



HAL
open science

Le déni de grossesse : “ Il ne suffit pas d’être enceinte pour attendre un enfant ? ”

Maëva Rémy

► **To cite this version:**

Maëva Rémy. Le déni de grossesse : “ Il ne suffit pas d’être enceinte pour attendre un enfant ? ”. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01882032

HAL Id: hal-01882032

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01882032>

Submitted on 26 Sep 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Le déni de grossesse :

« Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant... »

Mémoire présenté et soutenu par

Maëva REMY

Promotion 2011

« Travail de recherche réalisé sous la direction de madame Marie-Thérèse
ARCANGELY-BELGY et sous l'expertise de madame Denise ZIMMERMANN »

SOMMAIRE

Sommaire	3
Préface	4
Introduction	5
1^{ère} partie : De la maternité psychique au déni de grossesse... ..	7
1. Psychologie de la grossesse	8
2. Les différentes formes de négation de grossesse : définitions	19
3. Le déni de grossesse : comprendre ce phénomène extraordinaire	26
4. Les professionnels face au déni de grossesse	39
2^{ème} partie : Etude et analyse.....	43
1. Cadre conceptuel et méthodologie de l'étude	44
2. Résultats de l'étude	48
3. Analyse	68
Conclusion.....	74
Bibliographie	75
TABLE DES MATIERES	78
Annexe.....	I

PREFACE

Au cours d'un stage aux urgences gynécologiques et obstétricales, une échographie fortuite pour des algies sous-costales révèle une grossesse de 6 mois...

Je suis alors interpellée, touchée, puis passionnée par ce sujet... Il nous rappelle que l'on ne peut pas tout maîtriser dans la vie et que la surprise et la souffrance font partie de notre existence. Le déni de grossesse trouble tous les repères, bouscule les certitudes et altère les représentations traditionnelles de la maternité. Comme le dit si bien Israël Nisand, que je cite dans le titre de ce mémoire : « Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant [...] ».

Le déni est une réalité qui apparaît comme une problématique émergente de santé publique, avec une fréquence pouvant être estimée à 2 à 3 femmes sur mille femmes enceintes.

Toutes les étonnantes caractéristiques que présente le déni de grossesse m'ont laissée avide d'en connaître davantage. J'ai choisi ce sujet, pour tenter de comprendre les mystères qui l'entourent, et la complexité qu'il véhicule.

Introduction

Notre société glorifie la maternité, l'étale, la sacralise... La grossesse représente l'épanouissement, le bonheur ultime, l'accomplissement personnel et amoureux... Le déni de grossesse, partiel ou total, résiste aux classifications habituelles des troubles et échappe à la dimension sociale d'une maternité aujourd'hui idéalisée. Quelle est la nature de ce mécanisme psychique où le corps, les corps pourrait-on dire, se rend(ent) complice(s) d'une cécité inconsciente de la mère et de ses proches? Par quelle complaisance, la psyché devient-elle étanche aux sensations d'une grossesse? Est-ce une façon de différer la décision d'une IVG hors délai ? Une incapacité d'envisager la maternité pour soi? Est-ce la puissance de l'instinct d'enfantement, qui par ce mécanisme extraordinaire, surpasse les circonstances sociales ou familiales incompatibles avec une grossesse?

Depuis quelques années, le déni de grossesse a tendance à défrayer la chronique... Entre faits divers sordides et reportages télévisés poignants, on ne décroche plus de ces histoires récurrentes. L'opinion publique a tendance à se laisser influencer par les médias... Ces récits de vie font naître des émois dont les risques sont des jugements hâtifs, annihilant la souffrance de la patiente. Ce phénomène déroutant continue donc à choquer et à susciter une multitude d'interrogations. Un grand nombre d'individus, et même certains professionnels de santé, stigmatisent ces patientes et les classent dans un certain milieu social. D'autre part, l'incrédulité a envahi beaucoup d'esprits, poussant à accuser ces victimes de mythomanie. Comment peut-on ignorer une réalité que l'on vit dans son propre corps ? Passer à côté de la vie, du fruit de nos entrailles ?

Cependant, la véracité des témoignages et le nombre important de telles situations ont poussé la recherche médicale à s'intéresser au déni de grossesse. Aujourd'hui, il est possible de décrire certaines de ses caractéristiques, de lever des ambiguïtés et d'éradiquer bien des idées fausses. Cela dit, beaucoup de choses restent, à apprendre sur le déni de grossesse.

En tant que future professionnelle de santé, je me sens interpellée par ce sujet, et souhaite, par le biais de ce mémoire, établir une sensibilisation au déni de grossesse afin d'améliorer la prise en charge des mères et des nouveaux-nés victimes de ces dénis. Je me suis demandée comment le déni de grossesse est-il perçu et vécu par les sage-femmes sur leurs différents lieux d'exercice ? Disposent-elles d'une information suffisante pour se sentir à l'aise dans la prise en charge de ce phénomène?

*1^{ère} partie : De la maternité psychique au déni
de grossesse...*

1. PSYCHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Bien qu'elles rendent les mères ou futures-mères plus vulnérables, aucune corrélation biologique n'a été retrouvée jusque-là entre les modifications hormonales de la grossesse et le bouleversement psychique qui l'accompagne.

1.1. Le processus de la « maternalité »

Le concept de « maternalité » est introduit en France par Paul-Claude Racamier (psychanalyste). Il s'applique à « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez les femmes à l'occasion de la maternité ».

Les femmes enceintes doivent accomplir en 9 mois, « un parcours initiatique » qui les prépare à accueillir leur bébé et se mettre dans un état que Donald-Woods Winnicott (psychiatre et psychanalyste britannique) a qualifié de « **préoccupation maternelle primaire** ». Cela correspond à un état particulier et transitoire d'hypersensibilité qui leur permet dès la naissance de s'ajuster intimement aux besoins physiologiques et psychiques du bébé et de lui fournir les conditions dans lesquelles sa constitution pourra commencer à se manifester.

Le processus de « maternalité » peut-être envisagé comme une « crise mutative » (G.L. Bibring) comparable à l'adolescence. La grossesse va engendrer des modifications physiologiques et corporelles, ainsi que des remaniements accélérés de l'identité.

L'accès à la parentalité est un passage dans de nouvelles fonctions, un nouveau statut, de nouveaux devoirs, qui concernent aussi bien les hommes que les femmes; sauf que ces dernières sont physiquement impliquées. La grossesse nécessite une surveillance étroite mais aussi « une préparation narcissique et identificatoire où la figure maternelle (la mère de la future mère) est fortement sollicitée ». Cette fonction d'accompagnement et de protection des femmes enceintes est confiée aux sage-femmes qui agissent selon des procédures codifiées et réglementées.

Les conflits vécus durant la grossesse ont deux sources:

- Les uns intra-subjectifs, sont reliés à des facteurs psychologiques internes en écho de leur histoire personnelle.
- Les autres inter-subjectifs, sont reliés aux manifestations ou réactions de l'entourage actuel, médical, social, familial, et plus particulièrement du futur père, des parents, de la mère de la mère. Un changement d'une génération à l'autre se produit, et comme tout changement, cela crée une rupture auprès des parents qui doivent « céder leur place dans la chaîne des générations et peuvent se sentir poussés trop prématurément au rang de grand-parents ; autant de raisons que la future mère vive des moments dépressifs ».

Elle doit élaborer un cheminement psychologique afin d'accéder à son nouveau statut familial et social, autrement dit renoncer à son passé infantile. **« C'est toute son histoire qui bascule et c'est à son histoire qu'elle fait alors appel pour accomplir ce nécessaire travail psychique d'intégration ».** [26]

1.2. La transparence psychique

La maternité est décrite comme une période charnière de remaniements psychiques. Il s'agit d'une période de grande sensibilité et d'accessibilité à l'inconscient.

Le temps de la grossesse est un moment de « transparence psychique ». **Monique Bydlowski** nous définit cet état comme « **une période de plus grande perméabilité aux représentations inconscientes, d'irruption de l'inconscient dans le conscient, sans que pour autant la femme ne bascule dans la psychose** ». La

grossesse peut être comparée à l'adolescence « comme période intégrative dans la vie du sujet ».

La transparence psychique est donc un état psychique particulier pendant la grossesse qui conduit à des réminiscences jusque-là gardées secrètes ou encore des fantasmes régressifs et des angoisses irrationnelles.

Les femmes enceintes se décrivent à fleur de peau. Des vécus, des images, des souvenirs se trouvent soudainement réactualisés.

Cette « transparence psychique » peut-être analysée selon deux dimensions complémentaires:

- « **Selon une composante objectale dirigée vers les objets externes** », où la femme se trouve en situation d'ouverture et d'appel envers un référent auquel elle cherche à s'identifier. C'est un état de « **grande disponibilité et de réceptivité à autrui** » qui facilite les relations humaines. Cette période d'incertitude et de grande vulnérabilité peut-être mise à profit par les sage-femmes et l'équipe soignante, afin de soutenir et de conseiller au mieux ces femmes enceintes anxieuses. A l'inverse, cet état d'attente d'autrui peut entraîner des défaillances sur le plan familial, social ou médical avec des conséquences qui peuvent être dramatiques.
- « **Selon une composante narcissique, dirigée vers le monde interne** », où la femme se retrouve confrontée à une levée de sa propre vie psychique inconsciente. Des révélations inconscientes douloureuses, ainsi que des expériences passées traumatisantes peuvent surgir. Celles-ci affluent alors à la conscience dans l'effroi, la honte et la culpabilité ou sont détournées par des symptômes ou comportements masquant la nature et l'origine de l'angoisse.

Cette période de « transparence psychique » est perceptible dès l'annonce de la grossesse. Outre l'incidence hormonale, les premiers symptômes de grossesse (vomissements, envies alimentaires ou perte d'appétit), sont « sous-tendus par des fantasmes archaïques visant des figures parentales ». Ces fantasmes vont conduire à la « tonalité émotionnelle » de la maternité, par des représentations imaginaires. Par exemple, les images échographiques peuvent modifier ces fantasmes et donner place à d'autres. Ce dévoilement de l'inconscient peut parfois être bouleversant, vécu comme une effraction.

La grossesse peut facilement révéler des angoisses incontrôlables, même si elle est d'évolution tout à fait physiologique. Les futures mères vont vivre leur maternité comme un « risque de répétition », et vont faire porter à l'enfant des éléments de leur propre passé.

Cette ambivalence à l'égard de la grossesse, du bébé, ou d'elle-même, peut prendre un tournant pathologique. La jeune ou future mère peut se retrouver surpassée par une peur centrée sur le bébé (peur de la pathologie), sur elle-même (angoisse de ne pas être à la hauteur), ou encore centrée sur l'accouchement. Dans le pire des cas, on peut assister à **un déni portant sur la grossesse, l'accouchement, ou la filiation**, « comme pour occulter le bouleversement induit par la maternité ».

La solitude du déni constitue une rupture de la continuité généalogique que la transparence psychique propre à la grossesse habituelle restaure. Pour se sentir mère, il faut s'être éprouvée fille, puis femme, autant de liens à revisiter au-delà du dévoilement pour accéder à la maternité. [26]

1.3. Les trimestres psychiques de la maternité

« Au départ de sa grossesse, la mère est habitée non pas d'un enfant mais d'un événement. Aucune mère n'oublie sa grossesse et son accouchement ».

La grossesse est une période rythmée, où chaque trimestre a ses caractéristiques qui lui sont propres. L'histoire de l'enfant commence avant la conception, par les désirs parentaux et se poursuit avec les modifications corporelles de la gestation.

Sophie Marinopoulos dans son ouvrage intitulé « le déni de grossesse » décrit ces « trois grands temps de la naissance psychique » qu'elle a analysés selon les mots de celles qu'elle a rencontrées durant des années de pratique clinique.

- Le premier trimestre : l'état d'être enceinte

Le premier trimestre ouvre sur l'état d'être enceinte qui relie la femme à un corps fécondant habité. Il ne s'agit nullement de l'attente d'un enfant mais plus exactement d'un «état d'être».

Les femmes parlent de leur ventre, de leur état, de leurs maux de corps, et mesurent le changement psychique de leur propre statut, s'en étonnant au regard du peu de transformation physique. Elles sont le plus souvent avides de paroles sur cette période nouvelle qui fait naître des émois jusque là inconnus.

Dans cette première période maternelle réelle, les liens passés, tels ceux à la mère et au père, sont réveillés et évoqués. Ils peuvent être douloureux ou au contraire paisibles.

L'attention des professionnels durant ce trimestre doit être totale sur l'avancée de la construction psychique de l'enfant dans la pensée de sa mère.

Dans le contexte de déni, aucuns maux du corps n'est repéré. Les femmes ne consultent pas dans cette période de la grossesse trop précoce. D'ailleurs nous ne parlons pas de déni dans les trois premiers mois de grossesse, considérant que le déni n'est existant qu'après le premier trimestre. C'est comme s'il y avait un espace de tolérance accordé aux femmes pour qu'elles se disent enceintes.

Or, dans le déni, nous sommes face à l'absence de prise de conscience de manifestations du corps se transformant. Le déni est lié non pas à un nombre de

mois sans déclaration, mais à un état d'être qui vient couper le corps éprouvé du corps pensé, et cela peut se voir très précocement.

Nous devons être attentifs à cette absence de ressentis éprouvables et formulables.

- Le deuxième trimestre : l'attente d'un enfant

Le deuxième trimestre voit naître l'attente d'un enfant qui se caractérise par la représentation de l'enfant et les émergences fantasmagoriques qui l'accompagnent.

Dans cette période, l'enfant est examiné à travers le corps de sa mère, et les explorations guettent sa bonne santé. Ce bébé virtuel porté par les pensées de ses deux parents accompagne le bébé réel, de chair, niché au creux du corps de sa mère.

Lors de ce trimestre, une faille dans la représentation de l'enfant peut avoir des incidences graves sur la construction future du lien à l'enfant réel. Il s'agit par exemple des annonces de handicap qui demandent des examens complémentaires en vue de s'assurer de la réalité des craintes médicales, mais qui par la suite, révéleront un enfant en bonne santé.

Pendant la période d'attente des résultats, les parents nous témoignent d'un mécanisme de protection face à la douleur d'une possible mauvaise nouvelle confirmée, à savoir : couper toute pensée avec l'enfant attendu. D'un point de vue psychique, ils provoquent une rupture dans le lien fantasmatique et imaginaire qu'ils avaient élaboré et qui inscrivait l'enfant dans sa lignée familiale. Cela revient à arrêter de le nourrir affectivement.

Après la naissance, ces parents sont généralement demandeurs de soins psychiques au regard d'une relation difficile avec l'enfant.

Dans le cas du déni, tant qu'il n'y a pas de levée de ce mécanisme, il n'y a eu aucune représentation d'enfant. Nous sommes face à une « non grossesse », un « non-événement ». Il n'y a donc pas d'enfant, pas de mise en route d'une pensée consciente sur un état psychologique mettant en scène des personnages familiaux générationnels. C'est comme s'il ne se passait rien, d'où le choc de l'annonce qui

demande alors à la femme de construire en un temps extrêmement court une grossesse, alors que l'enfant est déjà présent depuis cinq, voire six mois. Le délai avant la naissance est bien court pour réaliser le sens de cette annonce qui a des allures traumatiques.

Suite à l'annonce, le couple peut également se trouver vulnérable et fragilisé. Avant même la naissance, cet enfant inattendu crée un climat complexe, de doute, de suspicion et de perte de confiance en soi et en l'autre.

L'étayage social et psychologique aura une place prépondérante et devra prendre une allure de mise à disposition des professionnels. Être là, non pas pour surveiller mais pour soutenir, est la position nécessaire dans cette période que les couples traversent.

- Le troisième trimestre : l'attente d'un enfant dont la femme va se séparer

Ce trimestre aborde l'acte de naissance et l'inévitable séparation des corps et des êtres. Ces derniers mois voient l'enfant dans un rythme de vie intra utérin différent de celui de sa mère. Elles disent elles-mêmes : «quand je dors, il n'arrête pas de faire la fête» ou bien encore : «quand je suis calme, c'est là qu'il décide de bouger», annonçant leurs perceptions d'une diffusion qui se nomme d'abord dans des différences de besoins biologiques.

La préparation à l'accouchement est un exercice tant physique que psychique. La mise en mots et en images des corps séparés renforce l'enfant dans son statut d'être différent, dont il faut se séparer.

La démonstration mimée, durant une séance de préparation, d'une scène de naissance où l'on voit un enfant sortir du bassin de sa mère, est un exercice de mise en images de la séparation, tout à fait fondamental pour le processus psychique mis en oeuvre. Parfois ce travail mental de mise en images de la séparation n'a pas pu se faire, et nous voyons des femmes en état de choc suite à la naissance, comme si elles étaient projetées dans cette part irréprésentable, les conduisant vers un état psychique inquiétant de décompensation, parfois interprété un peu hâtivement comme le baby blues. Or ces contextes traumatiques demandent des soins psychiques immédiats et rapprochés.

Dans le cas du déni, l'approche imminente de l'accouchement est un contexte de risque réel pour la naissance. C'est ce à quoi nous assistons dans les infanticides. Situations où l'enfant décède de ne pas avoir existé dans la tête de sa mère. L'enfant va naître sans être attendu. Privé de sa qualité d'être humain en devenir, il meurt de ne pas être.

La mère, surprise par les douleurs de l'enfantement, tente d'annuler l'acte, de faire taire les bruits de la vie, se défendant de l'intrusion intense de cet événement qu'est la naissance. En annulant la naissance, elle annule l'enfant, elle l'empêche d'être afin qu'il reste ce qu'il était, un non-être. Mais il est bien né, et le corps de la vie qui n'est plus est là, gisant dans une réalité terrible. L'enfant est mort, elle ne le voulait pas, lui, pas plus que la mort. Alors elle le conserve, témoin d'un acte qui un jour se révélera. Certaines femmes gardent l'enfant dans le congélateur, provoquant notre effroi. Garder la vie morte pour garder l'existence de l'acte? Garder près de soi le témoin de sa souffrance si prête à se dire et encore incapable de parler, seulement de se laisser mettre au jour plus tard, quand un autre que soi fera la macabre découverte.

À la lumière de ce processus complexe qu'est la maternité, nous affirmons que le soin psychique durant la grossesse demande de prendre soin des pensées des mères et de se pencher sur les représentations qui les habitent en vue de prévenir des difficultés à venir. Naître mère, c'est un tout. Pouvoir au fil des mois se penser en état d'être enceinte, puis penser à l'enfant attendu, pour ensuite le projeter dans la séparation des corps. Tous ces processus mettent en scène une vie psychique faite de conflits, de fantasmes, d'histoires oubliées. Ils sont comme des organes dont il faut prendre soin. Organes virtuels que sont les pensées parentales dont il faut éviter les failles dans un souci de prévention du lien parent-enfant. Le déni, par son mécanisme de suppression de la représentation de l'enfant, retiendra donc toute notre attention. [2]

1.4. Le désir d'enfant

1.4.1. Introduction

Pour expliquer le déni de grossesse, il est indispensable de comprendre ce qu'est le désir d'enfant chez l'être humain.

Depuis la nuit des temps le désir d'enfant habite l'espèce humaine, ainsi se perpétue-t-elle. Puis, la maîtrise de la procréation est apparue de manière radicale avec l'apparition de la contraception. L'homme et la femme doivent désormais « faire parler en eux le désir d'enfant autrement dit, ils doivent en construire une représentation ».

1.4.2. Les fondements du désir

Pour qu'un objet soit désiré, il doit être absent mais également « manquant ».

Freud distingue le besoin du désir: Le besoin, né d'un état de tension interne, trouve sa satisfaction par une action spécifique que procure un objet adéquat (la nourriture par exemple); le désir, par contre, est indissolublement lié à « des traces amnésiques » et trouve son accomplissement dans la reproduction hallucinatoire des perceptions devenues les signes de cette satisfaction (Laplanche et Pontalis, « dictionnaire de psychanalyse »).

Le désir, qu'il soit conscient ou inconscient, procède ainsi d'un fantasme. « L'accomplissement d'un désir et en dernier ressort, un désir inconscient ».

L'appareil psychique, a pour fonction de canaliser l'expression des désirs, de veiller à surseoir à leur accomplissement, d'éviter les excès et de réguler les conflits qu'ils génèrent, en tenant compte des interdits et de la réalité. Il maintient donc l'équilibre de la vie mentale et la paix sociale.

Parfois, « le désir » est débordé, et des solutions défensives d'urgence vont se mettre en place, sur la voie psychique (sous forme de symptômes, par exemple obsessionnels, phobiques, hystériques...) ou comportementale (passage à l'acte, afin de se libérer du désir).

L'une comme l'autre des solutions devient alors pathogène par sa tendance à la répétition.

1.4.3. Le désir d'enfant

Il est important de différencier le désir d'enfant du désir de grossesse. Certaines grossesses n'ont d'autres finalités qu'elles-mêmes. Monique Bydlowski décrit le projet inconscient d'être enceinte, le fait d'éprouver un sentiment de plénitude, sans projet d'enfant à son terme. De telles grossesses peuvent conduire à des interruptions volontaires de grossesse, voir à une contraception par avortements répétés, l'acte d'extraction du fœtus confortant la femme dans cet « en plus » qui vient à lui pousser et qu'elle peut se faire ôter.

D'autre part, le désir d'enfant est enraciné au cœur de la vie psychique et « lié inconsciemment aux objets infantiles du passé qu'il représente ». Ce désir est investi comme « une promesse d'avenir et de réalisation de soi ». Le désir d'enfant se manifeste donc dès l'enfance et évolue avec l'âge, le stade développemental, selon les événements vécus, les épreuves de la vie. Il subit le travail du refoulement, car il est mobilisateur d'angoisse et de culpabilité, mais bénéficie des mécanismes de sublimation et des effets identificatoires des rencontres.

Cependant, la grossesse est la réalisation la plus manifeste du désir d'enfant. Lorsqu'elle survient, programmée ou par surprise, un nouveau fantasme d'enfant apparaît dans l'esprit de la mère (et du père); c'est « l'enfant imaginaire ». C'est cet enfant qui va donner à la femme le statut de mère, réaliser son rêve d'enfance, dans le ravissement mais avec des inquiétudes et un sentiment de culpabilité vis à vis de sa propre mère dont elle prend la place. Vient encore se rajouter une crainte d'un échec et d'une répétition de traumatismes vécus dans le passé. La future mère va se retrouver partagée entre la plaisance de la nouveauté, le fait qu'elle pourra être l'égale de sa propre mère et peut-être meilleure mère qu'elle, que cet enfant sera son triomphe, et à l'inverse, va éprouver des craintes face à la « normalité » de son bébé, des doutes sur sa capacité à l'élever et à lui offrir un amour suffisant. Son imagination libérée est alors sous l'effet de la « transparence psychique ». Ces phénomènes sont plus particulièrement actifs

lorsqu'il y a eu des expériences traumatiques dans l'enfance (inceste, abandon, perte d'un parent...). [27] [12]

1.4.4. Conclusion

Pour comprendre la parentalité et ses troubles, il faut prendre en compte le contexte actuel ou récent (deuil, séparation), mais aussi l'histoire du sujet, son enfance, son adolescence, et même les empreintes du passé des parents.

Naître parent ne va pas de soi. Il s'agit de pouvoir supporter les multiples métamorphoses imposées par sa propre histoire. Elles sont habitées de forces psychiques parfois contradictoires et qui peuvent mettre en péril la filiation.

2. LES DIFFERENTES FORMES DE NEGATION DE GROSSESSE : DEFINITIONS

*« La négation de grossesse désigne le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état »
(Dayan, 1999)*

2.1. Les grossesses dissimulées

Le déni de grossesse et la grossesse dissimulée sont souvent source d'amalgame. C'est lors d'une conversation avec une sage-femme d'expérience que je me suis rendue compte qu'il y a quelques années, on ignorait l'existence du déni, et les femmes qui accouchaient sans savoir qu'elles étaient enceintes étaient perçues comme des mères qui occultaient leur grossesse. Toutefois, il s'agit de deux situations bien distinctes à ne pas confondre.

Les grossesses cachées font partie de l'extrémité consciente de la négation de grossesse. Ces femmes savent, dès leur premier retard de règles, qu'elles sont enceintes mais ne peuvent annoncer la nouvelle à leur entourage souvent hostile. Elles doivent, selon elles, protéger leur enfant. Dans le déni, l'enfant est impensable. Dans les grossesses cachées, l'enfant est investi dans le rapport de filiation.

Malgré un processus d'apparence consciente, il n'en est pas pour autant clairement volontaire, et y compris dans ces situations, certains aspects semblent échapper à la conscience, dépasser la femme elle-même. [17]

2.2. La dénégalion de grossesse

En terme psychiatrique, on différencie le déni de grossesse de la dénégalion.

2.2.1. Définition

La dénégalion est un phénomène banal de la vie quotidienne dont la principale fonction est d'éliminer ou de réduire le déplaisir. Il s'explique par un refus, une résistance, une impossibilité à se représenter la signification d'une perception. La représentation est refoulée. C'est un système de protection.

Contrairement au déni, dans la dénégalion de grossesse, il existe une perception mais son sens n'est pas en lien avec cette grossesse. Il se crée une absence de représentation de ce qui est perçu. Les manifestations corporelles et les perceptions proprioceptives de la grossesse sont 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. La femme ne croit pas qu'elle peut être enceinte, ce n'est pas possible pour elle, et de fait son corps se transforme peu. On perçoit à travers ce symptôme, le conflit, la lutte à l'intérieur du psychisme, l'incapacité à se croire enceinte.

Le refoulement a pour objectif d'empêcher certaines images ou certains fantasmes de remonter à la conscience. Il est moins efficace dans les rêves, dont des éléments de l'inconscient surgissent. Parfois, on ne s'en souvient plus, c'est que le refoulement a été efficace.

Les femmes enceintes ont plus d'accessibilité à leur inconscient, du fait d'une grande perméabilité aux représentations inconscientes, et d'une levée partielle du refoulement. Les angoisses qui vont remonter ne sont pas réelles sur l'enfant qu'elles attendent. Pour certaines femmes, les représentations partent sur des fantasmes incestueux, pour d'autres, la thématique dominante concernera les impuretés, la chasse aux saletés. Aussi, il peut s'agir d'un deuil ancien, qui fait l'objet d'une élaboration accélérée. Egalement, le passé peut revenir sous forme d'affect pur (sentiments, émotions). Par exemple, la femme enceinte ressent un sentiment de tristesse intense.

2.2.2. Sur le plan clinique

La dénéiation est un travail psychique constant pour réprimer à la conscience les stimuli perçus susceptibles de conduire à la représentation d'une grossesse.

Par exemple, les mouvements fœtaux sont interprétés comme des phénomènes digestifs. Aussi, un arrêt des règles peut-être attribué à un retard de cycle menstruel. Une femme peut reconnaître avoir meilleur appétit et prendre du poids, mais ce surpoids correspond dans son esprit à ses variations pondérales habituelles. Parfois, des attitudes protectrices vis-à-vis du fœtus peuvent être décelées et comprises comme une reconnaissance « préconsciente » de la grossesse. (Par exemple un arrêt du tabagisme).

2.2.3. Pourquoi la mise en place de la dénéiation

C'est un mécanisme névrotique et adaptatif. La femme est prise dans un système de pressions familiales, sociales, ou internes qui rendent la grossesse insupportable. Elle renvoie à l'autre un état de dénéiation, ce qui entraîne une grande conviction des médecins qui s'y trompent. [28]

2.3. Le déni de grossesse

Par convention, l'expression « déni de grossesse » regroupe toutes les formes de négation de grossesse à participation principalement inconsciente.

2.3.1. Définition des psychiatres

- [Par le psychiatre Benoît Bayle](#)

En terme psychiatrique, le déni signifie l'absence de perception. Comme l'explique Benoît Bayle ; « la grossesse est radicalement imperceptible pour la conscience. La gestation psychique se déroule dans l'ignorance totale de la présence de l'enfant à naître, et de tous les phénomènes corporels qui s'y rattachent. En psychanalyse, le déni renvoie à la négation d'une perception traumatisante ».

Le déni réel tel qu'il est défini par les psychiatres est beaucoup plus rare que la dénégation. Il peut-être retrouvé chez les patientes psychotiques. Par exemple, il n'est pas rare que des femmes enceintes souffrant de schizophrénie présentent un déni de grossesse. Il arrive aussi que des femmes dénie leur grossesse après avoir subi une violence sexuelle dont l'enfant est le fruit. Mais, dans la majorité des cas, les femmes ne semblent pas présenter de pathologie psychiatrique et n'ont pas subies pour autant un traumatisme psychique particulier dans leur enfance, ou dans la conception de l'enfant. [22]

- Par le pédopsychiatre Catherine Bonnet

La définition du déni de grossesse pour le pédopsychiatre C. Bonnet est la suivante : « La prise de conscience d'une grossesse au delà du premier trimestre doit faire suspecter un déni de grossesse ». On peut donc considérer les demandes d'interruption volontaire de grossesse à délai dépassé comme des formes de déni partiel.

Il s'agit d'un trouble psychiatrique qui nécessite une prise en charge particulière. Il doit être considéré comme un symptôme psychique et physique, ne permettant pas d'individualiser une pathologie spécifique. Le déni est un processus de défense, un refus de prendre un compte la réalité. Ses conséquences peuvent être fatales puisqu'elle peuvent conduire à la mort du nouveau-né. [8]

- Par la psychologue clinicienne et psychanalyste, Sophie Marinopoulos

« Le déni appartient à ces phénomènes difficilement saisissables et toujours interrogeables. «On n'en a pas fini avec le déni» devrions-nous dire en ouverture de cette réflexion, qui se veut avant tout proposer un partage de pensées et de mots, là où résident le silence et l'impensable. Car le déni ne se parle pas. Il est. Le déni se manifeste par une non-prise de conscience de la réalité. Dans le cas du déni de grossesse, il s'agit d'une non-prise de conscience de l'état d'être enceinte. Ainsi sa manifestation est de ne pas se manifester. Phrase bien étrange qui démontre qu'avec le déni, nous sommes au pays des paradoxes.

Pour approcher le déni, pour tenter de le décrypter, il nous faut nous armer de patience, et surtout renoncer à saisir en l'homme une compréhension qui le figerait et

l'étiquetterait dans des descriptions allant de la simple symptomatologie à une pathologie avérée. » [2]

2.3.2. Définition des obstétriciens

- Par le gynécologue obstétricien Pierre PANEL (chef de service de la maternité du C.H.U. de Versailles)

Selon P. Panel, le déni de grossesse désigne « la non reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre. Il peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier.

Le déni de grossesse n'a rien à voir avec le refus d'enfant, il peut être le signe d'un refus d'intrusion des autres ou d'entrer dans le monde des adultes. Les signes cliniques sont absents (ventre plat, présence de règles) ».

Le déni est une forme radicale de la négation qui consiste à refuser une perception, une sensation éprouvée. [17]

- Par le gynécologue obstétricien Israël NISAND (C.H.U. de Strasbourg)

« Dans le déni de grossesse il y a une grossesse physique mais pas de grossesse psychique.[...] Parmi les femmes concernées, il y a des femmes qui désirent un enfant", explique le professeur Israël Nisand. "Elles sont souvent dans l'incapacité de gérer quelque chose qui se passe dans la sphère sexuelle ou reproductive. Il y a toujours un contexte qui fait que la grossesse ne peut pas être parlée". Pour ce spécialiste, "le déni est un symptôme. Il s'inscrit dans une pathologie psychique plus ou moins grave avec des causes et des modalités différentes". "Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant", souligne-t-il. "S'il n'y a pas de parole, il n'y a pas d'enfant, il y a de la tumeur humaine". [23]

2.3.3. 1er Colloque français sur le Déni de Grossesse

Les femmes concernées appartiennent à tous les milieux sociaux, à toutes les professions. Ainsi trouve-t-on parmi les cas répertoriés par l'Association Française pour

la Reconnaissance du Déni de Grossesse, des femmes au foyer, des ouvrières tout comme une commerçante, une gendarme, une préparatrice en pharmacie, une juriste et même une psychologue.

De même, le déni concerne tout autant des primipares que des femmes qui sont déjà mères (certaines ayant déjà eu plusieurs enfants). Enfin, le déni existe à tout âge, autant chez des adolescentes que chez des femmes qui approchent de la ménopause.

Dans leur immense majorité, les dénis se concluent par la naissance d'un enfant viable qui est rapidement accepté et élevé dans sa famille.

On relève cependant quelques cas d'abandons (que le déni ait été partiel ou total) mais aussi de décès. Ces derniers surviennent dans les cas de déni total, lorsque les accouchements ont lieu inopinément, en dehors d'un milieu médicalisé.

Le déni de grossesse peut-être « partiel », lorsque la grossesse est découverte avant l'accouchement, ou « total », c'est à dire que la grossesse est découverte lors de l'accouchement. Les conséquences sur le nouveau-né ne seront pas les mêmes selon les deux cas. Lorsqu'il s'agit d'un déni partiel, la femme prend conscience de sa grossesse avant l'accouchement, qui aura lieu dans des conditions normales, avec tout de même un investissement dans la grossesse. A l'inverse, dans les cas de déni total, l'accouchement est totalement inopiné et se déroule la plupart du temps dans des endroits complètement inappropriés. Cette forme de déni est plus inquiétante, avec un risque plus important de maltraitance sur l'enfant. [17]

2.3.4. Conclusion

Le déni de grossesse est un phénomène très complexe à définir. La discipline « psychiatrique » différencie clairement la dénégation de grossesse du déni. Or, la définition plus courante du déni de grossesse s'apparente clairement à celle de la « dénégation » (décrite en psychiatrie) d'où une réelle confusion pour le sens général du terme.

Le déni est bien plus rare que la dénégation de grossesse. Le sujet paraît sourd et aveugle à ce que chacun peut percevoir. Ce mécanisme est différent de la dénégation où la personne refuse d'admettre la signification de ce qu'il perçoit et finit par n'y attacher apparemment aucune importance. Certains parlent alors de déni envahissant pour

évoquer l'absence de prise de conscience de la grossesse. En pratique, ces mécanismes divers ne se distinguent pas aussi aisément que ne le voudrait la théorie, la déniégation complète se rapprochant dans son apparence d'un déni. Plusieurs auteurs ont postulé un continuum entre refus inconscient (déni ou déniégation) et mensonge ou dissimulation. D'autres ont postulé que l'ignorance de la grossesse n'était jamais totale, mais que le savoir n'avait pas la qualité d'une prise de conscience nette, reprenant le terme de « middle knowledge » utilisé pour décrire le déni dans les affections somatiques majeures. Toutes ces réactions marquent l'ambivalence maternelle vis-à-vis de la grossesse et plus particulièrement de l'avènement de l'enfant. Dans cette conception le déni protège l'enfant des sentiments hostiles de la mère (ou de personne affectivement importantes dans son entourage) et peut-être conçue comme un mécanisme d'adaptation.

3. LE DENI DE GROSSESSE : COMPRENDRE CE PHENOMENE EXTRAORDINAIRE

3.1. Historique

- L'apparition du déni de grossesse :

Le terme « déni » est d'utilisation récente. Il apparaît dans la langue française au XIII^{ème} siècle, avec pour définition : « action de refuser quelque chose à quelqu'un ». Ce n'est qu'au début du XVII^{ème} siècle qu'on lui donne le sens d' « action de nier un fait ».

Au XVI^{ème} siècle, les grossesses non déclarées sont décrites comme des « recels » de grossesse. Puis, au XVII^{ème}, le Docteur Mauriceau prétend que des saignements menstruels peuvent persister pendant la grossesse et conduire à la méconnaissance d'un état gravide.

Toutefois, au cours du XIX^{ème} siècle le docteur Marcé élève d'Esquirol observe que certaines femmes hospitalisées pendant leur grossesse n'ont pas conscience de leur état. Ainsi, comme le rapporte Nadine Gorre-Ferragu dans sa thèse soutenue en 2002, le docteur Marcé poursuivant les travaux de son maître, expose en 1858 le cas de Rosalie Prunot, jugée en 1847 par la cour d'assises de la Marne pour infanticide. « Cette femme a avoué qu'elle avait tué son enfant en lui serrant un cordon autour du cou et assura qu'à ce moment elle avait la tête complètement perdue. Elle ne connaissait pas sa grossesse: effrayée par la venue des premières douleurs, altérée par la vue de l'enfant, elle a eu l'esprit égaré et sa main a fait ce que désavouait son cœur: « si j'avais pu réfléchir, je n'aurais pas agi ainsi; je suis jeune, j'aurais gagné assez pour me nourrir, mon enfant et moi. » Le défenseur établit que l'accusée était réellement folle au moment de l'accouchement: cette folie était si réelle, ajouta-t-il, que la malheureuse laissa au cou de la victime le cordon qui avait servi à donner la mort. Le jury prononça le verdict d'acquiescement. »

Si le Docteur Marcé avait vu juste, son point de vue fut contesté par les tenants d'une médecine rétrograde qui ne voyaient dans le déni qu'une « dissimulation »,

comme l'évoquait Tardieu (médecin légiste et criminologue) en 1874. Il écrit également que :« Leur déclaration est fort simple et, on peut dire, stéréotypée: « J'ai été prise d'un besoin subit, je ne me savais pas près d'accoucher, et pendant que j'étais sur le siège, l'enfant est sorti et est tombé... sans que j'aie pu l'en empêcher... » [...] Quelques-unes vont plus loin et disent ne pas s'en être aperçues. » Tardieu avait une impression de relecture, après coup, de l'événement.

Malgré ces controverses, le concept de « grossesses inconscientes » (baptisées ainsi par les psychiatres du XIXème siècle), continue de s'imposer auprès de ceux qui l'étudient. Naïma Grangraud, dans sa thèse portant sur le déni de grossesse évoque les travaux de deux de ces médecins d'autrefois: « C'est en 1898, que Gould regroupe sous la dénomination de « grossesses inconscientes » neuf observations retrouvées dans la littérature de grossesses méconnues, première tentative à notre connaissance d'en faire une entité clinique.

En 1900, Brouardel, médecin légiste, développe dans l'un de ces livres, un chapitre qui s'intitule « Une femme peut-elle être enceinte à son insu? ». Il n'apporte pas de réponse claire à cette expression.

Avec les progrès de la psychiatrie, le concept de « déni de grossesse » apparaît dans les années 1970. Le terme « déni », s'apparente alors à un concept précisément défini par la psychanalyse: il s'agit d'un mécanisme de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Il tend à s'affirmer comme une maladie psychiatrique au même titre que les autres, si bien que dans les années 1990, des spécialistes internationaux proposent qu'il figure dans le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – « bible » de la nosographie psychiatrique). Cette proposition n'a pas été retenue. [1] [5] [6]

- Des études qui portent leurs fruits :

Plusieurs études seront réalisées dans les années 1980 et 1990 par des psychiatres en France et à l'étranger. Le déni a également donné lieu à des observations qui seront confinées dans des ouvrages confidentiels.

Depuis les années 1980, le déni de grossesse a pris de l'ampleur dans les milieux médicaux et juridique, mais il commence à faire parler de lui au sein de la société.

En 2002, une étude intitulée « Le déni de grossesse: à propos de cinquante-six cas observés en maternité » est réalisée dans le nord de la France par quatre spécialistes de la psyché: Pierronne, Delannoy, Florequin et Libert .

Cette publication concrète va être une révélation sur le plan psychologique et mécanique du déni. Leur étude s'est réalisée à partir de deux maternités. Ils ont noté que ces situations étaient étiquetées «grossesses non suivies non déclarées» et qu'elles étaient traitées uniquement sur un versant social. Ils ont pu démontrer que le déni n'était pas de la dissimulation, ce qui est un point fondamental à réaffirmer si nous voulons avancer dans la prise en charge de ces femmes. Le respect de leur parole et la réalité de leurs propos auront un impact sur le positionnement des professionnels.

Sur les 56 femmes observées, 27 femmes ont découvert leur grossesse après 5 mois et 29 femmes au moment de l'accouchement. Ils notent une moyenne d'âge de 26 ans avec des écarts d'âges allant de 16 ans à 44 ans. Au regard de la période étudiée, ils notent que ces dénis représentent 2 accouchements sur 1000, tout en tenant compte, disent-ils, d'un pourcentage supplémentaire de dénis avec lesquels ils pensent ne pas avoir été mis en contact. Cette observation démontre que le déni de grossesse est un phénomène peu parlé, certes, mais qui est une réalité courante en maternité.

Ils distinguent le déni total et le déni partiel, notant les incidences sur la naissance, la santé du bébé et la capacité d'adaptation de la mère à la présence du bébé.

Par ailleurs, ils mettent en évidence que le déni ne conduit pas toujours à l'infanticide et introduisent bien ce terme de déni dans une complication de la grossesse qui mérite toute l'attention des professionnels de santé, en vue d'être préventifs et fidèles à une notion de santé publique. Ils incitent ainsi les professionnels de santé à repérer précocement ces situations afin d'éviter les risques réels physiques et psychologiques pour la mère et pour l'enfant. [4]

En mai 2006, l'association américaine de psychiatrie, qui regroupe trente-six mille praticiens en santé mentale, a, lors de son 159ème congrès annuel, et pour la première fois, consacré une de ses communications au déni de grossesse.

Aujourd'hui, ce phénomène qui a longuement été méconnu, est toujours l'objet de nombreuses controverses. Cependant, il est de plus en plus abordé dans la littérature médicale et par les médias. Il est important de souligner que, par le biais des études réalisées, le terme de déni de grossesse qui ne concernait que les femmes atteintes de pathologies mentales, s'étend progressivement vers des femmes « non malade ».

3.2. Caractéristiques cliniques du déni de grossesse

3.2.1. Pas de signes extérieurs de grossesse

Une femme enceinte, c'est l'image d'un ventre arrondi. Cette fierté qu'éprouve la plupart des femmes enceintes à exposer leur joli ventre qui abrite ce futur être à naître... Or, dans le déni de grossesse, il n'en est rien. C'est ce qui choque le plus et qui amène tant de stupéfaction. Ces femmes ne prennent que très peu de poids. 5 à 6 kilogrammes en moyenne, qui ne sont pas concentrés au niveau de la ceinture abdominale. De manière générale, elles ont très peu de ventre. Parfois, il s'agit de femmes un peu ronde, chez qui la prise de poids passe inaperçue. Des femmes affirment qu'elles portaient encore des pantalons taille 36-38 avant d'accoucher. C'est un fait irréfutable, bien que difficilement compréhensible.

Lors du documentaire sur le déni de grossesse d'Andréa Rolling, le Docteur Israël Nisand a apporté une explication médicale à ce qui était jusqu'alors un phénomène surréaliste. A l'aide d'un schéma en mouvement, il a comparé l'évolution d'un enfant dans la cavité utérine d'une femme lors d'une grossesse dite normale et lors d'un déni de grossesse. Dans la première situation, l'enfant pousse sur la paroi abdominale de sa mère et fait tendre le ventre en avant. Dans le deuxième cas, le bébé est en position longitudinale et ne modifie pas la morphologie maternelle. L'utérus se développe en hauteur, parallèlement à la colonne vertébrale, et l'enfant se positionne haut, sous les côtes. Mais dans les deux cas, il est à son aise pour grandir et se développer. Seul l'extérieur du corps se développe d'une façon différente. [8]



3.2.2. Pas de symptôme

La grossesse est accompagnée de nombreux symptômes, bien connus par la majorité des femmes, surtout de celles qui ont déjà porté un enfant. Les nausées et vomissements, les tensions mammaires, une envie fréquente d'uriner, une aménorrhée, des sensations de « tiraillements » dans le bas-ventre, une fatigue excessive ou encore une humeur inégale. Tant d'éléments qui devraient éveiller les soupçons envers une éventuelle grossesse...

Parfois, la nature agit différemment. Aucun des symptômes précédemment décrits ne survient. Ces signes peuvent également être interprétés autrement, plus particulièrement lorsque l'on ne pense pas être enceinte (par la prise d'une contraception, la stérilité, ou encore par le fait de se penser trop âgée pour procréer)

Quand à la persistance des règles, cela reste une question qui interroge beaucoup d'esprits.

Effectivement, depuis nos cours de sciences de la vie, on nous enseigne qu'une femme entre en aménorrhée dès l'apparition de la gestation, mais ce n'est jamais que de la théorie. Le cycle menstruel peut se montrer très capricieux, pour des raisons biologiques ou psychologiques (stress, fatigue, forte émotion...). En outre, certaines femmes ont des cycles menstruels très irréguliers et éloignés, qui peuvent durer deux à trois mois. Elles ne seraient donc pas alarmées par une absence de règles.

D'autre part, la grossesse n'exclut pas la survenue de saignements réguliers, appelés « règles anniversaires ». 10 à 15% des futures-mères perdent du sang ponctuellement, tous les mois, pendant la grossesse. Ces saignements s'expliquent par la dégradation d'une partie de la muqueuse utérine, où l'embryon ne s'est pas implanté. Ils sont sans conséquences pour le développement de celui-ci, mais en revanche, très trompeurs pour la femme qui pense avoir ses règles et donc ne pas être enceinte.

Aussi, la prise de pilule contraceptive orale, peut induire en erreur. Chaque mois, une prise successive de vingt et un comprimés libère des hormones dans le corps. L'arrêt durant sept jours de la pilule fait chuter le taux d'hormones se qui provoque la destruction de la muqueuse utérine et conduit à des saignements. Or, tout n'est qu'artifice, et ces « règles factices » ne reflètent pas la réalité d'un cycle menstruel. Là encore, le phénomène peut perdurer pendant la grossesse, et la prise de contraceptif se poursuit, malgré la présence d'un état gravide ignoré. Chaque mois, des règles vont survenir, interprétées comme la preuve d'une « non-grossesse ». [1]

3.2.3. Un fœtus imperceptible

Après les profondes interrogations concernant la persistance des règles durant ces grossesses improbables, survient la question de la discrétion fœtale. Il faut savoir qu'au cours de ces maternités ignorées, les mouvements actifs fœtaux sont fortement diminués. Par ailleurs, les coups sont interprétés différemment (ballonnements, gargouillis intestinaux). [1]

3.3. Expliquer le déni de grossesse

Pour quelles raisons peut-on se trouver persuadé de ne pas être enceinte? Les femmes concernées n'ont pas forcément de problèmes psychologiques, mais pourtant leur inconscient a pris le dessus et a « dicté sa loi au corps ». Comment peut-on en arriver là?

- Différentes théories sont énoncées par les spécialistes.

* Catherine Bonnet, psychiatre et psychanalyste qui rencontre des mères accouchant sous X et d'autres incarcérées pour infanticide, a relevé chez un grand nombre de ces femmes un déni en début de grossesse. Elle pose comme hypothèse que le déni de grossesse a bien souvent comme origine des traumatismes sexuels récents ou des maltraitements de l'enfance (maltraitements physiques, sexuelles ou émotionnelles). Ces agressions n'auraient pas fait l'objet d'un traitement thérapeutique ou judiciaire au moment de leur survenue et la grossesse viendrait alors réactiver le traumatisme subi. Catherine Bonnet parle « d'enfant impensable ». Proposerait-elle la même analyse après avoir rencontré des femmes qui ne sont jamais passées par la case justice et qui sont devenues les mères aimantes des ces enfants portés en creux pendant neuf mois? [8]

* Selon l'étude : **« Le déni de grossesse: à propos de cinquante-six cas observés en maternité »**, portée par les médecins du nord, une autre hypothèse est proposée: « nos modalités de recueil, plus systématiques, et en maternité, expliquent-ils, nous obligent à considérer que, dans au moins la moitié des situations, il n'y a pas d'affect agressif exprimé, ni de geste destructeur vis-à-vis de l'enfant, et qu'après une phase courte de sidération, les interactions semblent se mettre en route sans difficulté particulière. »

A partir de ces observations, les mêmes médecins s'interrogent: « Est-il légitime pour ces cas de généraliser l'hypothèse de pulsions meurtrières liées à un vécu traumatique de l'enfance? Sans les rechercher systématiquement, car le contexte de l'entretien unique ou renouvelé une seule fois ne s'y prêtait pas, nous avons été attentifs aux antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels. En fait, pour ces cas, une seule fois un inceste a été relaté. Ce qui apparaît plus souvent, c'est une relation oedipienne très serrée. Comme si le complexe d'œdipe avait été insuffisamment refoulé. Elles décrivent un père très jaloux à leur égard, ou alors elles ont été amenées à prendre la place de leur mère dans la configuration familiale, à cause de son décès ou de son départ du foyer, et, elles ont dû élever leurs puînés. Dans d'autres cas, le fonctionnement familial semble

être un vase clos, l'individuation semble difficile. Il évoque davantage le registre de l'inceste ». [4]

Ces psychiatres ne rejoignent donc pas Catherine Bonnet car: « En suivant son hypothèse selon laquelle la grossesse et l'arrivée d'un enfant réactualisent dans les cas de déni de grossesse une violence incestueuse subie par la mère, comment expliquer alors que les interactions précoces mère-enfant, pour la moitié des cas recensés, soient satisfaisantes, au moins dans les premiers jours, au point de parler d'idylle? »

Il semble donc assez périlleux, en raison de la disparité des profils, des histoires, des situations, des réactions au moment de la naissance, de chercher à établir des causalités récurrentes.[1]

- Du côté des mères...

D'après de nombreux témoignages de femmes ayant été victimes de dénis de grossesses, quelques hypothèses peuvent nous aider à comprendre comment elles ont pu passer à côté de leur maternité:

- * L'argument le plus couramment énoncé est la prise d'une contraception. Il est vrai que les patientes sous contraceptifs pensent être immunisées contre une grossesse.

- * Une stérilité antérieure est souvent évoquée. Je pense qu'il est facile de comprendre qu'une femme chez qui le diagnostic d'infertilité ou de stérilité a été posé, qui a eu recours aux méthodes de procréation médicalement assisté pour avoir des enfants, a détruit toute illusion d'avoir un enfant spontanément.

- * Certaines femmes sont persuadées d'être trop âgées pour procréer.

- * Deux grossesses trop rapprochées. Avec toute l'attention porté sur le nouveau-né, la fatigue, un corps encore modifié, et pas de retour de couche, une deuxième grossesse peut passer inaperçue.

- * Suite à une première grossesse très mal vécue.

- * L'origine du trouble peut également se trouver dans le cadre socio-culturel. Par exemple dans les cas de « grossesses illégitimes », un sentiment de culpabilité majeure va entraîner le déni. (grossesses hors-mariage, extra-conjugales ou encore

d'adolescentes). L'entourage familial peut donc participer au déni par sa cécité ; la survenue d'une grossesse n'a jamais été envisagée et reste impensable.

* Enfin, elle peut se situer dans un contexte psychologique favorable au déni chez la femme concernée, comme par exemple un trouble psychotique.

3.4. Accoucher d'un enfant ignoré

L'accouchement est une expérience à la fois redoutée, attendue et fantasmée par les futures mères. C'est un moment particulier dans la vie d'une femme, dont elle se souvient toute sa vie.

Dans les cas du « déni total » de grossesse, c'est au moment de l'accouchement que la femme apprend qu'elle portait un enfant. Ces femmes doivent à la fois accoucher et donc user de toute leur énergie en ce sens, tout en essayant de réaliser ce qui leur arrive. C'est un moment d'une violence psychique difficilement imaginable. Moment intense pour la femme, et pour le personnel présent.

Certains des ces accouchements peuvent survenir rapidement et de façon quasi indolore. Mais, dans la plupart des cas, la parturiente ressent de violentes douleurs dans le ventre ou dans le dos qu'elle interprète à sa manière. Cela peut-être par une pathologie urinaire, une gastro-entérite ou parfois même une indigestion. Tant de pathologies qui ne justifient pas de telles douleurs, et qui ne nécessitent pas de consultation imminente aux urgences, d'où l'explication d'un grand nombre d'accouchements à domicile, ou sur les toilettes.

Devant cette aventure tout à fait invraisemblable, les jeunes mères mettent un certains temps à comprendre ce qui se passe. C'est souvent lorsqu'elles se retrouvent avec leur bébé contre leur poitrine que la plupart des femmes réalisent qu'elles étaient enceintes. [1] [2]

3.5. L'enfant du déni

Pour la grande majorité, ces bébés vont bien. Ils ont des poids de naissance dans une très bonne moyenne. Les accouchements se passent généralement sans problème particulier... Mystère de nos ressources originaires...

Lorsque la naissance à lieu, « in extremis » en milieu hospitalier, la revue de la littérature médicale faite par N. Grangaud, met en évidence que l'enfant est généralement très bien accepté, une fois le moment de surprise passé. En dehors des femmes qui présentent une pathologie psychiatrique associée, les abandons à la naissance sont rares, il ne semble pas y avoir de maltraitance par la suite.

Cependant, lorsque l'accouchement a lieu dans la solitude, à domicile, il arrive que le bébé décède. Cela peut-être accidentel, soit par manque de soins, soit par noyade, quand la naissance à lieu à l'improviste dans des toilettes. Il est tout de même rare, que la mère tue elle-même son bébé.

Mais, à posteriori... Naître sans jamais n'avoir ressenti de douces caresses, entendu aucun mot d'amour n'est-il pas sans conséquence? Ces enfants se poseront sans doute une des questions les plus cruelles qui est: « Voulait-on vraiment de moi? ». Quel que soit l'amour qu'ils recevront au cours de leur vie, ils auront à faire le deuil de leurs premiers mois d'existence: certains y arriveront, d'autres non. [1] [3]

3.6. Le déni est contagieux

Si l'on admet qu'une femme puisse elle-même ignorer sa grossesse jusqu'au jour de son accouchement, il n'est pas difficile de concevoir que le conjoint et l'entourage n'aient rien soupçonné. C'est parce que ces grossesses ont pour particularité d'être invisibles qu'elles sont découvertes aussi tardivement.

Il est important de rappeler que le déni n'est pas réservé à un milieu social particulier et un contexte familial défini. Tous les milieux sociaux, toutes les tranches d'âges, toutes les constructions conjugales peuvent-être concernés.

- Du côté des pères :

Pour eux aussi, le choc est violent. Les pères sont présents dans plus de 50% des cas, et sont particulièrement perturbés et sidérés par ce qu'ils vivent. Ils se sentent le plus souvent trahis, retournant parfois l'agressivité qui les envahit sur leurs femmes qu'ils soupçonnent d'avoir voulu leur dissimuler la vérité. Selon la force ou la fragilité du couple, les réactions diffèrent.

Car s'ils s'accordent le droit au déni, ils ont du mal à l'accepter pour leurs femmes, considérant que le passage par le corps est la preuve incontestable qu'elles auraient dû sentir quelque chose. Ils sont dans un état de grande souffrance, contenue et masquée par une sidération qui les empêche dans un premier temps de réfléchir à ce qui leur arrive. La présence bienveillante des professionnels, leur capacité à évoquer d'autres situations similaires qui les rendent moins isolés dans leur vécu, joue un rôle fondamental. Savoir que d'autres couples ont traversé une épreuve identique, permet à ces pères un début d'acceptation de leur propre situation.

Le bébé venant de naître, quant à lui, n'est pas l'objet de leur agressivité et généralement, il est vu et décrit comme innocent dans cette histoire. L'enfant, dans ce cas de figure, reste toujours avec la mère.

Lorsque l'annonce de la grossesse est tardive, avant même sa naissance, l'enfant inattendu crée un climat complexe, de doute, de suspicion et de perte de confiance en soi et en l'autre. [2]

Face à une souffrance indéniable, certains pères accompagneront leur femme dans cette histoire, d'autre fuiront cette compagne, qui les a, ils en sont persuadés, trompés... Mais tous se poseront l'incontournable question: « Comment ont-ils pu ignorer pendant des mois que la femme qui vivait là, tout près, était porteuse du fruit de ses entrailles? » [3]

- L'entourage :

Les proches aussi, se trouvent hors de la pensée d'une grossesse. Bien des familles se sont ainsi trouvées au pied du lit de leur fille, belle-fille, sœur, cousine, abasourdies par la réalité de l'enfant venant de naître.

Victor Hugo a écrit « Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille applaudit à grands cris... »

Effectivement, l'entourage se trouve généralement extrêmement mal à l'aise face à cette situation. Les proches sont dans l'incompréhension face à leur propre cécité. Là encore, il peut se produire une rupture avec l'entourage, ou à l'inverse, un soutien. Il demeure tout de même comme questionnement perpétuel : « Mais pourquoi nous l'a-t-elle caché? »

- Le corps médical :

Elles sont nombreuses à raconter avoir passé une visite médicale annuelle dans le cadre de leur activité professionnelle à un terme avancé de leur grossesse.

A certaines, on a diagnostiqué un kyste ovarien ; à d'autres des coliques néphrétiques. Un médecin a orienté une patiente en vue d'une intervention pour une tumeur grossissante; la jeune femme en question était enceinte de six mois. Personne n'est à l'abri d'une erreur de diagnostic dans des cas comme celui-ci.

En effet, la façon dont les femmes décrivent leurs symptômes influe sur le jugement de leur interlocuteur. Elles sont tellement empreintes de leur déni, le corps et la psyché sont tellement soudés, que rien de rationnel ne peut conduire le professionnel consulté sur des signes de grossesse éventuelle.

Nombreux sont les médecins qui reconnaissent avoir été, au cours de leur exercice professionnel, confrontés au déni de grossesse sans pouvoir mettre de vrais mots dessus.

Heureusement, même si des doutes persistent encore, l'information apportée à ce sujet par des colloques et des ouvrages scientifiques semble porter ses fruits.

Cependant beaucoup de femmes ont souffert de l'accueil ironique qui leur était réservé parce qu'elles ne savaient pas ce qui semblait une évidence : qu'elles étaient enceintes... [2] [3]

3.7. Epidémiologie

La prévalence des dénis de grossesse demeure difficile à établir, et les taux avancés devront être confirmés. Le déni est reconnu lorsque la femme n'a pas pris conscience de sa grossesse au terme d'une durée pour laquelle toute femme est censée se reconnaître enceinte : cette date est fixée arbitrairement entre 20 et 26 semaines selon les auteurs. La prévalence du déni (partiel et total) est estimée environ à 1/400 naissances. Moins d'un tiers consiste en des dénis totaux. D'après les données de l'INSEE, au cours des dix dernières années, il est né un peu plus de six millions d'enfants en France. Ce sont donc de 600 à 1 800 femmes qui sont victimes de ce syndrome chaque année. Au cours des vingt dernières années, on peut estimer qu'en France de 12000 à 36000 des femmes ont souffert de ce syndrome.

De tels chiffres, font du déni un problème de santé publique. Même si le déni ne s'achève de façon tragique (avec la mort ou l'abandon du bébé) que dans un nombre limité de cas, les spécialistes s'accordent à dire que ce sont toutes les femmes qui présentent un déni qui doivent recevoir des soins, même en cas de déni partiel. [17] [25]

4. LES PROFESSIONNELS FACE AU DENI DE GROSSESSE

4.1. Généralités

Avec 600 à 1800 femmes concernées chaque année en France, le déni de grossesse est une situation pathologique qui constitue un réel problème de santé publique encore insuffisamment pris en compte. Cette situation n'est pas sans conséquence sur la santé mentale et physique tant de la mère que de l'enfant. Cela peut entraîner un impact sur la relation mère-enfant qui n'est pas à négliger. Puisque ces grossesses sont niées, elles sont jusqu'à un certain point non suivies, ce qui représente un danger obstétrical et psychologique pour le déroulement de la gestation, de l'accouchement et du post-partum.

Poser au plus tôt le diagnostic, apporter à ces mères et à ces nouveau-nés toute l'attention nécessaire, participer à leur prise en charge et leur procurer, ainsi qu'à leur entourage, les éléments de compréhension nécessaires, doivent être des préoccupations constantes pour tous les professionnels de la naissance.

Sophie Marinopoulos, dans son ouvrage « le déni de grossesse, temps d'Arrêt », nous expose sa vision face aux professionnels qui travaillent auprès des parents concernés par le déni de grossesse: « Il leur faut se dégager de ces prises de position qui mènent au jugement pour rester sur la seule place professionnelle possible, celle d'un positionnement qui mène au signifiant, c'est à dire à une écoute qui cherche le sens de ce que vit celui qui le consulte. Écouter pour comprendre et donner du sens. Accompagner pour entendre au-delà de ce qui se présente à nous ». [2]

4.2. L'annonce d'un déni de grossesse

Le moment de l'annonce est très particulier. La soudaineté de l'annonce oblige la femme à accepter le processus maturatif de la grossesse en un temps extrêmement court.

Parfois, malgré les preuves de la présence d'une grossesse, certaines femmes continuent à refuser la réalité.

De façon surprenante, lorsque le déni est levé, on peut constater que la femme enceinte récupère rapidement un poids correspondant à son terme de gestation, même à deux mois de l'accouchement.

Les premières rencontres entre ces femmes et le corps médical sont souvent très étranges. Cela peut-être déstabilisant pour le professionnel inexpérimenté.

Il y a à la fois de l'illogisme et de la contradiction dans tous les propos qui accompagnent la levée du déni. Il est nécessaire que le positionnement professionnel vienne soutenir le récit en incluant les résistances encore très actives du déni. Cela consiste à pouvoir dire à la femme qu'on la comprend et non pas «c'est impossible que vous n'ayez pas vu que vous étiez enceinte», doutant de la véracité de ses propos.

L'entretien doit prendre une allure d'étayage tout en acceptant de suivre la pensée de celle qui nous consulte, sans la devancer. Par exemple, il est nécessaire de ne jamais évoquer la notion d'enfant tant que la femme ne le fait pas elle-même. Il nous faut suivre ses mécanismes de mise en images, de représentation, les solliciter et favoriser une pensée évolutive pour la femme.

Le professionnel accompagnant ces femmes doit pouvoir être telle une mère « Winnicotienne », bienveillant et soutenant en proposant son appareil à penser à celle qui est momentanément privée du sien. [2]

- [Témoignage d'une sage-femme retraitée : « Le déni de grossesse, un signe de détresse » :](#)

Alors que Véronique Courjault a été condamnée à huit ans de prison pour trois infanticides, son procès a permis d'ouvrir le débat sur le déni de grossesse, même si ce

phénomène n'a finalement pas été retenu dans son cas. Une sage-femme à la retraite témoigne :

« En entendant le représentant des experts psychiatres nier l'existence du déni de grossesse au procès, je me suis vue transportée cinquante ans en arrière. A l'époque, lorsqu'une malheureuse arrivait avec une hémorragie ou une infection après une tentative d'avortement, elle était méprisée, culpabilisée, quand on ne lui faisait pas un curetage à vif pour la punir.

Le premier déni de grossesse que j'ai eu à constater, c'était lorsque jeune sage-femme, au cours d'une garde de nuit, je vois arriver un groupe de très jeunes presque encore adolescents. L'un me dit : « On est allé à une fête, et on vient car ma copine a des règles très douloureuses. »

J'allais lui donner un cachet lorsque l'aide-soignante, qui avait de la bouteille, me dit : « Vous devriez la faire allonger, et voir un peu ce qu'il y a ». J'obtempère, et tout de suite, cette jeune et gracile fille serre les jambes. Je dois négocier pour l'emmener se faire examiner.

Je trouve déjà un bébé, prématuré et petit mais en vie. Je lui dis : « Mais vous accouchez ! C'était une grossesse ». Protestations immédiates : « Mais non, ça ce n'est pas à moi, c'est vous qui venez de me le mettre entre les jambes. » Il fallut négocier, lui montrer le cordon, le placenta sortant d'elle pour qu'elle finisse par accepter. Mais visage fermé et dents serrées.

Elle aurait eu besoin d'un soutien psychologique, maintenant, on a ça pour un oui pour un non. La malheureuse eut droit durant les jours qui suivirent à de bonnes nouvelles de son petit, qui allait certainement « s'en tirer », alors qu'on savait très bien qu'il allait mourir.

Si elle avait accouché seule, il est vraisemblable que le bébé aurait fini dans une poubelle où dans les toilettes.

Le deuxième cas est moins triste, c'était une femme mariée. Personne ne savait qu'elle était enceinte, son mari ne s'était aperçu de rien. Il l'emmena en gastro-

entérologie pour des douleurs violentes au ventre. Le service l'envoya rapidement à la maternité, après avoir prévenu le mari, qui était ébahi et avait du mal à réaliser. Mais finalement tout rentra dans l'ordre.

Encore de nos jours, il y a des femmes qui ne font pas suivre leur grossesse, donc qui la rejettent, mais qui au dernier moment atterrissent à l'hôpital et accouchent, sans aucun suivi, sans aucun papier.

Et qui nous dit que ces bébés que l'on trouve régulièrement dans des poubelles où dans d'autres lieux ne sont pas le fruit de déni de grossesse ? Quelquefois, c'est la pauvreté, mais pas toujours. Alors si on écoute ces messieurs, ça n'existe pas. Mais quand donc admettra-t-on qu'il faut soigner ces femmes et non les punir ?

Alors que je m'indignais parce qu'une femme abandonnait son enfant, une assistante sociale assez âgée qui travaillait à la maternité où j'étais jeune sage-femme me dit un jour : « Ne jugez jamais en fonction de ce que vous ressentez, mais essayez de comprendre ou à tout le moins d'être ouverte à ce que ressent l'autre ». Je n'ai jamais oublié cela. » [18]

2^{ème} partie : Etude et analyse...

1. CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1.1. Problématique

En tant que future professionnelle de santé, je me sens interpellée par ce sujet, et souhaite, par le biais de ce mémoire, établir une sensibilisation au déni de grossesse afin d'améliorer la prise en charge des mères et des nouveau-nés victimes de déni.

Ignorant l'attitude des professionnels inhérente à ce sujet, j'ai porté mon étude sur les questions suivantes :

- **Comment le déni de grossesse est-il perçu et vécu par les sages-femmes sur leurs différents lieux d'exercice ?**
- **Disposent-elles d'une information suffisante pour se sentir à l'aise dans la prise en charge du déni de grossesse ?**

1.2. Objectifs

Pour répondre à la problématique que je me suis posée, j'ai fixé plusieurs objectifs de base à mon travail de recherche.

- Estimer la perception du déni de grossesse par les sages-femmes sur le terrain face au déni de grossesse.
- Estimer le ressenti et l'aisance des sages-femmes envers ce phénomène.
- Faire un état des lieux à propos des formations que reçoivent les sages-femmes concernant ce sujet.

1.3. Hypothèses

Ces objectifs amènent à émettre plusieurs hypothèses de départ que l'enquête réalisée va confirmer ou infirmer :

- Le déni est encore parfois incompris, et les femmes victimes de ce phénomène sont l'objet de nombreux questionnements. Les sentiments sont de moins en moins péjoratifs à l'égard de ce phénomène qui reste exceptionnel.
- Les différents lieux d'exercice, l'âge, le sexe, sont des facteurs qui influencent sur la perception du déni de grossesse.
- Une sensibilisation des équipes médicales sur le déni de grossesse est nécessaire et les sages-femmes ne se sentent pas assez informées à ce propos.

1.4. Choix et présentation de l'étude

Pour répondre à ma problématique, il m'a semblé pertinent de concevoir des questionnaires informatiques auprès des sages-femmes de tous secteurs confondus. J'ai réalisé une étude épidémiologique, observationnelle et rétrospective.

J'ai proposé des questions courtes, avec des choix multiples. Tous ces formulaires ont été envoyés par le biais d'Internet, durant une période d'une semaine. Cette méthode moderne présentait pour moi des motivations écologiques, économiques, pratiques et d'un aspect plus attrayant pour les professionnels, dans le but d'avoir le plus de retours possibles.

La majeure partie des questions est accompagnée d'une case « autre », suivie d'un espace de libre expression. Ainsi, chaque sage-femme peut se manifester différemment ou ajouter un élément personnel, dans le but d'ouvrir davantage mon étude.

Le questionnaire est constitué de 24 questions. Il commence par une présentation rapide des sages-femmes interrogées. Selon moi, les années d'expériences et le secteur d'activité ont une influence sur la perception du déni de grossesse. Puis, j'ai souhaité retracer les différentes histoires des dénis qu'elles avaient rencontrés. Il m'a semblé essentiel d'étudier certains points concernant ces phénomènes, comme les circonstances de découverte, le terme de la levée du déni... La partie suivante concerne « le ressenti de la sage-femme et sa perception du déni de grossesse ». Je me suis intéressée aux émotions que les sages-femmes éprouvaient devant ces situations extraordinaires. J'ai proposé une liste de sentiments avec plusieurs réponses possibles afin de découvrir se que ressentaient les professionnels de la naissance. Ensuite, je me suis préoccupée de la satisfaction des sages-femmes par rapport aux formations portées sur le déni. Le formulaire s'achève par une définition personnelle du déni de grossesse. C'est la seule question ouverte, qui consiste à conclure tout en ayant déjà porté réflexion sur le thème.

Avant de commencer cette étude, l'outil a été testé auprès de deux sages-femmes, afin d'évaluer la compréhension et la pertinence des questions, ce qui m'a permis de réadapter certains éléments.

1.5. Population

J'ai choisi d'envoyer un questionnaire à toutes **les sages-femmes** du département de Meurthe-et-Moselle, quel que soit leur type d'exercice. Il m'a semblé pertinent de ne pas émettre de critère d'exclusion, afin d'accéder à une population plus diverse par le type d'activité, d'âges, et d'opinions. Le questionnaire s'adresse autant aux sage-femmes qui ont rencontré des cas de déni de grossesse qu'à celles qui n'ont jamais été confrontées à une telle situation, leur ressenti sur le phénomène me paraissant tout aussi important.

Pour transmettre mon questionnaire, j'ai contacté les sages-femmes cadres des maternités de Briey, Toul, Lunéville, Mont-saint-Martin, Majorelle, et Pont-à-Mousson, ainsi que la coordinatrice des sages-femmes de P.M.I., afin qu'elles transmettent mon questionnaire aux sages-femmes de leur service. J'ai procédé de manière identique

auprès des cadres des différents services de la maternité régionale Adolphe Pinard de Nancy. Enfin, j'ai envoyé mon questionnaire à toutes les sages-femmes libérales du département.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

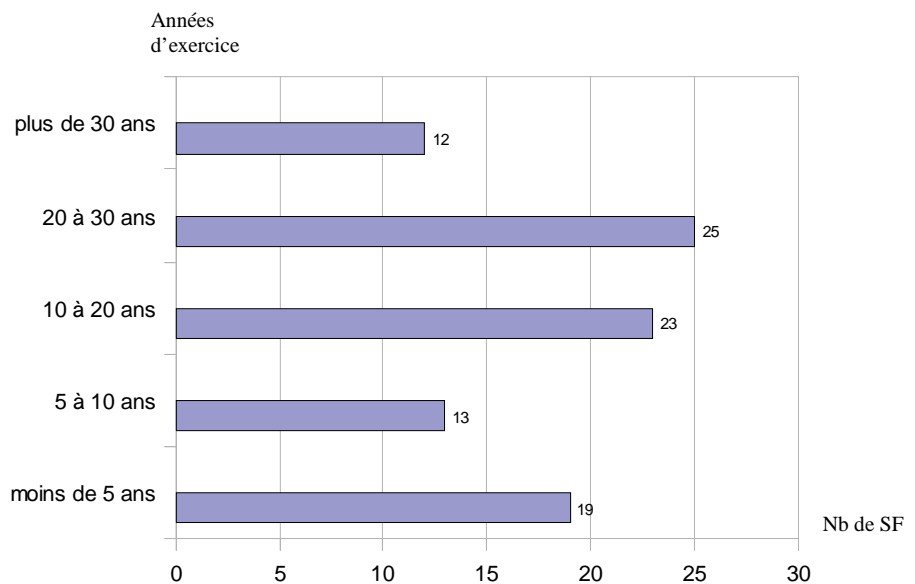
Après avoir présenté la population interrogée, je présenterai sous forme de graphiques, pourcentages ou statistiques, les réponses des différents thèmes de mon questionnaire.

Cette étude porte sur la perception du déni de grossesse par les sages-femmes de Meurthe-et-Moselle. J'ai obtenu, par le biais d'Internet, **92 réponses**, dont **89 femmes** et **3 hommes**. Lorsque j'ai réalisé cette étude, en décembre 2010, 374 sages-femmes étaient inscrites au conseil de l'ordre de Meurthe et Moselle, le taux de participation est de 24,6% de réponses.

2.1. Présentation des sages-femmes participant à l'étude

Dans un premier temps, je vais mettre en évidence la durée d'exercice professionnel et le type d'activité des sages-femmes.

Nombre d'années d'exercice des 92 sages-femmes

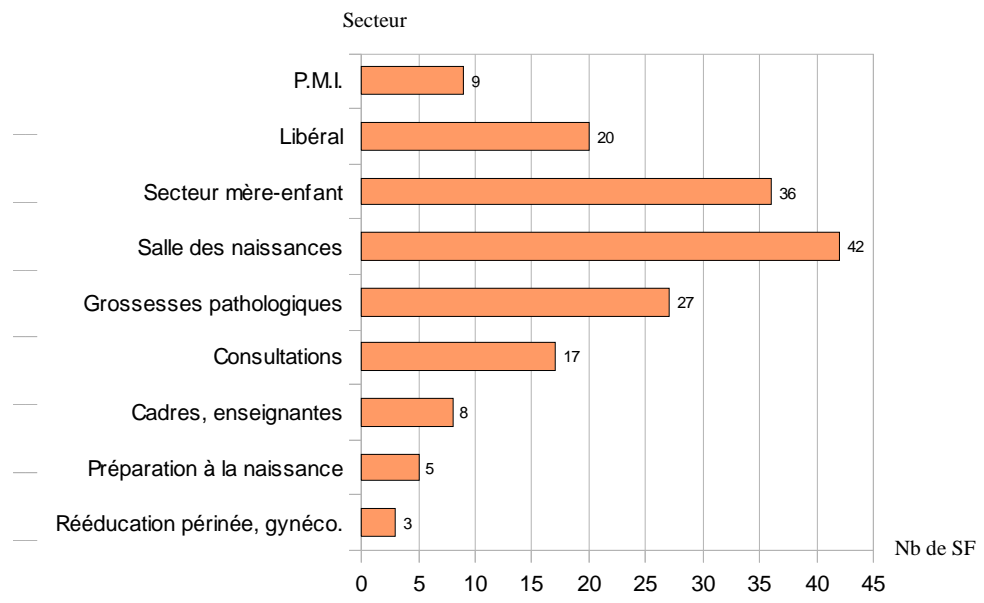


Plus d'un quart des sages-femmes interrogées ont 20 à 30 ans d'exercice professionnel, et 40% des sages-femmes ont plus de 20 ans de carrière. Le sujet du déni de grossesse intéresse donc les praticiennes de tout âge.

Secteur d'exercice actuel des sages-femmes

La population de sages-femmes interrogées comporte environ un tiers de sages-femmes libérales et deux tiers de sages-femmes hospitalières.

Plusieurs réponses étaient possibles dans le questionnaire, à la fois dans la forme d'exercice et dans le secteur concerné. L'hospitalisation privée n'a pas été distinguée de la fonction publique hospitalière.

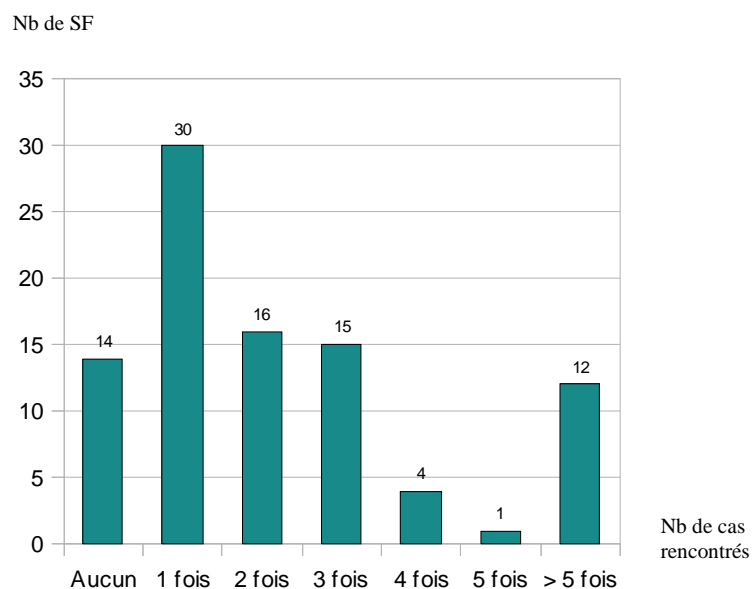


Cette étude est basée sur un échantillon hétérogène de profils de sages-femmes, avec une expérience professionnelle variable dans le temps et des sages-femmes travaillant dans divers secteurs. On remarque tout de même une majorité de professionnelles exerçant en salle des naissances. Un peu moins de la moitié des sages-femmes ont pu être en contact direct avec des mères en état de déni, soit en secteur mère-enfant, soit en salle des naissances.

2.2. Réalité clinique : les différentes expériences des sages-femmes face au déni de grossesse

En ce qui concerne le déni, l'étude met en évidence le nombre de dénis recensés par les sages-femmes.

Nombre de cas de déni de grossesse rencontré(s)



Parmi les 92 sages-femmes interrogées, 78 ont déjà été confrontées au déni de grossesse au cours de leur exercice professionnel et 14 n'en n'ont jamais rencontré.

La plupart des sages-femmes ont déjà été confrontées au moins une fois au déni de grossesse au cours de leur carrière professionnelle.

Après analyse de mes résultats je me suis rendue compte que les sage-femmes ayant rencontré plus de cinq cas de déni de grossesse ont quasiment toutes plus de 30 ans d'activité professionnelle. Cela dit, il n'est pas évident pour les sages-femmes plus anciennes de distinguer les réelles situations de déni avec les grossesses dissimulées. Il y a plus de 30 ans, la sexualité n'était guère ancrée dans les mœurs, beaucoup de jeunes filles cachaient leur maternité et accouchaient seules dans la nature en vue d'abandonner

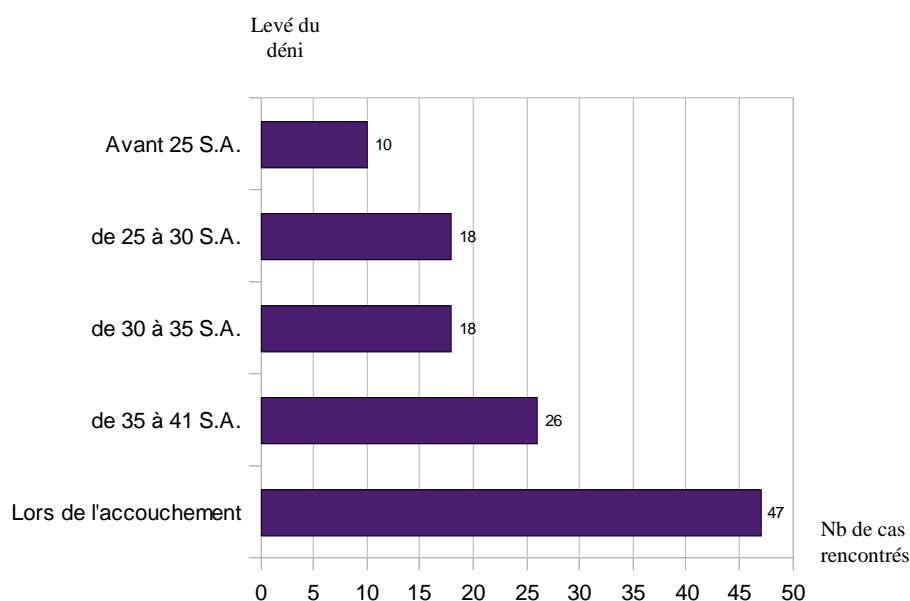
leur bambin. Le déni de grossesse était alors inconnu, personne n'en parlait. Pour ces sages-femmes d'expérience, je pense qu'il est extrêmement difficile de mettre des mots sur ces situations qu'elles ont rencontrées, était-ce réellement des dénis de grossesse ?

A l'inverse, les quatorze sages-femmes n'ayant jamais été confrontées à un déni de grossesse, ont quasiment toutes moins de cinq ans d'expérience professionnelle.

- Les caractéristiques des différents cas rencontrés :

Cette partie de l'étude fait appel à la mémoire des sages-femmes interrogées. J'ai souhaité évaluer plusieurs caractéristiques concernant les femmes victimes de déni. Je me suis intéressée au terme de la grossesse auquel le déni a pu être levé, à l'âge des patientes ainsi que leur niveau d'études et leur profession.

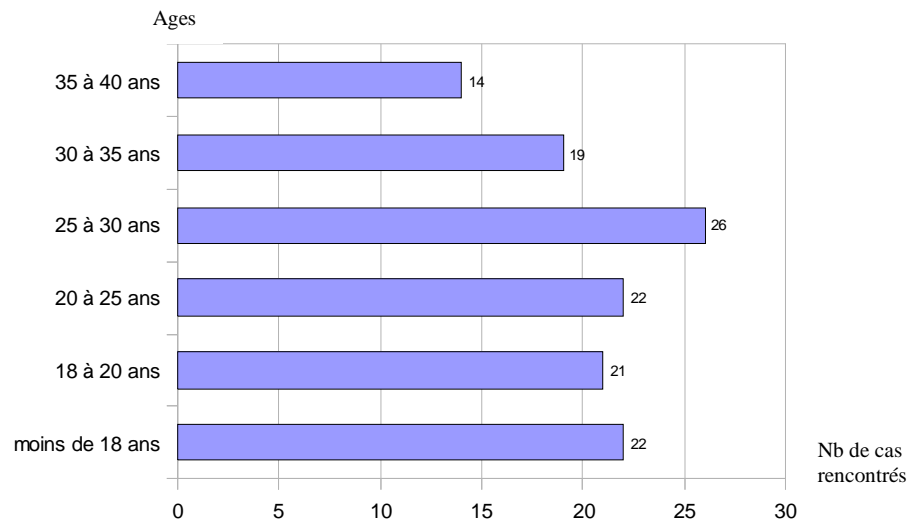
Terme auquel le déni a été levé



On remarque que dans la majorité des cas, les sages-femmes évaluent la découverte de la grossesse des patientes, au moment du terme ou de l'accouchement.

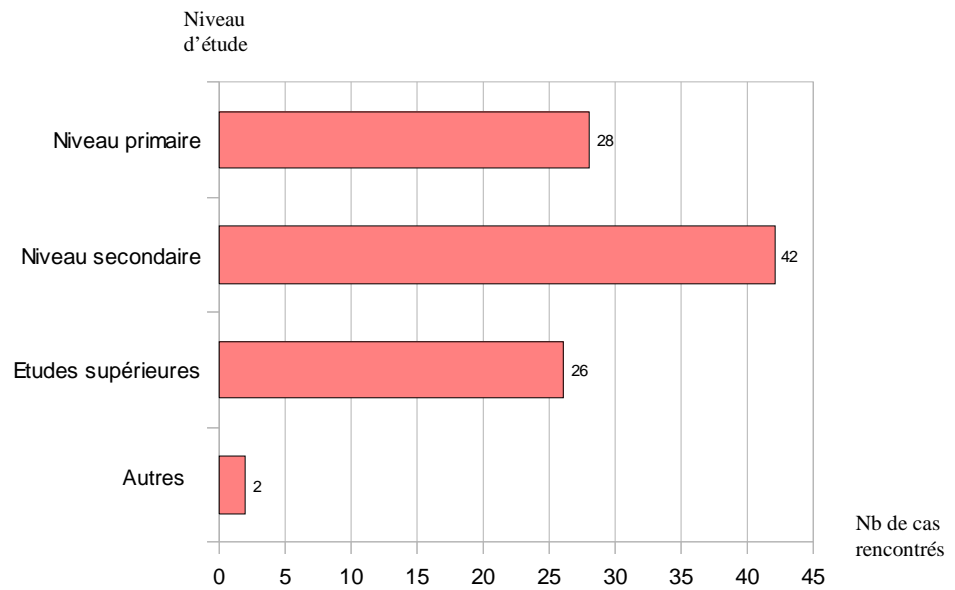
Une sage-femme raconte au sujet d'un déni qu'elle a rencontré : « Il s'agissait d'un déni secondaire, c'était trois mois après une césarienne... La patiente avait consulté pour une demande d'IVG, mais le délai était dépassé... »

Age des femmes ayant été victimes de déni de grossesse



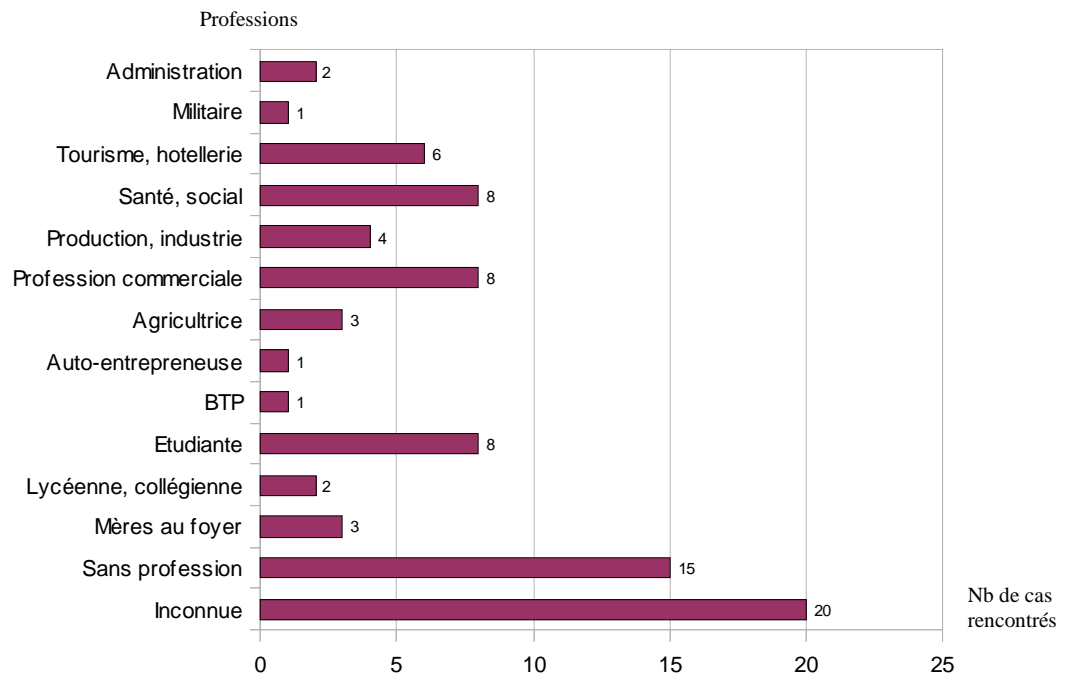
L'âge des patientes est très variable. Toutes les catégories d'âge sont concernées sans distinction. Le déni de grossesse atteint moins les femmes de plus de 35 ans, ce qui est physiologique car la fertilité diminue.

Niveau d'étude des femmes ayant été victimes de déni de grossesse



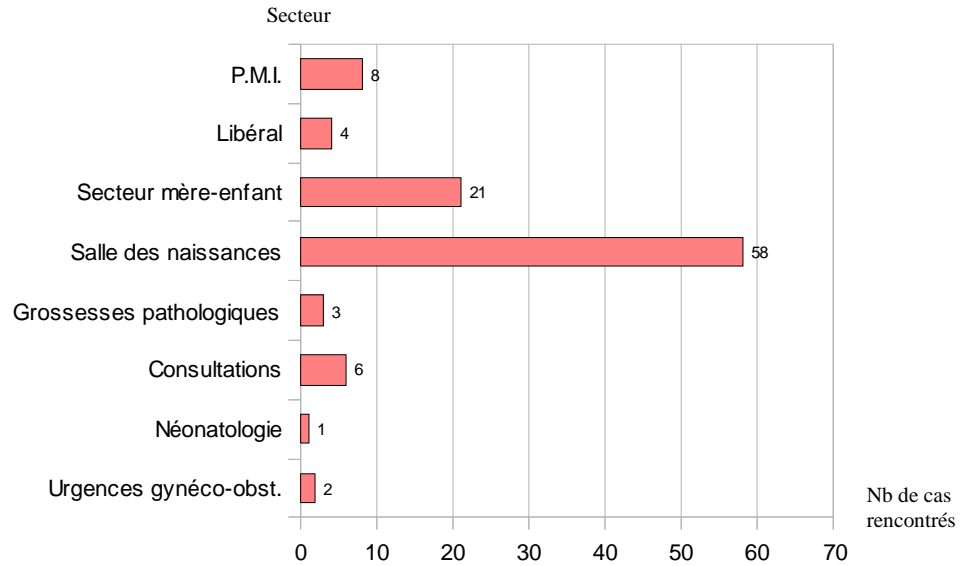
Tous les niveaux d'études sont représentés de manière indistincte. Le déni ne semble pas être l'apanage des femmes de faible niveau intellectuel. En ce qui concerne les « autres » cas, il s'agit d'une femme portant un léger retard mental pour la première, et pour le deuxième, la sage-femme ne s'en souvient plus.

Professions des femmes ayant été victimes de déni de grossesse



Les femmes victimes de déni de grossesse sont de tous milieux sociaux confondus. Diverses professions sont citées ainsi que des jeunes étudiantes. Il y a tout de même quinze femmes sans profession. Beaucoup de sages-femmes ne se souvenaient plus du métier de leur patiente. Il est intéressant de souligner que trois dénis de grossesse ont été décelés chez des femmes au foyer, qui ont donc choisi de dévouer leur vie à leurs enfants.

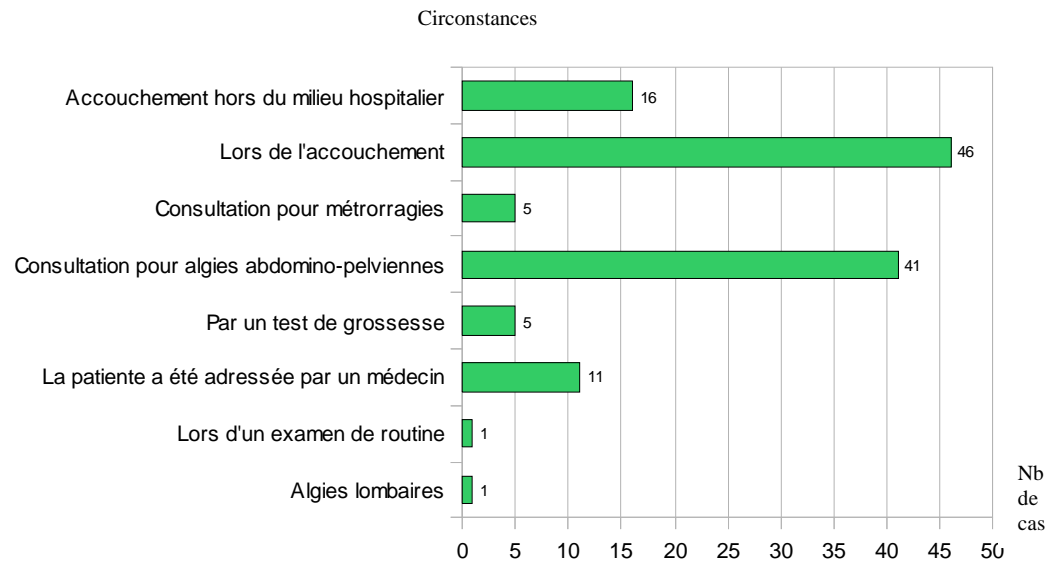
Services dans lesquels elles ont été confrontées au déni de grossesse



(Les utilisateurs pouvaient cocher plusieurs cases, donc les pourcentages peuvent être supérieurs à 100 %).

La grande majorité des sages-femmes, soit 81%, a été confrontée au déni de grossesse en salle des naissances et 29% en secteur mère-enfant. Ces chiffres correspondent au nombre plus important de sages-femmes travaillant dans ces secteurs, ils sont donc difficilement interprétables.

Circonstances de découverte du déni de grossesse



Il ressort clairement que dans la majorité des cas, les sages-femmes évaluent la découverte de la grossesse des patientes au moment de l'accouchement ou lors d'une consultation pour douleurs abdomino-pelviennes. On remarque également que 22% des dénis de grossesse ont été découverts suite à un accouchement hors du milieu hospitalier.

C'est donc dans des circonstances d'urgence, soit lors d'un accouchement inopiné ou d'une consultation pour syndrome algique que le diagnostic de déni peut être posé. Comme nous l'avons dit en première partie, l'environnement professionnel peut être victime du déni induit par la femme.

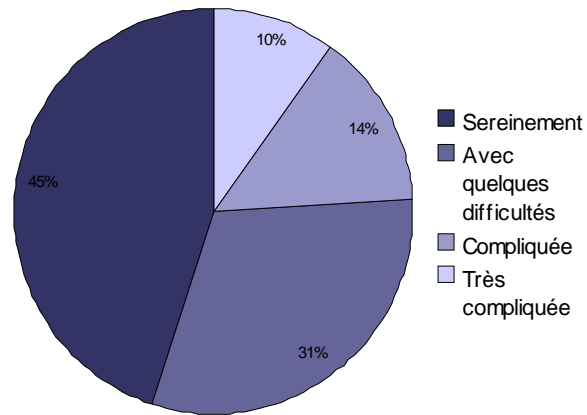
Dans un deuxième temps, l'étude s'intéresse aux sentiments exprimés par les accouchées, lors de la découverte de leur enfant, ainsi qu'à l'établissement de la relation mère-enfant.

Les premiers sentiments des femmes ayant été victimes de déni de grossesse, selon les sages-femmes

Sentiments des femmes	Nombres de femmes concernées	Pourcentage
<u>Joie</u>	<u>17</u>	<u>24%</u>
Tristesse	9	13%
Colère	4	6%
<u>Culpabilité</u>	<u>28</u>	<u>39%</u>
<u>Honte</u>	<u>16</u>	<u>23%</u>
Indifférence	14	20%
<u>Peur</u>	<u>25</u>	<u>35%</u>
Agressivité	5	7%
<u>Rejet</u>	<u>17</u>	<u>24%</u>
<u>Aucune réaction</u>	<u>18</u>	<u>25%</u>
<u>Autre</u>	<u>17</u>	<u>24%</u>

On constate des sentiments de culpabilité et de peur chez ces femmes. La plupart des cas se soldent par de la joie. On note tout de même qu'un quart des jeunes mères n'expriment aucune réaction ou de l'indifférence. 24% vont jusqu'au rejet de leur nouveau-né. Il semblerait que les sentiments négatifs, l'emportent largement sur les émotions positives.

Déroulement de relations mère-enfant



Dans la plupart des dénis de grossesse rencontrés par les sages-femmes de cette étude, la relation mère-enfant se déroule bien. 45% des couples ont évolué sereinement. Tout de même, 10% des situations, ce qui n'est pas négligeable, ont des suites compliquées.

2.3. Ressenti des sages-femmes face au déni de grossesse

L'étude s'est intéressée ensuite au positionnement des sages-femmes face à ces mères, qui peuvent exprimer des attitudes particulières vis-à-vis de leurs nouveau-nés.

Devant une situation professionnelle délicate, les émotions ressenties par les soignantes m'ont semblée intéressantes à interroger.

Sur les 78 sages-femmes, 70 ont ressenti une émotion forte devant un déni de grossesse.

J'ai proposé une liste comportant différentes émotions. Plusieurs réponses étaient possibles afin de mieux connaître les sensations des sages-femmes face au phénomène.

Ressenti des sages-femmes	Nombre de sages-femmes concernées	Pourcentage
<u>Stupéfaction</u>	<u>20</u>	<u>30%</u>
<u>Empathie</u>	<u>43</u>	<u>65%</u>
Incompréhension	14	21%
Incrédulité	10	15%
Indignation	0	0%
Mépris	0	0%
Etat de choc	5	8%
Compréhension	12	18%
Rejet	0	0%
Embarras	11	17%
<u>Démunie</u>	<u>23</u>	<u>35%</u>
Angoisse	0	0%
<u>Trouble</u>	<u>37</u>	<u>56%</u>
Autre	2	3%

Parmi les sages-femmes interrogées, quarante-trois, c'est-à-dire qu'une personne sur deux, ressent de l'empathie pour ces patientes et douze de la compréhension.

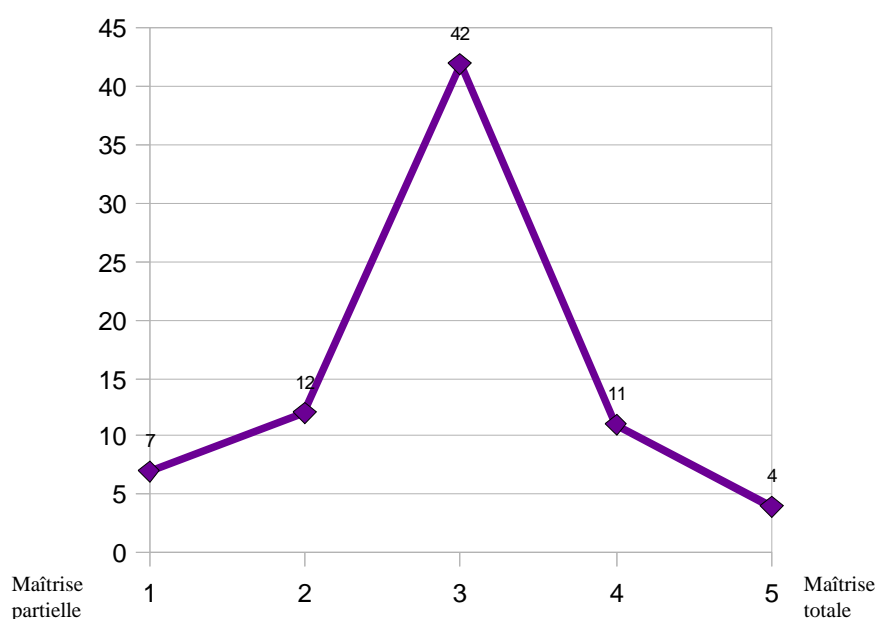
Face au déni de grossesse, trente-sept sages-femmes se sentent troublées, vingt-trois se trouvent démunies et vingt éprouvent de la stupéfaction. Onze professionnelles décrivent de l'embarras et cinq sont choquées.

Quatorze évoquent de l'incompréhension envers ce phénomène et dix de l'incrédulité.

Certaines sages-femmes ont décrit à la fois de la compréhension et de l'incompréhension. A plusieurs reprises, des sentiments opposés sont énoncés tel que l'empathie et l'incrédulité ou bien l'empathie et l'incompréhension.

En tant que professionnelles, les praticiennes ont pu ressentir des émotions, mais elles ont toutefois du prendre la personne en charge que ce soit psychologiquement, médicalement ou socialement, il était pertinent de mettre en évidence la perception que les sages-femmes avaient de leur prise en charge.

Perception de la maîtrise psychologiques de la prise en charge du déni de grossesse



Ce schéma est effectué d'après une échelle de un à cinq concernant la sensation de maîtrise au niveau psychologique de prise en charge.

Sur les 78 sages-femmes ayant été confrontées au déni de grossesse, quatre déclarent qu'elles ont eu la sensation de maîtriser la situation. A l'inverse, sept expriment des difficultés face à la situation. La majorité des sages-femmes se situe dans les nombres intermédiaires.

Sur les 78 sages-femmes confrontées à un ou plusieurs cas de déni de grossesse, la grande majorité, à savoir 44 sages-femmes, ont modifié leur propre perception du déni de grossesse et 28 ne l'ont pas changé.

Sur les 92 sages-femmes interrogées :

- 70 ne sont pas choquées par le déni de grossesse.
- 59 pensent que ces femmes sont jugées ou discréditées au sein du milieu hospitalier.
- 58 pensent qu'il y a une évolution des mentalités sur le sujet.

2.4. La formation professionnelle

Face à la singularité des émotions évoquées par la rencontre avec le déni de grossesse, j'ai souhaité connaître les besoins éventuels en formation.

Sur les 92 sages-femmes :

- 56% n'ont jamais assisté à une conférence sur le déni de grossesse.
- 73% n'ont jamais reçu de formation concernant ce sujet.
- 73% ressentent le besoin d'être mieux informées à propos du déni de grossesse.

2.5. Définition du déni de grossesse par les sages-femmes : analyse de contenu

Pour conclure mon étude, j'ai proposé une question ouverte : « **Comment définissez-vous le déni de grossesse ?** ».

Sur les questionnaires des 92 sages-femmes interrogées, j'ai obtenu des réponses très diverses, mais toutes aussi pertinentes. Suite à une analyse méticuleuse, j'ai formé certains rassemblements d'idées.

- Les points forts et les termes récurrents énoncés:

La définition la plus courante, donnée par vingt-cinq sages-femmes, est « *une femme qui ne sait pas qu'elle est enceinte ou qui n'a pas conscience de l'être* ». Neuf professionnelles décrivent « *un refus de la grossesse* » ou « *une non acceptation d'être enceinte* » et huit accompagnent leur définition d'une « *absence de signes physiques de grossesse* ».

Une sage-femme énonce une définition très cohérente, avec une hypothèse étiologique particulièrement pertinente : « *La survenue inopinée d'une grossesse peut parfois paraître malvenue et terrifiante si elle se fait à un moment particulièrement difficile de la vie d'une femme. Pour se protéger et éviter de se retrouver devant un problème insoluble, un choix impossible, l'esprit choisit d'ignorer la situation, de feindre l'inexistence du bébé. Naturellement, le corps fait de même jusqu'à ce qu'il soit obligé de dévoiler la présence de l'enfant. La peur, l'angoisse et la colère s'emparent de la mère et, maintenant qu'elle a réellement conscience de son enfant, celui-ci peut enfin se développer et gonfler son abdomen. La suite n'est jamais simple.* »

D'autre part, le contexte psychologique est souvent abordé. La notion « *d'enfant qui n'existe pas dans le subconscient* » est évoquée deux fois. Trois sages-femmes parlent d'un « *état psychique particulier* », une autre, d'un « *symptôme psychique* ». Enfin, une sage-femme évoque le fait qu'il existe un « *lien avec l'histoire antérieure et la construction psychologique personnelle* ». Le déni de grossesse est plusieurs fois associé à des troubles psychiatriques, et des termes plus forts apparaissent tels que « *maladie psychiatrique dans sa forme grave* », « *gros problèmes psychiatriques* » et « *femme en souffrance* ».

Sept professionnelles stipulent que ces femmes « *ont su qu'elles étaient enceintes, mais l'ont refoulé* ».

« *L'incapacité* » est un mot qui est répété à sept reprises mais devant différents éléments tels que « *L'incapacité psychique de percevoir la grossesse* », « *l'incapacité à percevoir les signes de grossesse* », « *l'incapacité à affronter la réalité* », « *l'incapacité à associer la grossesse à ce qui va suivre* »...

Le déni de grossesse est décrit huit fois comme « *une dissociation entre le corps et l'esprit* » et à deux reprises : « *le cerveau est déconnecté de la réalité* ».

Onze sages-femmes ont associé le déni de grossesse à des ennuis (sociaux, matériels, familiaux...), soit « *une grossesse qui ne survient pas au bon moment* ».

Cinq indiquent que le déni de grossesse concerne des femmes « *peu à l'écoute de leurs corps* ». J'ai noté l'expression « *une femme qui passe à côté d'elle-même* ».

Cinq sages-femmes dépeignent « *une impossibilité totale d'être enceinte* », « *ce sont des femmes qui ne peuvent pas s'imaginer attendre un enfant* », ou qui ont une « *absence de désir d'enfant* ».

- Les avis divergents:

Certaines sages-femmes interrogées ont un avis différent et identifient le déni de grossesse comme le fait de ne pas vouloir se rendre compte de sa grossesse, de façon volontaire et consciente.

- Les remarques:

Deux sages-femmes stipulent que c'est une définition très complexe « *car sujette à discussion entre infanticide, grossesse cachée...* »

Deux sages-femmes indiquent ne pas connaître les étiologies de ce phénomène.

- Les points particuliers:

« *Une femme qui n'arrive pas (qui ignore inconsciemment) la communication avec son enfant* ».

« *une absence d'acceptation, comme elle existe dans les processus de deuil* »

« *L'inconscient le sait, mais la raison l'ignore* »

« *Le déni marque la force de l'inconscient, l'incapacité pour certaine à prendre conscience d'un état de corps et d'esprit...A bien distinguer de la dissimulation...Comme si le bébé était un petit passager clandestin..* »

- Anecdotes et commentaires:

« Dans la situation rencontrée, le service des urgences n'a jamais pensé la possibilité de grossesse devant la "masse abdominale" suspecte de cette maman qui était en travail avancé et à qui on a annoncé sa grossesse devant une radio d'A.S.P ».

« J'ai la notion de déni complet et de déni partiel mais je trouve que des dénés partiels de début de grossesse, il y en a beaucoup et cela se passe très bien. Je pense que les professionnels (et surtout les sages-femmes) sont confrontés depuis très longtemps à ce problème, tous les professionnels avec lesquels j'ai travaillé (Aides soignantes, auxiliaires de puériculture, médecins, sages-femmes...) n'ont jamais eu de réaction de rejet envers ces patientes. Ce qui est intéressant actuellement, c'est que l'on peut proposer un soutien psychologique à ces patientes de la part de professionnels adaptés (psychologue, pédopsychiatre...) mais nous les avons toujours entourées ».

« Ayant plus de 40 ans d'exercice, j'ai probablement eu des femmes faisant un déni de grossesse mais comme à l'époque, personne ne s'y intéressait, d'ailleurs, on ne s'intéressait pas vraiment à la femme en règle générale, elle venait "faire" son enfant, c'est tout! Le côté psychologique auquel on s'attache aujourd'hui n'existait pas. Il aura fallu que les médias s'emparent ces dernières années de dramatiques affaires de morts d'enfants pour qu'on commence à parler du déni de grossesse! ».

« Comment le corps se fait complice de l'esprit... Situations troublantes dans des cas de figure particuliers ; deux fois chez la même patiente, une autre fois pour une mineure et avec une toxicomane substituée bien intégrée socialement. Le sentiment que ces patientes se font assez vite à cette maternité sans beaucoup de questions et de retour sur la grossesse. L'entourage paraît plus choqué par contre. Un suivi relativement court à la maternité avec beaucoup d'intervenants. »

« Sur mes 3 cas, une de mes patientes ne pensait pas pouvoir être enceinte car elle avait un vaginisme important et pas de pénétration possible. Mariée avec un mari compréhensif, donc la grossesse est découverte très tardivement et accueillie avec joie ».

3. ANALYSE

Pour la majorité des sages-femmes interrogées, le déni de grossesse se définit comme : « une femme qui ne sait pas qu'elle est enceinte ». Elles ont une réelle notion du déni de grossesse et connaissent pour la plupart l'aspect inconscient et involontaire de ce phénomène. Quelques-unes expriment toutefois une confusion entre les dénis et les grossesses dissimulées.

- La réalité clinique du déni de grossesse...

Les caractéristiques des différents cas de déni de grossesse exposés par mon étude sont similaires aux statistiques de la littérature. Le déni de grossesse est très polymorphe dans son expression. Il peut toucher chaque femme en âge de procréer, quelque soit son milieu social ou sa profession.

Cependant, quelques exemples cliniques de la littérature médicale nous incitent à penser que les femmes plus jeunes, célibataires, dépendantes de leur milieu familial, n'assumant pas pleinement leur sexualité, sembleraient être plus à "risques". Cela s'explique par une immaturité.

Les premières études avaient montré une sur-représentation de femmes présentant des troubles psychiques, principalement des troubles de la personnalité ou un retard mental ainsi que des manifestations anxio-dépressives. Par ailleurs, une étude portant sur vingt-sept femmes ayant présenté un déni de grossesse a suggéré que la plupart des femmes avaient rencontré un stress sévère avant la grossesse, ou bien que la grossesse elle-même venait menacer leur situation sociale ou affective. Parmi les vingt-sept femmes, dix d'entre elles se séparèrent de leur compagnon au début de la grossesse, cinq devinrent enceintes après le début d'une nouvelle relation affective, et quatre femmes mariées vivaient dans un climat de conflit conjugal majeur.

Un des résultats les plus étonnants des études les plus récentes, menées auprès de plusieurs milliers de parturientes est de ne pas retrouver de facteurs de risque économique ou psychiatrique à ce trouble. [25]

L'étude réalisée auprès des sages-femmes Meurthe-et-mosellanes va dans le même sens, dans la mesure où aucune population particulière n'est mise en évidence en ce qui concerne l'âge, le niveau d'études ou la profession des femmes concernées .

D'après cette étude, 45% des liens mère-enfant se déroulent sereinement, 31% avec quelques difficultés, 14% sont compliquées et 10% des situations ont des suites très compliquées. La relation mère-enfant est assez peu étudiée dans la littérature. Le résultat le plus consensuel consiste en ce que les complications semblent peu fréquentes. Toutefois, les premières heures après la naissance restent une période cruciale, au cours desquelles il est important de soutenir la mère, de s'assurer de son état mental et de son acceptation de l'enfant. Pour toutes les mères non psychotiques : après deux ans d'évolution, dans la seule étude d'ampleur menée sur le sujet, il n'est noté aucun trouble majeur du développement ni aucun signe d'une quelconque violence ou carence.

- Les victimes du déni de grossesse

Les réactions lors de la découverte de la grossesse sont variées, mais il s'agit toujours d'une situation stressante. Chez un certain nombre de femmes, surtout en cas de déni total, ont été notées des réactions de sidération plus ou moins marquée : Choc, sentiment d'insécurité, angoisse ou sentiment dépressif de courte durée. Il a été décrit des fugues et plus exceptionnellement des réactions délirantes. Parfois, les dénis peuvent se poursuivre avec un geste d'infanticide, situation qui bien qu'exceptionnelle est la seule régulièrement rapportée dans les médias. Très curieusement, les femmes ayant découvert leur grossesse entre 21 et 22 semaines de gestation ont présenté, dans une des études menées, un taux très élevé de complications obstétricales : retard de croissance mort in utéro, malformations... A l'inverse, l'état de santé des bébés serait remarquablement bon chez la plupart des mères qui, ayant mené à terme leur grossesse n'en n'ont pris conscience que lors du travail ou de la naissance.

Les caractéristiques cliniques des dénis de grossesse ne font pas encore l'objet d'un consensus mais certains éléments semblent se retrouver à travers les différentes enquêtes. Environ un tiers des femmes découvrirait qu'elles sont enceintes au moment des contractions rythmées et douloureuses du travail ou bien lors de la naissance elle-même, un autre tiers à l'occasion d'un incident obstétrical de gravité variable, dont l'accouchement prématuré, et enfin, un dernier tiers suite aux remarques de l'entourage, souvent dans le cours du dernier trimestre de grossesse. [25]

- Les sages-femmes faces au déni de grossesse...

Grâce aux questions portées aux sages-femmes sur leur ressenti face au déni de grossesse, des éléments très captivants sont apparus.

Certaines sages-femmes se sont retrouvées complètement démunies et embarrassées, face au déni de grossesse. D'après mon analyse ces mêmes personnes n'ont pas eu la sensation de maîtriser la situation. A l'inverse, d'autres sages-femmes se sont senties plus sereines face au phénomène. Huit professionnelles n'ont ressenti aucune émotion particulière. Les réactions ont été très personnelles suivant les tempéraments. Certaines sont restées détachées par rapport à ces patientes, quand d'autres ont pris les situations très à cœur. Cinq ont eu la sensation de maîtriser la situation et onze de plutôt bien gérer ces situations...

Je pense également que les difficultés sont différentes suivant le moment de confrontation. L'annonce est un épisode particulièrement délicat à aborder, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme qui arrive en plein travail, ignorant qu'elle est sur le point de mettre un enfant au monde. D'autre part, en secteur mère-enfant ou en service de néonatalogie, il y aura un travail profond à réaliser afin de tisser au mieux le lien entre la femme et son nouveau-né.

- Les sentiments exprimés par les sages-femmes

Les sentiments exprimés par les sages-femmes à travers la définition m'ont paru empreints d'humanité et d'empathie. Ils montrent le plus souvent, des femmes victimes d'une situation qui les dépasse. Le déni de grossesse est très difficile à concevoir. Une grande partie des professionnelles de la naissance sont des femmes, qui ont pour la plupart des enfants. Elles ont vécu leur grossesse pleinement avec les joies et les désagréments de la maternité. Il est donc particulièrement difficile de concevoir le déni. Personne ne peut se mettre dans la peau des victimes de ce phénomène. Les sages-femmes se trouvent également troublées et stupéfaites devant ces situations. Ces émotions pleines d'humanité sont tout à fait légitimes.

Le métier de sage-femme est caractérisé par des moments d'émotions, de surprises, de difficultés et de bonheurs... Ce sont ces instants particuliers qui lui donnent cette envergure passionnante et fascinante...

- La formation professionnelle

Parmi les 92 sages-femmes interrogées, vingt ont déjà reçu une formation sur le déni de grossesse et trente-cinq ont assisté à une conférence sur le sujet. Bien que ces nombres représentent une minorité de sages-femmes, on remarque que ce thème est en plein essor dans l'actualité médicale. Cependant, soixante-sept sages-femmes manifestent le besoin d'être mieux informées contre vingt-cinq qui n'en ressentent pas le besoin.

Beaucoup de sages-femmes interrogées expriment de l'embarras et de l'incompréhension face à ces femmes. Il n'est pas évident d'avoir un regard neutre et non culpabilisant envers ces patientes lorsque l'on ne connaît pas bien ce sujet. L'incrédulité des professionnels de santé, ne fait qu'aggraver la souffrance et le mal-être de ces patientes. Sur les 92 sages-femmes qui ont participé à cette étude, cinquante-neuf pensent que les femmes victimes de déni de grossesse sont jugées ou discréditées au sein du milieu hospitalier.

Il semble important que les professionnels de santé soient sensibilisés et informés sur le déni de grossesse afin d'apporter un soutien efficace à ces femmes en situation de grande vulnérabilité psychique.

- Vers une amélioration des mentalités

Malgré tout, le déni de grossesse commence à être reconnu au sein du milieu de la santé. Il est de plus en plus évoqué lors des colloques médicaux. Selon mon étude, cinquante-huit sages-femmes pensent qu'il y a une évolution des mentalités sur le sujet.

En octobre 2008, le 1er Colloque français sur le Déni de Grossesse a eu lieu. Son objectif principal était de procéder à un « état des lieux » des connaissances. Le colloque consistait également à mettre en commun les différentes approches, et à porter une réflexion susceptible de « donner sens » à cette situation pathologique. Le néonaticide a été abordé ainsi que la question de la prise en charge et celle de la prévention.

Le premier site d'information grand public sur le déni de grossesse a également été créé en 2008. Le site « www.afrdg.info » a pour objectif d'informer l'opinion publique et les professionnels mais aussi de venir en aide aux femmes qui souffrent ou ont souffert d'un déni de grossesse, ainsi qu'à leurs familles. L'"Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse" (A.F.R.D.G.) apporte une aide sous les formes les plus diverses en fonction des besoins ; des informations médicales, un soutien psychologique par le biais de mails et éventuellement une écoute téléphonique dans les cas les plus difficiles. Sont organisés des groupes de rencontres et des interventions auprès des organismes comme la « caisse d'allocations familiales » pour contribuer à résoudre certains problèmes matériels. L'AFRDG peut également apporter son expertise auprès des avocats et des Tribunaux dans les affaires les plus douloureuses qui s'achèvent par un procès. Les textes sont rédigés par des professionnels de la santé.

Comme le présente mon étude, les sages-femmes, humaines avant tout éprouvent des émotions face au déni de grossesse. Un jugement hâtif peut parfois transparaitre. La question incontournable demeure dans tous les esprits: « Comment a-t-elle pu ne pas s'en rendre compte ? »... Lors de la journée annuelle du Conseil de l'Ordre sur le déni de grossesse, le professeur Nisand déclare : « *les sages-femmes ne doivent pas dénier ce qu'elles ressentent, et ne doivent pas perdre leur capacité d'indignation face à une telle situation* ». Il faut savoir dire : « *C'est un déni de grossesse* », mettre des mots sur un fait réel. Il explique également qu'il faut entourer ces femmes, les enrichir et les soutenir à travers des formules telles que « *je vous aide* », « *vous avez de la valeur* ». Il est important de leur faire comprendre que cette aventure fait désormais partie de leur histoire.

Pour conclure, le professeur Nisand nous enseigne: «Il ne faut pas qu'elles avouent leur déni de grossesse, mais qu'elles s'avouent leur déni et leur grossesse ».

Conclusion

Le déni de grossesse est une pathologie particulière, très controversée par l'opinion publique et le corps médical. Il désigne les femmes enceintes qui n'ont pas conscience de l'être. Il n'existe pas de définition consensuelle à son propos, et ses étiologies psychopathologiques sont pour le moment présentées sous forme d'hypothèses. Cependant, les récentes études lui offrent un regard novateur.

Toute femme en âge de procréer, peut être confrontée au déni de grossesse, même sans pathologie psychiatrique particulière. On ne peut pas définir de profil psychologique patent des femmes susceptibles de développer un déni, d'où l'impossibilité de mettre en place un système de prévention.

Il est essentiel de ne pas stigmatiser les victimes de déni de grossesse. La plupart d'entre elles vivront une maternité heureuse, et seront tout à fait aptes à entrer en lien avec leur enfant après l'accouchement.

Devant ces découvertes fortuites et bouleversantes, la bienveillance des professionnels de santé est primordiale à la constitution du lien mère-enfant. Le déni ne peut être standardisé, car chaque histoire est unique. Une prise en charge pluridisciplinaire sera donc adaptée à chaque patiente.

Les sages-femmes adoptent des attitudes différentes face à ce phénomène du fait de leur personnalité et de leur sensibilité. Elles ne sont pas toujours à l'aise avec les mères présentant un déni de grossesse. Une sensibilisation des équipes médicales est nécessaire afin de permettre une approche plus sereine des patientes et une meilleure prise en charge.

Le déni choque encore, pendant que l'infertilité émeut. L'infanticide scandalise alors que l'adoption nous ravit... Mais le déni ne peut-il être comparé à l'adoption ?

BIBLIOGRAPHIE

Livres, thèses, mémoires :

[1] GUERNALEC-LEVY G. : Je ne suis pas enceinte, enquête sur le déni de grossesse. Stock ; 2007.

[2] MARINOPOULOS S. : Le déni de grossesse. Temps d'Arrêt. Yapaka.be ; 2007.

[3] A.F.R.D.G. : Déni de grossesse, 99 histoires vécues. Editions Amalthée ; 2009.

[4] PIERRONNE C., DELANNOY M-A., FLOREQUIN C., LIBERT M. : Le déni de grossesse à propos de 56 cas observés en maternité, Perspectives psychiatriques. Juillet 2002, volume 41.

[5] GORRE-FERRAGU N. : Le déni de grossesse : une revue de littérature. Thèse de médecine ; Université de Rennes 1. 2002.

[6] GRANGAUD N. : Le déni de grossesse, essai de compréhension psychopathologique. Thèse de médecine ; Université de Paris. 2001.

[7] DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M. : Psychopathologie de la périnatalité. Edition Masson, Paris, 1999 (un chapitre consacré au déni de grossesse).

[8] BONNET C. : Geste d'amour : l'accouchement sous X. Paris, O. Jacob, deuxième édition, 1996.

[9] DAYAN J. : Maman, pourquoi tu pleures ? Les désordres émotionnels de la grossesse et de la maternité. O. Jacob, 2002.

[10] BAYLE B. «L'embryon sur le divan : psychopathologie de la conception humaine ». Edition Masson, Paris, 2003.

[11] BYDLOWSKI M. : Des interventions psychothérapeutiques à la maternité, des mères et leur nouveau-né. Edition ESF, Paris, 2002.

[12] BYDLOWSKI M. : Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation. Edition PUF, Paris, 1989.

[13] BYDLOWSKI M. : Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité. Editions Odile Jacob, Paris, 2000.

[14] BYDLOWSKI M. : Transparence psychique de la grossesse et dette de vie. Edition Eres, Toulouse, 1999.

[15] DELASSUS J-M. : Le génie du fœtus. Vie prénatale et origine de l'homme. Paris, Edition Dunod, février 2001.

[16] DELASSUS J-M. : Le sens de la maternité. Cycle du don et de la genèse. Edition Dunod, Paris, 1995.

Sites Internet :

[17] Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse.
www.afrdg.info

[18] www.rue89.com/2009/06/22/ : « une sage-femme, le déni de grossesse, un signe de détresse »

[19] www.sciencedirect.com : « Le crime familial, néonaticide, un non-désir mélancolique : étude clinique de 12 cas ». L'évolution psychiatrique. Science Direct.

Colloques, conférences :

[21] Communication faite à l'Atelier sage-femme, aux Journées de gynécologie et fertilité, le 9 novembre 2007, Paris (75).

[22] BAYLE Benoît. Négations de grossesse et gestation psychique. Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse, 23 et 24 Octobre 2008, Toulouse, Université Paul Sabatier.

[23] NISAND I. Le déni de grossesse, description clinique et essai de compréhension. 7^{ème} Journée de réflexion organisée par l'Association « A Propos » et le Conseil de l'Ordre des Sages Femmes de la Moselle, 18 mars 2010, Metz.

[24] MARINOPOULOS S. : De l'impensé à l'impensable en maternité: le déni. 37^{èmes} assises nationales des sages-femmes, 20^{ème} session européenne, 13, 14, 15 mai 2009, Lille.

[25] DAYAN J. (psychiatre, docteur en psychologie, CHU de Caen/CHGR de Rennes). 8^{èmes} journée d'automne de périnatalogie (AFPA), Bordeaux.

[26] SIBERTIN-BLANC D. : Psychologie de la grossesse et du post-partum. Cours au étudiantes sages-femmes de Nancy. Avril 2007.

[27] SIBERTIN-BLANC D. : Désir d'enfant, refus d'enfant. Cours au étudiantes sages-femmes de Nancy. Mai 2007.

[28] ROTHENBURGER S. : Déni de grossesse. Cours au étudiantes sages-femmes de Nancy. Septembre 2010.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Préface.....	4
Introduction.....	5
1^{ère} partie : De la maternité psychique au déni de grossesse... ..	7
1. Psychologie de la grossesse	8
1.1. Le processus de la « maternité »	8
1.2. La transparence psychique	9
1.3. Les trimestres psychiques de la maternité.....	11
1.4. Le désir d'enfant	16
1.4.1. Introduction	16
1.4.2. Les fondements du désir.....	16
1.4.3. Le désir d'enfant	17
1.4.4. Conclusion	18
2. Les différentes formes de négation de grossesse : définitions	19
2.1. Les grossesses dissimulées.....	19
2.2. La dénégalion de grossesse	20
2.2.1. Définition	20
2.2.2. Sur le plan clinique.....	21
2.2.3. Pourquoi la mise en place de la dénégalion	21
2.3. Le déni de grossesse.....	21
2.3.1. Définition des psychiatres	21
2.3.2. Définition des obstétriciens.....	23
2.3.3. 1er Colloque français sur le Déni de Grossesse.....	23
2.3.4. Conclusion	24
3. Le déni de grossesse : comprendre ce phénomène extraordinaire	26
3.1. Historique.....	26
3.2. Caractéristiques cliniques du déni de grossesse.....	29
3.2.1. Pas de signes extérieurs de grossesse.....	29
3.2.2. Pas de symptôme.....	30
3.2.3. Un fœtus imperceptible.....	31
3.3. Expliquer le déni de grossesse	31
3.4. Accoucher d'un enfant ignoré.....	34
3.5. L'enfant du déni	35
3.6. Le déni est contagieux.....	35
3.7. Epidémiologie	38
4. Les professionnels face au déni de grossesse	39
4.1. Généralités.....	39
4.2. L'annonce d'un déni de grossesse.....	39
2^{ème} partie : Etude et analyse.....	43

1. Cadre conceptuel et méthodologie de l'étude	44
1.1. Problématique	44
1.2. Objectifs	44
1.3. Hypothèses	45
1.4. Choix et présentation de l'étude.....	45
1.5. Population	46
2. Résultats de l'étude	48
2.1. Présentation des sages-femmes participant à l'étude	49
2.2. Réalité clinique : les différentes expériences des sages-femmes face au déni de grossesse	51
2.3. Ressenti des sages-femmes face au déni de grossesse	60
2.4. La formation professionnelle	64
2.5. Définition du déni de grossesse par les sages-femmes : analyse de contenu..	64
3. Analyse	68
 Conclusion.....	 74
Bibliographie	75
TABLE DES MATIERES	78
Annexe.....	I

ANNEXE

Questionnaire administré aux sages-femmes par le biais d'Internet