

Le déni de grossesse : revue de la littérature et étude de son lien potentiel avec le néonaticide

Élise Humeau

► **To cite this version:**

Élise Humeau. Le déni de grossesse : revue de la littérature et étude de son lien potentiel avec le néonaticide. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02091028

HAL Id: dumas-02091028

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02091028>

Submitted on 5 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2018

Thèse n°3117

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 09 octobre 2018 par
Élise HUMEAU
Née le 7 décembre 1989 à Nantes

**LE DÉNI DE GROSSESSE : REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ÉTUDE DE
SON LIEN POTENTIEL AVEC LE NÉONATICIDE**

Thèse dirigée par

Madame le Docteur Anne-Laure SUTTER-DALLAY

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, président
Madame le Professeur Anne-Catherine ROLLAND, rapporteur
Monsieur le Professeur Cédric GALERA, juge
Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES, juge
Madame le Docteur Marianne COICAUD, juge

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, président du jury :

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je suis ravie de pouvoir effectuer ce stage actuel en tant qu'interne à vos côtés au CERPAD, et ainsi de pouvoir bénéficier de votre savoir lors des staffs que vous savez rendre passionnants et stimulants. Merci pour vos qualités pédagogiques et votre bienveillance à notre égard. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Professeur Anne-Catherine ROLLAND, rapporteur :

Je suis très honorée que vous ayez accepté d'être rapporteur de ce travail et que vous participiez à la soutenance. Je vous exprime mon profond respect et mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Cédric GALERA, membre du jury :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Durant mon parcours, que ce soit lors des enseignements de DES ou lors des staffs de pédopsychiatrie, j'ai pu apprécier vos qualités professionnelles, pédagogiques, et humaines. Je vous exprime tout mon respect et toute mon estime.

Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES, membre du jury :

Je vous suis infiniment reconnaissante de nous faire l'honneur de participer à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon respect.

Madame le Docteur Marianne COICAUD, membre du jury :

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. J'ai eu l'occasion de vous rencontrer régulièrement lors de mon stage au Réseau de Psychiatrie Périnatale, lors de ces staffs où j'ai pu profiter de vos qualités humaines et professionnelles. C'était un réel plaisir d'échanger avec vous autour de nombreuses situations. Soyez assurée de mon estime à votre égard.

Madame le Docteur Anne-Laure SUTTER-DALLAY, directrice de thèse :

Tout d'abord merci de m'avoir permis de travailler sur ce sujet, si passionnant. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils et vos encouragements que vous m'avez prodigués tout au long de ce travail.

Travailler à vos côtés pendant un semestre a été une expérience très riche et très formatrice, tant sur le plan professionnel qu'humain. Je suis très honorée d'avoir pu croiser votre chemin. Soyez assurée de ma sincère admiration et de mon profond respect.

Merci à mes parents, pour leur soutien indéfectible, si précieux dans les moments de doute. Je ne vous le dis pas assez souvent mais il me semble que c'est la bonne occasion : vous êtes des parents formidables.

A toi mon Robin, dont je suis si fière. Reviens nous vite.

Merci à ma famille, pour tous ces bons moments passés à vos côtés. Une pensée pour notre grand-père, qui aurait sans doute été fier de nous tous.

A Quentin, merci pour ton soutien, ton écoute infaillible, tes bons conseils, ton rire, ton humour, tes attentions, ta patience et ta joie de vivre (sous le soleil surtout). Merci de me donner l'impression d'être la plus heureuse. Je n'ai pas assez de mots pour t'exprimer toute ma reconnaissance et le bonheur éprouvé d'être à tes côtés.

Merci à ta famille de m'avoir si bien accueillie.

Merci à ceux avec qui j'ai l'impression d'avoir partagé bien plus qu'un loyer : Boris, pour tes bons conseils, ton humour (douteux) et ton réconfort sur bien des épreuves. Dimitri, pour ton grain de folie, ton amour du pop-corn, ton déhanché, ton imprévisibilité à chaque recoin de l'appartement et ton rire si communicatif, surtout quand il se marie à celui d'Audrey.

Romain, le plus cool des Bernie, pour tes discussions philosophiques à toute épreuve et tes babouches.

Aurore, bon vent à toi « La Duch' » et à très vite.

A l'équipe du « Périgord Entertainment », merci pour votre soutien, votre écoute et toutes ces belles soirées passées ensemble.

Aux belles rencontres paloises et à celles de l'internat, à ceux qui sont devenus des amis.

Bref, à tous les amis bordelais, qui me manqueront sans aucun doute dans quelques jours, même si je tombe entre de bonnes mains parisiennes.

A mes amis de Nantes, loin des yeux mais toujours présents pour les joyeuses retrouvailles.

Merci à toutes les équipes soignantes avec qui j'ai eu le plaisir de travailler et d'apprendre énormément à leurs côtés : l'équipe de psychiatrie B de Périgueux, l'équipe des Capucines à Pau, l'équipe de BSM 2 à Charles Perrens, l'équipe du COE de Libourne, l'équipe d'Upsilon à Charles Perrens, l'équipe de l'unité 4 de Robert Debré à Paris et celle d'addictologie de l'adolescent, l'équipe de l'HDJ du Réseau de Psychiatrie Périnatale de Charles Perrens et enfin l'équipe du CERPAD. Un merci tout particulier aux équipes des services de pédopsychiatrie, qui m'ont transmis leur goût et leur engagement pour cette discipline.

Merci aux médecins avec qui j'ai eu le plaisir et l'honneur de travailler et d'apprendre mon métier : Dr Larivière, Dr Bensaïd, Dr Fleuret, Dr Ganiayre, Dr Ndibi, Dr le Loher, Dr Weill, Dr Dallay, Dr Gosse, Dr Legrand, Pr Bouvard, Dr Rénéric, Dr Piat, Dr Dubost, Pr Delorme, Dr Vantalon, Dr Peyret, Dr Pitrat, Dr Sutter-Dallay, Dr Escriive, Pr Aouizerate, Dr Doumy et Dr Delhaye.

Merci aux patients et à leur famille pour leur confiance accordée. Merci à eux de nous partager leur histoire, de nous obliger à nous remettre en question et de nous aider à trouver la force nécessaire pour continuer notre travail auprès d'eux. A toutes ces émouvantes rencontres.

Table des matières

I) INTRODUCTION	8
III) LE DÉNI DE GROSSESSE.....	11
A) Perspectives historiques et évolution du concept.....	11
B) Définition.....	14
C) Clinique.....	15
1. L'aménorrhée	15
2. Les signes sympathiques de grossesse	15
3. Les mouvements fœtaux	16
4. La prise de poids	16
5. Une « complicité psychosomatique ».....	16
6. La « contagion du déni ».....	16
7. Clinique de la levée du déni.....	17
D) Hypothèses physiopathologiques.....	17
1. Rôle du système nerveux autonome	17
2. Anomalie directe du positionnement fœtal	17
3. Implications endocriniennes.....	18
4. Un trouble de la perception des sensations corporelles	19
5. Théorie évolutionniste.....	19
E) Hypothèses psychopathologiques	20
1. Le déni : un rôle protecteur	20
2. Un déni de la fécondité.....	21
3. La question de la filiation et du « transgénérationnel ».....	22
4. Conclusion	23
F) Classifications proposées.....	23
G) Revue des études épidémiologiques	24
1. L'étude de Brezinka et al. (1994)	25
2. L'étude de Pierronne et al. (2002).....	26
3. Les travaux de Wessel et al. (2002/2007).....	26
4. L'étude de Nirmal et al. (2006)	27
5. Les travaux de Friedman et al. (2007/2009).....	28
6. L'étude de Chaulet et al. (2013)	29
7. L'étude de Simermann et al. (2018)	29
H) Prévalence du déni de grossesse	30
1. Tableau comparatif.....	30
2. Interprétation des résultats.....	30
3. La question de la représentativité des études.....	31
I) Caractéristiques des femmes ayant présenté un déni de grossesse	32
1. Les caractéristiques gynécologiques et le projet de grossesse	33
2. L'âge.....	33
3. Les caractéristiques professionnelles et économiques	34
4. La situation conjugale	35
5. Les antécédents de violences sexuelles.....	35
6. Les antécédents psychiatriques.....	36
7. Conclusion	36
J) Déni de grossesse et adolescence, une entité spécifique ?	37
K) Représentations des professionnels et vécu des femmes au sujet du déni de grossesse	38
1. Formation, représentations et vécu des professionnels	38
2. Vécu des femmes ayant présenté un déni de grossesse	38
L) Le déni de grossesse : une situation à risque pour la mère et/ou l'enfant?.....	39

1. Les conséquences pour les femmes	39
2. Les conséquences pour le fœtus ou l'enfant	42
3. Moment de levée du déni de grossesse et complications.....	45
4. Les conséquences pour la dyade	46
5. Conclusion	47
IV) LE NÉONATICIDE : UNE CONSÉQUENCE DU DÉNI DE GROSSESSE ?	48
A) Contexte	48
B) Définition	49
1. Le néonaticide	49
2. L'infanticide	50
3. Le filicide	50
C) Historique	50
1. Évolution des motifs du néonaticide	50
2. Cadre légal en France	51
3. Législation dans d'autres pays occidentaux	51
D) Place du déni de grossesse dans la législation française	52
E) Incidence	53
1. La naissance : Une période particulièrement à risque	53
2. Une estimation délicate.....	54
3. Les sources de recensement pour les auteurs.....	54
4. Incidence dans les pays occidentaux	55
F) Clinique du néonaticide	56
1. « La trajectoire du néonaticide »	56
2. L'hypothèse de la dissociation.....	56
3. Description de deux situations cliniques bien distinctes	58
G) Caractéristiques des mères auteurs de néonaticide.....	59
2. L'histoire gynécologique et le mode de vie	59
3. Les conditions socio-économiques	60
4. Les antécédents psychiatriques et la psychopathologie	60
5. Conclusion	61
H) Implication du déni de grossesse dans le néonaticide	62
V) CONCLUSION.....	64
VI) ANNEXES.....	67
VII) BIBLIOGRAPHIE	71

I) INTRODUCTION

Le déni, terme employé par Freud à partir de 1924, a été largement utilisé par les psychanalystes, initialement pour évoquer le fétichisme et les psychoses. Il est défini dans le « *Vocabulaire de la psychanalyse* » de Laplanche et Pontalis comme un « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante (...) » (1).

Progressivement, ce terme s'est répandu dans le milieu médical et est encore aujourd'hui employé pour évoquer la résistance des patients à prendre en compte une maladie chronique ou incurable. En psychiatrie, ce terme renvoie régulièrement à un symptôme, sous la formule « déni des troubles ».

Dans les années 1970, le terme « déni de grossesse » commence à être cité dans le milieu psychiatrique. D'un premier abord paradoxal, ce phénomène suscite de nombreuses interrogations de la part du corps médical, la grossesse représentant un évènement largement valorisé et perçu positivement.

Plusieurs points de vue sont alors adoptés pour expliquer ce phénomène, créant la confusion dans les définitions et les descriptions psychopathologiques proposées, et amenant certains auteurs à souhaiter l'introduction de ce terme dans les classifications psychiatriques internationales, afin de créer un consensus.

L'apparition d'études épidémiologiques depuis la fin des années 1990 permet dorénavant d'appréhender ce phénomène avec des données plus objectives, même si la littérature actuelle reste encore peu abondante à ce sujet.

Dans la littérature scientifique internationale, les recherches sur le déni de grossesse renvoient très régulièrement au néonaticide, c'est-à-dire le meurtre d'un nouveau-né dans son premier jour de vie, incitant à percevoir un lien entre ces deux phénomènes.

Concernant l'opinion publique, ce sont les médias, depuis les années 2000, qui ont joué un rôle prépondérant dans la diffusion du terme « déni de grossesse » et qui ont largement contribué à donner de la visibilité à ce phénomène.

Régulièrement, le déni de grossesse est au cœur de tabloïds, relatant les situations de découvertes tardives de grossesses adolescentes. Les médias, relayant des affaires judiciaires particulièrement suivies par le grand public, ont également suggéré un lien

entre « déni de grossesse » et « néonaticide », invitant à percevoir le déni de grossesse comme un facteur associé à l'homicide d'un nouveau-né par sa mère, lors de son premier jour de vie. Ce fût notamment le cas dans l'affaire « Véronique Courjault », où la vérification de l'hypothèse du déni a constitué un enjeu central, aussi bien pour les experts psychiatres mobilisés que pour la presse, afin de tenter de donner du sens à un crime jugé impensable.

Les médias ont donc permis d'informer l'opinion publique quant à l'existence de ce phénomène, mais bien souvent en l'illustrant par des situations extrêmes ou caricaturales.

Il aura fallu attendre 2004 pour voir naître l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse (AFRDG), fondée par le docteur en santé publique Félix Navarro, et dont le premier colloque s'est tenu en 2008 à Toulouse. Portée par des professionnels spécialisés, cette association propose aux femmes ayant vécu un déni de témoigner, de partager leurs expériences et de trouver un réseau d'écoute et d'entraide. Elle permet également de diffuser une information éclairée à tous ceux qui s'intéressent à ce sujet, professionnels de santé ou non, loin des stéréotypes véhiculés par les médias.

Devant le manque de compréhension des professionnels à son égard et en l'absence d'explications physiopathologiques établies, le déni de grossesse est devenu au fil du temps un sujet relativement délaissé par certains obstétriciens au profit du champ de la psychopathologie.

Son intrication supposée avec la question de la protection de l'enfance voire avec la juridiction pénale impose parfois le recours à l'évaluation de ces femmes et de la dyade « mère/bébé » par les acteurs du domaine de la santé mentale.

L'objectif de notre travail sera d'effectuer une revue de la littérature existante sur le déni de grossesse afin d'essayer d'en dégager les principaux mécanismes évoqués et de décrire les caractéristiques de ces femmes ayant dénié leur grossesse. Les conséquences pour la mère et l'enfant seront également étudiées, et la question d'un lien entre déni de grossesse et néonaticide sera posée.

II) MÉTHODES

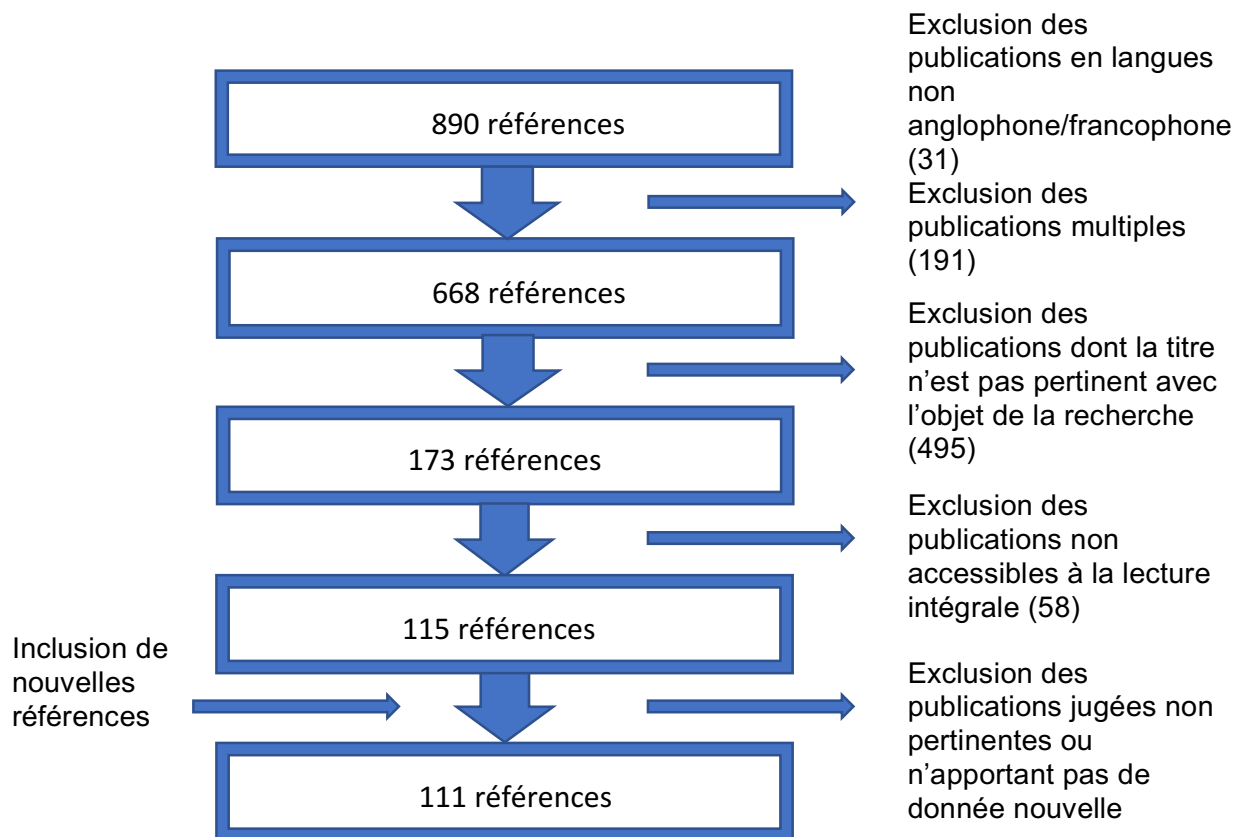
Notre travail est une revue non exhaustive de la littérature internationale sur le déni de grossesse.

Les recherches ont été effectuées sur PubMed (termes MeSH utilisés : « denial » « pregnancy » / « neonaticide ») et psycINFO (termes MeSH utilisés « denial » AND « pregnancy » / « neonaticide »).

Les publications ont été sélectionnées selon leur langue (sélection des publications en français ou en anglais). Aucun critère temporel n'a été appliqué.

Compte-tenu de l'hétérogénéité du type de références trouvées, il n'a pas été effectué de sélection selon la nature des publications (inclusion de chapitres d'ouvrages, de case report, de travaux de mémoire ou de thèse et d'études épidémiologiques). Des publications ou autres sources non référencées initialement ont été incluses à partir des bibliographies des auteurs étudiés, d'ouvrages ou encore de recherches spécifiques ne correspondant pas aux termes MeSH initiaux.

Les résultats de ces recherches sont rapportés dans le tableau ci-dessous.



III) LE DÉNI DE GROSSESSE

A) Perspectives historiques et évolution du concept

Dans le domaine médical, le déni de grossesse est un phénomène qui suscite l'intérêt depuis plusieurs siècles, faisant l'objet de nombreux écrits et publications.

En effet, selon l'historique effectué par Jacob Alby et al. (2), l'évocation de l'existence de ce que l'on appellera plus tard le déni de grossesse débute en 1681 avec l'obstétricien Mauriceau (3), décrivant des femmes pouvant méconnaître leur grossesse, dupées par la persistance de leurs menstruations.

Marcé (4), élève d'Esquirol, dans son ouvrage intitulé « *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* » paru en 1858, évoque à partir de situations cliniques des « grossesses méconnues ». Zagury cite Tardieu, médecin légiste, en 1868, au départ septique quant à ce phénomène mais qui note finalement que le déni de grossesse ne touche pas exclusivement les femmes primipares (5,6). Ce dernier décrit deux types de troubles, distinguant les grossesses ignorées des grossesses dissimulées, jugeant ces dernières plus fréquentes. Il rapporte ainsi : « La meilleure preuve que celle-ci n'a pas ignoré sa grossesse, c'est qu'elle a tout fait pour la dissimuler » (6).

La possibilité de l'ignorance d'une grossesse est également évoquée par Isham en 1874 puis suggérée par Gould en 1898 sous le terme « grossesses inconscientes » (7).

S'emparant du vocabulaire de la psychanalyse, Bécache et Bécache (8) introduisent le terme « déni de grossesse » dans la littérature française en 1976, dans le cadre de travaux effectués auprès d'une femme souffrant de schizophrénie.

Miller a par la suite proposé une classification en 2003, citée régulièrement dans la littérature scientifique actuelle, permettant de différencier le déni de grossesse psychotique des autres types de déni de grossesse (9). Elle décrit ainsi le « pervasive denial », l'« affective denial » et le « psychotic denial ».

- Le « pervasive denial », que l'on pourrait traduire par le « déni envahissant » correspond à l'absence de représentation cognitive et d'implication affective concernant l'enfant à naître.

- L' « affective denial » ou le « déni affectif », renvoie à l'absence d'émotion et de comportement en lien avec le fait de porter un enfant malgré la conscience, certes parfois intermittente, de sa propre grossesse.
- Enfin, Miller identifie le « psychotic denial » ou « déni psychotique ». Il s'agit d'une entité clinique bien particulière puisqu'elle recouvre les dénis de grossesse se manifestant lors d'un trouble psychotique (ou alors lors d'une autre pathologie psychiatrique lorsque des symptômes psychotiques sont présents (10)), faisant partie intégrante de la symptomatologie délirante. Le niveau de conscience de la grossesse est généralement très fluctuant dans le temps. Cette dernière catégorie, très spécifique et en lien direct avec une pathologie identifiée, représente un diagnostic différentiel des situations de déni de grossesse étudiées dans ce travail, dont nous ne ferons pas référence dans les descriptions.

Dayan et Bernard remettent en cause cette classification et notamment l'existence du déni affectif, qui « étend le domaine du pathologique à des situations où la femme ne se satisfait pas d'être enceinte et ne s'y prépare pas, ce qui ne relève pas strictement du déni » (10).

Ils proposent ainsi, à l'instar d'autres auteurs dont Bayle (11), d'employer l'appellation « négation de grossesse », pour désigner « le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme à reconnaître son état » (12).

Selon Bayle (11), les négations de grossesse comprennent donc à la fois les dénégations de grossesse, les dénis ainsi que les dissimulations de grossesse :

- Dans les situations de dénégations de grossesse, « les manifestations corporelles et les perceptions proprioceptives de la grossesse sont volontiers reconnues et identifiées, elles renvoient parfois même à la présence possible d'un bébé dans le ventre, et sont volontiers interprétées furtivement comme tel, pour être ensuite refoulées, au profit d'autres explications » (11).

- Le déni de grossesse quant à lui évoque l'absence totale de représentation cognitive de la grossesse par la femme enceinte.

- Enfin, il faut différencier ces deux entités des dissimulations de grossesse qui, elles, englobent toutes les grossesses dont les femmes ont conscience mais qui sont dissimulées à l'entourage, quel que soit le motif. Il s'agirait donc parfois davantage d'un déni de la naissance de l'enfant à naître que d'un déni de la grossesse en elle-

même. Bayle souligne cependant que la dissimulation de grossesse ne correspond pas systématiquement à « un mécanisme complètement volontaire, pleinement conscient ». Il ajoute : « Certaines dissimulations paraissent largement dépasser la femme elle-même » (13).

Ces différentes classifications décrivent bien le fait que sous le terme « négation de grossesse », la prise de conscience de son statut de femme enceinte peut-être très différente d'une femme à l'autre. Le schéma ci-dessous apporte une illustration de ce gradient progressif de conscience possible dans les négations de grossesse.



Evolution du degré de conscience possible des femmes au sujet de leur grossesse dans les négations de grossesse

Green et Manohar, cités par Beier et al. (14), évoquaient déjà en 1990 une ligne non figée entre le savoir conscient et inconscient. Brezinka et al. décrivaient quant à eux en 1994 une « transition fluide » entre les stratégies conscientes de coping et les mécanismes de défense inconscients (15), de même que Berns, en 1982, pointait un continuum entre grossesse cachée et déni de grossesse (16).

Devant cette difficulté à établir une frontière entre conscient et inconscient, il faut donc être particulièrement attentif aux terminologies employées ou aux critères utilisés dans les publications.

Par exemple, étudier les caractéristiques des femmes présentant un déni de grossesse, tel que défini par Bayle et non les négations de grossesse en général, implique le risque d'inclure des dissimulations ou des dénégations de grossesse chez certains auteurs.

Un biais déclaratif est également possible de la part de ces mères. En effet, le diagnostic de déni de grossesse étant posé uniquement sur leur déclaration, nombre de grossesses cachées ou de dénégations peuvent donc être confondues avec des dénis de grossesse, tels que précédemment définis, c'est-à-dire consistant en l'absence totale de prise de conscience de la grossesse.

B) Définition

Malgré l'intérêt porté par certains cliniciens à ce phénomène, le déni demeure une entité absente de nos classifications médicales internationales. Sa définition ne fait donc pas consensus.

Dans la plupart des études (15,17,18) s'intéressant aux femmes ayant fait un déni de grossesse, le critère temporel retenu est l'absence de prise de conscience de son état de femme enceinte avant 20 semaines de grossesse, date à laquelle les mouvements fœtaux sont généralement perceptibles (19).

Navarro déplore quant à lui la sélection du cut-off à 20 semaines de grossesse, excluant ainsi les données sur les femmes ayant dénié leur grossesse dans les trois à cinq premiers mois (20). Selon lui, « le déni de grossesse se définit comme le fait d'être enceinte au-delà de trois mois de grossesse sans avoir conscience de l'être ». Ce critère temporel est également choisi par Bonnet : « la prise de conscience d'une grossesse au-delà du premier trimestre doit faire suspecter un déni de grossesse » (21) puis appliqué par Chaulet et al. dans une étude épidémiologique, incluant les femmes n'ayant pas eu connaissance de leur grossesse avant 15 semaines d'aménorrhée (22).

Si pour certains, dont Bayle, cité par Jacob Alby (2), les adjectifs « partiel » et « total » définissent davantage le déni de grossesse selon son intensité, c'est-à-dire la dénégation et le déni respectivement, il est plutôt convenu actuellement que cela fait référence au moment de la levée du déni, donc au moment où la femme prend conscience de son statut de femme enceinte.

Ainsi, le déni partiel se définit par la découverte par la femme de sa grossesse avant l'accouchement, tandis que le déni total (complet selon Bayle (2)) recouvre l'ensemble des levées du déni à partir du début du travail jusqu'à la naissance de l'enfant, voire après celle-ci d'après Navarro et al. (20), le déni de grossesse pouvant alors évoluer en déni de la présence de l'enfant dans ces derniers cas.

Les termes « déni partiel » et « déni total » feront référence à cette dernière définition tout au long de ce travail.

C) Clinique

Lors d'un déni de grossesse, les signes cliniques permettant habituellement d'envisager l'éventualité d'une grossesse sont absents, ou alors mal interprétés par la femme enceinte.

1. L'aménorrhée

Le retard de règles ou l'aménorrhée, motif fréquent de consultation pour suspicion de grossesse, peut en effet ne pas apparaître. Brezinka et al. (15) ont étudié rétrospectivement ces caractéristiques chez des femmes ayant présenté un déni de grossesse partiel (découverte de la grossesse à partir de vingt semaines) ou total. Seulement 26% d'entre elles ont rapporté une aménorrhée pendant la période du déni, tandis que 15% avaient préservé des saignements réguliers évoquant leur cycle habituel, 7% rapportaient des pertes sanguines continues et 44% présentaient des saignements irréguliers, alors que les saignements vaginaux sont estimés en population générale à 21% durant les 20 premières semaines de grossesse (23). La persistance de saignements décrits par la femme durant la grossesse est donc largement plus fréquente chez les femmes présentant un déni grossesse.

Notons que même en présence d'une aménorrhée, les adolescentes, aux cycles menstruels irréguliers, et les femmes d'âges compatibles avec le déclenchement de la ménopause peuvent être facilement dupées. La prise d'une pilule contraceptive pendant la grossesse déniée va également pouvoir entraîner des saignements, une hémorragie de privation (11), provoquée par la baisse brutale du taux d'œstrogènes apporté par la pilule lorsque les femmes terminent leur plaquette.

2. Les signes sympathiques de grossesse

De même, les signes sympathiques de grossesse, tels que la tension mammaire, la somnolence, la fatigue, la pollakiurie et les nausées voire les vomissements (24), pouvant permettre à une femme de prendre conscience de l'éventualité d'une grossesse, vont manquer. Dans la même étude de Brezinka et al. (15), seulement 22 % des femmes ont rapporté avoir eu des nausées en début de grossesse dont aucune parmi celles ayant fait un déni total, tandis qu'en population générale, la prévalence des nausées et vomissements est estimée à 63% jusqu'au début du deuxième trimestre (25).

3. Les mouvements fœtaux

Les mouvements fœtaux, perceptibles autour de la 20^e semaine de grossesse (19), ne sont parfois pas ressentis ou alors non interprétés en tant que tels. Les femmes peuvent les imputer à des troubles gastriques ou digestifs (11).

4. La prise de poids

La prise de poids peut également être expliquée par un autre motif (changement des habitudes de vie, stress). 56% des femmes de l'étude de Brezinka et al. rapportaient une prise de poids faible ou nulle (15).

5. Une « complicité psychosomatique »

Afin d'expliquer l'absence des symptômes de grossesse présents habituellement, les auteurs décrivent « l'incroyable soumission du corps à la psyché » (26), le fonctionnement psychique pouvant inhiber les manifestations physiologiques habituelles de la grossesse (aménorrhée, nausées, prise de poids, tension mammaire...).

6. La « contagion du déni »

Les femmes ne sont pas les seules à être trompées par l'absence de symptômes ou leur mauvaise interprétation. En effet, dans l'étude de Beier et al., 38% (14) des femmes auraient au moins une fois pendant leur grossesse consulté un médecin pour divers motifs, sans que ce dernier n'ait posé un diagnostic de grossesse. Un autre travail, réalisé dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de médecine en Suisse rapporte que 6 femmes sur 81 (7,4%) ont été reçues en consultation par un médecin pour des troubles urinaires, une asthénie ou des douleurs abdominales pendant leur grossesse déniée. Un seul médecin a diagnostiqué une grossesse à cette occasion (27). Ce phénomène, communément nommé « la contagion du déni » ou « la collusion du déni » (12), s'étend également aux membres de la famille, y compris aux compagnons de ces femmes.

7. Clinique de la levée du déni

Dès que l'annonce de la grossesse est faite et/ou que la femme prend pleinement conscience de son état, les signes classiques habituels, en accord avec le terme, apparaissent. Ainsi, l'augmentation du périmètre abdominal se déroule bien souvent subitement (28), parfois dans les heures suivant la révélation.

Sur le plan psychologique, la levée du déni induit des répercussions psychiques, d'autant plus manifestes lorsque celle-ci se produit au moment de l'accouchement, où le déni est donc total. Plusieurs auteurs décrivent des femmes en état de choc (29), sidérées, voire présentant des symptômes dissociatifs (30) comme décrit dans les états de stress aigu.

Il est alors évoqué un risque de passage à l'acte notamment envers l'enfant, pouvant conduire à un néonaticide (28,29,31).

D) Hypothèses physiopathologiques

1. Rôle du système nerveux autonome

Le Pr Nisand, obstétricien, évoque le rôle de la sangle abdominale dans la variation du périmètre abdominal au cours d'une grossesse (26). Dans les situations classiques, celle-ci se relâche, sous contrôle du système nerveux autonome (28), afin de permettre à l'utérus de basculer vers l'avant. Dans les situations de déni, le tonus des muscles de la paroi abdominale est maintenu, ne permettant pas à l'utérus de modifier sa position. Le fœtus se place alors en position verticale, refoulant les anses digestives vers le haut.

2. Anomalie directe du positionnement fœtal

L'étude de Brezinka et al. met en évidence une proportion importante de présentation en siège des bébés dans les situations de déni de grossesse (presque 19% de l'ensemble de la cohorte) (15), alors qu'en population générale, des études ont estimé ce risque entre 3 et 4% (32). Les présentations en siège semblent d'autant plus fréquentes lorsque le déni est total. En effet, pour 45% des femmes de l'étude de Brezinka et al. ayant dénié leur grossesse jusqu'à l'accouchement, une présentation en

siège de l'enfant était rapportée. Ce type de positionnement du fœtus pourrait éventuellement, selon l'auteur, être à l'origine de la moindre variation du périmètre abdominal dans les grossesses déniées (15).

3. Implications endocriniennes

Pour Kenner et Nicolson (33), le déni de grossesse représente un désordre psychosomatique de la grossesse, au même titre que les *pseudocycosis* (pseudocycoses en français), « les grossesses nerveuses » ou « fausses grossesses ».

La prévalence des pseudocycoses semble très variable géographiquement (34), pouvant toucher 1 femme sur 22 000 à Boston aux USA, contre environ 1 sur 200 dans certains pays d'Afrique. Kenner et Nicolson rapporte que le fait de vivre dans un milieu rural ou dans un pays en voie de développement représente un facteur de risque pour ce phénomène (33). Ceci peut s'expliquer par plusieurs théories :

- Pour certaines cultures « la fécondité est vue comme un impératif absolu et l'infertilité comme une malédiction » comme le rapporte Joseph et Derivois dans une étude de cas réalisée auprès d'une jeune femme haïtienne (35).
- L'accessibilité aux tests de grossesse et à l'échographie diminue nettement l'ampleur de ce phénomène en invalidant rapidement les croyances initiales de la femme (33,36).

Lors des pseudocycoses, les signes typiques de grossesse sont présents (prise de volume abdominal, modification du cycle menstruel voire aménorrhée, modification de l'endomètre utérin et de l'apparence de la poitrine avec parfois galactorrhée, test urinaire de grossesse pouvant être positif...). Ceci s'expliquerait en partie chez les femmes présentant des symptômes dépressifs par un déficit en dopamine au niveau cérébral, induisant une augmentation de la sécrétion de GnRH, LH et prolactine (34).

Le déni de grossesse peut être appréhendé comme le tableau clinique inverse de la pseudocycose. Del Giudice évoque comme mécanisme une réduction de la production d'HCG par le placenta (hormone qui peut être retrouvée à des taux inhabituels dans les situations de pseudocycoses, conduisant à des tests de grossesse positifs), ou bien une diminution de la réponse biologique de la mère à cette hormone (37). Kenner et Nicolson envisagent une insuffisance du corps lutéal, ou corps jaune, pendant la grossesse, permettant habituellement la sécrétion de taux satisfaisants de progestérone, nécessaire au maintien de la muqueuse utérine qui accueille la nidation (33). En situation de non fécondation, le corps jaune dégénère, entraînant une diminution du taux de progestérone, à l'origine de l'apparition des règles.

Wessel et Endrikat ont tenté d'expliquer ce phénomène en étudiant les fonctions endocrines des femmes ayant dénié leur grossesse dans les jours suivants l'accouchement, à partir de prélèvements sanguin et de dosages hormonaux (œstradiol, prolactine, progestérone et hcg) (38). Cependant, aucune étude n'a permis pour le moment de définir le rôle du système endocrinien dans la préservation d'un pseudo-cycle menstruel dans le déni de grossesse.

Etudier la physiologie du déni de grossesse induit – de fait – la réalisation d'examen une fois que le déni est levé. Or, de la même manière que pour l'apparition des symptômes physiques de grossesse, il semble envisageable que les fonctions neurophysiologiques et endocrines se modifient brusquement lors de la prise de conscience de la grossesse, ne permettant pas de mettre en avant les modifications biologiques présentes lors de la période du déni.

4. Un trouble de la perception des sensations corporelles

L'hypothèse d'un trouble perceptif semble être également intéressante à évoquer. Minjollet et Apter s'appuient sur deux travaux (Brezinka et al., 1994 ; Marc-Vergnes, 2009) en avançant la possibilité « d'un défaut de perception ou de représentations corporelles » dans les situations de déni de grossesse (11). Seguin et al. soulèvent la question « de l'existence de seuils perceptifs différents d'une femme à l'autre et la possibilité que certaines soient plus sensibles que d'autres aux manifestations corporelles » (7).

Cette hypothèse pourrait se référer à la fois à une explication psychodynamique, en évoquant le refus inconscient de ressentir des sensations en lien avec la grossesse ou un « déni des métamorphoses corporelles » (5), mais aussi à une explication physiopathologique, en suggérant de potentielles anomalies fonctionnelles dans la transmission des messages cénesthésiques au cerveau.

5. Théorie évolutionniste

Sandoz expose quant à lui une hypothèse explicative du déni de grossesse héritée de la biologie de l'évolution. Sa théorie s'appuie sur des notions de phylogénétique et rappelle que chaque être humain, en tant qu' « espèce sociale », garde un héritage physiologique des « animaux solitaires » (reptiles, amphibiens) qui est celui de transmettre son génome. L'Homme présente donc « une dualité solitaire et

sociale », pouvant créer un conflit interne aboutissant à une réponse non adaptée ou dysfonctionnelle.

Ainsi, le déni de grossesse pourrait résulter d'un conflit interne, issu de la nécessité de transmettre son génome sans souhaiter devenir parent au sens social du terme.

Le mécanisme inverse s'appliquerait pour la pseudocyèse, renvoyant à « un instinct procréateur inhibé contraire à une impérieuse nécessité de devenir parent ».

La tension psychique issue de ce conflit trouverait une réponse physiologique, de manière analogue aux syndromes conversifs (39).

E) Hypothèses psychopathologiques

Le déni de grossesse ne fait donc pas consensus. L'absence de définition arbitraire s'explique en partie par la diversité des points de vue concernant les mécanismes psychologiques mis en œuvre dans son apparition. De nombreuses publications ont été réalisées afin de tenter d'expliquer ce phénomène d'un point de vue psychologique, la plupart du temps à partir de descriptions cliniques.

1. Le déni : un rôle protecteur

1.1 Protection du fœtus

La vie de l'enfant à venir serait préservée en écartant la possibilité de l'élimination du fœtus par une interruption volontaire de grossesse (40), le déni de grossesse étant, par définition, toujours révélé après les délais légaux français définis pour ce geste.

1.2 Protection de la mère

Pour la mère, « la gestation psychique » (11), c'est-à-dire la représentation de l'enfant à naître et du rôle maternel, serait impossible et donc déniée dans un but de protection.

Bydlowski a développé le concept de la « transparence psychique », apparaissant chez les femmes dès les premières semaines de la grossesse, où se produirait « une corrélation évidente entre la situation de gestation actuelle et les remémorations de leur passé » (41). L'état de grossesse induirait un retour à la conscience d'évènements jusqu'ici refoulés, dans un contexte de surinvestissement de son histoire personnelle.

Le déni en tant que mécanisme de défense maintiendrait donc les évènements traumatiques du passé dans l'inconscient en évitant l'apparition du phénomène de transparence psychique.

Bonnet suggère que le déni de grossesse pourrait protéger de la réactivation d'une histoire traumatique sexuelle ancienne (21).

Le déni permettrait aussi à la femme de continuer à assurer ses différentes obligations, notamment professionnelles (42), sans craindre de léser le fœtus. Dans notre société occidentale actuelle, où la place de la femme ne se définit plus seulement par l'accès à la maternité et à l'éducation des enfants mais où le besoin de réussite professionnelle est aussi important, on peut imaginer que la grossesse puisse représenter chez certaines un obstacle à leur réalisation sociale. En cas de déni, la mobilité de la femme et son autonomie sont préservées, sans apparition d'une quelconque culpabilité envers le fœtus.

Le déni de grossesse présenterait également « une fonction adaptative, économisant à la femme, au couple, à l'environnement médical un questionnement douloureux sur la poursuite de la grossesse » (18) lorsque que celle-ci se produit dans un contexte de maladie somatique pouvant déconseiller voire contre-indiquer le fait de devenir enceinte. De même lorsqu'un couple a vécu auparavant un deuil périnatal (43), le déni permettrait un évitement de la réactivation des souvenirs douloureux, empêchant l'apparition d'angoisses liées à la crainte de perdre à nouveau un enfant.

2. Un déni de la fécondité

L'hypothèse d'un déni de la fertilité est abordée par certains médecins (44), appuyée par des études mettant en évidence une importante proportion de femmes présentant une mauvaise compliance aux méthodes contraceptives (15,45). Cette théorie pourrait davantage évoquer un profil de femmes à risque, comme les adolescentes n'ayant pas reçu l'information nécessaire en termes de contraception ou

alors les femmes se pensant ménopausées ou infertiles. Cependant Struye et al. insistent sur le fait que le déni de la fertilité peut aussi concerner les femmes se trouvant entre ces deux périodes, pouvant présenter la « pensée magique » de l'impossibilité d'une grossesse les concernant (46).

Auer et Rolland évoquent également, dans leur revue de la littérature, l'hypothèse formulée par Bayle d'un trouble sur l'axe qui mène de la « conjugalité à la sexualité et à la procréation » (11). Les femmes ayant vécu des expériences traumatisantes dans leur vie conjugale et sexuelle pourraient avoir perturbé cet axe et ne plus être en mesure de faire le lien entre vie conjugale/sexuelle et une possible grossesse.

Grangaud évoque, à partir de son travail de thèse, le rôle des relations sexuelles « impensables » chez certaines femmes, conduisant au déni. Elle décrit ainsi deux types de profils de femmes (43) :

- Les premières sont des victimes de maltraitances sexuelles : le déni permettrait ainsi de ne pas faire remonter à la conscience les traumatismes vécus.
- Les secondes sont des femmes ayant reçu une éducation rigide, reposant sur une forte morale religieuse où les relations sexuelles avant le mariage sont proscrites. Le manque d'information concernant les moyens de contraception disponibles peut conduire à une grossesse hors-mariage, vécue avec une grande culpabilité car contraire aux règles religieuses et familiales établies.

3. La question de la filiation et du « transgénérationnel »

Pour Darchis, la question de la filiation, « la part générationnelle », serait également à interroger (11). En effet, la venue au monde d'une nouvelle génération imposerait des remaniements et déstabiliserait un fonctionnement familial figé, dont la fonction serait de ne pas faire émerger à nouveau à la conscience les traumatismes familiaux anciens. Elle rapporte ainsi : « Certaines organisations familiales conduisent parfois à « l'extinction » des lignées descendantes lorsque la part des ancêtres comporte des traumatismes insuffisamment élaborés dans les générations ascendantes. L'ordre ancestral assignerait des places particulières aux membres de ces familles en entravant la construction d'un nouveau maillon dans la chaîne générationnelle » (47).

Le rapport de la femme enceinte à sa propre mère est évoqué par Pierronne et al., décrivant un modèle maternel bien souvent absent (18). A l'inverse, une dépendance

importante à la figure maternelle peut également être observée, empêchant l'autonomisation de la femme enceinte et entravant donc l'accès à la maternité (18).

Grangaud identifie plusieurs profils de femmes dont la problématique autour de la filiation semble légitime à questionner. Il s'agit de « femmes qui avaient déjà vécu soit la perte, soit la crainte de la perte d'un enfant (avortement, antécédents de grossesse difficile), (...), femmes adoptées ou ayant déjà abandonné un enfant, femmes étant elles-mêmes des enfants illégitimes » (43).

4. Conclusion

À travers leurs travaux, qui, nous le soulignons à nouveau, sont le plus souvent issus de situations cliniques, les auteurs ont démontré la multiplicité des hypothèses psychologiques, jamais unanimes, pouvant intervenir dans ce phénomène. Dénier de l'acte sexuel, déni de la fertilité, déni de la transformation du corps, déni de l'enfant à naître : autant de cadres théoriques que de situations rencontrées. Il semble donc important de ne pas s'attacher à tenter de généraliser les hypothèses évoquées afin de donner une explication individuelle au déni de grossesse.

F) Classifications proposées

Plusieurs auteurs ont suggéré d'inclure le déni de grossesse dans des catégories diagnostiques préexistantes de nos classifications actuelles, ou proches de celles-ci, afin de permettre une meilleure visibilité de ce phénomène. Introduire le déni de grossesse dans nos manuels diagnostiques internationaux permettrait également d'encourager la recherche à ce sujet en facilitant le repérage de ces femmes.

Dans de nombreuses publications, le déni de grossesse est considéré comme un trouble de l'adaptation (15). Ce dernier est dorénavant inclus dans la section « troubles liés aux traumatismes et au stress » du DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^{ème} édition (48)) mais la majorité des publications étudiées dans ce travail sont antérieures à la parution de cette édition. Dans cette perspective, la grossesse, en tant qu'évènement traumatique entraînant des répercussions psychiques et sociales, serait à l'origine d'un symptôme, le déni, en réponse au stress induit.

Beier et al. évoquent également l'idée formulée par Strauss en 1990 de créer une catégorie « maladaptive denial of physical illness » dans le DSM (IVème édition lors de la parution de l'article (49)), qui pourrait inclure le déni de grossesse, éventuellement en modifiant le terme « illness » par « condition » comme suggéré par Miller, la grossesse n'étant pas une maladie en elle-même .

Cependant, Beier et al. préfèrent évoquer une « dysfonction de la reproduction » par analogie aux « dysfonctions sexuelles » du DSM (14). Concernant la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies, 10ème version), ils proposent d'y créer une nouvelle entité, dans laquelle pourrait figurer le déni de grossesse, qu'ils nomment « trouble psychologique et du comportement associé à la reproduction sexuelle », à inclure dans les « troubles du comportement et de la personnalité de l'adulte » (50).

Kenner et Nicolson (33), eux, abordent le déni de grossesse sous le prisme du trouble psychosomatique, à l'instar de la pseudocycèse, définie quant à elle dans la section du trouble somatoforme dans le DSM IV et dorénavant classée dans « autre trouble à symptomatologie somatique spécifié » dans le DSM 5. Dans la CIM 10, le terme « grossesse imaginaire » figure parmi les entités décrites dans la section « autres troubles somatoformes ». Le terme « grossesse ignorée » figure dans la section « grossesse constatée fortuitement », sans critère de durée, ne pouvant donc faire référence précisément au déni de grossesse.

Pour terminer, Chaulet propose d'inclure le déni de grossesse dans nos classifications sous un nouvel intitulé, nommé « découverte tardive de grossesse », ce qui permet, selon l'auteur, d'être au plus près de la « réalité somatopsychique », sans porter un jugement de causalité prématurément (22).

Avant d'envisager cette proposition, un consensus concernant le nombre minimal de semaines pendant lesquelles la femme ignore sa grossesse, nécessaire au diagnostic, est impératif.

G) Revue des études épidémiologiques

Bien que le déni de grossesse soit un phénomène décrit depuis plusieurs siècles, il aura fallu attendre les années 1990 pour que des études épidémiologiques soient

publiées à ce sujet. Avant de confronter leurs résultats, il convient de présenter ces travaux. Seules les études publiées dans des revues ont été sélectionnées, afin de s'assurer de la validité de leur méthodologie.

1. L'étude de Brezinka et al. (1994) (15)

1.1 Population

La population représentée était celle des femmes ayant accouché en chemin ou à l'hôpital universitaire d'Innsbruck et dont un déni a été « diagnostiqué ».

1.2 But de l'étude

Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer l'histoire gynéco-obstétricale des femmes ayant dénié leur grossesse, et d'observer comment certaines conditions gynéco-obstétricales, comme les saignements durant la grossesse ou la présentation en siège, peuvent conduire à un déni de grossesse. Le devenir de la grossesse était également interrogé. Sur le plan psychopathologique, les objectifs étaient de rechercher des symptômes psychiatriques et la présence de facteurs de stress aigus ou chroniques ainsi que d'investiguer les mécanismes de défense et les stratégies de coping ayant conduit à ce type de négation de grossesse. La situation sociale était aussi étudiée.

1.3 Méthodes

Les auteurs ont recueilli les données obstétricales, pédiatriques et post-mortem dans certaines situations.

Lorsqu'un déni de grossesse était rapporté, un psychiatre rencontrait la femme après un examen gynécologique ou après l'accouchement et un entretien psychiatrique structuré (diagnostics issus du DSM-III-R) était réalisé par un des deux auteurs. Une évaluation globale du fonctionnement était réalisée via la passation de l'échelle GAF (Global Assessment of Functioning).

Pour chaque dyades mère-enfant, le suivi était possible pendant au moins deux ans, soit directement à l'hôpital, soit via les cabinets de médecins généralistes ou de pédiatres. Les résultats sont présentés de manière descriptive, il n'y a pas eu de groupe contrôle constitué, ni d'analyse statistique réalisée.

2. L'étude de Pierronne et al. (2002) (18)

2.1 Population

La population représentée était celle des femmes suivies par les maternités de Denain et Valenciennes, ayant présenté « une méconnaissance plus ou moins active de la grossesse » jusqu'à cinq mois, et ayant eu un contact avec la psychiatrie de secteur (exclusion des situations de dissimulations de grossesse).

2.2 But de l'étude

Le but de ce travail était d'explorer des hypothèses psychopathologiques concernant les situations de « dénis » rencontrées.

2.3 Méthodes

Les données ont été recueillies à la suite d'entretiens réalisés par des psychologues ou des pédopsychiatres.

3. Les travaux de Wessel et al. (2002/2007) (17,51)

3.1 Population

Dans cette étude multicentrique, les femmes incluses étaient celles rapportant ne pas avoir eu de perceptions subjectives de leur grossesse et n'ayant eu aucun diagnostic médical de grossesse durant au moins les vingt premières semaines.

3.2 But de l'étude

Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la prévalence du déni de grossesse dans la métropole Berlinoise, d'étudier les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant dénié leur grossesse afin d'identifier les femmes considérées comme « à risque », et enfin d'analyser les paramètres néonataux des enfants issus de grossesses déniées.

3.3 Méthodes

Un entretien était réalisé auprès de ces femmes par un des auteurs, habituellement dans les 3 jours suivant l'accouchement. Les données issues des dossiers médicaux étaient également évaluées.

Un groupe contrôle a été réalisé (à partir du Berlin Birth Register de 1995) afin de mener des tests statistiques d'analyses univariées (test du Chi2 et test exact de Fisher).

4. L'étude de Nirmal et al. (2006) (52)

4.1 Population

Dans cette étude multicentrique, la population est celle des femmes ayant déclaré avoir présenté une « grossesse cachée », définie par l'auteur comme le fait de ne pas avoir eu connaissance de leur grossesse avant le début du travail (définition faisant donc référence au déni de grossesse total). Par définition, ces femmes n'ont pas reçu de soins anténataux.

4.2 But de l'étude

Le but de l'étude était de vérifier l'hypothèse que le déni de grossesse peut entraîner des complications maternelles et fœtales.

4.3 Méthodes

Les données ont été recueillies à partir d'une base de données informatique, le « Cardiff Birth Survey », dans laquelle sont renseignées l'ensemble des informations relatives à tous les accouchements ayant eu lieu dans le comté du South Glamorgan (Pays de Galles), depuis 1965.

Un groupe contrôle a été constitué afin de mener des tests statistiques d'analyses univariées (test du Chi2 et test exact de Fisher).

5. Les travaux de Friedman et al. (2007/2009) (45,53)

5.1 Population

Dans cette étude rétrospective, les auteurs ont inclus initialement les femmes qui se sont présentées dans le centre médical pour l'accouchement ou immédiatement en post-partum, sans avoir reçu de soins prénataux, dans le cadre de grossesses ayant atteint le troisième trimestre, incluant les dénis et les dissimulations de grossesse, et en les classant en deux groupes différents. Dans le groupe « déni de grossesse », les femmes incluses étaient celles répondant aux définitions du « pervasive denial » et de l'« affective denial » tels que décrits par Miller.

Les femmes présentant un trouble de l'usage de substance ont été exclues du groupe « déni » ou « grossesse cachée » lorsque les auteurs estimaient que les consommations étaient la raison principale de l'absence de soins, par crainte d'un facteur confondant.

5.2 But de l'étude

Le but de la première publication était de décrire et de comparer les caractéristiques des femmes ayant dénié ou dissimulé leur grossesse.

Dans la seconde publication, étudiant la même population, l'objectif des auteurs était de vérifier l'hypothèse que les enfants issus d'un déni de grossesse avaient plus de risque que les autres bébés de présenter des complications médicales, mais également que les mères avaient davantage recours aux services sociaux et que les placements de ces enfants étaient plus fréquents.

5.3 Méthodes

Les informations étaient issues des registres médicaux.

Des analyses uni et bivariées ont été réalisées avec le test du Chi² et le test exact de Fisher, ainsi qu'une régression logistique.

6. L'étude de Chaulet et al. (2013) (22)

6.1 Population

Dans ce travail de thèse sont incluses toutes les femmes ayant découvert leur grossesse à partir de 15 semaines d'aménorrhée.

6.2 But de l'étude

Le but de cette étude était de décrire le profil médical, social et professionnel ainsi que les caractéristiques cliniques des patientes ayant présenté un déni de grossesse à la maternité du CHU d'Angers.

6.3 Méthodes

Les femmes étaient incluses lorsqu'il était notifié, par la sage-femme ou le médecin, une découverte tardive de grossesse dans le dossier obstétrical.

L'auteur a choisi de réaliser deux sous-groupes : celui des femmes ayant découvert leur grossesse au cours d'une période allant de la 15^{ème} à la 20^{ème} semaine d'aménorrhée et celui des femmes ayant découvert leur grossesse après 20 semaines d'aménorrhée.

Un groupe contrôle (femme ayant accouché à la même période au CHU d'Angers) a été constitué. Les comparaisons étaient effectuées avec un test de Fisher.

7. L'étude de Simermann et al. (2018) (54)

7.1 Population

Dans cette étude prospective, les femmes ayant découvert leur grossesse à partir de la 20^{ème} semaine d'aménorrhée étaient incluses. Les mères d'enfants prématurés ou mort-nés, ainsi que celles ayant accouché anonymement ont été exclues.

7.2 But de l'étude

Le but de l'étude était d'étudier l'influence du déni de grossesse sur la santé de l'enfant, à savoir son développement staturo-pondéral, son développement psychomoteur et la présence d'éventuelles pathologies.

7.3 Méthodes

Les femmes dont le dossier médical de la maternité régionale du CHRU de Nancy mentionnait une insuffisance de soins prénataux ont été contactées par voie téléphonique. Des informations concernant la période néonatale ont été renseignées à partir des dossiers obstétricaux. Les certificats obligatoires pour la Protection Maternelle et Infantile des 9 et 24 mois de l'enfant ont également été analysés. Un entretien téléphonique était réalisé auprès de ces mères lorsque leur enfant atteignait un âge entre 2 et 7 ans. À cette occasion, les femmes renseignaient les pathologies éventuelles de l'enfant ainsi que les soins reçus, sa taille et son poids actuel, puis des données concernant son développement psychomoteur, évalué à partir de l'échelle de Denver. Le médecin généraliste était contacté lorsque la mère ne disposait pas de ces informations.

H) Prévalence du déni de grossesse

1. Tableau comparatif

Le tableau en annexe 1 présente les différentes études épidémiologiques ayant permis une estimation de la prévalence du déni de grossesse.

2. Interprétation des résultats

Même si ces chiffres semblent plutôt cohérents entre eux, une estimation précise à ce jour de la prévalence du déni de grossesse est impossible.

En effet, les critères d'inclusion des femmes en situation de déni sont très différents d'une étude à l'autre. Par exemple, si les critères d'inclusion de l'étude de Wessel et al. (51) évoquent clairement un déni de grossesse, ceux de l'étude de Pierronne et al. et de Friedman et al. renvoient à la fois aux situations de déni de grossesse mais aussi de dénégation (18,45).

Le travail de Chaulet et al. semble quant à lui faire écho à la volonté de Navarro d'inclure dans les études les femmes ayant dénié leur grossesse jusqu'à la fin du premier trimestre et non pas nécessairement jusqu'à 20 semaines. En effet, si l'on s'en tient à la

définition du déni de grossesse selon Navarro et al. (20), cette proportion ne doit pas être négligée puisqu'elle représente, dans l'étude de Chaulet, 29% de l'ensemble des dénis de grossesse (dénis levés entre la fin du premier trimestre et 20 semaines d'aménorrhée) (22).

La méthode d'inclusion des femmes est aussi différente entre les études. Si dans certains travaux l'inclusion se fait après analyse systématique des dossiers, certains ne peuvent repérer ces femmes que si elles ont été mises en relation avec l'équipe de psychiatrie, conduisant à une sous-estimation de la prévalence. Pierronne et al. pointent cette difficulté concernant leur étude (18). Le nombre plus important de dénis totaux que de dénis partiels est également à interroger dans leur travail. Il est probable que les équipes de maternités fassent appel de manière plus régulière aux psychologues et psychiatres dans les situations de déni total, phénomène plus évident à dépister et dont l'impact psychologique immédiat peut sembler plus sévère, que pour les dénis partiels. Nirmal et al. (52) insistent eux aussi sur la probable sous-estimation de la prévalence de leur étude car celle-ci ne tient compte que des femmes ayant accouché à l'hôpital, excluant les accouchements à domicile, situations non exceptionnelles concernant les dénis totaux. Les auteurs s'interrogent également sur les chiffres, montrant une augmentation du taux de dénis allégués lors des mois d'hiver. Une plus grande facilité à dissimuler, par l'habillage par exemple, une augmentation du périmètre abdominal occasionnée par une grossesse pourrait être une explication à ce phénomène (52).

3. La question de la représentativité des études

La question de la représentativité des échantillons se pose, selon le lieu de l'inclusion des femmes mais également selon la période de l'étude.

Tout d'abord le lieu : ces études ont toutes été réalisées dans des pays occidentaux, pour la plupart en Europe, permettant une estimation de la prévalence du déni de grossesse uniquement dans les sociétés occidentales. Il serait intéressant d'investiguer la prévalence de ce phénomène dans d'autres sociétés.

En effet, nous avons vu que les pseudocytèses étaient plus fréquentes dans les pays à culture non-occidentale. Si cette différence de prévalence peut s'expliquer en partie par les théories sociologiques énoncées précédemment, nous pouvons donc envisager une prévalence moindre du déni de grossesse dans les pays non-occidentaux comparativement à l'Europe.

Concernant l'évolution du déni de grossesse à travers le temps, les chiffres semblent relativement stables sur ces dernières décennies, bien que l'étude de Simermann et al. (54), la plus récente et incluant des femmes à partir de vingt semaines d'aménorrhée, rapporte une prévalence plus forte que les estimations antérieures. Cependant, ces études sont relativement récentes et l'hypothèse d'une implication du changement de statut accordé à la femme dans nos pays occidentaux (diminution de la prévalence des mères au foyer, importance accordée par les femmes à leur épanouissement au travers de leur vie sociale et professionnelle) n'exclut pas une augmentation récente de ce phénomène.

Malgré ces biais, les chiffres évoqués par l'étude de Wessel (51) semblent être intéressants à retenir puisqu'ils sont issus d'une étude, tout d'abord multicentrique, et réalisée sur un échantillon de taille importante. Ces données sont aujourd'hui régulièrement citées par les auteurs publiant sur le déni de grossesse (10,14,28,33,37).

L'augmentation du nombre de publications à ce sujet devrait également permettre une meilleure information des professionnels quant au déni de grossesse, induisant un meilleur repérage des femmes étant dans cette situation et, par conséquent, une hausse de la prévalence estimée.

I) Caractéristiques des femmes ayant présenté un déni de grossesse

Lorsque l'on évoque le déni de grossesse, la question de l'éventualité d'un profil de femmes à risque est régulièrement posée, étayée par des études de cas avançant des hypothèses psychopathologiques que certains tentent de généraliser à l'ensemble des femmes ayant présenté un déni.

Dans l'imaginaire collectif, influencé par les médias, la femme en situation de déni de grossesse est souvent associée à l'adolescente, découvrant son corps et initiant sa sexualité mais ne disposant pas des savoirs prérequis en matière de physiologie de la reproduction ou de contraception.

Les études épidémiologiques réalisées au sujet de ces femmes ont permis d'étudier leurs caractéristiques afin de tester l'hypothèse de la présence de facteurs de risque associés au déni de grossesse.

1. Les caractéristiques gynécologiques et le projet de grossesse

La majorité des études mettent en évidence une proportion plus importante de femmes ayant déjà présenté une grossesse par le passé. En effet, les primigestes ne représentaient qu'environ 32% de l'échantillon dans les études de Chaulet et al. et de Wessel et al. (17,22) et 26% dans l'étude de Friedman et al. (45).

L'utilisation de la contraception orale était peu retrouvée chez ces femmes dans les études de Friedman et al. (6%) (45) et de Brezinka et al. (11%) (15).

Trente-neuf pour cent des femmes étaient sous contraceptif dans le travail de Chaulet et al. (22). 40% des femmes décrivaient leur grossesse comme « non désirée » tandis que 4% se déclaraient être dans un projet de grossesse au moment du déni (22).

La proportion importante de multigestes dans toutes les études citées et la proportion non négligeable de femmes prenant une contraception dans l'étude de Chaulet et al. ne confortent pas l'idée selon laquelle le déni de grossesse toucherait spécifiquement les femmes ignorant la physiologie de la reproduction et donc la contraception.

2. L'âge

Le pourcentage d'adolescentes dans les groupes de femmes ayant dénié leur grossesse était de 6% dans l'étude de Wessel et al. (17) (vs 1% dans le groupe contrôle), de 13% dans l'étude de Chaulet et al. (22) (vs 1% dans le groupe contrôle) et de 23% dans le travail de Friedman et al. (45). Les femmes âgées de plus de 40 ans étaient surreprésentées dans le groupe déni de grossesse (4%) comparativement au groupe contrôle (1,5%) dans l'étude de Chaulet et al. (22).

Les grossesses à des âges extrêmes semblent donc être plus fréquentes dans les situations de déni de grossesse.

Cependant, l'âge moyen ou médian des femmes ayant présenté un déni de grossesse se situe selon les études entre 25 et 27 ans (17,22,52). Ainsi la majorité des dénis de grossesse concerne des femmes d'âge moyen : 59% de ces femmes avaient entre 18 et 29 ans dans le travail de Friedman et al. (45) et 68% avaient entre 18 et 34 ans dans l'étude de Wessel et al. (17) .

Néanmoins, si l'on compare avec l'âge moyen du premier accouchement en France estimé à 28,5 ans en 2015 selon les statistiques de l'Insee (55), on remarque que ces

femmes, non primipares pour la plupart, ont donc régulièrement accès à la maternité plus tôt que la population générale française.

3. Les caractéristiques professionnelles et économiques

La prévalence des femmes sans emploi variait de 30% dans l'étude de Friedman et al. (45) à environ 50% dans l'étude de Chaulet et al. (22) et dans celle de Nirmal et al. (52).

Ces chiffres ne semblent pas représentatifs de la population générale française, la prévalence de femmes déclarant avoir un emploi étant de 75% en France, d'après une large étude de cohorte réalisée auprès de 349 maternités et incluant 15 143 femmes ("Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance" - cohorte ELFE (56)).

Les étudiantes représentaient 17% (22) à 23% (45) des femmes en situation de déni de grossesse dans les travaux étudiés.

Les résultats de l'étude de Friedman et al. (45) semblent démontrer que les préjugés de la femme majoritairement sans emploi ou étudiante décrits dans le cas des dénis de grossesse s'appliquent davantage aux grossesses cachées. En effet, dans cette étude, 42% des femmes présentant un déni de grossesse étaient employées alors que dans le groupe grossesse cachée, elles ne représentaient que 15% de l'échantillon, 50% de ces femmes étant étudiantes.

Les problèmes financiers, en tant que facteur de stress aigu rapporté par les femmes, étaient retrouvés dans 11% des cas dans l'étude de Brezinka et al., 15% des femmes considéraient ce facteur comme un stress chronique (15).

Dans l'étude de Wessel et al. (17), près de 28% des femmes ayant été en situation de déni de grossesse bénéficiaient d'aides sociales, contre environ 5% dans le groupe contrôle, facteur qui représentait la différence la plus notable concernant le profil socio-économique des deux groupes.

Chaulet rapportait un pourcentage de 41% de femmes se trouvant dans une situation sociale précaire (22).

Donc, les résultats laissent supposer que les femmes en situations de déni de grossesse ont tendance à être dans des situations sociales plus précaires (sans emploi, bénéficiant de l'aide sociale) que les femmes enceintes en population générale, sans pour autant que cette caractéristique soit applicable à l'ensemble des femmes déniaient leur grossesse.

4. La situation conjugale

Dans le travail de Chaulet et al. (22), seulement 51% des femmes étaient en couple, tandis que le taux de femmes enceintes sans partenaire n'était que de 5% dans la cohorte ELFE (56). Le père était présent dans 50% des dénis de grossesse partiels et dans 86% des situations de déni de grossesse totaux dans le travail de Pierronne et al. (18). Parmi les femmes incluses dans l'étude de Wessel et al., environ 16% vivaient sans partenaire, proportion significativement différente du groupe contrôle puisqu'elles n'étaient que 6% de mères célibataires (17). Cependant, l'auteur insiste sur le fait que plus de 80% des mères ayant présenté un déni de grossesse décrivaient une relation sentimentale stable.

Brezinka et al. retrouvaient 37% de femmes ayant vécu une séparation avec leur partenaire en début de grossesse (15). Dans l'étude de Friedman et al., 46% des femmes vivaient avec leur mère (45).

Les femmes ayant présenté un déni de grossesse semblent donc vivre plus fréquemment sans partenaire durant leur grossesse que les autres femmes, plus particulièrement dans les situations où le déni est partiel.

5. Les antécédents de violences sexuelles

Parmi les hypothèses psychologiques évoquées antérieurement, les antécédents de violences sexuelles ont été décrits comme un facteur de risque indéniable de déni de grossesse par certains (31).

Les auteurs étudiant les caractéristiques des femmes ayant présenté un déni de grossesse ont constaté entre 7% (22) et 8% (45) d'antécédents d'abus sexuels.

Pierronne et al. se sont quant à eux intéressés à l'inceste et ont retrouvé moins de 2% de femmes rapportant un tel fait (18).

Ces chiffres ne semblent donc pas supérieurs à ceux retrouvés en population générale. En effet, un rapport INED rapportait une prévalence de 5% de femmes de 20 à 34 ans victimes d'agressions sexuelles sur l'année écoulée. Ce même rapport faisait état d'une prévalence du viol de 3,8% et de violences sexuelles de 14,3%, vie entière (57).

Les antécédents de violences sexuelles ne semblent donc pas être un facteur de risque à généraliser pour les femmes ayant fait un déni de grossesse.

6. Les antécédents psychiatriques

La question du profil psychiatrique des femmes ayant présenté un déni de grossesse est centrale lorsque l'on étudie ce sujet. Le tableau en annexe 2 regroupe les données concernant les différentes pathologies psychiatriques recueillies par certains auteurs.

Les résultats synthétisés dans le tableau sont très différents d'une étude à une autre et ne permettent pas de conclure pour le moment à un lien entre le fait de recevoir un diagnostic de trouble psychiatrique et le risque de présenter un déni de grossesse.

Ce qui semble important à retenir est la proportion non négligeable, aux alentours de 80% pour trois des quatre études présentées, de femmes sans antécédent psychiatrique (17,22,45). Cependant, le chiffre plus élevé de l'étude de Brezinka et al. interroge (15). Dans son étude, toutes les femmes ont rencontré, dans les suites du déni, un psychiatre menant des entretiens structurés. Ceci permet d'envisager l'hypothèse d'un défaut de dépistage dans les autres études, où les consultations psychiatriques n'étaient pas systématiques (pas de notion d'entretiens psychiatriques structurés systématiques dans les autres études) et où la majorité des données étaient issues de consultation de dossiers.

7. Conclusion

Tous ces résultats démontrent que les caractéristiques étudiées ne nous permettent pas d'établir un profil particulier de femmes susceptibles de présenter un déni de grossesse.

Wessel et al. appuient cette hypothèse en proposant que seul l'âge extrême (et éventuellement les relations instables ainsi que les situations sociales défavorables) puisse représenter un facteur de risque, bien que deux tiers des femmes ayant présenté un déni de grossesse dans leur étude avaient entre 18 et 34 ans (17).

Cependant, même si les grossesses adolescentes ne représentent pas la majorité des situations de déni de grossesse, il convient tout de même de porter une attention particulière à ces grossesses déniées dans une période où toute adolescente subit, de façon physiologique, de grands bouleversements physiques et psychiques.

J) Déni de grossesse et adolescence, une entité spécifique ?

Grossesses adolescentes et déni de grossesse sont donc deux phénomènes bien distincts, rare sont les situations où ces deux entités se recoupent.

Navarro et al. (20,58) ont été les premiers à étudier les caractéristiques adolescentes du déni de grossesse.

Les auteurs ont recueilli des informations suite à la prise de contact avec l'AFRDG de certaines femmes ayant vécu un déni de grossesse durant l'adolescence. Les données étaient recueillies par le biais d'un auto-questionnaire (5 femmes) ou suite à un échange écrit avec récit libre (6 femmes).

Bien que le nombre de participantes soit faible et que le recueil de données soit peu standardisé, les auteurs ont souhaité émettre leurs observations, afin de rendre compte d'une possible particularité de ces grossesses.

Les dénis de grossesse survenant à l'adolescence semblent différer de ceux survenant chez les femmes adultes selon deux principaux aspects selon les auteurs (58).

Bien que la clinique du déni de grossesse semble relativement similaire sur de nombreux points, abstraction faite d'une aménorrhée plus fréquente que chez les adultes, le mode de découverte de la grossesse semble être différent. Les auteurs suggèrent que les femmes adultes en déni partiel lèvent leur déni le plus souvent après un auto-repérage de certains symptômes. Chez les adolescentes, c'est l'entourage (les figures maternelles ou alors l'entourage scolaire, le groupe de pairs ou les professionnels de l'éducation) qui est bien souvent à l'origine des premières suspicions.

La contagiosité du déni serait alors moins présente. Une hypothèse pourrait être en lien avec la crainte exprimée par de nombreuses mères de voir leur fille enceinte. Ainsi, elles porteraient une plus grande attention aux modifications physiques de leur adolescente, parfois peu repérées par les jeunes filles elles-mêmes.

Un autre aspect soulevé dans la publication de Navarro et al. est l'absence de récurrence de ces dénis dans cet échantillon, tandis qu'il est parfois décrit dans les populations de femmes ayant présenté un déni de grossesse à l'âge adulte. Le faible effectif d'adolescentes et l'absence de recul temporel suffisant ne permettent pas une conclusion définitive mais cette hypothèse pourrait être une piste pour de futures recherches.

Comment expliquer alors ces différences repérées ? Les auteurs insistent sur un point : « la frontière entre « simple » retard au diagnostic et déni de grossesse partiel nous semble, pour cette population, particulièrement difficile à établir » (58).

K) Représentations des professionnels et vécu des femmes au sujet du déni de grossesse

1. Formation, représentations et vécu des professionnels

On note que malgré l'augmentation du nombre de publications, la formation des professionnels à ce sujet reste insuffisante. En effet, une étude française réalisée par Janati Idrissi et al. et publiée en 2014 rapporte que seulement 48,6% des professionnels de santé ayant participé à cette étude (médicaux et paramédicaux travaillant ou en cours de formation dans des services de gynécologie, d'obstétrique, de pédiatrie ou de psychiatrie de la métropole lilloise) ont déclaré avoir reçu une formation sur le déni de grossesse (59).

Cette étude s'est attachée à explorer les représentations sociales du déni de grossesse et à évaluer leur relation avec la pratique professionnelle des soignants. L'échantillon était constitué de 90% de femmes, la moyenne d'âge était de 30 ans. Soixante pour cent des répondants avaient déjà rencontré une situation de déni de grossesse au cours de leur exercice. Concernant les représentations sociales, un grand nombre de ces professionnels affirmaient que le déni de grossesse peut survenir quel que soit le milieu social de la femme (91%), son âge (88,5%) et sa parité (84%).

Quarante pour cent des professionnels ne se déclaraient pas « à l'aise » dans les situations de déni de grossesse ou bien envisageaient leur attitude comme telle, si la situation se présentait. La formation reçue antérieurement (pour moins de 49% d'entre eux, pour rappel) ne semblait pas jouer un rôle dans leur sentiment d'aisance avec la situation. À l'inverse, le fait d'avoir déjà rencontré des femmes ayant présenté un déni de grossesse permettait une meilleure appréhension de la situation.

2. Vécu des femmes ayant présenté un déni de grossesse

Peyrot & Collin (60) ont inclus pour leur travail de thèse 12 femmes ayant découvert leur grossesse après 20 semaines d'aménorrhée. Ces dernières étaient

recrutées après adressage par des médecins, sages-femmes ou psychologues. Des entretiens semi-dirigés étaient réalisés selon un guide d'entretien. Toutes ont rapporté avoir vécu brutalement l'annonce de leur grossesse, décrivant des sentiments de peur, de solitude, de culpabilité ou encore d'anéantissement. Si certaines étaient satisfaites du professionnalisme des soignants lors de l'annonce, d'autres ont rapporté se sentir « négligées devant un manque de considération lors de l'annonce », ou notaient des réactions « malveillantes » et des attitudes « désagréables ».

L'avis concernant les prises en charge différaient également entre ces femmes. Si certaines rapportaient un bon accompagnement, d'autres mettaient en avant « un manque de soutien ». Plusieurs femmes déploraient l'absence de proposition de prise en charge psychologique après leur séjour à la maternité. Dans la majorité des cas, aucun soutien psychologique n'a été organisé à leur sortie.

Ces études mettent en avant l'appréhension des soignants face à ces situations, pouvant parfois entraîner des réactions perçues négativement par les femmes ayant présenté un déni de grossesse, déjà culpabilisées par la situation en elle-même. Même si l'expérience joue un rôle central, une meilleure formation des soignants permettraient sans doute une meilleure prise en charge de ces femmes.

L) Le déni de grossesse : une situation à risque pour la mère et/ou l'enfant?

1. Les conséquences pour les femmes

1.1 Le type d'accouchement

Dans l'étude de Nirmal et al., le mode d'accouchement (accouchement voie basse spontané ou assisté/césarienne) ne différait pas entre les groupes déni de grossesse et le groupe contrôle (52).

Wessel et al. quant à eux retrouvaient 63% d'accouchements spontanés, 17% d'accouchements avec utilisation de méthode chirurgicale vaginale et 17% de césariennes. Après comparaison avec le groupe contrôle, le recours à un acte chirurgical lors de l'accouchement était 1,6 fois plus élevé dans le groupe déni de grossesse (61).

Dans l'étude de Chaulet et al., les césariennes représentaient 25% des accouchements faisant suite à un déni, prévalence significativement augmentée par rapport au groupe de femmes ayant accouché au CHU d'Angers à la même période. Lors des accouchements par voie basse, le recours à une technique instrumentale était estimé à 15% (22).

18,5% des bébés de l'échantillon se présentaient par le siège dans le travail de Brezinka et al. (15) mais seulement 3% dans l'étude de Wessel et al. (61), taux équivalent à la prévalence précédemment citée en population générale (32).

Ces résultats contradictoires ne permettent donc pas de conclure de manière définitive à un recours plus fréquent à un acte chirurgical lors des situations de déni de grossesse. Les données contraires concernant le taux de présentations en siège démontrent que ce phénomène ne peut être le seul facteur causal de l'absence de développement du périmètre abdominal chez ces femmes.

1.2 Les pathologies du pré ou du post-partum

Dans l'étude de Nirmal et al., deux femmes ont présenté des symptômes de pré-éclampsie (8%), l'une d'entre elles a ensuite développé une éclampsie avec coagulation intra-vasculaire disséminée dans le post-partum (52). L'étude de Brezinka mettait en évidence un cas de pré-éclampsie (3%) (15).

Dans le travail de thèse de Chaulet, deux femmes ont présenté une pré-éclampsie (une dans chacun de ses groupes « déni de grossesse »), soit moins de 3% de l'échantillon (62).

En France, cette pathologie est estimée chez les femmes nullipares entre 1 à 3%, et entre 0,5 à 1,5% chez les multipares (63).

Les résultats observés ne permettent pas pour le moment de conclure à une association entre déni de grossesse et risque de pré-éclampsie.

1.3 Le risque de récurrence du déni de grossesse

Dans leur étude rétrospective, Chaulet et al. retrouvaient 11% d'antécédents de déni de grossesse pour les grossesses dont le déni a été levé après 20 semaines d'aménorrhée (22). Durant la période de l'étude de Friedman et al., s'étalant de 1997 à

2003, deux des 61 femmes incluses ont à nouveau présenté un déni de grossesse (3%) (45).

Ces résultats semblent confirmer le fait qu'avoir présenté un déni de grossesse par le passé est un facteur de risque de la survenue d'un déni de grossesse ultérieurement, même si le taux de récurrence concerne finalement peu de femmes dans ces études.

1.4 Conclusion

Si ces différents résultats ne permettent pas de conclure à la présence d'une augmentation de la morbidité maternelle pour les femmes ayant connu une situation de déni de grossesse, il paraît important de retenir que le risque de survenue à nouveau de ce phénomène, chez une femme en ayant déjà présenté un, est augmenté comparativement à celui estimé en population générale.

Aucune étude pour le moment ne s'est a priori intéressée aux conséquences psychologiques du déni de grossesse chez ces femmes. Le recours aux consultations psychiatriques en post-partum était relativement faible dans les études précédemment citées, notamment dans celle de Chaulet et al. où seulement un quart des femmes ont bénéficié d'un entretien psychiatrique ou psychologique, « rarement motivé par le déni de grossesse en lui-même » (22). Dans l'étude de Friedman et al., une seule femme sur 61 ayant présenté un déni de grossesse a été rencontrée par un psychiatre, bien qu'un diagnostic de trouble de l'humeur avait été auparavant posé pour quatre mères du groupe (45).

Les complications somatiques et surtout psychologiques induites par le déni de grossesse sont probablement sous-estimées. En effet, l'étude de Nirmal et al. rapportait que 10 femmes sur les 23 du groupe déni de grossesse étaient restées à la maternité seulement 24 heures après l'accouchement, ne permettant une surveillance de l'apparition de complications qu'à très court terme, aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Un séjour prolongé en maternité au-delà de cinq jours n'a été proposé qu'à une femme de son groupe déni de grossesse (52).

2. Les conséquences pour le fœtus ou l'enfant

L'absence de conscience par une femme de son état de grossesse peut induire des comportements à risque pour l'enfant. Plusieurs facteurs en lien avec la poursuite des habitudes de vie sont potentiellement imputables, notamment l'exposition du fœtus à des médicaments tératogènes, à des rayons X lors d'examens médicaux, au tabac, à l'alcool, à la pratique de loisirs à risque ou à la poursuite d'activités physiques vigoureuses (15,54,61). L'exposition aux hormones contraceptives ou de stimulation pourrait également être envisagée comme une prise de risque pour l'enfant (11), bien que les nouveau-nés des quatre mères ayant poursuivi leur contraception dans l'étude de Brezinka et al. étaient décrits comme en bonne santé à la naissance (15).

Nous pouvons donc imaginer que toutes ces conduites à risque peuvent avoir un retentissement sur la santé de l'enfant (perturbations des paramètres initiaux, admissions dans des unités de soins spécialisés voire décès), en lien avec une prématurité ou non.

2.1 La prématurité

Dans l'étude de Brezinka et al., 7 nouveau-nés étaient prématurés, soit 26% de l'ensemble des grossesses (15).

Dans le travail de Wessel et al., 9% des enfants étaient de grands ou très grands prématurés (61). Le taux de prématurité total s'élevait à environ 18,5%, tout comme dans l'étude de Simermann et al. (54).

Dans la cohorte de Nirmal et al., 29% des enfants sont nés prématurément, contre 7% dans le groupe contrôle (52).

L'étude de Friedman et al. retrouvait aussi un risque de prématurité augmenté pour les enfants nés de mères ayant fait un déni de grossesse, atteignant 51%, alors que la prématurité estimée rapportée en population générale était de 12,5% (53).

Ces résultats permettent de considérer que le pourcentage d'enfants prématurés est augmenté chez les enfants nés de mères ayant fait un déni de grossesse en comparaison à la population générale.

2.2 Mort fœtale in utero et décès à la naissance

Le taux de mort fœtale in utero rapporté était élevé dans plusieurs études. Ainsi, l'étude de Brezinka et al. rapportait 4 décès in utero, un à 24 semaines (fœtus macéré), un à 26 semaines (hydrops / doute sur infection à cytomégalovirus), un à 31 semaines (asphyxie intra-utérine) et un à 32 semaines de grossesse (gastroschisis), soit 15% de l'échantillon total (15).

Le travail de thèse de Chaulet retrouvait 8% de décès anténataux et 3% de décès post-nataux (22). Simermann et al. rapportaient quant à eux 5% de mortalité (vs 2% en France en 2010) (54). Quant à Wessel et al., le taux de mortalité atteignait presque les 6%, corrigé à 1,5% après exclusion des fœtus non-viables (61).

Dans l'étude de Pierronne et al., le taux de décès à la naissance faisant suite à un déni de grossesse total s'élevait à 21%. Parmi ces six enfants, deux sont décédés des conséquences directes de la prématurité, un dans les suites d'un hématome rétroplacentaire et un dans le cadre d'un syndrome polymalformatif (cause de décès non identifiée pour deux enfants). Quatre de ces six décès se sont déroulés au domicile, situation dramatique résultant d'un déni de grossesse total (18).

Même si ces études ne permettent pas toutes une comparaison avec un groupe contrôle, les taux de décès de ces enfants sont non négligeables, particulièrement dans les situations où le déni de grossesse est total et où les femmes accouchent, non rarement, seule au domicile, dans un état de sidération et sans structure de soins à proximité immédiate.

2.3 Les paramètres initiaux

2.3.1 Le poids de naissance

12% des enfants nés à terme dans la cohorte de Nirmal et al. se trouvaient au 3^{ème} percentile de poids de naissance (52). Les nouveaux-nés, non prématurés selon les critères d'inclusion de l'étude, se trouvaient en moyenne au 33^{ème} percentile concernant le poids dans l'étude de Simermann et al. (54) .

Wessel et al. retrouvaient également une incidence élevée de petits poids de naissance puisque 18% des enfants nés du groupe déni de grossesse pesaient moins de 2500 grammes à la naissance, versus moins de 7% dans le groupe contrôle (61). Friedman et al. rapportaient des résultats proches, avec 24% des enfants du groupe

déni de grossesse pesant moins de 2500 grammes à la naissance, et 11% dans le groupe grossesse cachée (53).

La prévalence du retard de croissance intra-utérin de ces enfants était estimée à 6% par Chaulet et al. (22) et à 27% pour Wessel et al. (vs 8% dans le groupe contrôle) (61). Simermann et al. retrouvaient 23% d'enfants hypotrophes (54).

Le poids de naissance semble donc être impacté dans les situations de déni de grossesse, la majorité de ces études permettant une comparaison à la population générale. Cependant, l'étude de Simermann et al. met en évidence une normalisation de ce paramètre à l'âge de 9 mois (55^{ème} percentile) et 24 mois (61^{ème} percentile) (54).

2.3.2 L'APGAR

Les résultats concernant la mesure du score d'APGAR à la naissance ne sont pas similaires selon les études. En effet, les études de Brezinka et al. (15) et de Nirmal et al. (52) retrouvaient respectivement 17% et 20% (contre 8% dans le groupe contrôle du travail de Nirmal et al.) de bébés présentant un APGAR inférieur à 5 à 1 minute de vie. Si dans l'étude de Brezinka aucun enfant ne présentait un score inférieur à 5 à 5 minutes, l'étude de Nirmal retrouvait 8% des bébés dans cette situation, contre 1% dans le groupe contrôle.

En revanche, l'étude de Wessel et al. rapportait 12% d'enfants avec un APGAR inférieur à 7 à 1 minute de vie, et seulement 1,5% à 5 minutes, ne marquant pas de différence significative avec le groupe contrôle (61).

Ces résultats, parfois contradictoires, ne permettent pas d'établir un lien solide entre déni de grossesse et perturbation de l'APGAR.

2.4 Les admissions des enfants dans des services spécialisés

L'étude de Nirmal et al. témoigne d'aucune différence significative dans le taux d'admission en néonatalogie entre le groupe déni de grossesse et le groupe contrôle (52), alors que 29% des enfants issus du groupe déni de grossesse de l'étude de Wessel et al. étaient transférés dans un service de néonatalogie, contre 9% dans le groupe contrôle (61).

34% des enfants du groupe déni de grossesse et 32% de ceux du groupe grossesse cachée étaient admis en soins intensifs dans l'étude de Friedman et al. (53).

Pierronne rapportait 17% de transfert en néonatalogie dans son groupe déni de grossesse total (18).

Si les résultats ne sont pas tous unanimes, nous pouvons tout de même observer une tendance à l'admission de ces enfants dans les services de soins spécialisés.

2.5 Le développement psychomoteur

Simermann et al. sont les seuls pour le moment à avoir recueilli des données jusqu'à la fin voire au-delà de la petite enfance (54). D'après les certificats fournis par la PMI (exploitables pour la moitié des 51 enfants de la cohorte), environ 15 à 20% des enfants présentaient un retard de développement psychomoteur. Lors de la dernière évaluation, plus tardive, ce retard concernait 31% des enfants, la moitié d'entre eux présentant des troubles du langage.

2.6 Conclusion

En conclusion, le déni de grossesse semble entraîner une augmentation de la mortalité et de la morbidité des nouveaux-nés, à confronter avec le taux de prématurité plus élevé dans cette population d'enfants. Cependant, l'étude de Simermann (54) fait état de poids de naissance inférieurs à la moyenne, bien que les enfants prématurés aient été exclus de l'étude, ce qui laisse suggérer une augmentation de certaines complications pour ces enfants indépendamment de la prématurité.

Les enfants nés de mères ayant connu un déni de grossesse présenteraient plus fréquemment que la population générale une altération du poids de naissance, se normalisant par la suite.

En revanche, le développement psychomoteur de ces enfants demande à être à nouveau étudié. Les résultats issus de la première étude s'intéressant à ce paramètre semblent évoquer la nécessité d'une surveillance sur le plan psychomoteur de ces enfants.

3. Moment de levée du déni de grossesse et complications

Le risque de survenue d'une complication semble plus important lorsque le déni est levé avant 26 semaines, selon l'étude de Brezinka (15). En effet, pour toutes les femmes se trouvant dans cette situation, il était rapporté une complication obstétricale (nécessité

de cerclage) ou une pathologie de l'enfant (gastroschisis, retard de croissance intra-utérin par exemple). Trois des quatre morts fœtales in utero mises en évidence dans cette étude concernaient des femmes ayant levé leur déni entre 22 et 26 semaines de grossesse.

Aucune hypothèse n'est formulée par les auteurs afin d'expliquer ce phénomène.

4. Les conséquences pour la dyade

4.1 Projet d'interruption de grossesse ou d'abandon de l'enfant à naître

L'étude de Chaulet et al. rapportait une demande d'IVG après la levée du déni chez 23% des femmes (non réalisée car les délais sont incompatibles, de principe). Parmi celles ayant souhaité une interruption de leur grossesse ou un accouchement sous X, 84% ont gardé l'enfant. 92% des enfants issus d'un déni grossesse restaient avec leur mère, dont un pour qui une mise en place d'une AEMO (Aide Educative en Milieu Ouvert) a été demandée. 4% ont été confiés à l'adoption (22).

Dans l'étude de Friedman et al., le pourcentage de bébés placés ou confiés à l'adoption était plus élevé, estimé à 26% (pourcentage confondu avec celui des grossesses dissimulées) (53). Les travaux de Wessel et al., cité par Auer et Rolland, font état de 21,5% d'enfants abandonnés (11).

Dans l'étude de Brezinka et al., tous les enfants sont partis de la maternité pour vivre avec leur mère, à l'exception d'un, dont la mère présentait un trouble psychotique. Toutes les dyades de l'étude ont été suivies sur une période d'au moins deux ans, aucun signe de maltraitance psychique ou de négligence n'a été observé (15).

Le travail de Simermann et al., incluant 51 bébés, permet une évaluation à plus long terme des enfants, dont la situation était connue par les services sociaux dans 59% des cas (54). Les résultats mettaient en évidence l'adoption de quatre enfants, et le placement temporaire de deux autres enfants. Une information préoccupante avait été rédigée pour quatre enfants, et une AEMO était instaurée pour six familles.

4.2 La question de l'attachement

Aucune de ces études n'a évoqué a posteriori la qualité des interactions mère-enfant et l'éventuelle présence d'un trouble de l'attachement chez ces dyades. Il convient de se questionner en effet sur l'impact de la diminution du temps de gestation psychique, voire son absence, et les répercussions possibles sur la relation mère-enfant.

Ammaniti, psychanalyste, s'interroge au sujet du lien possible entre importance de la gestation psychique et qualité de l'attachement futur (13).

C'est pour tenter de répondre à cette question qu'a été organisé, par le Professeur Rolland, pédopsychiatre et chef de service à Reims, un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) national incluant 14 centres investigateurs, intitulé « déni de grossesse et attachement ». Ce travail de recherche, prospectif, compare des dyades mère/bébé issus de déni de grossesse et des dyades « contrôles », sur une période de vingt mois.

Les résultats permettront un éclairage plus clair sur les conséquences possibles du déni de grossesse pour la dyade mère-bébé et le développement des enfants (64).

5. Conclusion

En conclusion, malgré des résultats parfois contradictoires, la confrontation des études met en évidence une tendance à l'absence d'augmentation de complications somatiques pour la mère, alors que la morbidité néonatale semble être plus importante, comparativement à la population générale, et ce sur plusieurs paramètres, dans ces contextes de grossesses non suivies ou de manière tardive.

Les petits effectifs ne permettent pas toujours de conclusion unanime. Ces tendances pourraient être validées dans le futur avec des études incluant des effectifs plus conséquents.

L'absence de suivi sur le long terme des mères et des bébés pour la plupart de ces études ne permet pas de conclure sur certains paramètres, notamment les répercussions sur le psychisme des mères mais également concernant le développement psychologique de l'enfant. L'étude de Simermann et al. interroge cependant puisque 10% des enfants, âgés de moins de 7 ans, ont été reçus par un psychologue (54).

Si pour le moment les conséquences du déni de grossesse sur l'attachement mère-enfant sont peu étudiées, des études futures fourniront un éclairage sur cette question, et permettront d'envisager des propositions de prises en charge adaptées pour ces dyades si besoin.

IV) LE NÉONATICIDE : UNE CONSÉQUENCE DU DÉNI DE GROSSESSE ?

A) Contexte

Enumérer les conséquences du déni de grossesse pour l'enfant sans évoquer le néonaticide semble inenvisageable après une revue des données de la littérature. Certains auteurs effectuent d'ailleurs un lien direct entre ces deux phénomènes, à l'instar d'Acw pour qui le déni de grossesse est étroitement associé au néonaticide (65) ou encore Grangaud (43) qui affirme que « le lien entre néonaticide et déni de grossesse est tout à fait établi ».

La sphère médicale – tout du moins certains de ses représentants – n'est pas la seule à prôner une relation de causalité entre ces deux phénomènes. Au niveau judiciaire d'ailleurs, les avocats de la défense sont également tentés de questionner ce lien dans les affaires de néonaticide, dans le but d'en dégager des circonstances atténuantes.

En l'absence de retranscription officielle des déroulés et conclusions des assises, ce sont les médias qui relayent les informations obtenues lors du procès.

Dans l'affaire Véronique Courjault, chronique judiciaire extrêmement médiatisée entre 2006 et 2009, l'accusée du triple infanticide aurait déclaré durant l'instruction, selon des sources grand public (66,67), avoir eu connaissance de ses grossesses vers le 3^{ème} mois (sans plus de précision), et les avoir par la suite cachées à son entourage. Elle aurait également affirmé initialement avoir ressenti les mouvements actifs fœtaux, auprès du Dr Bensussan, expert psychiatre (66).

Cependant, quelques mois avant le procès, l'hypothèse d'un déni de grossesse ayant précédé les crimes a été mis au-devant de la scène par les avocats de la défense, invitant le Pr Nisand, entre autres, en tant qu'expert de ce phénomène pour défendre ce point de vue à la barre des assises (66).

Les experts psychiatres et psychologues ayant rencontré l'accusée ont pour certains réfuté l'existence d'un déni, arguant plutôt l'hypothèse d'une grossesse dissimulée voire d'une dénégation de grossesse (66).

Les divergences de point de vue des professionnels créent donc l'amalgame dans les médias et par conséquent au sein de l'opinion publique.

Ainsi, un article du journal *Sud Ouest* publié le 9 janvier 2018 rapportant la décision de mise en libération conditionnelle (finalement suspendue) de Dominique Cottrez, condamnée suite à huit néonaticides, relate « un déni de grossesse à huit reprises », alors que cette hypothèse avait été réfutée notamment par la prévenue elle-même. Le journal *Libération* rapportait ainsi ses propos en 2015 : « Je savais que j'étais enceinte, dit-elle. Mais je me disais dans ma tête "non, ce n'est pas possible", et j'essayais de penser à autre chose... » (68).

Pour Bydlowski, l'évocation d'un lien entre déni de grossesse et infanticide dans les médias et dans les jurys aurait pour but « d'en atténuer l'horreur, y compris dans les plaidoiries d'assises ».(69)

Existe-t-il alors un lien ou un continuum entre ces deux entités ?

Afin de tenter de répondre à cette question, il convient de bien définir le néonaticide et d'étudier les caractéristiques des femmes auteurs de cet acte pour éventuellement mettre en lumière des traits communs avec celles ayant présenté un déni de grossesse.

B) Définition

Le terme « néonaticide » est employé depuis la fin du XX^e siècle. En l'absence de dénomination spécifique existante auparavant pour définir ce phénomène, l'acte de néonaticide était retrouvé dans la littérature sous les termes plus génériques d'« infanticide » ou de « filicide ».

1. Le néonaticide

On doit l'utilisation de ce terme à Resnick, psychiatre légiste, qui l'a défini en 1970. Il désigne le meurtre d'un enfant dans son premier jour de vie (70). Les mères biologiques des enfants sont décrites comme les principales responsables de ces homicides (71,72).

Bonnet, citée par De Bortoli (73), distingue deux types de néonaticides :

- Le néonaticide actif résultant d'un acte violent (suffocation, strangulation ou noyade notamment).
- Le néonaticide passif désignant le meurtre par négligence, notamment en l'absence de recours aux soins.

2. L'infanticide

Ce terme est aujourd'hui employé pour désigner le meurtre d'un enfant jusqu'à l'âge d'un an (74). Il recouvre donc le néonaticide.

Figurant auparavant dans notre Code Pénal, à la différence du terme néonaticide n'ayant jamais eu d'existence juridique en France, le terme infanticide évoquait selon l'article 300 « le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né », « commis avant l'expiration du délai de trois jours imparti pour déclarer l'enfant nouveau-né à l'état civil » (10).

3. Le filicide

Le filicide correspond au meurtre d'un enfant par l'un de ses parents, sans critère d'âge. Le néonaticide et l'infanticide commis par le père ou la mère de l'enfant sont donc des sous-catégories de filicide (74).

C) Historique

Le meurtre d'un nouveau-né est un phénomène existant depuis des siècles, comme l'indique son inscription dans la législation au IV^e siècle après JC, sous le règne de l'Empereur Constantin, qualifiant l'infanticide perpétré par les pères de crime (75).

Les motivations pour le néonaticide ont évolué au gré des changements sociétaux, tout comme le regard porté par la société et la justice face à cet acte.

Malgré ces évolutions, les législations demeurent encore très différentes entre certains pays, oscillant entre la mise en avant de circonstances atténuantes et la volonté de juger cet acte comme tout homicide, privilégiant dans ce dernier cas la défense de l'enfant à celle de la mère.

1. Évolution des motifs du néonaticide

Ce qui semble distinguer les néonaticides au fil des siècles est leur motif, variant selon l'évolution des sociétés et des cultures.

Les néonaticides ont pu être commis pour des raisons religieuses, selon des superstitions ou lors de rituels sacrificiels. Des raisons économiques étaient également

évoquées, notamment dans des sociétés où était promu le contrôle et la régulation de la population, pouvant amener à tuer un enfant selon son sexe. Les néonaticides altruistes étaient aussi décrits et tolérés, lorsque les enfants naissaient avec des anomalies congénitales notamment. Le stigmate de l'enfant illégitime issu de couples non mariés ou adultérins a aussi été un motif d'infanticide longtemps décrit (65,70,76).

Actuellement, on attribue généralement le néonaticide au simple fait que l'enfant ne soit pas désiré (65,70), hypothèse nuancée par Amon et al. qui évoquent plutôt la crainte de l'abandon ou d'une réponse négative de la part de l'entourage, perçus comme des motifs possibles de négation de grossesse pouvant conduire à un néonaticide (30).

2. Cadre légal en France

En 1556, sous Henri II, l'infanticide était déjà proscrit par le droit français (69), pouvant être passible de la peine de mort (78).

Dans le Code pénal de 1810, l'infanticide, assimilé à un assassinat, pouvait toujours être sanctionné par la peine de mort. L'article en question a toutefois été modifié en 1824 avec l'introduction de circonstances atténuantes, permettant d'alléger les peines possibles en travaux forcés à perpétuité par la suite selon le Code de 1832 (79).

Jusqu'à la modification récente du Code pénal en 1994, les jurys en charge d'examiner ces situations étaient décrits comme cléments face à l'infanticide tel que décrit par la loi, c'est-à-dire concernant les enfants âgés de moins de 72 heures (10).

En 1994, la notion d'infanticide disparaît du Code pénal. Tous les filicides d'enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, y compris les néonaticides, sont donc qualifiés de « meurtre sur mineur de moins de 15 ans » (69). Le lien de filiation n'est donc pas pris en compte en tant que circonstance aggravante (79), tandis que la vulnérabilité de la victime, en lien avec son jeune âge, qualifie ce meurtre d'homicide aggravé (80).

3. Législation dans d'autres pays occidentaux

Si la France et les Etats-Unis n'ont actuellement pas de loi spécifique relative à l'infanticide (81), de nombreux pays occidentaux, plus d'une vingtaine, ont conservé une législation entourant spécifiquement cet acte.

L'*Infanticide Act* en est l'exemple le plus marquant. Proclamé en 1922 et amendé en 1938 (en y incluant tous les enfants de moins de 12 mois), il a été introduit dans la loi anglaise afin de justifier médicalement de la présence de circonstances atténuantes, requalifiant le crime en homicide involontaire (10). Il s'appuie sur l'hypothèse que pour la femme ayant un enfant de moins de douze mois, « l'équilibre de son esprit est perturbé du fait qu'elle n'a pas complètement récupéré des effets de la naissance ou des effets de l'allaitement » (82). La préméditation n'est donc pas évoquée dans ce contexte (10). Si les peines d'emprisonnement restent possibles en dépit de cette législation, les mères auteurs d'infanticide voient majoritairement leurs peines diminuées (75). Des lois similaires sont appliquées en Finlande et en Autriche, cette fois-ci centrées sur le néonaticide, proposant des peines d'emprisonnement allégées, de 4 mois à 4 ans (83) et de 1 an à 5 ans respectivement (84).

Cependant, certains auteurs critiquent l'*Infanticid Act*, décrivant cette loi comme sexiste car uniquement appliquée pour les femmes (71), entraînant des disparités de genre. Porter et Gavin évoquent la situation de l'Angleterre, où moins de 50% des femmes soupçonnées d'avoir commis un néonaticide ont été poursuivies en justice, contre 90% des hommes. Si une incarcération était prononcée, la durée de la peine à purger pour les femmes représentait moins de la moitié de celle des hommes (71).

Pour certains auteurs, il est nécessaire d'adopter des lois spécifiques concernant le néonaticide afin d'éviter l'hétérogénéité des jugements (78). En effet, en France, pour la même accusation, Simmat et al. (79) faisaient état, à partir de l'analyse d'un corpus constitué d'articles de presse, de décisions très différentes : classement sans suite, non-lieu, acquittement ou condamnation (meurtres, homicides volontaires ou involontaires, violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, non-assistance à personne en danger, délaissement de mineurs).

D) Place du déni de grossesse dans la législation française

Plusieurs auteurs, dans la continuité de ce débat, posent alors la question de la place du déni de grossesse dans la législation française (10,85), en proposant par exemple d'introduire un « syndrome de néonaticide par déni de grossesse » (85). La pertinence d'une législation dédiée peut toutefois être remise en cause par l'occurrence limitée du lien entre déni de grossesse et néonaticide avancé lors des procès. D'après

l'étude de Simmat-Durand et Vellut (86), un lien éventuel entre déni de grossesse et néonaticide n'était évoqué que pour seulement 12% des mères jugées.

Les scientifiques ne sont pas les seuls à réclamer un retour d'une législation spécifique de l'infanticide dans le droit pénal, en particulier lorsque le déni de grossesse est évoqué, à l'instar des avocats de la défense de Véronique Courjault (79).

En 2013, Vellut et Simmat-Durand ont publié une étude qui s'intéresse à l'influence de l'expertise psychiatrique des mères accusées de néonaticide sur les décisions judiciaires. Les résultats montrent que même lorsqu'un déni de grossesse était évoqué par les experts, les femmes étaient toutes tenues responsables pénalement de leur acte, à la fois par les experts psychiatres et par les juges (87). De même, aucun lien clair n'était démontré entre le « diagnostic » de déni de grossesse et une prononciation d'altération du discernement. La mise en avant du déni de grossesse ne semblait pas influencer sur le verdict, les décisions judiciaires et les peines restant toutefois très variées dans ces situations (allant du non-lieu ou de la relaxe à des peines d'emprisonnement fermes, même lorsqu'une altération du jugement était évoquée) (87).

Cependant, une étude basée sur un corpus de la presse française rapportait que les peines fermes prononcées à l'encontre des mères étaient moins importantes lorsque le déni de grossesse était évoqué (trois ans en moyenne, avec sursis partiel) que lorsque le refus d'un nouvel enfant était avancé comme motif principal de l'homicide (plus de six ans en moyenne) (86).

Devant l'hétérogénéité des peines prononcées, les auteurs avancent les difficultés que rencontrent les instances juridiques pour bénéficier d'avis objectifs et de grilles de lecture communes, le déni de grossesse n'étant pas reconnu en tant que trouble dans les classifications médicales utilisées par la communauté scientifique (75,85).

E) Incidence

1. La naissance : Une période particulièrement à risque

Selon Resnick : « On est plus susceptible d'être assassiné le jour de sa naissance que tout autre jour de sa vie » (81). Porter et Gavin citent Marks et Kumar

pour apporter une précision à ces propos, en rapportant que les enfants de moins d'un an ont quatre fois plus de risque d'être tué que tout autre enfant, le premier jour de vie étant le plus à risque (71).

Les néonaticides représentent un pourcentage variable des infanticides, allant de 5% à 50% selon les études (83). D'après une étude recensant initialement les décès de mineurs selon les statistiques autrichiennes et finlandaises, 23% des filicides étaient des néonaticides (77).

2. Une estimation délicate

Une estimation correcte de l'incidence du néonaticide est en réalité un objectif « inatteignable » (88). En effet, les néonaticides sont la plupart du temps connus si le corps de l'enfant est retrouvé ou si la femme se présente dans un service de soins suite à une complication de l'accouchement (saignements gynécologiques par exemple) (89), auquel cas l'institution, en France, réalise un signalement judiciaire (79). Les cas recensés ne représentent donc que le « haut de l'iceberg » (83,84), l'incidence étant systématiquement sous-estimée.

3. Les sources de recensement pour les auteurs

3.1 Les sources officielles : judiciaires et épidémiologiques

Dans les pays où une législation spécifique au néonaticide existe (comme en Finlande et en Autriche), les situations connues des registres de police permettent un recensement et donc une estimation de l'incidence (84,90). Les registres judiciaires peuvent également représenter une source intéressante, à condition que le processus judiciaire soit mené jusqu'à terme. Ainsi, 59% des situations de néonaticides seraient omises des statistiques judiciaires officielles en Finlande dans ce contexte (83).

Dans les pays où il n'existe pas de lois concernant le néonaticide, comme en France, les statistiques judiciaires ne permettent pas de différencier ce crime de tout autre meurtre sur mineur de moins de 15 ans, et donc d'en évaluer la proportion. De plus, certains néonaticides sont qualifiés d' « homicide involontaire » ou de « violences ayant entraîné la mort », et non plus de meurtre sur mineur de moins de 15 ans, entraînant à nouveau une certaine sous-estimation du phénomène (79).

3.2 La presse

Devant l'intérêt porté par le grand public pour ces affaires qualifiées de sensationnelles (10), les cas de néonaticides sont le plus souvent rapportés dans la presse. Les médias peuvent représenter une source de recensement pertinente, puisque, outre les publications relatant la mise en cause de femmes pour néonaticide, les découvertes de cadavres non élucidées sont également rapportées.

4. Incidence dans les pays occidentaux

Tanaka et al. ont réalisé une revue systématique de la littérature scientifique concernant l'incidence du néonaticide dans divers pays. Cette estimation se basait sur des sources différentes suivant la méthodologie choisie et surtout selon les informations disponibles dans chaque pays (registre judiciaire, de la police, d'institut de médecine légale, ...) (91).

Dans les pays occidentaux, l'incidence, variait entre 0,18/100 000 (en Finlande, selon les registres de police) et 8,5/100 000 (en Autriche, selon le même type de source). Même si pour le moment aucune explication franche n'est retenue afin d'expliquer cette différence d'incidence marquée entre la Finlande et l'Autriche, plusieurs variables peuvent être soulevées comme l'influence plus importante de la religion en Autriche et le délai plus restreint d'accessibilité à l'IVG (12 semaines), à un prix également plus élevé dans ce pays (90).

Aux Etats-Unis, les chiffres sont similaires aux estimations françaises de 2,1/100 000 (88,91). L'estimation de l'incidence française a été obtenue d'après une étude réalisée entre 1996 et 2000 dans trois régions (Bretagne, Ile de France et Nord-Pas-de-Calais) à partir de l'examen de dossiers judiciaires (92).

27 néonaticides étaient ainsi recensés selon les dossiers judiciaires de ces régions sur une période de cinq ans, tandis que les statistiques officielles de mortalité n'en rapportaient que 5, équivalent à une incidence de 0,39/100 000, soit 5,4 fois moins (92). Cette différence semble en partie imputable aux omissions de rédactions de certificats de naissance ou de décès obligatoires et aux causes de mort erronées établies par les autopsies (mort naturelle ou cause inconnue) (92). Un manque de curiosité médicale face au décès du nouveau-né et une réticence à criminaliser ce phénomène ont été évoqués par Tursz et Le Nestour, lors d'une communication orale, citée par Bydlowski (69).

L'incidence estimée est donc extrêmement variable selon les sources utilisées, et de principe toujours sous-évaluée.

F) Clinique du néonaticide

1. « La trajectoire du néonaticide »

Riley, en 2005, a souhaité explorer les causes pouvant mener à un néonaticide, en s'intéressant à l'expérience personnelle de femmes auteurs de cet acte (93).

Des entretiens psychologiques semi-structurés ont été réalisés auprès de neuf femmes incarcérées aux USA pour néonaticide, dans cinq états différents.

A partir de ces interviews, l'auteur a généré une hypothèse phénoménologique afin de mieux comprendre « la trajectoire du néonaticide ».

Ainsi, la découverte d'une grossesse non programmée mènerait à un sentiment de peur induisant la dissimulation de son état de grossesse. Cacher une grossesse provoquerait de fait un isolement émotionnel conduisant à un « déni », correspondant plutôt à une dénégaration de grossesse puisque 8 des 9 femmes incluses dans l'étude rapportaient une « conscience intermittente » de leur état.

Au moment de l'accouchement, la femme se trouverait dans un état de dissociation générant de la panique, et aboutissant à un acte de néonaticide.

2. L'hypothèse de la dissociation

Riley décrivait 3 épisodes de dépersonnalisation et 8 cas d'« amnésie limitée » dans son étude, parmi les 9 femmes incluses. Une femme a présenté des hallucinations acoustico-verbales pendant et après l'accouchement, phénomène déjà présent au cours de son enfance (93).

Spinelli quant à elle s'est intéressée spécifiquement aux symptômes de dissociation potentiellement présents au moment du néonaticide. Seize femmes, pour lesquelles des entretiens psychiatriques avaient été requis par les juges ou les avocats de la défense, ont passé la « Dissociative Experience Scale ». Toutes ont décrit « se regarder » pendant l'accouchement, évoquant un état de dépersonnalisation. Onze d'entre elles n'ont ressenti aucune douleur. Douze ont rapporté des hallucinations dissociatives et quatorze ont expérimenté une amnésie brève. Parmi ces dernières, neuf

d'entre elles ont décrit des symptômes psychotiques lorsqu'elles ont vu le nouveau-né (94).

Ces résultats semblent démontrer qu'un état dissociatif était présent au moment de l'accouchement pour toutes ces femmes. Cependant, deux d'entre elles, présentant des traits de personnalité antisociales, étaient soupçonnées de simulation devant des scores anormalement élevés pour cet outil psychométrique (94).

Certains auteurs interprètent ces résultats avec scepticisme (71,81,95), évoquant la possibilité d'un biais déclaratif de la part des personnes interrogées avec cette échelle. Resnick, insistant sur le fait que ces femmes étaient probablement plus à même de présenter une pathologie psychiatrique car toutes adressées pour évaluation psychiatrique par les avocats de la défense (81), évoquait quant à lui un biais de sélection.

Porter et Gavin, s'appuyant sur une étude de Mendlowicz, rapportaient que le nombre de femmes ayant déclaré une amnésie étaient plus important après l'adoption d'une loi mettant en avant le rôle de la maladie mentale comme facteur atténuant dans le jugement des néonaticides (71).

L'étude de Shelton et al., s'intéressant aux caractéristiques des femmes accusées de néonaticide, mais aussi aux conditions du passage à l'acte, montre que seulement 9% des femmes de l'étude ont été évaluées a posteriori dans un état de dissociation au moment des faits. Les auteurs rapportent également qu'une altération de la perception ou qu'une réduction de la conscience est parfois décrite dans les naissances en population générale (89).

Pour eux, la preuve de la capacité à faire taire les cris de l'enfant en lui posant la main sur la bouche et la possibilité de construire un scénario pour cacher le corps du bébé complique la défense de l'accusé en ne corroborant pas l'hypothèse de la dissociation (89).

Les avis des auteurs concernant la présence d'un état dissociatif au moment du passage à l'acte sont donc divergents.

3. Description de deux situations cliniques bien distinctes

Pour Green et Manohar, le néonaticide peut résulter en effet d'un état de panique mais pas exclusivement (96). Ils catégorisent ainsi deux situations répondant à des profils bien distincts :

- ➔ Les situations les plus nombreuses concerneraient des jeunes femmes immatures, subissant une forte pression sociale ou parentale concernant « l'enfant illégitime », et tuant leur enfant en réponse à un mouvement de panique suivant la naissance de leur bébé, de manière non préméditée.
- ➔ Le second groupe concernerait des femmes ayant planifié le décès de leur enfant avant la naissance (donc nécessairement informées de leur grossesse), avec peu de préoccupations morales.

Quel lien effectuer avec le déni de grossesse dans ces situations ? Il serait bien évidemment possible d'envisager que la première catégorie de femmes décrites par Green et Manohar ait présenté un déni de grossesse total, menant donc à un accouchement imprévu et vécu avec panique, pouvant même induire un état dissociatif. Pour Bonnet, cité par Atkins, le néonaticide permettrait ainsi la poursuite du déni de la réalité (97). Romano quant à elle évoque que « les cris du bébé peuvent violemment signifier la levée du déni et face à cet impensable devenu réalité, la mère étouffe « ce qui crie » pour le faire taire, sans réaliser qu'il s'agit d'un bébé » (98). Mais nous pouvons aussi formuler l'hypothèse de l'existence, dans ce premier groupe, de femmes conscientes de manière continue ou intermittente de leur grossesse, mais ne pouvant envisager l'arrivée d'un enfant, et présentant ce que Le Nestour et Vellut nomment le déni de « l'inéluctabilité de l'accouchement » (99).

Le deuxième groupe quant à lui évoque de manière claire des situations de grossesses dissimulées, où le passage à l'acte peut être prémédité.

Les conditions du passage à l'acte semblent donc variables d'une femme à l'autre. Cependant, ces mères ont-elles un profil typique ? Les négations de grossesse sont-elles la règle ? Quelle part ces phénomènes représentent-ils dans le néonaticide ? Pour répondre à ces questions, il convient d'étudier les caractéristiques de ces femmes auteurs de néonaticide et d'explorer la question de l'éventualité d'une négation de grossesse pour chacune d'elles.

G) Caractéristiques des mères auteurs de néonaticide

Même si nous avons démontré dans la première partie de ce travail l'absence de profil à risque concernant le déni de grossesse, il convient d'étudier si les mères auteurs de néonaticides peuvent présenter des caractéristiques fréquemment - mais non obligatoirement - rencontrées chez les femmes ayant vécu un déni de grossesse, tel qu'un âge extrême (mineures ou femmes pré-ménopausiques), une situation sociale plus précaire que la population générale ou encore le fait d'être célibataire, une multigestité, un accès à la maternité plus précoce que la population générale et l'absence d'antécédent psychiatrique.

Les tableaux en annexe 3 et 4 répertorient les caractéristiques des femmes relevées dans plusieurs études épidémiologiques incluant des mères accusées de néonaticide.

1. L'âge

Même si l'âge de ces mères semble plutôt jeune dans certains pays, notamment les États-Unis, ces résultats sont toujours à confronter avec les données issues de la population générale, les grossesses adolescentes étant plus fréquentes aux USA qu'en France par exemple (21 naissances pour 1000 aux USA concernaient en 2016 des adolescentes de 15 à 19 ans contre 9/1000 en France) (100). Cependant, l'âge moyen des femmes dans toutes les études est inférieur à 30 ans (76,77,92,101–103) alors que beaucoup ne sont pas primipares, ce qui laisse suggérer un accès plus précoce à la maternité qu'en population générale. Cette hypothèse est illustrée dans un travail de thèse français de 2015, où l'âge moyen du premier accouchement des neuf femmes auteurs de néonaticides de l'étude était de 20 ans (72).

2. L'histoire gynécologique et le mode de vie

La gestité/parité et le statut marital sont des variables réparties de manière hétérogène selon les études, ne permettant pas de conclusion généralisable, même s'il convient de noter que la proportion de femmes vivant avec le père de l'enfant était peu élevée, toujours inférieure aux deux tiers (76,77,92,101,102). Les résultats sont en revanche tous unanimes concernant la très faible proportion de femmes ayant fait suivre leur grossesse avant le néonaticide (76,77,92,102).

3. Les conditions socio-économiques

Concernant les conditions socio-économiques, ces femmes semblent être issues majoritairement de la classe moyenne (76) et ont le plus souvent un emploi (102), ces conditions ne différant pas des données issues de la population générale selon deux de ces études épidémiologiques (92,101).

4. Les antécédents psychiatriques et la psychopathologie

Les résultats des études sont contradictoires en ce qui concerne la présence d'antécédent psychiatrique, selon la population étudiée et la temporalité de la psychopathologie observée (76,77,92,101–103). En effet, il n'est pas rare d'observer, après les faits, des symptômes ou troubles psychiatriques consécutifs au passage à l'acte comme des troubles dépressifs ou encore des états de stress post-traumatique (104). Le caractère rétrospectif des études, avec recueil des antécédents psychiatriques sur déclaration de la mère après le passage à l'acte, complique l'évaluation de l'état psychique de ces femmes avant le passage à l'acte (95), avec le risque d'introduire un biais déclaratif.

À la différence des femmes ayant commis des meurtres d'enfants plus âgés, ces femmes présentent donc peu fréquemment une pathologie psychiatrique caractérisée (65). Un profil psychologique est néanmoins évoqué par certains auteurs, mettant en avant une immaturité (76,88,104) et une passivité (76,81), passivité absente chez les femmes qui prennent la décision de procéder à une interruption de grossesse (81).

Vellut et al. emploient le terme de « profil psychorelationnel », faisant référence à des femmes plutôt discrètes et réservées, avec des traits de personnalité dépendante et « un manque patent d'assurance et de stabilité dans les dimensions relationnelles et affectives de leur vie » (104). Plusieurs auteurs évoquent également une crainte de l'abandon (88,99) et une préoccupation importante à l'idée de satisfaire les autres (88).

En accord avec les conclusions de Resnick citées par Karakasi et al. (105), il semble que les traits de personnalité pathologiques soient davantage présents chez ces femmes, plutôt que des troubles psychiatriques de l'axe I, présents de manière plus conséquente dans les autres filicides.

5. Conclusion

Si l'étude de Mendlowicz et al. suggère un profil caractéristique de mères, à savoir des femmes jeunes et célibataires, très majoritairement nullipares et pour la moitié avec un niveau d'éducation très bas (101), les résultats sont plus contrastés dans les études occidentales analysant des données plus récentes (76,77,92,102). Ces données ne permettent donc pas d'établir un profil si caricatural. Les résultats de l'étude de Mendlowicz et al. peuvent témoigner de l'évolution des motifs du néonaticide au fil du temps et donc du profil de ces femmes puisque cette étude inclut des femmes sur presque un siècle. Cette différence peut également mettre en avant des profils de femmes différents selon les cultures et les conditions économiques d'un pays.

Donc, à l'instar du déni de grossesse, l'étude des caractéristiques des mères accusées de néonaticide ne permet pas de dégager de profil franc. Seule la rare occurrence des soins prénataux est un facteur commun à toutes les études évoquant cette variable dans le néonaticide.

Cependant, les résultats laissent suggérer que ces femmes sont plutôt célibataires ou dans une relation instable avec le père de l'enfant, et présentent un accès à la maternité plus précoce dans leur vie que la population générale, caractéristiques fréquemment décrites chez les femmes présentant un déni de grossesse.

Les résultats retrouvés sont à interpréter avec précaution. Ces études peuvent ainsi présenter de nombreux biais, notamment déclaratifs concernant les antécédents psychiatriques, et les différences dans le recrutement des populations ne permettent pas de comparer toutes les études entre elles.

De plus, toutes ces études, de fait, ont été réalisées auprès de femmes dont le néonaticide a été connu.

Cependant, sont-elles différentes des femmes étant parvenues à cacher leur meurtre ? Ont-elles des caractéristiques communes ou représentent-elles un groupe bien particulier ?

Ces questions soulignent une nouvelle fois la nécessité de faire preuve de prudence dans la catégorisation de ces femmes effectuée par certains auteurs.

H) Implication du déni de grossesse dans le néonaticide

De nombreux auteurs, s'intéressant au déni de grossesse ou au néonaticide, ont cherché à étudier la place du déni en tant que facteur de risque dans le passage à l'acte envers son enfant dans le premier jour de vie de celui-ci (72,76,92,94,101,102).

Dans certaines études, les auteurs préfèrent employer le terme de négation de grossesse, incluant de fait les grossesses dissimulées également. Ainsi, Putkonen et al. ont fait le choix de ne pas étudier de « vrai déni », défini par l'absence totale de conscience de sa grossesse, craignant un manque de fiabilité de leur matériel basé sur des informations issues de registres (102).

Dans l'étude de Spinelli, les 16 femmes incluses sont décrites comme ayant présenté un déni de grossesse (94). Cependant, même si un déni de grossesse total était rapporté pour cinq d'entre elles, les autres ont eu une connaissance intermittente de leur grossesse, évoquant davantage une dénégation de grossesse qu'un déni. De plus, la population choisie représente peut-être un biais puisque les femmes incluses ont été adressées pour évaluation psychiatrique pour certaines par les avocats de la défense. Ainsi, l'enjeu de ces entretiens pouvaient donc être de mettre en lumière un déni grossesse afin de tenter d'alléger la peine, induisant donc un biais.

La majorité des études évoquant de manière bien différenciée les dissimulations de grossesse, les dénégations et les dénis, mettent en avant une proportion nettement plus importante de grossesses cachées parmi les femmes ayant commis un néonaticide (76,92,101).

Ainsi, 95% des femmes avaient caché leur grossesse dans l'étude de Beyer et al., et toutes les femmes avaient connaissance de leur état de femme enceinte (76). 94 % des femmes ont gardé le secret de leur grossesse dans l'étude brésilienne (101). Les résultats sont globalement similaires dans l'étude de Tursz et Cook puisque toutes les femmes ont caché leur grossesse. Seulement quatre femmes parmi les 17 ont rapporté avoir vécu un déni partiel, avec une découverte de leur grossesse vers la 20^e semaine de grossesse, dissimulée par la suite (92).

Plane, à partir d'études de dossiers judiciaires français, retrouvait parmi les neuf mères de l'étude ayant commis un néonaticide, 67% de dissimulations de grossesse, 22% de « désaveux de grossesse » (équivalent aux dénégations) et aucun déni (72).

Dans les études épidémiologiques sur le déni de grossesse citées précédemment, seuls Wessel et al. relevait un cas de néonaticide (61).

Simmat Durand et Vellut, à partir de leur corpus issu de la presse, ont mis en avant les explications données par les mères pour justifier le néonaticide. Le déni de grossesse n'arrive qu'en quatrième position (12% des mères jugées), derrière la peur ou la panique (18%), le refus d'un enfant supplémentaire (16%) et la peur de l'entourage ou du mari (13%) (86).

Ces résultats démontrent le fait que l'existence de ce déni n'est pas systématique dans les affaires de néonaticides, voire même peu fréquente, contrairement aux situations de grossesses dissimulées. Dayan et Bernard rappellent ainsi que l' « on peut évaluer à moins de 1% les dénis totaux suivis d'infanticide et à moins de 0,2% les dénis partiels ». Ils insistent aussi sur « la sous-estimation de l'occurrence des dénis résolutifs sans incident et le biais que crée le filtre judiciaire » et citent l'étude de Vellut pour rapporter qu'un déni de grossesse est présent dans environ 10% des affaires d'infanticide judiciairisées (10).

Pour de nombreux auteurs donc, deux variables, souvent amalgamées avec le déni de grossesse (86), sont très fréquemment présentes dans le néonaticide. Ces caractéristiques sont l'absence de suivi de la grossesse (81,85,104) et une grossesse dissimulée à l'entourage (72,77). Ces deux conditions, par définition, rendent difficile le dépistage de ces femmes et font donc du néonaticide un crime a priori peu accessible à la prévention.

V) CONCLUSION

Le déni de grossesse est donc une entité clinique qui mérite une attention particulière, compte tenu notamment de sa prévalence et de ses conséquences potentielles.

En effet, ce phénomène n'est pas rare. Si l'on généralise les chiffres de prévalence décrits par Wessel (51), largement pris comme référence par de nombreux auteurs, et qu'on les applique à la situation de la France en 2016 (naissance de 784 000 enfants selon l'INSEE (106)), environ 1650 femmes auraient présenté un déni de grossesse dans l'année, dont environ 310 un déni total. Cependant, ces chiffres semblent sous-estimés. Par exemple, à la maternité du CHU de Pellegrin à Bordeaux, entre 2013 et 2015, le nombre de dénits recensés dans le cadre du PHRC dirigé par le Pr Rolland (chapitre II, L 4.2, page 47) était de 62, soit 6/1000 accouchements, alors que les études épidémiologiques actuelles font état de 2 à 3 accouchements consécutifs à un déni de grossesse pour 1000 naissances. Les résultats du PHRC à Bordeaux indiquent donc une prévalence double voire triple.

Même si les complications somatiques maternelles ne semblent pas significativement plus fréquentes au regard des études citées, une attention particulière doit être portée aux conséquences psychologiques voire psychiatriques possibles de la révélation de ces grossesses déniées et des accouchements se déroulant parfois au domicile, de manière inopinée.

Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence une augmentation de la morbidité chez les nouveaux-nés dans les situations de déni de grossesse. Ce constat peut-être en lien avec les comportements à risque potentiels pour l'enfant pendant la grossesse, l'absence ou la présence tardive de soins anténataux et la prématurité pouvant en résulter.

La littérature fait surtout état d'un manque de connaissances concernant les répercussions du déni de grossesse sur le lien mère-enfant. Jusque-là, les études explorent principalement cette composante par le prisme de l'intervention des services sociaux ou de la volonté d'abandon de l'enfant, mais rarement dans une perspective longitudinale, ce qui devrait être le cas pour explorer le développement de l'enfant suite à cette naissance particulière.

Dans ces situations où la gestation psychique a été raccourcie ou n'a pas eu lieu, phénomène à ne pas banaliser, il semble nécessaire d'accorder une attention particulière à ces femmes et ces enfants. Il pourrait être judicieux de pouvoir proposer par exemple une consultation psychologique ou psychiatrique de principe à chaque femme lors de la levée du déni et après l'accouchement. Un séjour prolongé à la maternité et/ou un accompagnement systématique à la sortie de la maternité par des professionnels sensibilisés à la problématique devraient être évoqués avec ces femmes, afin de soutenir les interactions mère/bébé et la nouvelle famille dans l'établissement d'un lien sécure avec l'enfant.

Le devenir psychologique et développemental de ces enfants reste également à investiguer, du fait de l'intérêt très récent de la littérature scientifique pour ce sujet.

L'étude des caractéristiques des femmes ayant présenté un déni de grossesse a permis de mettre en évidence une tendance à une plus grande proportion de femmes aux âges extrêmes, célibataires, et vivant dans des conditions sociales défavorables comparativement à la population générale. Cependant, la présence non majoritaire de ces caractéristiques dans les groupes de femmes étudiées ne permet pas d'établir un profil à risque généralisable.

Les mesures de prévention à mettre en œuvre pour dépister les dénis de grossesse sont difficiles à envisager, compte-tenu de l'absence d'individualisation d'un profil à risque et du manque de connaissances objectives du corps médical. L'étude réalisée dans la métropole lilloise montre un réel enjeu autour de la formation du personnel soignant (59). Intégrer le déni de grossesse aux programmes de toutes les formations médicales ou paramédicales, en particulier chez les médecins généralistes, pourrait permettre un meilleur dépistage de ces situations.

En conséquence, le recours à des tests de grossesse, à prescrire plus fréquemment par les professionnels de santé, non réalisés dans de nombreux cas par « contagion du déni », pourrait donc permettre de limiter l'ampleur de ce phénomène.

Quant à la population générale, il semble nécessaire de diffuser une information éclairée, par exemple dans les collèges/lycée/universités et au cabinet de médecine générale, loin des stéréotypes véhiculés par les médias.

Enfin, introduire le déni dans les classifications internationales (DSM, CIM) permettrait un meilleur recueil des situations. Cependant la psychopathologie du déni de grossesse ne répond probablement pas à un mécanisme généralisable pour toutes ces

femmes et la diversité des classifications proposées par les auteurs en est la preuve. L'intitulé « découverte tardive de grossesse » proposée par Chaulet (22) semble pertinent, à la condition de l'apposition d'une date seuil, permettant un repérage de ces femmes sans faire du symptôme de déni un trouble psychiatrique à part entière.

Pour ce qui est du néonaticide, l'attention portée par les médias concernant ces affaires judiciaires, particulièrement suivies par l'opinion publique, conduit à attribuer un lien trop direct entre cet acte et le déni de grossesse, alors que cette association demeure en fait rare. Le risque réside peut-être plutôt dans la possible stigmatisation des femmes ayant dénié leur grossesse par la société mais aussi par le milieu médico-social.

Même si certaines caractéristiques communes sont retrouvées parmi les femmes ayant présenté un déni de grossesse et celles ayant commis un néonaticide, elles ne permettent pas de généraliser un profil à risque et encore moins d'attribuer un lien entre ces deux phénomènes.

Le néonaticide semble a priori, au regard des résultats énoncés, impliquer davantage les femmes dissimulant leur grossesse. Les grossesses cachées étant par définition peu accessibles à la prévention, les mesures à mettre en œuvre pour diminuer l'incidence du néonaticide semblent difficiles à envisager.

Cependant, celles-ci pourraient éventuellement être axées sur l'information de toutes les femmes, via des campagnes préventives, aux droits dont disposent chacune lorsqu'elle ne désire pas ou ne peut pas garder son enfant, selon son pays de résidence (accouchement sous X ou adoption par exemple en France).

Pour conclure, après cette revue de la littérature, le seul vrai point commun entre le déni de grossesse et le néonaticide pourrait être la nécessité de développer des efforts d'information et peut-être donc de prévention de la part des acteurs de santé publique, à adresser à la population générale et aux professionnels de santé, dans l'espoir de réduire la morbi-mortalité néonatale potentiellement évitable, résultant de ces deux phénomènes.

VI) ANNEXES

ANNEXE 1

	Brezinka et al. 1994 (15)	Pierronne et al. 2002 (18)	Wessel et al. 2002 (51)	Nirmal et al. 2006 (52)	Friedman et al. 2007 (45)	Chaulet et al. 2013 (22)	Simermann 2018 (54)
Période de l'étude	1987-1990	1993-2000	1995-1996	1989-1999	1997-2003	2005-2009	2009-2015
Lieu de l'étude	Hôpital universitaire d'Innsbruck (Autriche)	Maternités de Denain et Valenciennes (France)	24 structures de soins de la métropole de Berlin (Allemagne)	Plusieurs hôpitaux – South Glamorgan (Pays de Galles)	Urban Academic Medical Center (Ohio, USA)	Maternité du CHU d'Angers (France)	Maternité du CHRU de Nancy (France)
Méthode	Étude prospective	Étude prospective	Étude prospective	Étude rétrospective	Étude rétrospective	Étude rétrospective	Étude prospective
Critères d'inclusion	Femmes dont le « désaveu » de grossesse a été diagnostiqué (à partir de 20 semaines de grossesse)	Femmes ayant découvert leur grossesse après 5 mois et ayant eu un contact avec la psychiatrie de secteur	Femmes ayant reçu un diagnostic de grossesse à partir de la 20 ^e semaine de grossesse et n'ayant pas eu de perception subjective de leur grossesse avant cette date	Femmes déclarant de pas avoir eu connaissance de leur grossesse avant le début du travail, et de fait n'ayant pas reçu de soins prénataux	Femmes à partir du troisième trimestre de grossesse, n'ayant pas reçu de soins prénataux dans le cadre d'un déni de grossesse ou d'une grossesse cachée	Grossesses découvertes à partir de 15 semaines d'aménorrhée	Grossesses découvertes après 20 semaines d'aménorrhée
Nombre de naissance	Environ 2 800/an	28 066	29 462	58 530	31 475	20 157	
Nombre de déni estimé et prévalence	27 dénés * 16 dénés partiels 11 dénés totaux	56 dénés 1/501 27 dénés partiels 1/1039 29 dénés totaux 1/968	62 dénés 1/475 12 dénés totaux 1/2455	24 dénés totaux 1/2439	61 dénés 1/516	75 dénés 1/269 (1,09/1000 entre 15 et 19 SA, 2,6/1000 entre 20 SA et la naissance) 69 dénés partiels 1/292 6 dénés totaux 1/3360	75 dénés 1/300 53 dénés partiels 22 dénés totaux

Prévalence estimée des dénés partiels et totaux entre 1987 et 2015

* Prévalence non calculable du fait de l'absence de précision sur la durée de l'étude (mois de début et de fin non précisés)

ANNEXE 2

	Brezinka et al. (15)	Friedman et al. (45)	Wessel et al. (17)	Chaulet et al. (22)	Estimation en population générale
ATCD psychiatrique	48%	22%	20%	20%	32% (107)
Schizophrénie	7,4%	NR	4,6%(a)	NR (1,3% (b))	0,3-0,7% (DSM 5)
Trouble de l'humeur	14,8%	6,6%	NR	1,3%	18% (femmes de 18 à 30 ans) (108)
Trouble de la personnalité	14,8%	NR	3,2% (c)	2,7% (d)	9,1 à 14,8% (DSM 5) 0,7 à 5,9% (d) (109)
Déficience intellectuelle	11,1%	6,6%	4,8%	NR	1% (DSM 5)
TCA	NR	NR	NR	4,0%	0,9 à 1,5 % (anorexie) (110) 1 à 3% (boulimie) (111)
Abus de substance	NR	9,8% (e)	8,1%	9,3%	6,8% (chez les 18-30 ans en 2007) (108)

Prévalence estimée des antécédents psychiatriques en population générale et chez les femmes ayant présenté un déni de grossesse

NR = Non Renseigné

(a) 3 cas dont une décompensation aiguë

(b) Episode psychotique (pas de diagnostic de schizophrénie évoqué)

(c) Trouble de la personnalité ou du comportement

(d) Trouble de la personnalité émotionnellement labile

(e) Analyses toxicologiques urinaires positives pendant l'étude

ANNEXE 3

Auteurs	Années étudiées	Lieu de l'étude et sources	Groupe contrôle	Nombre de femmes identifiées	Age moyen des femmes	Histoire obstétricale	Statut marital/Mode de vie
Beyer (76)	1992-2005	16 États des USA + district de Columbia (Sources variables dont données du FBI)	Non	40	21 ans (12-42 ans)	Primigestes : 62,5% Primipares : 72,5% Soins prénataux pour 15% des femmes	85% jamais mariées
Mendlowicz (101)	1900-1995	Brésil, Rio de Janeiro (Fichiers judiciaires)	Oui	53	22,5 ans (16-48 ans) vs 24,9% dans le groupe contrôle (*)	Nullipares : 82,4 % (vs 39,6% dans le groupe contrôle *)	81,1% célibataires 11,3% mariées (58,5% dans le groupe contrôle*) 3,8% veuves
Amon (77)	1995-2005	Autriche et Finlande (Rapport de légiste, certificat de décès)	Oui	23	27,7 ans (16,4-42,5 ans)	Primigestes : 52,2% Soins prénataux pour 3,6% des femmes	Pendant la grossesse : 57,2% vivaient avec leur partenaire 10,7% vivaient seule 21,4% vivaient avec une autre personne que leur partenaire
Putkonen (102)	1980-2000	Finlande (Registre de police, décision de tribunal)		32	26 ans (16-41 ans)	Primigestes : 34% Primipares : 56% Soins prénataux pour 6% des femmes	47% vivaient chez leur parent 31% en couple 66% célibataires 3% divorcées
Stasiunene (103)	1990-2012	Lituanie (Ministère de l'Intérieur)		36	27,4 ans (17-44 ans)		
Tursz (92)	1996-2000	France, Bretagne/Ile de France et Nord pas de Calais (Dossiers judiciaires)	Oui	17	26,5 ans (17-45 ans)	Primipares : 41,2% Aucun soins prénataux	58,9% vivaient avec le père de l'enfant

Caractéristiques des mères soupçonnées de néonaticide de 1900 à 2012

ANNEXE 4

Auteur	Niveau d'éducation	CSE/emploi	Antécédents psychiatriques
Beyer (76)	Equivalent lycée : 14% Diplôme d'équivalence des études secondaires: 5% Diplômées du lycée : 29% Enseignement supérieur : 52%	Classe sociale : « Elevée » : 5,2% « Moyenne » : 64,1% « Basse » : 30,7% « Aide sociale » : 10%	<u>Antérieurs :</u> 15% (déficience intellectuelle ou retard des acquisitions pour 50% d'entre elles) <u>Au moment du passage à l'acte :</u> EDC 12,5% Trouble dissociatif 10% <u>Après :</u> EDC 17,5% Trouble anxieux 5% Trouble dissociatif 5% Trouble de l'adaptation 2,5%
Mendlowicz (101)	50% de femmes illettrées (vs 28,9% dans le groupe contrôle*)	Pas de différence significative avec le groupe contrôle	
Amon (77)	Scolarité non achevée : 8,7% Equivalent collège : 47,8% Equivalent lycée : 43,5% Enseignement supérieur : 0%	25% sans emploi	Expertise psychiatrique pour 78,3% d'entre elles <u>Avant le passage à l'acte :</u> 8,7% ont suivi une psychothérapie suite à un évènement traumatique 1 femme : trouble des apprentissages, abus, OH <u>Selon expertise réalisée après le passage à l'acte :</u> Trouble de l'humeur : 27,8% Trouble de la personnalité : 33,4% Episode psychotique bref avec hallucinations : 11,1%
Putkonen (102)		53% ont un emploi 13% sans emploi 25% étudiantes 6% en congé maternité 3% en invalidité	14/32 ont eu une expertise judiciaire et toutes ont reçu un diagnostic psychiatrique Trouble psychotique : 29% Trouble de la personnalité : 71% Trouble de l'usage de substance : 7%
Stasiunene (103)	Equivalent école primaire: 19,4% Equivalent enseignement secondaire: 47,2% Filière professionnelle: 13,9% Université: 8,3%	27,8% femmes au foyer 27,8% employées ou étudiantes 13,7% sans emploi/sans étude 11,1% au chômage	
Tursz (92)		35,3% sans emploi Pas de différence significative avec la population générale	Examen psychiatrique pour 16/17 femmes <u>Avant le passage à l'acte :</u> 11,8% ont un fonctionnement psychotique 41,2% ont présenté des symptômes dépressifs

Caractéristiques des mères soupçonnées de néonaticide de 1900 à 2012

VII) BIBLIOGRAPHIE

1. Laplanche J et Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF; 2007.
2. Jacob Alby V, Quaderi A, Védie C. Le déni de grossesse relève-t-il d'une maladie mentale ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2014 Jul;172(5):382–6.
3. Mauriceau F. Traité des maladies de femmes grosses et des accouchées. Ouvrage auto-publié et distribué rue des Petits-champs, à l'enseigne du médecin; 1681.
4. Marcé LV. Traité de la folie des femmes enceintes. Paris: Baillière; 1858.
5. Zagury D. Quelques remarques sur le déni de grossesse. *Perspect Psy.* 2011 Oct;50(4):314–21.
6. Tardieu A. Étude médico-légale sur l'infanticide. Baillières et fils; 1868.
7. Seguin S, Golse B, Apter G. Dénis et négations de grossesse: une revue de la littérature. *Psychiatr Infant.* 2013;56(1):267–92.
8. Bécache A et Bécache S. Un déni de grossesse : aperçus psychodynamiques. Lyon Médical; 1976.
9. Denial of pregnancy. In: Spinelli MG, editor. *Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill.* 2003.
10. Dayan J, Bernard A. Déni de grossesse, infanticide et Justice. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2013 Aug;171(7):494–8.
11. Bayle B. Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique. Eres; 2016. (La vie de l'enfant).
12. Dayan J. Psychopathologie de la périnatalité. 1999.
13. Bayle B. Négation de grossesse et gestation psychique - Acte du 1er colloque français sur le déni de grossesse. Editions Universitaires du Sud. 2009;
14. Beier KM, Wille R, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *J Psychosom Res.* 2006 Nov;61(5):723–30.
15. C Brezinka, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1994;15.
16. Berns J. Denial of pregnancy in single women. *Health Soc Work.* 1982;7(4):314–9.
17. Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy - characteristics of women at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007 Jan;86(5):542–6.
18. Pierronne C, Delannoy M-A, Florequin C, Libert M. Le déni de grossesse: à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psy.* 2002 juin-juillet;41(3):182–8.
19. Courbière B, Carcopino X. Gynécologie obstétrique. VG; 2016.
20. Navarro F, Delcroix M, Godeau E. Le déni de grossesse à l'adolescence. *Rev Psicol Criança E Adolesc.* 2011;147–64.
21. Bonnet C. Gestes d'amour, l'accouchement sous X. Odile Jacob; 1996. (Opus).
22. Chaulet S, Juan-Chocard A-S, Vasseur S, Hamel J-F, Duverger P, Descamps P, et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2013 Dec;171(10):705–9.
23. Everett C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *Bmj.* 1997;315(7099):32–4.
24. Mares P, Body G, Daraï E, Luton D. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2015.
25. Kramer J, Bowen A, Stewart N, Muhajarine N. Nausea and vomiting of pregnancy: prevalence, severity and relation to psychosocial health. *MCN Am J Matern Nurs.* 2013;38(1):21–7.
26. Marinopoulos S, Nisand I. Elles accouchent et ne sont pas enceintes. *Les Liens Qui*

Libèrent; 2011.

27. Costa A. Le déni de grossesse: étude rétrospective au CHUV [Internet]. Université de Lausanne; 2014. Available from: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_ADF1FBAE60B.P001/REF
28. Sandoz P. Reactive-homeostasis as a cybernetic model of the silhouette effect of denial of pregnancy. *Med Hypotheses*. 2011 Nov;77(5):782–5.
29. Kaplan R, Grotowski T. Denied pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996;30(6):861–3.
30. Şar V, Aydın N, van der Hart O, Steven Frankel A, Şar M, Omay O. Acute dissociative reaction to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: Diagnostic and forensic aspects. *J Trauma Dissociation*. 2017 Oct 20;18(5):710–9.
31. Bonnet C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse Negl*. 1993;17(4):501–13.
32. Hickok D, Gordon D, Milberg J, Williams M, Daling J. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 1992 Mar;
33. Kenner WD, Nicolson SE. Psychosomatic disorders of gravida status: False and denied pregnancies. *Psychosomatics*. 2015;56(2):119–28.
34. Tarín JJ, Hermenegildo C, García-Pérez MA, Cano A. Endocrinology and physiology of pseudocyesis. *Reprod Biol Endocrinol*. 2013;11(1):39.
35. Joseph NE, Derivois D. Aspects culturels et religieux de la grossesse nerveuse en Haïti : à propos d'un cas. *L'Évolution Psychiatr*. 2017 Jan;82(1):105–13.
36. Whelan CI, Stewart DE. Pseudocyesis—A Review and Report of Six Cases. *Int J Psychiatry Med*. 1990 Mar;20(1):97–108.
37. Del Giudice M. The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the “denied pregnancy” phenomenon. *Med Hypotheses*. 2007 Jan;68(2):250–8.
38. Wessel J, Endrikat J. Cyclic menstruation-like bleeding during denied pregnancy. Is there a particular hormonal cause? *Gynecol Endocrinol*. 2005 Jan;21(6):353–9.
39. Sandoz P. Déni de grossesse et grossesse nerveuse: Configurations opposées d'un unique conflit hérité de l'évolution [Internet]. Available from: https://d3amtssd1tejdt.cloudfront.net/2016/1761/1/PeerJ_FR.pdf
40. Massari B. Accompagnement vers une autre grossesse après infanticide. *Perspect Psy*. 2007;46(2):141–5.
41. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*. 2001;13(2):41.
42. Gorre Ferragu. Le déni de grossesse: une revue de la littérature [Thèse de médecine]. Rennes; 2002.
43. Grangaud N. Psychopathologie du déni de grossesse. *Perspectives Psy*. 2002 juin-juillet;41(3):174–81.
44. Hédon C. Le déni de grossesse [Internet]. Santé et médecine. 2017. Available from: <http://www.rfi.fr/science/20170126-le-deni-grossesse>
45. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics*. 2007;48(2):117–22.
46. Struye A, Zdanowicz N, Ibrahim C, Reynaert C. Can denial of pregnancy be a denial of fertility? A case discussion. *Psychiatr Danub*. 2013;25(Suppl 2):113–7.
47. Darchis É. Déni de grossesse: la part des ancêtres. *Divan Fam*. 2007;(1):105–21.
48. American Psychiatric Association (APA). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed,DSM-5). 2013.
49. American Psychiatric Association (APA). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed, text. rev., DSM-IV-TR). 2000.
50. OMS. CIM-10/ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des

- troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche. Paris: Masson; 2000.
51. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81(11):1021–7.
 52. Nirmal D, Thijs I, Bethel J, Bhal PS. The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: An 11-year population-based study in South Glamorgan. *J Obstet Gynaecol.* 2006 Jan;26(2):118–21.
 53. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Disposition and health outcomes among infants born to mothers with no prenatal care. *Child Abuse Negl.* 2009 Feb;33(2):116–22.
 54. Simermann M, Rothenburger S, Auburtin B, Hascoët J-M. Outcome of children born after pregnancy denial. *Arch Pédiatrie.* 2018 Apr;25(3):219–22.
 55. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642 [Internet]. [cited 2018 Jun 4]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
 56. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cited 2018 Jun 4]. Available from: <https://www.elfe-france.fr/>
 57. Enquête Virage : Viols et agressions sexuelles en France – premiers résultats – Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cited 2018 Jun 4]. Available from: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/publications/droits-des-femmes/lutte-contre-les-violences/premiers-resultats-de-lenquete-virage-violences-et-rapports-de-genre/>
 58. Navarro F, Delcroix M, Godeau E. Déni de grossesse à l'adolescence. *Rev Santé Sc Univ.* 2013 May;4(21):14–7.
 59. Janati Idrissi M, Dany L, Libert M. Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2014 Jun;62(4):195–202.
 60. Peyrot L, Collin C. Le vécu des femmes ayant fait un déni de grossesse: recherche qualitative par entretiens semi-dirigés. Toulouse; 2016.
 61. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of a one-year prospective study compared with control groups. *J Perinat Med.* 2003;(31):29–35.
 62. Chaulet S. Déni de grossesse: exploration clinique et psychopathologique, prise en charge/Étude rétrospective sur 5 ans au CHU d'Angers [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [Faculté de Médecine]: Université d'Angers;
 63. Pottecher T, Luton D, Collet M, Zupan-Simunek V. Prise en charge multidisciplinaire de la prééclampsie. Elsevier-Masson; 2009. p11 p.
 64. Auer J. Déni de grossesse et développement de l'enfant: Argumentation d'une recherche clinique [Thèse de médecine]. Reims; 2010.
 65. 事件. Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy—newborn victimisation associated with unwanted motherhood. *Hong Kong Med J.* 2006;12(1):61–4.
 66. Tellier M-S. Faites entrer l'accusé: Véronique Courjault - L'affaire des bébés congelés Saison 11 Ep.3. 2010.
 67. Aron M. Les grandes plaidoiries des ténors du barreau. Pocket. 2014.
 68. Octuple infanticide : «Je n'avais pas d'autre solution» - Libération [Internet]. [cited 2018 May 12]. Available from: http://www.liberation.fr/societe/2015/01/16/octuple-infanticide-je-n-avais-pas-d-autre-solution_1182242
 69. Bydlowski M. Le néonaticide ou infanticide néonatal. *Perspect Psy.* 2011;50(4):311–3.
 70. Resnick PJ. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry.* 1970;126(10):1414–20.
 71. Porter T, Gavin H. Infanticide and Neonaticide: A Review of 40 Years of Research

- Literature on Incidence and Causes. *Trauma Violence Abuse*. 2010 Jul;11(3):99–112.
72. Plane M. Auteurs d'infanticide en Poitou-Charentes : étude de leur profil à partir de 24 dossiers jugés entre 1999 et 2014. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers; 2015.
 73. Bortoli LD, Coles J, Dolan M. A Review of Maternal Neonaticide: A Need for Further Research Supporting Evidence-Based Prevention in Australia: Maternal Neonaticide. *Child Abuse Rev*. 2013 Sep;22(5):327–39.
 74. Friedman SH, Cavney J, Resnick PJ. Mothers Who Kill: Evolutionary Underpinnings and Infanticide Law: Mothers who kill: evolutionary underpinnings and infanticide law. *Behav Sci Law*. 2012 Sep;30(5):585–97.
 75. Malmquist CP. Infanticide/neonaticide: The outlier situation in the United States. *Aggress Violent Behav*. 2013 May;18(3):399–408.
 76. Beyer K, McAuliffe Mack S, Shelton JL. Investigative Analysis of Neonaticide: An Exploratory Study. *Crim Justice Behav*. 2008 Apr;35(4):522–35.
 77. Amon S, Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Almiron MP, Formann AK, Voracek M, et al. Potential predictors in neonaticide: the impact of the circumstances of pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2012 Jun;15(3):167–74.
 78. Shelton JLE, Muirhead Y, Canning KE. Ambivalence toward mothers who kill: An examination of 45 U.S. cases of maternal neonaticide. *Behav Sci Law*. 2010 Nov;28(6):812–31.
 79. Simmat-Durand L, Vellut N, Tursz A. Les néonaticides devant la justice: le reflet d'une ambivalence face à ces crimes? *Déviante Société*. 2012;36(4):413–40.
 80. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cited 2018 May 13]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006417561&idSectionTA=LEGISCTA000006165276&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20090620>
 81. RESNICK P, Chaffel B, Voruz V, Yang S. Retour sur le néonaticide: perspectives actuelles. *Enfances Psy*. 2009;(3):55–9.
 82. Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ. Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry*. 2005;162(9):1578–87.
 83. Putkonen H, Collander J, Weizmann-Henelius G, Eronen M. Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980–2000. *Int J Law Psychiatry*. 2007 May;30(3):248–54.
 84. Grylli C, Brockington I, Fiala C, Huscsava M, Waldhoer T, Klier CM. Anonymous birth law saves babies—optimization, sustainability and public awareness. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Apr;19(2):291–7.
 85. Seigneurie A-S, Limosin F. Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. *Rev Médecine Interne*. 2012 Nov;33(11):635–9.
 86. Simmat-Durand L, Vellut N. Les néonaticides dans la presse française: 357 décès suspects de 1993 à 2012. *Déviante Société*. 2017;41(1):121–58.
 87. Vellut N, Simmat-Durand L. L'influence de l'expertise psychiatrique sur la décision judiciaire : le cas des néonaticides. *Rev Médecine Légale*. 2013 May;4(2):75–83.
 88. Tursz A. Avantages et limites de l'approche épidémiologique pour la connaissance des infanticides. *Enfances Psy*. 2010;(4):112–20.
 89. Shelton JL, Corey T, Donaldson WH, Dennison EH. Neonaticide: A Comprehensive Review of Investigative and Pathologic Aspects of 55 Cases. *J Fam Violence*. 2011 May;26(4):263–76.
 90. Klier C, Grylli C, Amon S, Fiala C, Weizmann-Henelius G, Pruitt S, et al. Is the introduction of anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? A retrospective study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2013 Mar;120(4):428–34.
 91. Tanaka CT, Berger W, Valença AM, Coutinho ESF, Jean-Louis G, Fontenelle LF, et al. The worldwide incidence of neonaticide: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*.

2017 Apr;20(2):249–56.

92. Tursz A, Cook JM. A population-based survey of neonaticides using judicial data. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed.* 2011 Jul 1;96(4):F259–63.

93. Riley L. Neonaticide: A Grounded Theory Study. *J Hum Behav Soc Environ.* 2006 Mar 6;12(4):1–42.

94. Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry.* 2001;158(5):811–3.

95. Friedman SH, Resnick PJ. Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. *Int J Law Psychiatry.* 2009 Jan;32(1):43–7.

96. Green CM, Manohar SV. Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. *Br J Psychiatry.* 1990;156(1):121–3.

97. Atkins EL. Denial of pregnancy and neonaticide during adolescence: forensic and clinical issues. *American Journal Of Forensic Psychology, Vol 17, Issue 1;*

98. Romano H. Meurtres de nouveau-nés et processus psychiques à l'œuvre chez les femmes néonaticides. *Devenir.* 2010;22(4):309–20.

99. Le Nestour A, Vellut N. Données expertales de néonaticides. *Enfances Psy.* 2010;(3):137–43.

100. Taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissance par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) | Data [Internet]. [cited 2018 May 18]. Available from: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.ADO.TFRT>

101. Mendlowicz MV, Rapaport MH, Mecler K, Golshan S, Moraes TM. A case-control study on the socio-demographic characteristics of 53 neonaticidal mothers. *Int J Law Psychiatry.* 1998;21(2):209–19.

102. Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Collander J, Santtila P, Eronen M. Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought – neonaticides in Finland 1980–2000. *Arch Womens Ment Health.* 2007 Feb 26;10(1):15–23.

103. Stasiūnienė J, Justickis V, Jasulaitis A. Newborn Murder and its Legal Prevention. *Health Policy Manag.* 2015 Jul 3;1(8):91.

104. Vellut N, Simmat-Durand L, Tursz A. Le portrait des mères néonaticides dans les expertises judiciaires. *L'Encéphale.* 2013 Oct;39(5):352–9.

105. Karakasi M-V, Markopoulou M, Tentes IK, Tsikouras PN, Vasilikos E, Pavlidis P. Prepartum Psychosis and Neonaticide: Rare Case Study and Forensic-Psychiatric Synthesis of Literature. *J Forensic Sci.* 2017 Jul;62(4):1097–106.

106. Les naissances en 2016 - Insee Résultats [Internet]. [cited 2018 Jun 23]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2898646>

107. Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) | CCOMS [Internet]. [cited 2018 Jul 7]. Available from: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/sant%C3%A9-mentale-en-population-g%C3%A9n%C3%A9rale%C2%A0-images-et-r%C3%A9alit%C3%A9s-smpg>

108. Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités" [Internet]. Département santé et travail - Institut de veille sanitaire/Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement; 2007 Août. Available from: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3595

109. Cailhol L, Lesage A, Rochette L, Pelletier E, Villeneuve E, Laporte L, et al. Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Institut National de Santé Publique du Québec; 2015. (Surveillance des maladies chroniques Numéro 11).

110. Anorexie mentale: prise en charge. HAS; 2010 Juin. (Recommandations de bonne pratique).

111. Lavie E. Boulimie et hyperphagie boulimique: Repérage et éléments généraux de prise en charge. HAS; 2015 Nov.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entreprendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

Le déni de grossesse reste encore un phénomène mal défini et dont les hypothèses physiopathologiques et psychopathologiques ne font pas consensus.

Les études épidémiologiques existantes estiment la prévalence du déni de grossesse à 2 à 3 grossesses pour 1000 naissances, taux qui semble largement sous-évalué.

La littérature actuelle ne permet pas de dégager de profil de femme typique, ni de lien à un trouble psychiatrique, faisant du déni de grossesse une situation peu accessible à la prévention.

D'autre part, les complications néonatales potentielles pour le bébé né d'un déni de grossesse ne sont pas négligeables (prématurité et petits poids de naissance notamment). Enfin, les études s'intéressant au devenir de ces enfants et de la dyade mère/enfant restent extrêmement rares.

Par ailleurs, le néonaticide qui est souvent associé dans les médias et dans certaines publications scientifiques au déni de grossesse reste un phénomène rare et est en réalité exceptionnellement la conséquence d'un déni de grossesse.

Notre travail suggère que des efforts d'information du public et de formation des professionnels concernant le déni de grossesse devraient être organisés. Ceux-ci permettraient sans doute de réaliser un meilleur dépistage du déni de grossesse, de diminuer la stigmatisation de ces femmes, souvent perçues comme de potentielles mères néonaticides, voire d'améliorer leur prise en charge après la levée du déni et ainsi de prévenir les complications néonatales et interactives potentielles, de même que d'éventuels troubles du développement de ces enfants, dimension pour laquelle les rares travaux existants alertent.

Mots-clés : déni de grossesse, néonaticide

Discipline : Psychiatrie

Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat 33067 Bordeaux