

DÉNI DE GROSSESSE ET NÉONATICIDE, UNE ASSOCIATION MAL CONNUE

REVUE D'UN CAS CLINIQUE

A. Josset, C. Reynaert ⁽¹⁾

Madame H. a 44 ans lorsqu'elle met au monde un enfant sans avoir jusqu'alors eu connaissance de sa grossesse. Prise de panique, elle serre le nouveau-né contre sa poitrine et le tue. Le procès la verra écoper de dix années de prison. D'autres histoires similaires ont vu les mères, dont la majorité n'a aucun trouble psychiatrique apparent, être acquittées à l'issue du procès. La recrudescence des cas devrait faire admettre l'existence d'un trouble bien défini. La prévention est possible, via la contraception, l'information sur l'existence de ce trouble, les tests de grossesse systématiques en cas de suspicion, et l'accompagnement de patientes au passé obstétrique lourd.

Le déni de grossesse est le fait pour une femme d'être enceinte sans le reconnaître au-delà de 20 semaines, que ce soit dans une entreprise de dissimulation ou encore en en étant tout à fait inconsciente. Le néonaticide désigne l'homicide d'un enfant dans son premier jour de vie, donc né depuis moins de 24 heures. Les études sont cependant contradictoires quant au lien qui pourrait exister entre déni de grossesse et néonaticide.

Cet article tentera de délier ces contradictions et d'apporter des éléments de prévention à cette issue tragique du déni de grossesse.

Que savons-nous à ce propos ?

Le déni de grossesse est une entité connue mais encore à ce jour inexplicée par la médecine. Sa reconnaissance comme facteur de risque de néonaticide fait l'objet de larges discussions et reste controversée.

Que nous apporte cet article ?

Cet article a pour but de discuter de l'éventuel lien existant entre le déni de grossesse et le néonaticide sur base de l'histoire d'une patiente.

INTRODUCTION

Le déni de grossesse est le fait pour une femme d'être enceinte sans le reconnaître au-delà de 20 semaines (1), que ce soit dans une entreprise de dissimulation ou encore en en étant tout à fait inconsciente. Dans ce dernier cas, les changements physiques ne sont peu ou pas du tout perçus.

Si des signes viennent à apparaître, ils sont alors pris pour autre chose, par exemple les mouvements du fœtus sont pris pour des symptômes digestifs. L'aménorrhée peut même faire défaut. L'enfant à la naissance peut tout à fait être de poids normal, mais s'est « caché » en position debout, dans l'utérus resté vertical près de la colonne vertébrale. Dans les cas où la grossesse est malgré

Denial of pregnancy and neonaticide: a poorly understood association. A clinical case report

Mrs. H., aged 44 years, was unaware of her pregnancy when giving birth to a child in her bathroom, all by herself. She panicked and pressed the newborn against her chest just before fainting. When she regained consciousness shortly thereafter, her baby had died. The court sentenced her to prison for 10 years. This case is rather rare, yet far from being exceptional. Similar incidents have been reported in the past, some of these neonaticide mothers being found not guilty at trial. The vast majority of mothers did not have any apparent psychiatric disorder. The literature is inconsistent as to whether these women share similar characteristics or not.

The increase in neonaticide cases could indicate the existence of a particular disorder, characterized by acute stress experienced by women giving suddenly birth to a newborn while being unprepared. To prevent this, women should be well informed in advance about contraception and be aware of the existence of pregnancy denial. In the event of suspected pregnancy, pregnancy tests should systematically be performed, at any ages. Special consideration should be given to patients with a complicated obstetrical history for whom a very close follow-up is required

What is already known about the topic?

Pregnancy denial is a known phenomenon that yet remains medically unexplained. Its recognition as a risk factor for neonaticide is widely discussed but still a matter of debate.

What does this article bring up for us?

This article sought to discuss the possible relationship between pregnancy denial and neonaticide, as illustrated by a clinical case.

KEY WORDS

Pregnancy denial, neonaticide, Justice, prevention

tout découverte, le corps de la femme enceinte peut changer très rapidement et prendre l'aspect du ventre rond dont nous avons l'habitude (2). Cela montre bien les rôles énormes que jouent le psychisme et l'inconscient dans la mobilisation du corps et plus particulièrement dans le déni de grossesse.

La plupart du temps, la grossesse est découverte au cours de celle-ci, spontanément ou suite à une complication, le déni est alors appelé partiel. Dans notre cas, il s'agit d'un déni de grossesse dit total, c'est-à-dire qu'il n'a été découvert qu'au moment de l'accouchement (3). Dans ce cas, la soudaine confrontation à la réalité est équivalente à un traumatisme, souvent matérialisé par les cris du bébé, ce qui cause un stress énorme aux conséquences parfois dramatiques.

Le néonaticide est une sous-catégorie de l'infanticide à distinguer du filicide, en ce fait qu'il désigne l'homicide d'un enfant dans son premier jour de vie, donc né depuis moins de 24 heures. Ce crime est commis presque exclusivement par la mère de l'enfant. Le risque de néonaticide est plus élevé en cas de déni de grossesse total qu'en cas de déni partiel (4). Il est difficile d'établir un lien officiel entre déni de grossesse et néonaticide. Les archives judiciaires françaises (5) montrent que probablement moins de 10% des infanticides sont précédés par un déni de grossesse et une comparaison avec des données obstétricales semble indiquer que moins de 1% des dénis de grossesse sont suivis d'infanticide.

La prévalence du déni de grossesse est estimée à 0.5 à 3 pour 1000 naissances et est comparable d'un pays à l'autre. Quant au néonaticide, il est estimé à 2.1 pour 100 000 naissances en France (6). On pourrait cependant supposer que ces valeurs sont sous-estimées, étant donné que ces actes ne sont pas toujours découverts et sont souvent réalisés dans la clandestinité et la dissimulation.

En effet, Mitchell et Davis constatent que 10/18 cas de néonaticide ont été commis par des femmes ayant dénié leur grossesse ; 42/137 cas de néonaticide sont l'acte de femmes ayant dénié leur grossesse selon Beier; enfin, sur 16 cas de néonaticide, tous proviennent d'une grossesse déniée jusqu'à terme pour Margaret et Spinelli (7).

De nombreux mystères subsistent donc autour du thème du déni de grossesse. On se rend d'ailleurs compte que les études sont contradictoires. Certaines affirment que les femmes ayant vécu un déni de grossesse ont un profil bien particulier, de même que celles ayant commis un néonaticide. (4,6,8). D'autres affirment le contraire, montrant que ce phénomène peut toucher n'importe quelle femme (5, 7).

Des cas similaires à ceux de notre patiente ont été rapportés dans la littérature, avec des aboutissements juridiques très différents. (7)

Le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [DSM]) (9) ne reporte à ce jour aucune donnée concernant le déni de grossesse et son éventuel lien avec le néonaticide. Ceci constitue certainement une origine à la prise en charge parfois inadéquate sur les plans médicaux et juridiques des femmes ayant vécu un tel évènement.

Peut-on caractériser les femmes ayant subi un déni de grossesse suivi d'un néonaticide ? Sont-elles à considérer comme des meurtrières ou ont-elles agi pour un autre motif ? Vu le manque de données officielles et les contradictions dans la littérature, est-il possible de faire de la prévention ?

CAS CLINIQUE

Madame H., 47 ans, est mère de trois enfants de 16, 19 et 21 ans, issus d'un premier mariage. Elle est aujourd'hui en ménage avec un autre homme depuis 2010. Elle a un diplôme en sciences sociales, est mère au foyer et est originaire de la classe moyenne.

En février 2012, alors âgée de 44 ans, Madame H. réalise qu'elle est enceinte lorsqu'elle met au monde un bébé. Elle donne naissance à un garçon vivant cette nuit-là dans sa salle de bain, son mari et ses enfants étant endormis. Elle raconte avoir été complètement perdue et choquée, ne comprenant pas ce qu'il se passait, et a alors pressé le nouveau-né contre sa poitrine pendant un long moment. Lorsqu'elle a retrouvé ses esprits, le bébé était déjà mort dans ses bras. Ne sachant que faire et ayant trop peur d'en parler à quiconque, elle enterre l'enfant dans le fond du jardin et reprend sa vie comme si rien ne s'était passé. Quelques jours plus tard, le chien du voisin déterre le cadavre de l'enfant. Une enquête judiciaire est alors ouverte et après plusieurs mois, Madame H. se confie à son mari puis à la police. Elle est alors emprisonnée pour huit mois puis se voit accorder une libération conditionnelle sous mandat d'un suivi psychiatrique.

Madame H. nous expliquera par la suite qu'elle a gardé le secret le plus longtemps possible dans le but de préserver sa famille. Durant cette période, sa vie oscillait entre cauchemar et réalité. Elle pensait qu'en n'en parlant pas et en n'y pensant pas, le problème finirait par disparaître de sa vie et de son esprit car c'est de cette manière qu'elle a toujours fonctionné lorsqu'elle a été confrontée à un problème : en ne s'y consacrant pas, ça finira par disparaître. C'est aussi dans cette optique qu'elle a été élevée, ses parents en évitant d'aborder le sujet du sexe ont voulu le faire disparaître en prétendant qu'il n'existait pas.

Le procès aux assises est aujourd'hui terminé, et Madame H. a été condamnée à 10 ans de prison.

Durant les entretiens psychiatriques, l'on apprend que Madame F. a eu 3 grossesses tout à fait normales pour les trois enfants qui vivent actuellement avec elle. Mais avant cela, elle a eu trois autres enfants de trois pères

différents, nés sous X, et qu'elle a donnés à l'adoption. Ces trois grossesses étaient tout à fait conscientes, mais elle a choisi de les cacher à sa famille et à ses amis. Elle explique qu'elle a donné ces enfants car elle ne se sentait pas prête à les élever et à respecter tous ses devoirs de mère et étant contre l'avortement, a préféré mener ces grossesses à terme.

Madame H. avait des parents plutôt distants et autoritaires, elle n'a jamais reçu beaucoup d'affection durant son enfance. Elle n'a de même reçu aucune éducation sexuelle de la part de ses parents, et les sujets tabous étaient nombreux.

Madame H. n'a pour ainsi dire jamais pris de contraception car elle n'en supportait aucune, dit-elle. Malgré les rapports sexuels réguliers avec son compagnon, elle pensait ne plus pouvoir tomber enceinte en raison de son âge.

Le compagnon de Madame H. est âgé de 52 ans, il est assistant social, divorcé et a une fille de 20 ans issue d'un premier mariage. Il s'est rendu à de nombreuses consultations de psychiatrie avec sa compagne. Il dit n'avoir absolument rien remarqué concernant une éventuelle grossesse chez sa compagne. Il en va de même pour les amis et la famille de la patiente. De son côté, la patiente n'était pas en aménorrhée, elle rapporte avoir eu trois épisodes de métrorragies, qu'elle a pris pour des règles ayant toujours eu un cycle irrégulier. Elle a pris quelques kilos qui ne l'ont pas alarmée, et n'a ressenti aucun symptôme de grossesse tel que nausées, vomissements, mouvements fœtaux contrairement à ses précédentes grossesses, qui l'auraient poussée à consulter un médecin. Le compagnon de Madame H. dit ne s'être pas préoccupé d'une éventuelle contraception chez sa compagne, les croyant tous deux trop vieux pour avoir des enfants de nouveau. Monsieur fut très affecté par la découverte de cet événement car dit-il, il aurait beaucoup aimé avoir un autre enfant. Il en a beaucoup voulu à Madame H. et a mis beaucoup de temps à lui pardonner. Ils sont toujours ensemble aujourd'hui et se sont même mariés entre le verdict du procès et l'entrée en prison de la patiente. Monsieur donne beaucoup de lui-même pour tenter de contrer la décision de la justice et de diminuer la peine de sa compagne, étant désormais persuadé que cette dernière a agi sous l'état de choc en étant pas vraiment elle-même. La patiente quant à elle, semble plutôt soulagée de purger sa peine, avec l'espoir d'être libérée par la suite du poids de la culpabilité.

À propos de la patiente, le rapport psychiatrique a déclaré une irresponsabilité temporaire suite à un épisode de stress aigu au moment de la naissance. Aucun trouble mental ou psychiatrique chronique n'a été diagnostiqué chez Madame H., de même que les hypothèses de trouble de dépersonnalisation, trouble dissociatif de l'identité ou encore de trouble psychotique aigu, ont été écartées.

DISCUSSION

Des cas très similaires à celui de Madame H. ont été rapportés dans la littérature : Mademoiselle F (4), Jessica Bily (7). Pourtant ces situations restent mal connues, mal comprises et par conséquent souvent mal prises en charge.

Dans notre cas, Madame H. fut condamnée à 10 années de prison. Prenons le cas de Jessica Bily (7), cette jeune femme de 30 ans a accouché d'un enfant en bonne santé dans sa salle de bain, se croyant prise d'une crise de coliques et n'ayant jusqu'à ce jour pas eu la moindre connaissance d'une éventuelle grossesse, de même que son entourage. Prise de panique, elle serre l'enfant contre elle puis le place dans un sac plastique. « Elle est la première femme belge inculpée devant la haute juridiction criminelle pour acte d'infanticide et reconnue par les experts psychiatres comme souffrant d'un déni de grossesse puis acquittée sous une salve d'applaudissements qui résonnait tel un soulagement dans la salle d'audience ». Cette femme était apparemment une personne tout à fait saine d'esprit, excellente mère d'une première petite fille, tout comme notre patiente. Devant une situation aussi similaire, comment expliquer une telle divergence dans la décision du jury ?

Dans le code pénal belge (10), l'infanticide rejoint la notion de « meurtre sur mineur de moins de 15 ans ». Dans ce cas, la vulnérabilité de l'enfant prévaut donc sur la détresse de la mère qui sera passible d'une réclusion criminelle de dix à vingt ans. La question qu'il reste à se poser est alors : cet acte est-il intentionnel ou est-il provoqué par une contrainte irrésistible ? D'après l'article 71 du code pénal belge, « il n'y a pas d'infraction, lorsque l'accusé ou le prévenu [...] a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ». Cet article s'apparente à la notion de contrainte morale, qui est une situation de force majeure dans laquelle l'évènement annihile la volonté du sujet qui n'a d'autre choix que d'adopter un comportement interdit par la loi (7). Comment distinguer alors l'agissement sous cette contrainte irrésistible de la simple envie de tuer ?

Selon J.Léauté (7) : « si la femme qui ne se sait pas [...] enceinte est seule, la stupéfaction et la sidération sont telles qu'elle est incapable d'avoir une attitude adaptée ». De même, d'après B. Lemoigner (7) : « En quelques secondes, il faut admettre la réalité d'une grossesse puis d'un accouchement, toutes choses qui prennent habituellement neuf mois avec consultations multiples et préparation à l'accouchement en prime ! ». Enfin, X.Bongaerts et L.Regini (7) nous disent « Le bébé n'est pas investi. Il n'est ni fantasmé ni créé. On est face à quelqu'un qui le jour de son accouchement se découvre enceinte. Le nouveau-né peut alors ne pas être perçu comme un enfant mais être assimilé à un déchet ».

Il ressort de certaines études (4, 6, 8) que les femmes touchées par un déni de grossesse seraient plus souvent des femmes jeunes, célibataires, primipares, étudiantes ou sans emploi, vivant encore chez leurs parents, en

situation sociale précaire et notamment bénéficiant d'aides sociales, ce qui n'est pas le cas de notre patiente. Sur le plan psychologique, ces patientes auraient souffert d'un manque d'affection maternelle, souvent avec une mère sévère et un père très distant, ceci menant à une constitution fragile de leur identité de femme et de mère. On retrouvera aussi souvent, comme chez notre patiente, un « déni de fertilité » (6), donc la non prise d'un contraceptif, comme si ces femmes, peut-être par un manque d'éducation sexuelle, ne se savaient pas capables de concevoir la vie. Ceci est une réalité pour notre patiente dont la famille voyait l'éducation sexuelle comme un réel tabou.

Ces dernières années, le taux d'infanticide est resté stable à environ 1 pour 10 000 naissances et plus de 70% des femmes concernées ne présentent pas de pathologie psychiatrique avérée (4). Les femmes ayant commis un néonaticide sont décrites par Jacob Alby, Quaderi & Vedie (11) comme jeunes, rarement mariées, issues de milieux défavorisés et ne prenant pas de contraceptif. Ces caractéristiques se rapprochent de celles concernant les femmes susceptibles de faire un déni de grossesse. Pourtant elles ne correspondent absolument pas à notre patiente Madame F. D'après Dayan (5) ces données concernant les femmes néonaticides sont de plus en plus controversées, en particulier concernant le profil socio-économique qui semble sans particularité. « Les femmes qui présentent un déni de grossesse ne diffèrent en rien de l'ensemble de la communauté féminine ». Effectivement, quelque chose de singulier se produit pendant la grossesse de ces femmes, mais rien de cela ne peut être mis en rapport avec des données épidémiologiques spécifiques ; en particulier, « ni avec un trouble psychiatrique caractérisé, ni avec des conditions socio-économiques particulièrement défavorables » (7). « La personnalité des femmes présentant un tel trouble n'offre, selon nos connaissances actuelles, aucune spécificité. Et « à l'encontre des préjugés, les données disponibles permettent d'affirmer que le déni de grossesse ne concerne pas un groupe de femmes précis ou marginal » (7). D'ailleurs, les conclusions du Docteur Brych (7) sont sans appel et permettent d'affirmer qu'il n'existe pas de type bien défini de la femme en déni de grossesse et qu'il faut : « corriger le préjugé largement répandu qui veut que les femmes en déni de grossesse soient des femmes jeunes, immatures, infantiles, inexpérimentées, issues d'un milieu social en désagrégation ! ».

De fait, notre patiente est une femme de 44 ans, vivant en couple et sans aucun problème financier.

CONCLUSION

Nous avons vu au cours de l'étude du cas de Madame H. que le déni de grossesse reste un grand mystère médical à propos duquel les études sont controversées et dont les affirmations sont parfois très différentes.

Le néonaticide qui peut s'ensuivre en est une conséquence dramatique qui mérite d'être mieux connue et officialisée afin de différencier cet événement d'un « simple » meurtre. Il est en effet une entité bien à part qui mériterait probablement des peines judiciaires différentes de celles encourues dans les meurtres de sang-froid.

Les études sont cependant très difficiles à réaliser dans ce domaine, le déni lui-même ne pouvant être étudié depuis son commencement, étant donné qu'il est inconnu de tous. De plus, il est tout à fait probable que des cas de néonaticides sur déni de grossesse total restent à jamais inconnus de la justice et du milieu médical, dans le cas où la mère réussirait à garder le secret pour toujours, rendant ainsi les chiffres biaisés.

Il semble très difficile d'effectuer de la prévention au premier niveau, toute femme pouvant être touchée. Cependant, un encadrement social de qualité semble un être un bon premier pas : l'éducation sexuelle et l'accès aisé à une contraception sont indispensables. Au second niveau, il semble raisonnable d'effectuer un test de grossesse à toute femme en âge de procréer, particulièrement si elle présente des symptômes tels que douleur abdominale, nausées, vomissements, prise de poids, règles irrégulières/anormales. Au troisième niveau, toute femme ayant déjà vécu un déni de grossesse, un avortement ou encore ayant confié un enfant à l'adoption dans le passé devrait bénéficier d'un suivi obstétrical régulier avec une sage-femme de proximité.

Le déni de grossesse devrait constituer une entité clinique à part entière, dans laquelle serait intégré le risque de néonaticide.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

La prévention est essentielle. Elle commence au plus jeune âge par l'éducation sexuelle et l'information sur la contraception et continue chez des femmes adultes, particulièrement celles sans moyen de contraception. Le suivi des femmes au passé obstétrical lourd est essentiel, de même que la reconnaissance de l'existence du déni de grossesse.

RÉFÉRENCES

1. 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. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2014 ; 62 : 195-202. doi : 10.1016/j.neurenf.2013.09.002.
2. Sandoz, P. A systemic explanation of denial of pregnancy fitting clinical observations and previous models. *Peerj* 2015 ; doi : 10.7287/peerj.preprints.1114v1.
3. 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. *Annales Médico-Psychologiques* 2013 ; 171 : 705-709. doi : 10.1016/j.amp.2013.06.004.
4. Tronche A.-M, Villemeyre-Plane M, Brousse G, Lorca P.-M. Du déni de grossesse au néonaticide : hypothèses diagnostiques autour d'un cas. *Annales Médico-Psychologiques* 2007 ; 165 : 671-675. doi : 10.1016/j.amp.2007.08.016.
5. Dayan J, Bernard A. Déni de grossesse, infanticide et Justice. *Annales Médico-Psychologiques* 2013 ; 171 : 494-498. doi : 10.1016/j.amp.2013.05.019.
6. Struye A, Zdanowicz, N, Ibrahim C, Reynaert C. Can denial of pregnancy be a denial of fertility ? A case discussion. *Psychiatria Danubina* 2013 ; 25 (Suppl. 2) : 113-117.
7. Perret A, Adam C. *L'infanticide à la lumière du déni de grossesse : Analyse du récit médiatique de l'affaire Jessica Bily (2010)*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en criminologie. Université Catholique de Louvain-la-Neuve, Ecole de criminologie, 2011.
8. Seigneurie A.-S, Limosin, F. Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. *La revue de médecine interne* 2012 ; 33 : 635-639. doi : 10.1016/j.revmed.2012.07.013.
9. DSM-IV. Text revision. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson ; 2004
10. Beernaert, MA, Tulkens F, Vandermeersch, D. *Code pénal*. 11e éd. Bruxelles, Bruylant, 2009.
11. Jacob Alby V, Quaderi A, Védie C. Le déni de grossesse relève-t-il d'une maladie mentale? *Annales Médico-Psychologiques* 2014; 172 : 382-386. doi : 10.1016/j.amp.2014.05.001.

AFFILIATIONS

- 1 Université catholique de Louvain, Unité de Psychosomatique du Centre Hospitalier Universitaire de Mont-Godinne, 5530 Yvoir, Belgique

Correspondance

AMÉLIE JOSSET

Étudiante
Université catholique de Louvain
Faculté de médecine et médecine dentaire
amelie.josset@student.uclouvain.be