jugement de l'interlocuteur,
y compris médecin (1/3 médecins consultés ont diag troubles intestinaux, urinaires, tumeurs; Pierronne, 2002)
- <-> identification projective: la puissance du vœu inconscient recevrait la confirmation du médecin et en retour la patiente s'identifie à cette infirmation de grossesse
- <-> pensée gelée par rationalisations de la patiente

Clinique

- « **Complaisance somatique** »
 - Absence de modification corporelle
 - Absence de signes sympathiques de grossesse
 - Prise de poids et augmentation du diamètre abdominal : minimales voire absents
 - Aménorrhée rationalisée (règles irrégulières, début de ménopause) voire absente
 - Ventre ne s'arrondit pas, bébé en position debout dans utérus resté à la verticale
 - Méconnaissance des mouvements fœtaux
 - Non ressentis ou confondus avec des troubles digestifs
- Réveil somatique rapide lors levée d'énis partiels++**

Prévalence

***Enquêtes sur dénis révélés à l'accouchement**

BERNS (1982): recense 10 cas sur 2 ans, à la maternité d'Indianapolis: **2/ 1000**

BREZINKA (1994) recueille en 3 ans 27 cas, à l'université d'Innsbruck: **3/1000**

BEIER (2000) estime la prévalence des dénis de grossesse à **0,5/1000**

*** Enquêtes incluant déclarations tardives et dénis totaux**

- Dr LAPORTE (1993) à la maternité du CHU de Poitiers
- Étude rétrospective de 6 ans sur 9815 accouchements
- 56 grossesses révélées tardivement (au delà du 1^{er} trimestre), soit 5,7 ‰
- 18 grossesses découvertes lors de l'accouchement soit 1,8 ‰

⇒ **Quelque soit le pays, on constate que le taux de dénis de grossesse se situe entre 2 et 3 pour 1000 avec 0,22 à 1,8 pour les dénis totaux**

Epidémiologie

- Polymorphe aussi dans la population concernée
- Dissimulations plus souvent adolescentes
- Dénis totaux (et néonaticides) plus souvent multipares
- Etude de LAPORTE (1993) au CHU de Poitiers
 - 9815 accouchements, dont 18 dénis "massifs"
 - âge moyen des femmes déniaient leur grossesse :22,9 ans
 - 67,8 % de primipares
 - 69,7 % de célibataires
 - 41 % sans profession, 21,5 % étudiantes
 - 51,8 % vivent chez leurs parents, 28,6 % sont en couple

Facteurs de risque

- Stress pdt la grossesse: séparations, deuils
- Relations familiales incestuelles, culture du secret et repli sur le cercle familial; absence de limite intergénérationnelle
- Absence de relation à la mère pdt enfance ou au contraire fusion avec impossible autonomisation
- ATCD d'abus sexuels chez 56% des dénis avec néonaticides (Pierronne, 2002) mais pas de différence si pas néonaticides
- ATCD maltraitance non reconnue/ entourage
- ATCD gynéco-ostétricaux: morts foétales, malformations

Hypothèses psychopathologiques

- Ambivalence (présence de sentiments positifs et négatifs) accompagne toute grossesse avec capacités psychiques à le résoudre favorablement mais ici ambivalence trop forte et déni protège contre irruptions de pulsions violentes fantasmatiques contre le bébé
- Déni permet de faire l'économie des bouleversements coûteux au niveau psychique de la grossesse, de réprimer les représentations angoissantes

Hypothèses psychopathologiques

- Mécanisme échappatoire/ représentation incestuelle trop angoissante, insupportable de la grossesse
- En cas ATCD d'abus, déni des capacités procréatrices

Complications

- Gynéco-obstétricales
 - déni total protège le fœtus/ levée où plus de RCIU et morts in utéro
 - complications liées à accouchement à domicile
- Néonatales
 - PN < 2500g dans 25%; prématurité
 - 10% décès dont les 2/3 au domicile avec étiologie non retrouvée

Complications

- Psychiatriques maternelles:
 - A l'acct, stress aigu avec panique, sidération, phénomènes dissociatifs avec sentiments de dépersonnalisation rapdt régressifs
 - Rejet social et familial, dépression, interactions/bb
- Relations mère-enfant très peu étudiées +++ long terme car initialement, à la maternité, souvent idylliques; ici sentiments négatifs sont déniés
- Néonaticides: actif ou passif; dénis totaux; non prémédités

Dénis de grossesse à la maternité du CHU de Caen les 9 derniers mois

Pas de valeur épidémio car seulement ceux vus par interne de périnatalité

- 7 cas:1 déni complet et 6 dénis partiels
- 7 primipares
- Age médian : 17ans (14-24ans) avec 5 mineures
- 6 vivent chez leurs parents
- 2 sont encore en couple avec le papa du bébé
- Décision d'abandon du bébé: 1
- Reconnaissance paternelle : 1

Cas n°1: Déni total

- 17 ans, lycéenne en 1^{ère} technologique
- Benjamine de 3 enfants
- Famille monoparentale (père alcoolique parti lorsqu'elle avait 4ans)
- Mère qui a eu son premier enfant à 17ans

Cas n°1: Déni total

- Première relation sexuelle en vacances
- Non avouée à la maman
- Utilisation du préservatif
- Partenaire jamais revu

Cas n°1: Déni total

- Aucune manifestation clinique de grossesse
 - Règles présentes
 - Pas de manifestations sympathiques du 1^{er} T
 - Pas de prise de poids ni ventre arrondi
- Aucune prise de conscience de la grossesse
 - Randonnée une semaine auparavant
 - Avion quelques semaines auparavant
- Accouchement
 - Le soir, plaintes de douleurs abdos à sa mère qui lui donne du Spasfon
 - Accouchement à domicile dans la nuit

Cas n°1: Déni total

- Entretien à la maternité à J2 / interne périnatalité
- Jeune maman détendue souriante
- Parle d'un « un choc » quand découverte de son état
- Dit avoir **d'emblée** voulu le garder et l'élever
- Ne souhaite pas prévenir le père du bébé
- Soutien familial (mère, sœurs)
- A déjà pensé à J2 l'organisation de la suite (garde du bébé par sa mère et nourrice, poursuite études)

Cas n°1: Déni total

Accepte sur incitation de l'interne entretien à J10

- Allaitement et bonne relation mère-enfant
- Cette naissance a permis rapprochement avec sa famille paternelle ++
- Ne regrette pas son choix
- Ne s'explique pas le déni et **interroge** interne à ce sujet
- Ne souhaite pas de suivi à l'issue de la consultation

Cas n°2: entre dénégation et dissimulation

- 14ans ½, collégienne en 4^{ème}
- Aînée d'une fratrie de 2
- Vivent avec leur père qui travaille de nuit
- Forte incestualité au sein de la famille
- Mère vivant dans même village n'a plus droit de garde de ses enfants

Cas n°2 : entre dénégation et dissimulation

- 1ère relation sexuelle
- Connue et consentie par le père
- Rupture de préservatif
- Partenaire a quitté la jeune fille, en dépit des sentiments de celle ci, mais sont restés « amis »

Cas n°2 : entre dénégation et dissimulation

- Suspicion rapide de grossesse par la patiente qui se confie à son père
 - > Consultation gynécologique qui aurait infirmé la grossesse
- Plus d'évocation de la grossesse
- Découverte de la grossesse à 20 SA par remarque du prof de sport au collège

Cas n°2 : entre dénégation et dissimulation

- Premier entretien / interne de périnatalité au SIG : vomissements gravidiques à 30SA
- Décision annoncée comme ferme d'accouchement sous X prise par la patiente; a déjà rencontré le juge
- Ex-partenaire informé et favorable à cette décision
- Scénario élaboré par le « couple » vis à vis entourage élargi: décès du bébé à la naissance
- Mais préoccupations importantes de la patiente/ prénom du futur bébé

Cas n°2 : entre dénégation et dissimulation

- Deuxième entretien à J2 d'un accouchement à 36SA
- Présentation réticente et très défensive
- A revu son bébé deux fois depuis l'accouchement, semble t-il sur proposition de l'équipe
- Maintien sa décision d'accouchement sous X
- Questionnements persistants autour du prénom
- Refuse tout soutien psychologique
- Nous apprenons qu'elle est venue récupérer son bébé 3 jours après retour à domicile

Grossesses Adollescentes

- 2/3 adolescentes <15 ans n'ont aucun soin prénatal durant le 1^{er} trimestre
- 10 % ne sont découvertes qu'à terme
- Méconnaissance et la confusion de ces changements corporels, attribués à la puberté ?
- Mais l'ignorance ne suffit pas à expliquer ce retard diagnostic
- Grossesse souhaitée par la jeune fille dans 50 % à 75 % des cas
- Dissimulation par crainte d'une réaction négative de sa famille et passer délai IVG

Déni de grossesse

Trouble plus vaste <-> Pathologies de la filiation?

Filiation « ce par quoi un individu se situe et est situé par rapport à ses ascendants et descendants réels et imaginaires » (J. GUYOTAT)

- => Le trouble s'arrêterait à la fin de la grossesse ou à la levée du déni?
- ⇒ Aucune conséquence sur lien mère-enfant de l'absence de nidation psychique?
- ⇒ Nécessité d'aborder ce trouble dans sa globalité et son devenir

Conclusion

A la maternité du CHU de Caen protocole consultation pédopsychiatrique de liaison proposée systématiquement lors d'un accouchement faisant suite à un déni.

- Il est remarquable de noter dans la quasi-totalité des cas le refus de consultations ultérieures:

<-> pas de pathologie patente

<-> aspect photographique à la maternité de l'investissement ou du lien mère-enfant bon souvent rapporté par l'équipe (partage du déni?)

Peut être serions nous dans ce contexte perçus comme les oiseaux de mauvaise augure?

Conclusion

- Tendence extension des critères du « déni de grossesse » à toute déclaration tardive ou même grossesse non suivie
 - ⇒ psychopathologie sous jacente encore moins spécifique : dépressions, anxiété, phobies, négligence, carences, précarité sociale
 - ⇒ volonté de repérage de fragilités psycho-sociales