

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech

EXTRAIT
des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique

Publié le 10 décembre 2010

Nota. Le « texte long » des recommandations pour la pratique clinique incluant les communications des experts et les références bibliographiques est publié dans un numéro spécial du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Vol. 39 / suppl. 2 au n°8) sous la référence : J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342



TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 8-11 décembre 2010

Le déni de grossesse

J. LANSAC ^{1a}, P. O'BYRNE ^{1b}, J.M. MASSON ²
(Tours)

Résumé

Le déni de grossesse se définit comme le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être. Il est dit partiel s'il prend fin avant terme et total s'il se poursuit jusqu'à l'accouchement. Il peut être accompagné ou non de la mort de l'enfant dans les 24 premières heures de vie, par néonaticide. Cette pathologie figure dans la classification des maladies de l'OMS. Sa fréquence est estimée à 1/500 accouchements, dont 38 % de dénis totaux (1/2 500 accouchements) et 0,6 % avec accouchement à domicile (1/10 000). Les femmes ne pensaient pas être enceintes, prenaient la pilule, disent avoir eu leurs règles, ne pas avoir senti l'enfant bouger. Leur entourage ne s'est pas aperçu de la grossesse, ni souvent les médecins consultés pour des douleurs abdominales, des troubles digestifs. Dans la majorité des cas, elles n'ont pas de troubles mentaux et ont souvent des enfants dont elles s'occupent bien.

1 - CHU de Tours - Boulevard Tonnelé - 37044 Tours cedex

a - Professeur émérite en gynécologie-obstétrique

b - Service de médecine légale

2 - Psychiatre des hôpitaux - Expert national agréé par la Cour de cassation

Les grossesses sont par définition non suivies et à risque pour la mère et l'enfant. Le néonaticide est rare et a lieu lors des accouchements à domicile. La mort de l'enfant survient dans les 30 premières minutes de vie. Le plus souvent la cause du décès n'est pas claire et est décrite comme « absence de soins à nouveau-né », abandon, hypothermie ou plus rarement étouffement avec un tissu, strangulation, défenestration, noyade, étouffement dans un sac en plastique.

Si la grossesse est découverte avant l'accouchement, les professionnels de la naissance devront accompagner cette femme pour l'aider à prendre conscience de son état. Il faudra qu'elle accouche dans un établissement pour être prise en charge par une équipe psychiatrique. Après l'accouchement, l'équipe soignante doit rester vigilante car le néonaticide peut encore avoir lieu dans l'enceinte hospitalière, voire sur le chemin du retour de la maternité au domicile. L'équipe devra prendre ou non la difficile décision de laisser la maman rentrer à son domicile avec son bébé et avec un accompagnement adapté. Environ 20 % des femmes vont confier leurs enfants en adoption. Il faudra les aider pour faire ce geste difficile avec ou non un accouchement sous X.

Le déni doit être distingué de la grossesse cachée : la femme est alors consciente d'être enceinte, mais fait tout pour le dissimuler à son entourage. La grossesse cachée est plus souvent que dans le déni suivie d'un néonaticide parfois à répétition. Le néonaticide n'est donc pas toujours (loin de là) la suite d'un déni, surtout s'il y a plusieurs néonaticides successifs.

Mots clés : déni de grossesse, grossesse cachée, néonaticide

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Jacques Lansac, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

Plusieurs affaires médiatiques dans les Côtes d'Armor (St Nicolas de Pelem), en Corrèze (Cublac), en Touraine (l'affaire Courjault) ont mis en lumière le déni de grossesse dans sa forme la plus grave, celle qui est associée à un ou plusieurs néonaticides. Le gynécologue accoucheur et la sage-femme sont cependant régulièrement confrontés au déni de grossesse, le plus souvent sans infanticide, et doivent donc connaître ce problème.

Ayant eu, comme beaucoup de gynécologues-accoucheurs ou de sages-femmes, cette expérience de grossesses découvertes au deuxième ou troisième trimestre, voire lors de l'accouchement, et ayant été expert dans l'affaire de Tours et quelques autres, nous allons essayer de faire une revue de la littérature sur ce sujet en nous appuyant aussi sur l'expérience dans ce domaine de nos collègues médecin-légiste et psychiatre qui furent experts dans les affaires citées.

QU'APPELLE-T-ON DÉNI DE GROSSESSE ?

Le déni de grossesse se définit comme le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être [1]. Le déni est dit partiel s'il prend fin avant le terme de la grossesse, et total s'il se poursuit jusqu'à l'accouchement. Il peut être accompagné ou non de la mort de l'enfant dans les 24 premières heures de vie par néonaticide [2]. Le déni doit être distingué de la grossesse cachée : la femme est alors consciente d'être enceinte, mais fait tout pour le dissimuler à son entourage. La grossesse cachée peut aussi être associée ou non à un néonaticide.

LE DÉNI DE GROSSESSE EST-IL FRÉQUENT ?

Dans une étude française menée dans les maternités de Denain et Valenciennes sur 2 550 femmes enceintes hospitalisées dans les maternités, il a été retrouvé 56 cas de déni de grossesse, dont 29 cas de déni total [3]. D'après l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse, il y aurait de 600 à 1 800 femmes concernées tous les ans en France [4]. Une étude allemande faite prospectivement à Berlin pendant un an, de juillet 1995 à juillet 1996, recensant les dénis de grossesse après 20 semaines, a permis de retrouver 62 cas sur 29 462 accouchements, soit une fréquence de 1/475 accouchements, ce qui, pour toute l'Allemagne (770 000 naissances annuelles), représente 1 600 cas par an [5]. Dans cette étude, on a découvert la grossesse lors de l'accouchement chez 24 femmes sur 62 (38 %), ce qui représenterait 300 cas de déni total pour toute l'Allemagne (1/2 455), et 4 femmes sur 62 ont accouché seules à la maison (1/9 821), ce qui représenterait

Tableau 1 - Principales séries de dénis de grossesses publiées

Auteur	Nb de cas	Déni total	Déni partiel	Accouchement à domicile	Néonaticide
Brezinka 1994	27	11 (41 %)	16 (59 %)	1	0
Pierrone 2002	56	29 (52 %)	27 (48 %)	-	-
Wessel 2002	62	24 (39 %)	38 (61 %)	4	-
Friedman 2007	61	7 (11 %)	55 (89 %)	-	-

80 cas par an pour tout le pays. Aux États-Unis, 61 cas ont été répertoriés pour 31 475 accouchements, ce qui représente un cas pour 515 naissances [6]. Une étude autrichienne réalisée à Innsbruck retrouve une incidence de 1/400 grossesses [7]. Ces données sont résumées dans le tableau 1.

Si on admet pour la France la même incidence qu'en Allemagne ou aux USA, on arrive à 1 768 cas pour 840 000 naissances annuelles, ce qui est assez proche du chiffre estimé. On peut penser que 340 femmes environ accouchent tous les ans sans avoir pris conscience de leur grossesse, et 85 accouchent seules à la maison.

On voit aussi, si l'on retient la fréquence d'un cas sur 500 naissances pour les dénis de plus de 20 semaines, que ce problème est deux fois moins fréquent que le placenta praevia (1/250) mais plus fréquent que l'appendicite pendant la grossesse (1/1 000) et pour les dénis complets découverts à l'accouchement (1/2 455), plus fréquent que les grossesses triples (1/7 225).

QUI SONT CES FEMMES ?

L'enquête française montre que la moitié des femmes concernées étaient déjà mères d'un ou deux enfants, et que tous les milieux sociaux sont concernés [3]. Dans l'enquête berlinoise, l'âge moyen de ces femmes était de 27 ans (15 à 44 ans). 54/62 (87 %) avaient un partenaire régulier dont 42 (68 %) partageaient le même domicile. 3 patientes seulement (5 %) étaient mineures et vivaient chez leur parents. 36 femmes sur 62 (58 %) avaient déjà eu un enfant, 21 (33 %) n'avaient jamais été enceintes, 8 femmes avaient déjà eu une grossesse

mais terminée par une fausse couche ou une IVG. 4 femmes sur 62 (6 %) avaient une grossesse gémellaire lors du déni.

Dans 24 cas sur 62 (39 %), le diagnostic de grossesse a été fait lors de l'accouchement. Cette étude a montré aussi que ces grossesses non suivies sont à risque, avec des enfants de petit poids (21,7 % *versus* 6,7 %), des accouchements prématurés (18,5 % *versus* 7,4 %), et des transferts en néonatalogie à la naissance (29,2 % *versus* 9,2 %). Dans un seul cas de cette série il y a eu néonaticide. Les auteurs indiquent aussi que 3 femmes seulement sur 66 (4,5 %) avaient des troubles psychiatriques (psychose, schizophrénie) et 5 (7,5 %) avaient une toxicomanie (cannabis, analgésiques, ecstasy ou alcool).

Contrairement à ce que l'on peut penser aussi, la grossesse est rarement la conséquence d'un viol et on ne retrouve pas souvent des abus sexuels dans les antécédents de ces patientes [6-8].

Les mêmes auteurs berlinois, dans une seconde étude qui regroupe 66 cas [9], indiquent que 51/70 des enfants nés sont restés avec leurs parents (72 %) et 13 (18 %) seulement ont été confiés en adoption. La récurrence du déni est possible mais rare, Friedmann cite deux cas sur 61 (3,2 %) qui ont eu un deuxième déni de grossesse après le premier [6].

On voit donc comme dans l'étude française qu'il ne s'agit pas de femmes mineures ou attardées, mais de femmes en âge de procréer (27 ans en moyenne) vivant en couple et cohabitant (68 %), et ayant eu des enfants (58 %). Ce constat est fait aussi par Friedman [6] qui note en outre que ce sont des femmes qui ont un emploi stable, sont étudiantes ou ont fait des études supérieures.

LES SIGNES CLINIQUES

Bien entendu il n'y a pas de signes de grossesse : 46 % des femmes disent avoir eu leurs règles régulièrement, certaines jusqu'au 8^e mois (12 %), 15 % ont poursuivi leur contraception orale. Bien sûr elles ne sentent pas bouger le bébé. Leur entourage, conjoint, famille, collègue de travail ne s'aperçoit de rien. La femme n'a pas un gros ventre, n'a pas grossi. Son entourage (conjoint, famille) ne s'en aperçoit pas non plus, ni au travail, ni dans des séances de gymnastique ou de yoga. Les médecins non plus ne s'en aperçoivent pas : 38 % des femmes ont consulté un médecin qui n'a pas fait le diagnostic de grossesse [9]. Une aménorrhée est parfois assimilée à une ménopause débutante chez une femme âgée. Quand il y a des signes de grossesse

type nausées, vomissements, augmentation de volume de l'abdomen, ils sont rationalisés et rattachés à une autre cause par la femme ou son médecin et le diagnostic n'est pas fait.

La grossesse sera cependant souvent découverte car 25 % des femmes consultent pour des douleurs abdominales, 20 % pour des saignements, et certaines pour des douleurs lombaires, voire des signes d'éclampsie. L'examen clinique aidé de l'échographie fait facilement le diagnostic. Il semble que la vision du fœtus à l'échographie aide les femmes à prendre conscience de la réalité de l'enfant et à accepter leur grossesse [7]. Dans 38 % des cas, la grossesse ne sera découverte que lors de l'accouchement et en général, la femme accouche très rapidement, en moins d'une heure. 6 % seulement des femmes ont accouché plus ou moins seules à domicile [6]. Presqu'une fois sur deux le délai entre la découverte de la grossesse et la naissance de l'enfant est donc très court, ne permettant pas un travail psychique d'acceptation.

Il faut donc redire que le médecin doit penser à une grossesse chez une femme en âge de procréer qui consulte pour des troubles digestifs, une prise de poids, des douleurs abdominales avec ou sans aménorrhée. Il faut informer les généralistes, les urgentistes, les internistes, les gastroentérologues, de la fréquence de ces dénis qui, par définition, ne sont pas vus par les professionnels de la naissance (gynécologues obstétriciens ou sages-femmes) mais par eux.

On remarquera que la grande majorité des femmes iront quand même à l'hôpital pour l'accouchement, et seront donc accueillies par l'équipe de garde pour une grossesse non déclarée et non suivie. Une prise en charge spécifique doit donc être prévue pour ces cas somme toute plus fréquents que les professionnels de la naissance ne le pensent. Les accouchements à domicile sont peu fréquents (5 cas sur 89, soit 5,6 %) [7-5] ainsi que les infanticides (1 cas/66, soit 1,5 %) [9].

COMMENT EXPLIQUER LE MAINTIEN DES MENSTRUATIONS ?

La fréquence des saignements ressemblant à des règles au cours des grossesses normales a été étudiée. Leur fréquence serait comprise entre 0,21 et 2,8 % [10]. Une étude prospective rapporte que parmi les 3,75 % des femmes qui avaient eu un ou plusieurs saignements pendant la grossesse, seulement 1,05 % avait eu des saignements d'importance

et de durée comparables à des règles [11]. Ces chiffres sont donc très inférieurs à ce que l'on retrouve dans les dénis de grossesse. Dans l'étude de Brezinka [7], 20 femmes sur 27 (74 %) ayant un déni de grossesse ont dit avoir eu des saignements comme des règles. Dans l'étude berlinoise [12], sur 66 cas de déni de grossesse, 38 femmes (57,5 %) ont dit avoir eu des saignements comparables à des règles, mais seulement 12 % jusqu'au 8^e mois. 28 ont accepté des dosages hormonaux après l'accouchement : 22 avaient saigné au moins une fois, 7 disaient avoir eu des saignements comparables aux règles jusqu'à l'accouchement (28 %) et 6 n'avaient jamais saigné (21 %). Les dosages d'œstradiol, de progestérone, de testostérone, de DHEA, de TSH, ont été faits et comparés à ceux de 126 femmes ayant eu une grossesse normale. Les résultats obtenus juste après l'accouchement des femmes ayant eu un déni de grossesse ne sont pas différents de ceux des femmes ayant eu une grossesse normale. Les dosages hormonaux faits après la lactation et le sevrage au cours de cycles normaux montraient des anomalies mais qui ne permettaient pas de comprendre les saignements décrits par les femmes.

Faute d'examen clinique ou biologique chez les femmes ayant un déni de grossesse, il est difficile de dire si ces saignements existent, s'ils sont réellement comparables à des règles en volume et rythme, ou s'il s'agit de saignements qui proviennent du col utérin qui saigne facilement pendant la grossesse.

QUE DISENT CES FEMMES ?

Les femmes interrogées disent qu'elles « ne pensaient pas être enceintes », qu'elles « avaient leurs règles », qu'elles « prenaient la pilule », qu'elles « ne sentaient pas bouger l'enfant dans le ventre ». Une autre femme dit qu'elle a peut-être eu au début un « flash de grossesse » puis qu'elle « a oublié ». Lors de l'accouchement, une femme qui a accouché seule dit « j'ai pris un bain car j'avais mal au ventre et je pensais que c'étaient les règles. Et puis tout a claqué, il y avait du sang, du sang, et je suis restée dans le bain ». « Mon corps et ma tête n'étaient pas en relation ».

Dans les études publiées, les auteurs concluent qu'il n'y a pas de profil de femme « type » pouvant faire craindre un déni de grossesse et le néonaticide. La grande majorité des femmes (95 %) n'ont pas de

troubles mentaux [9] même si des cas psychiatriques ont été rapportés [13]. Il y a dissociation entre la grossesse physique et la grossesse psychique. Comme le dit I. Nisand : « dans le déni de grossesse, il y a une grossesse physique mais pas de grossesse psychique, c'est l'envers de la grossesse nerveuse ».

LE NÉONATICIDE

Ce terme a été créé par Resnick en 1970 [2] pour nommer l'action de tuer un enfant dans les 24 premières heures de vie. Sa fréquence serait de 0,1 pour 100 000 naissances vivantes en Finlande [14] à 2/100 000 aux USA. Dans 91 % des cas, le néonaticide se voit après une grossesse cachée ou plus rarement un déni (1 cas sur 66) [15, 9]. 35 % des femmes qui ont fait un néonaticide ont déjà eu des enfants dont elles s'occupent [16]. Elles sont âgées de plus de 26 ans, peu instruites et présentent parfois des troubles psychiatriques [17], parfois à type de dissociation [17]. La grossesse est parfois non désirée et cachée pour cette raison. Le néonaticide a lieu le plus souvent lors d'un accouchement à la maison ou sur les lieux de travail. Le père y participe rarement. Quelques femmes ont fait plusieurs néonaticides successifs (2 à Montluçon, 3 à Tours, Contres, Pithiviers et Albertville, 4 à Troyes, 6 à Valognes). Il est rare que la mère se suicide après avoir tué son enfant [18]. Le corps de l'enfant peut être conservé au congélateur (Tours, Albertville, Tinténiac, Pithiviers) ou inhumé dans le jardin de la maison habité par le couple (Contres), conservé dans le garage dans une poubelle, incinéré dans un poêle ou une cheminée (Tours, Tinténiac). Pour les médecins légistes, c'est une constante que de trouver plusieurs corps. Quand on découvre un premier corps, les autres sont à rechercher, conservés juste à côté : congélateur, jardin, poubelle du garage...

QUELLE EST LA CAUSE DU DÉCÈS DE L'ENFANT ?

Le plus souvent la cause du décès n'est pas claire et est décrite comme « absence de soins à nouveau-né », abandon, hypothermie ou plus rarement étouffement avec un tissu, strangulation, défenestration,

noyade, étouffement dans un sac en plastique... [2-19]. Les médecins légistes qui ont étudié les corps qui leur ont été adressés estiment cependant que la vie de l'enfant a été très courte et inférieure à 30 minutes, mais ces enfants ont respiré [9]. La femme qui accouche seule et découvre sa grossesse à la naissance de l'enfant est dans un état de sidération totale. Elles restent souvent en déni après la naissance et sont incapables de protéger l'enfant qui tombe dans les toilettes, est mis à la poubelle, ou est simplement laissé sans soins [20].

LA PRÉVENTION DU NÉONATICIDE EST-ELLE POSSIBLE ?

Les néonaticides sont plus fréquents dans les grossesses cachées (affaires G., M., S.). La prévention est difficile puisque la grossesse est cachée et l'accouchement a lieu à domicile. Les législations qui autorisent l'IVG et l'accouchement sous X ne les ont pas fait disparaître. Une femme qui a déjà accouché anonymement peut, à la grossesse suivante, faire un néonaticide (affaire M.). Les lois qui favorisent l'abandon anonyme des enfants, comme la « Safe Haven laws » adoptée par 45 états américains [21], la mise à disposition dans un couloir d'hôpital d'un incubateur vide pour y déposer les enfants, comme en Hongrie [22], n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Les femmes qui ont un déni de grossesse sont aussi à risque de néonaticide, même s'il est plus rare. Il est également difficile d'en faire la prévention, surtout si l'accouchement a lieu à domicile puisque la grossesse est niée et méconnue des soignants [18].

En cas de déclaration tardive après les délais légaux de la grossesse, le médecin ou la sage-femme doit penser au déni de grossesse et essayer de cerner au mieux les problèmes psychologiques sociaux de cette maman.

En cas de déni caractérisé et si la grossesse est diagnostiquée avant l'accouchement, il faut impérativement que la femme accouche à l'hôpital pour être prise en charge par une équipe psychiatrique [6]. Après l'accouchement, l'équipe soignante doit rester vigilante car le néonaticide peut encore avoir lieu dans l'enceinte hospitalière [19], voire sur le chemin du retour de la maternité au domicile (Loir et Cher). L'équipe devra prendre, ou non, la difficile décision de laisser la maman rentrer à son domicile avec son bébé, et avec quel accompagnement ?

Environ 20 % des femmes vont confier leur enfant en adoption [5]. Il faudra les aider pour faire ce geste difficile, avec ou non un accouchement sous X.

LE DÉNI EST-IL DIFFÉRENT DE LA GROSSESSE CACHÉE ?

Théoriquement oui, car dans ce cas, la femme est consciente d'être enceinte mais fait tout pour le dissimuler à son entourage. Dans l'enquête berlinoise [9], les grossesses cachées se voient chez des femmes plus jeunes (42 % avaient moins de 20 ans), vivant chez leurs parents, finissant leurs études et n'étant pas mariées (75 %). Dans les $\frac{3}{4}$ des cas, c'était leur première grossesse. Le pronostic fœtal est bon et il n'y a pas eu de décès dans cette série.

Les caractéristiques des femmes qui ont un déni de grossesse ou une grossesse cachée sont rapportées dans le tableau 2 montrant les différences entre les deux cas.

Tableau 2 - Caractéristiques des femmes ayant un déni de grossesse ou une grossesse cachée

Auteurs		Nb cas	Âge > 30	Vit en couple	Vit seule	Travaille	Études > bac	A des enfants	Drogues	Troubles psy
Friedmann 2007	Déni	61	18 %	13 %	20 %	42 %	66 %	74 %	8 %	2 %
	Cachée	21	10 %	0	33 %	15 %	45 %	13 %	12 %	15 %
Wessel 2006	Déni	66	41 %	65 %	21 %	91 %	-	21 %	8 %	5 %
	Cachée	12	8 %	25 %	8 %	77 %		8 %	8 %	0

Cependant, dans une enquête médicolégale portant sur la période 1980-1989 et regroupant 98 cas de néonaticides retrouvés dans toute l'Allemagne [23], les auteurs montrent que les caractéristiques des mères qui ont caché leur grossesse ne sont pas très différentes de celles chez qui on a fait le diagnostic de déni de grossesse. Beir [9] en conclut que grossesse cachée ou déni de grossesse ne sont pas des entités différentes, mais deux niveaux différents de gravité dans un processus de négation de la grossesse, l'un « externe » : la négation de la grossesse qui est cachée, l'autre « interne » : le déni où il n'y a pas conscience de la grossesse. Le néonaticide qui survient serait la suite « logique » du déni dans un moment de panique, de désorganisation liée à la naissance imprévue et subite. La femme tue l'enfant qui pour elle n'existe pas tant l'idée de grossesse est refoulée. Une femme dit que

pour elle « ça n'a jamais été des enfants », qu'il ne s'agissait que « de parties de son propre corps », une autre dit : « j'ai su à un moment donné que j'étais enceinte et puis je ne l'ai plus su », ce qui montre bien que la frontière est ténue entre les deux catégories. Dans les néonaticides à répétition, le lien avec le déni de grossesse est plus difficile à soutenir puisque les récidives de déni comme les néonaticides sont rares.

Dans d'autres cas, l'enquête de police montre que la femme ment, indiquant avoir vu son médecin alors qu'elle ne l'a pas vu, indiquant que le concubin ne s'était aperçu de rien alors qu'interrogé, celui-ci disait qu'il s'en doutait et avait posé à sa femme plusieurs fois la question (affaire M.), indiquant qu'elle ne savait pas être enceinte alors que l'étude de son ordinateur montre que pendant sa grossesse elle a consulté Internet plusieurs fois pour connaître les signes de grossesse, les dangers d'un accouchement à domicile, et s'il y avait deux placentas dans les grossesses gémellaires (affaire S.). Dans ce dossier, la patiente est restée tard le soir dans son lieu de travail, au-delà de 18 h, pour y attendre l'accouchement et accoucher seule vers 23 h dans une réserve, et après avoir apporté dans ce lieu une sorte de drap et des sacs en plastique (affaire S.). Parfois la patiente reconnaît qu'elle a menti, ou précise être retournée deux ou trois fois à l'endroit de l'accouchement, pour s'assurer que l'enfant qu'elle avait laissé sans soins était bien mort, montrant bien ainsi qu'elle était consciente d'avoir accouché d'un bébé (affaire G.).

QUE DIT LA LOI ?

L'enfant ayant vécu, le néonaticide est « un homicide sur mineur de moins de 15 ans ». La notion d'infanticide ayant disparu du code pénal en 1994, ce crime est jugé en Cour d'assises et est passible de la réclusion criminelle à perpétuité. Bien entendu, si la femme a des troubles psychiatriques, elle peut être jugée comme irresponsable. Nous avons vu que ce n'est généralement pas le cas.

Le tribunal, après avis des experts, saura donc dire s'il s'agit ou non d'un déni de grossesse : tout néonaticide n'est pas, nous l'avons vu et de loin, la suite obligée d'un déni.

Ensuite la question est de savoir si la réclusion criminelle est une solution adaptée à la question du néonaticide avec déni de grossesse. Il est clair à notre point de vue qu'on est ici dans un tout autre registre

que celui de l'homicide, avec ou sans préméditation du banditisme ou de la maltraitance à enfant ayant entraîné sa mort. Le trouble de l'ordre public est dans le néonaticide d'une toute autre nature. Si l'on considère que le déni est une pathologie inscrite dans la liste des maladies psychiatriques, il est bien évident que la prise en charge psychiatrique est plus adaptée que la prison surtout (et c'est souvent la cas) si la femme a déjà des enfants. L'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse milite pour la reconnaissance de cette pathologie. Quoi qu'il en soit, le déni de grossesse n'entraîne que rarement le néonaticide, et le législateur ou le juge doit en tenir compte même si le déni est une circonstance bien évidemment atténuante.

Si la grossesse est cachée, le mensonge établi, le néonaticide prémédité, en l'absence de trouble psychiatrique grave, la faute pénale est caractérisée et la sanction pénale justifiée. Celle-ci devra cependant tenir compte de l'analyse des mécanismes psychiques ayant conduit à cette attitude car on ne peut faire une équivalence entre un néonaticide par une mère et un meurtre prémédité classique. Nous savons bien qu'il existe un moment très particulier où la femme expulse de son corps « quelque chose » qui deviendra son enfant, mais qui, à cet instant précis, ne l'est pas encore tout à fait. Ce lien charnel et psychique entre la mère et son bébé doit se faire même si pour des raisons médicales (prématurité, pathologie) le nouveau-né doit être séparé de sa mère afin d'aider justement cette femme à reconnaître son « petit » comme un être à part entière.

Même si dans ces cas la justice doit faire son œuvre, une prise en charge psychothérapique est à l'évidence indispensable.

CONCLUSION

Le déni de grossesse est donc une réalité différente de la grossesse cachée. Depuis 1985, il figure dans la classification des maladies [24]. Il n'est que rarement associé à un néonaticide. Les professionnels de la naissance, mais aussi les médecins généralistes ou urgentistes, les infirmières scolaires, les enseignants, doivent être sensibilisés à ces cas plus fréquents que l'on ne pense. La reconnaissance de la grossesse, bien que difficile (puisque les signes en sont cachés ou travestis), est importante pour aider la mère à reconnaître puis accepter la grossesse. C'est aussi important pour l'enfant qui du fait du non-suivi de la

grossesse est à risque (RCIU, accouchement prématuré), sans parler des risques de l'accouchement inopiné à domicile ou de néonaticide. Le néonaticide n'est pas toujours (loin de là) la suite d'un déni, surtout dans les néonaticides à répétition.

Bibliographie

- [1] Grangaud N. Dénî de grossesse, essai de compréhension psychopathologique. Thèse Médecine. Université de Paris, Paris 2001.
- [2] Resnick PJ. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* 1970;126:1414-20.
- [3] Pierrone C, Delanoy MA, Florequin C, Libert M. Le déni de grossesse. À propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psychiatriques* 2002;41:182-188.
- [4] Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse. Le déni de grossesse. <http://deni2grossesse.free.fr/>, 2009.
- [5] 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;81:1021-1027.
- [6] Friedman SH, Heneghan H, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics* 2007;48:117-122.
- [7] Brezinka C, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1994; 15:1-8.
- [8] Bonnet C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse Negl* 1993;17:501-13.
- [9] Beier KM, Wille R, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems. *J Psychosom Res* 2006;61:723-30.
- [10] Goecke H. Frequency of hemorrhages simulating menstruation in pregnancy with reference to their etiology. *Dtsch Med Wochenschr* 1951;76:763-5.
- [11] Knorr K. Menstrual-like bleeding in pregnancy and its forensic significance. *Zentralbl Gynakol* 1953;75:1809-14.
- [12] Wessel J, J E. Cyclic menstruation-like bleeding during denied pregnancy. Is there a particular hormonal cause ? *Gynecological Endocrinology* 2005;21:353-359.
- [13] Walloch JE, Klauwer C, Lanczik M, Brockington JF, Kornhuberj. Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's Syndrome. Report and Review of the Literature. *Psychopathology* 2007;40:61-64.
- [14] 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; 10:15-23.
- [15] Putkonen H, Collander J, Weizmann-Henelius G, Eronen M. Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980-2000. *Int J Law Psychiatry* 2007;30:248-54.
- [16] Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD. Newborns killed or left to die by a parent: a population-based study. *JAMA* 2003;289:1425-9.
- [17] Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001;158:811-3.
- [18] Friedman SH, Resnik R. Neonaticide: phenomenology and considerations for prevention. *International Journal of Law and Psychiatry* 2009;32:43-47.
- [19] Lee ACW, Li CH, Kwong NS, So KT. Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy - newborn victimisation associated with unwanted motherhood. *Hong Kong Med J* 2006;12:61-64.
- [20] Vallone DC, Hoffman LM. Preventing the tragedy of neonaticide. *Holistic Nursing Practice* 2003;17:223-230.
- [21] National conference of state legislature USA. Safe havens for abandoned infants. <http://www.ncls.org/programs/cyf/ailaws.htm>, 2005.
- [22] Kovac C. Incubators in Hungarian hospitals lobbies allow babies to be abandoned more safely. *BMJ* 1999;319.
- [23] Thomsen H, Bauermeister M, Wille R. Zur kindestötung unter der geburt. Eine verbundstudie über die Jahre 1980-1989. *Rechtsmedizin* 1992;2:135-142.
- [24] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux In: Française E, ed. Paris Masson 1996.