



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 Pierre Morlanne de Metz

*Le déni de grossesse : une
réalité encore ignorée ?*



Mémoire présenté et soutenu par

GRANDGIRARD Cécile

Née le 29 décembre 1986

Promotion [2006-2010]

A tous ceux qui ont été présents et m'ont soutenue
durant cette formation, et lors de l'élaboration de ce
travail.

Je remercie tout particulièrement le Docteur Paul pour son
accompagnement et sa disponibilité.

SOMMAIRE

<i>Sommaire</i>	3
Introduction	5
Partie 1 : De la gestation psychique au déni de grossesse	7
1. Generalites	8
2. La construction de la maternité psychique	9
2.1. Le corps en psychanalyse.....	9
2.1.1. Le schéma corporel [3].....	9
2.1.2. L'image du corps [3].....	9
2.1.3. L'image du corps au cours de la grossesse	12
2.2. Le désir d'enfant	16
2.2.1. Le désir d'enfant est différent du désir de grossesse.....	16
2.2.2. Le désir d'enfant est inconscient.....	17
2.2.3. Le désir d'enfant comme preuve de féminité.....	18
2.3. La construction de la maternité psychique.....	20
2.3.1. La grossesse : une expérience maturative	20
2.3.2. Les remaniements psychiques de la grossesse	21
3. Grossesse : du désir au déni	24
3.1. Historique [16] [26]	24
3.1.1. L'avortement, l'abandon d'enfant et l'infanticide dans l'Histoire.....	24
3.1.2. Apparition du déni de grossesse.....	25
3.1.3. Les « bébés congelés » ou la vulgarisation du phénomène.....	26
3.2. Définition	27
3.2.1. Le déni.....	27
3.2.2. Les différentes négations de grossesse.....	27
3.2.3. Le déni de grossesse.....	28
3.3. Réalité clinique	30
3.3.1. Un réel problème de santé publique.....	30
3.3.2. Tableau clinique	31
3.3.3. Le déni de grossesse : hypothèses étiologiques	35
3.3.4. Déni de l'altérité : l'infanticide	41
Partie 2 : L'enquête : présentation & résultats	43
1. Cadre conceptuel de l'étude	44
1.1. Problématique	44
1.2. Objectifs	45
1.3. Hypothèses	45

2. Methodologie de l'enquete.....	46
2.1. Choix et présentation de l'outil de l'enquête	46
2.2. Terrain d'exploitation de l'enquête	47
2.2.1. Lieu et période de l'enquête	47
2.2.2. Population	47
3. Resultats de l'enquête	48
3.1. « Définition »	48
3.2. « Approche générale »	50
3.3. « Réalité clinique ».....	52
3.4. « Ressenti, vécu de la sage-femme »	56
3.5. « Prise en charge de la patiente »	60
Partie 3 : L'enquête : analyse & discussion.....	66
1. Apports et difficultes de l'etude	67
1.1. Intérêt personnel du sujet	67
1.2. Apports personnels de l'étude	68
1.3. Limites de l'étude.....	68
2. Analyse des resultats	70
2.1. Les sages-femmes connaissent-elles le déni de grossesse ?.....	70
2.2. Quelle est la réalité clinique du déni de grossesse ?	72
2.3. Comment les sages-femmes appréhendent-elles le déni de grossesse ?	74
2.4. Quelle est la prise en charge actuelle du déni de grossesse ?.....	76
2.5. Les sages-femmes se sentent-elles préparées pour accompagner une patiente ayant présenté un déni de grossesse ?	79
3. Discussion et propositions	81
3.1. Une prise en charge non systématique	81
3.2. La solitude du déni : rôle de la sage-femme	83
3.3. Un manque de formation.....	85
Conclusion.....	87
Bibliographie	89
Annexe I	I

Introduction

Dans notre société actuelle, la grossesse est exposée dans tous les médias. Le désir de grossesse est devenu un fait de société, l'attente et l'arrivée d'un enfant apparaissent comme une étape existentielle et fondamentale dans la vie d'une femme. On devient mère dans une société qui ne cesse de présenter ses progrès médicaux et dans laquelle la maîtrise de la fécondité ne fait que de se développer. Il paraît ainsi difficile d'être enceinte sans le vouloir, face à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse, ou de ne pas pouvoir l'être en le désirant, du fait des nouveaux moyens et techniques de procréation.

Dès lors, à chaque fois que la naissance se place hors de ce contexte, elle devient un sujet de débat et agite l'opinion publique. Il est ainsi difficile de croire, aujourd'hui, qu'une femme puisse ignorer qu'elle soit enceinte comme c'est le cas lors d'un déni de grossesse.

Les médias, cependant, nous ont dévoilés récemment plusieurs cas de femmes n'ayant découvert leur grossesse qu'au moment de l'accouchement. Le cas le plus marquant, et au travers duquel une grande partie de la population a découvert le déni de grossesse, est celui de Véronique Courjault, dont le procès, pour avoir tué trois nouveau-nés à leur naissance, s'est déroulé en 2008. Ce phénomène nous est alors apparu et s'est défini comme « le fait de ne pas avoir conscience de sa grossesse ».

Les médias nous transmettent ce qui choque, ce qui émeut, et nous laissent entrevoir le déni de grossesse comme un fait saisissant, dont l'issue est très souvent dramatique, se terminant par le meurtre d'un nouveau-né.

La médiatisation que provoque le déni de grossesse m'a donc interpellée. J'ai choisi ce sujet, sujet marquant dans l'actualité, sujet parfois contesté, souvent ignoré, pour tenter de comprendre les mystères qui l'entourent et la complexité qu'il véhicule.

Mon travail sur le déni de grossesse s'inscrit dans le cadre d'une réflexion concernant ma prise de conscience de la réalité de ce phénomène. Lors de mes premières recherches bibliographiques sur ce thème, je me suis rendue compte que la littérature était pauvre en informations sur le sujet. Et pourtant, le déni existe, il est présent partout et apparaît comme une problématique émergente de santé publique, avec une fréquence pouvant être estimée à un cas pour 500 grossesses.

Face à cette réalité clinique, je me suis alors demandée comment les sages-femmes appréhendaient ce phénomène sur leurs différents lieux d'exercice ? En avaient-elles conscience ? Ne percevaient-elles le déni de grossesse qu'au travers de l'image développée par les médias ?

L'objectif principal de mon enquête a donc été de connaître les sentiments et les pratiques des sages-femmes face au déni de grossesse.

Pour cela, j'ai entrepris de réaliser des entretiens semi-directifs avec des sages-femmes de différents services dans le but d'apprécier leurs connaissances sur le déni de grossesse, de découvrir sa réalité clinique sur le terrain, d'aborder leurs ressentis ou leur vécu de la situation, et de connaître sa prise en charge effectuée dans les services.

Avant de présenter et d'exploiter ces résultats, j'ai débuté mon travail par une présentation du déroulement clinique et psychique d'une grossesse physiologique, pour pouvoir ensuite appréhender les processus intervenants dans le déni de grossesse, qui pourraient résulter d'une perturbation de l'évolution de cette grossesse.

Grâce à cet apport théorique, et à l'analyse de mon étude, j'ai voulu effectuer un « état des lieux » des connaissances et des pratiques face au déni de grossesse, dans le but d'établir une discussion concernant sa prise en charge et d'en tirer une ligne de conduite pour ma future pratique professionnelle.

« La confrontation de ces grossesses, jusque-là encore inconnues, au temps de l'accouchement est une situation plus fréquente qu'il n'y paraît. *Prétendre que la sage-femme ne serait pas concernée par le déni de grossesse, pourrait bien à son tour relever du déni* ». (Docteur Paul, Association « A Propos »)

Partie 1 :

De la gestation psychique au déni de grossesse.

1. GENERALITES

Encore récemment, pour les femmes, l'enfant ne relevait pas du désir mais d'un rôle immuable, biologique et social. Maintenant que la possibilité technique de ne pas faire d'enfant est relativement acquise dans notre société, les femmes peuvent faire le choix de non-maternité. Mais encore beaucoup d'entre elles, deviennent mères pour se conformer à la norme sociale sans que cela ne corresponde à leur réalité intérieure.

Et face à ces progrès médicaux, à la maîtrise de la fécondité, le déni peut apparaître comme paradoxal. Comment peut-on, dans cette période prônant le libre choix, la liberté acquise au niveau de la contraception, ne pas se rendre compte d'une grossesse ? Comment peut-on ne pas reconnaître notre enfant comme un être vivant et aller jusqu'à le tuer ? Le procès de Véronique Courjault, accusée d'avoir tué ses 3 enfants entre 1999 et 2003, va mettre en lumière le phénomène du déni de grossesse.

Le déni de grossesse est une pathologie beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense, mais dont on ne parle, hélas, qu'à l'occasion de drames tragiques. S'agit-il, dans notre pratique, seulement d'un « fait divers » ? En tant que professionnels de santé, c'est un terme qui nous interpelle, nous trouble. Il constitue un véritable problème de santé publique, qui mérite une prise de conscience et une vraie prise en charge. Aujourd'hui nous devons donc nous consacrer au versant psychique de la fécondité, car bien souvent encore, la société ne se préoccupe pas du sens de la grossesse, et occulte tout cet aspect psychique, ces troubles que provoque la grossesse. [1]

Il me semble important, avant de débiter ce travail, d'expliquer la différence entre dissimulation, dénégation et déni de grossesse, termes souvent confondus. Le déni est totalement inconscient, la grossesse se déroule dans l'ignorance totale de la présence de l'enfant et aucune modification corporelle n'est perçue. Dans la dénégation, les manifestations corporelles et les sensations que provoque la grossesse sont d'abord reconnues et identifiées, puis elles sont refoulées, au profit d'autres explications. Dans la dissimulation, la grossesse est perçue, mais la femme la cache consciemment. [2]

Pour essayer de comprendre ce phénomène, je vais d'abord présenter le déroulement clinique et psychique d'une grossesse physiologique, afin de pouvoir appréhender, par la suite, les processus intervenants dans le déni de grossesse, qui pourraient résulter d'une perturbation de l'évolution de cette grossesse.

2. LA CONSTRUCTION DE LA MATERNITE PSYCHIQUE

2.1. Le corps en psychanalyse

Le corps dont traite la psychanalyse n'est pas celui de la science. Ce n'est pas l'organisme biologique. Il n'est pas inné, on se l'approprié. Il est modelé par le langage, l'autre. Il faut donc faire une différence entre le corps comme l'organisme primaire et le corps comme résultat de l'incorporation de l'histoire du sujet.

2.1.1. Le schéma corporel [3]

Il renvoie plutôt au corps biologique et physiologique. C'est la représentation neurologique du corps, c'est-à-dire ce qui permet au sujet d'avoir une conscience globale de son corps. Le schéma corporel se construit très tôt, dans les premiers mois de la vie, à partir de données posturales, tactiles, visuelles, et s'édifiant peu à peu grâce à la maturation du système nerveux. Les différentes sensations qui nous sont données, nous font éprouver qu'il y a une unité du corps, perçue comme un modèle postural du corps.

Jean-Marie Delassus parle de « corps substrat, comme support de l'existence et de ses besoins ». Il est utilisé pour agir et agit lui-même pour nous maintenir en vie ; c'est le corps physique comme force de travail, le corps sexualisé comme objet de plaisirs, le corps médicalisé qui fait objet de soins... Il s'adapte et adapte le corps à de nouvelles situations, tout en maintenant son organisation vitale de base. [4]

Mais on ne peut réduire la conscience du corps au schéma neurologique. Elle est liée également aux rapports que le sujet entretient avec le milieu familial et social. On rentre là dans la structure psychologique et sociale de l'image du corps.

2.1.2. L'image du corps [3]

❖ *Définition*

L'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. Elle se structure par la relation, et demeure inconsciente. C'est l'aboutissement de la construction de l'identité psychique et corporelle. « Ce corps n'a pas de visage, il n'a aucune réalité apparente ». [3]

Le schéma corporel a été décrit essentiellement par les neurologues. Et c'est aux psychanalystes que l'on doit le dégagement de la notion d'image du corps.

Sanglade définit l'image du corps comme « la représentation mentale, inconsciente de soi, de son contour, son épaisseur, sa solidité ou sa fragilité. C'est le sentiment vital d'être entier (non morcelé), d'être le même (non dissocié), d'être soi (avec une délimitation corporelle et psychique), différencié des objets externes ».

Pour Gisela Pankow, l'image du corps nous permet de préciser comment un sujet habite son corps ; grâce à sa fonction de représentation du corps en tant que structure spatiale et exprimant un lien entre les différentes parties du corps, et sa fonction de représentation en tant que contenu et sens, en lien avec l'histoire du sujet, ses relations, son environnement.

Françoise Dolto, quant à elle, parlera d'image inconsciente du corps. Pour elle, celle-ci se mettrait en place avant l'Œdipe, avant la mise en place de la parole, avant la différenciation de soi, avant même la distinction du corps et du psychisme, et constituerait ainsi « la structuration première de ce qui façonne un sujet humain ».

Elle n'est pas image au sens de ce qui se voit, de ce qui se montre, elle ne correspond pas à l'image du miroir, mais elle appartient à un registre de sensorialité tactile, auditive, olfactive....

Dolto la définit comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, [...], répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. [...] (Elle) est à chaque instant mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle [...] ».

Françoise Dolto insiste également sur le fait que l'élaboration de l'image du corps ne se fait pas tel un développement systématique, identique à chacun, mais qu'elle prend en compte l'histoire du sujet, et notamment sa relation à la mère. Elle permettra « l'éclosion d'un « Moi » qui dit « je » ». Elle fait ainsi la distinction avec le schéma corporel qu'elle décrit comme « l'instance anonyme du développement somatique du corps ». Pour elle, l'image du corps permet « la venue au monde non seulement d'un corps biologiquement vivant mais, bien davantage, d'un sujet parlant reconnu comme tel ». [4] [5] [6]

❖ *Le corps selon Lacan : le « miroir »*

Lacan décrit le stade du miroir, que l'on peut observer chez l'enfant entre 6 et 18 mois. Il se réalise avant l'acquisition du schéma corporel. Au cours de cette période, l'enfant saisit progressivement son unité par l'intermédiaire de l'image de son corps dans le miroir. C'est le moment fondateur de l'identité de l'enfant.

Avant ce stade, l'enfant n'arrive pas à distinguer son corps de ce qui lui est extérieur.

A force de répétitions, il cessera de croire que ce qu'il aperçoit dans le miroir est un être réel, et comprendra que ce n'est qu'une image, et que cette image est la sienne.

Pour cela, il aura besoin de sa mère, élément indispensable, qui sera là pour confirmer sa découverte. Pour pouvoir s'approprier son image, il lui faut une reconnaissance de l'Autre. L'enfant accède ainsi, grâce au regard de sa mère, à un savoir sur soi et perçoit son corps comme un corps unifié.

Cette image permettra, par la suite, à l'enfant d'organiser sa conduite, car c'est un élément essentiel pour se repérer par rapport à la réalité. [6]

❖ *Le corps selon Winnicott : de la non-intégration à l'intégration*

Winnicott à la fin des années 60 fait l'hypothèse d'un stade de non-intégration au début de la vie. Il n'existerait pas pour l'enfant de lien entre le corps et la psyché. Il existe une confusion entre le moi et le non moi, entre l'extérieur et l'intérieur.

Il décrit ensuite, dans l'évolution de l'enfant, un processus d'intégration, qui consiste en une individuation progressive, marqué principalement par un détachement d'avec la mère. Une intégration réussie nécessite un environnement suffisamment bon, lié à une fonction maternante adéquate, qui permettra à l'enfant l'établissement progressif d'un moi unitaire.

❖ *Le corps selon Anzieu : le « Moi-Peau »*

Didier Anzieu à travers le concept du « Moi-Peau » a développé la notion de construction de l'enveloppe psychique. La peau constitue le premier organe et la première surface de liaison avec la mère. Le bébé, touché, serré, porté, éprouve, avant même d'être nourri, qu'il est contenu, qu'il y a une suite à l'enveloppe utérine.

Dès lors, la peau est la trace de la mère. On parle de « la mère des soins » ; son rôle précoce est fondamental et structurant au niveau du corps en éveil de l'enfant. Celui-ci découvre le monde au travers d'échanges sensoriels, porté prioritairement par cette mère soignante. Celle-ci va constituer, par la qualité et la constance de ses soins, un environnement dit facilitant, permettant au psychisme de l'enfant de se développer, et de rassembler et contenir les parties dispersées de sa personnalité. [1] [7]

Les premiers échanges mère-enfant conduisent donc le bébé à percevoir la peau comme surface, à faire la distinction entre intérieur et extérieur et à acquérir un sentiment de base lui garantissant l'intégrité de son enveloppe corporelle et psychique. Les sensations transmises par la mère sont transformées, prennent un sens, une représentation pour l'enfant. [1]

Le schéma corporel est ainsi indissociable de l'image du corps : un amas de cellules organisées par la génétique devient humain par la relation, le désir, l'affectivité. Ils sont indissociables de leur environnement, ainsi la grossesse aura une influence particulière sur la perception de son corps par la femme enceinte.

2.1.3. L'image du corps au cours de la grossesse

A certains moments de la vie, qui représentent généralement des phases de maturation et de remaniements psychiques importants, toute personne peut sentir une inadéquation entre son moi et son corps.

Fréquemment, la femme enceinte se sent tiraillée entre être femme et être mère, craignant d'y perdre son identité de femme désirable. Toute la grossesse est rythmée par des représentations propres à chaque mère, chacune observant son corps qui change, se transforme, différentes à chaque trimestre ; et celles-ci ont notamment été étudiées par Sophie Marinopoulos à travers ses divers ouvrages concernant le déni de grossesse. [8]

❖ 1^{er} trimestre : « l'état d'être enceinte »

Au départ de la grossesse, l'enfant ne manifeste pas encore sa présence par ses mouvements, et les modifications corporelles de la future mère sont minimales. Celle-ci est habitée non pas d'un enfant mais d'un évènement. Il ne s'agit pas de l'attente d'un enfant mais plus d'un état d'être, caractérisé par un changement de statut, du point de vue psychique. Sophie Marinopoulos qualifie ce trimestre comme « l'état d'être enceinte ».

Toutefois, on peut observer, à cette période, des troubles physiques ou manifestations somatiques liés à ce début de grossesse. Ils varient dans leur expression et leur intensité en fonction du vécu de chaque femme, et de la façon dont elles abordent leur grossesse.

Ils peuvent être l'expression de l'ambivalence entre acceptation et non acceptation de l'état de grossesse débutante. La future mère peut vivre ce début de grossesse comme une intrusion dans son espace personnel, par un enfant qui n'a encore pas de représentation propre. Cela peut l'entraîner dans un mouvement régressif où l'acquisition de son individuation et de sa différenciation va être menacée.

A l'inverse, la femme peut vivre cette grossesse comme une complétude narcissique totale, qui viendra combler toutes les failles et les pertes passées. Et les manifestations physiques seront moindres.

Ce premier trimestre de la grossesse est une phase d'adaptation de la femme à la grossesse et au futur enfant ; s'y mélangent joie et satisfaction d'être enceinte, et doute et peur liés à cet état. Toute femme peut être confrontée à ces expériences d'angoisse dépersonnalisante, de pertes de repères identitaires et corporels, même si l'enfant est par ailleurs désiré. Cela reste transitoire.

❖ **2^{ème} trimestre : l'attente d'un enfant**

Au second trimestre, la phase d'adaptation est dépassée, et la femme prend pleinement conscience de son état gravide, qu'elle accepte, dans la grande majorité des cas. Les modifications corporelles sont franches et la plupart des manifestations physiques initiales disparaissent. Le corps s'est adapté à la grossesse, et la femme enceinte ressent, en général, un bien-être physique.

Ce deuxième trimestre voit naître l'attente d'un enfant, qui se caractérise par la représentation de l'enfant et les émergences fantasmatiques et imaginaires qui l'accompagnent. Ces représentations se forment sur les bases du moi maternel par le biais des interactions, et sur les fantasmes et rêveries maternelles. La perception des mouvements actifs ou échographiques influe également sur la représentation. [9]

Cette activité de représentation de l'enfant culminerait au 2^{ème} trimestre, pour devenir moins précise afin de mieux accueillir l'enfant réel.

Apparaissent dans cette période : l'enfant imaginaire, l'enfant fantasmatique et l'enfant mythique, principalement décrits par Lebovici.

- L'enfant imaginaire est enraciné dans le préconscient et est le fruit du désir de grossesse, de l'histoire de l'union des deux parents. Il s'agit de l'enfant que les parents souhaitent avoir, tel sexe, tel prénom, telle ressemblance à l'un ou à l'autre des parents.

- L'enfant fantasmatique est inconscient. Il est élaboré par chacun des deux parents depuis leur enfance et prend ses racines dans leur histoire individuelle. Il renvoie aux racines infantiles du désir d'enfant.

- L'enfant mythique reflète les références culturelles et médiatiques des parents. Celles-ci, ainsi que tous les mythes et idéaux familiaux, vont influencer la manière d'envisager l'enfant et son éducation.

Ces représentations permettent une véritable anticipation de l'enfant. Elles favoriseront une « rencontre fructueuse avec l'enfant au moment de la naissance et offriront les conditions de la mise en place d'un système interactif harmonieux ». [10] « 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 ». [9]

❖ **3^{ème} trimestre : l'image des corps séparés**

Ce trimestre aborde la séparation des corps et des êtres.

La préparation à la naissance permet par ses différents exercices de mettre en mots et en images la séparation des corps, et de renforcer l'enfant dans son statut d'Être différent, ce qui est fondamental dans le processus psychique maternel. [11]

Une forme inhabituelle de relation se met en place avec l'être en gestation, inconnu, se trouvant enserré à l'intérieur de chaque mère.

D'après le psychanalyste Paul-Claude Racamier, la relation d'objet est modifiée au cours de la grossesse ordinaire du fait de la présence de l'autre en soi : la grossesse impose un processus d'intégration psychique de l'être conçu, et une certaine indifférenciation entre soi et autrui. D'ordinaire, l'autre est extérieur à soi.

En se nichant dans le corps maternel, l'enfant impose donc à la femme enceinte d'être soi et autrui en même temps. Ainsi, elle se retrouve transformée dans son identité, et accède au statut de mère.

En même temps que l'image de l'enfant s'affirme progressivement dans le psychisme maternel, la femme anticipe donc la façon dont elle sera mère. Et cela, en se différenciant ou en s'identifiant à sa propre mère et en imaginant la relation qui l'unira à son enfant. Cette relation imaginée peut être réaliste et adaptée, ou réduite, conventionnelle, répondant à des stéréotypes sociaux. [1]

Ces deux sortes de représentation, de l'enfant à naître et du rôle maternel, contribuent à forger un espace interne de pensées, de représentations, de relation avec l'enfant. Et ces étapes de la grossesse vont permettre d'organiser les relations futures entre la mère et l'enfant.

« Naître mère c'est un tout ». [9] Cela demande attention et soins tout à fait particulier vis-à-vis des mères, de leurs pensées, et des représentations qui les habitent tout au long de la grossesse, pour leurs permettre d'évoluer et d'accepter les différentes périodes de leur grossesse : pour qu'elles puissent tout d'abord accepter leur état d'être enceinte, puis qu'elles soient capables de penser, de se représenter leur enfant, et enfin qu'elles puissent se préparer à la séparation d'avec celui-ci, à sa naissance.

Devenir mère apparaît comme une étape essentielle de la vie. En effet, devenir mère, c'est accepter de faire en soi de la place pour un autre, certes désiré le plus souvent, mais qui reste un inconnu. Cela réclame d'avoir pleinement confiance en son corps, de se connaître soi. Un corps a pour cela besoin d'être socialisé, d'entrer en contact, de plaire, pour que la femme, ou le couple, puisse ainsi ressentir un désir de grossesse, un désir d'enfant, un désir de parentalité. [12]

*« On construit un bébé dans son corps,
On construit une mère dans sa tête. »*

2.2. Le désir d'enfant

Le désir d'enfant est actuellement perçu comme la plus naturelle et la plus universelle des valeurs humaines, comme une démarche consciente, voire programmée, s'intégrant dans un plan de vie lié aux idéaux sociaux, culturels et familiaux. Aujourd'hui, avec la liberté de la contraception et la maîtrise des techniques de procréation, il semble répondre à la décision « un enfant si je veux, quand je veux » et est promu comme un désir conscient, un choix librement consenti. Souvent il se réduit au « vouloir un enfant ».

Mais ce projet conscient est infiltré de significations et de désirs inconscients, qui vont être projetés sur le nouveau-né à la naissance. [9] [13]

En 1970, Benedek rapporte le désir d'enfant à un besoin primaire, correspondant à une physiologie de l'espèce humaine, et prenant sa source dans les pulsions reproductives de la femme. [14]

Mais parallèlement, le désir d'enfant est décrit comme propre à chacun, dépendant du contexte historique et social du sujet, de la représentation maternelle de la femme, et lié aux idéaux personnels du couple. [14]

En psychanalyse le désir d'enfant a été étudié par plusieurs auteurs et appréhendé de différentes façons. Je vais évoquer successivement les différentes notions qui le caractérisent.

2.2.1. Le désir d'enfant est différent du désir de grossesse

Pour envisager une grossesse, il faut cesser de ne pas la vouloir : arrêter sa contraception, en accord avec son compagnon. Des mots, des images, des rêveries parentales se mettent alors en place, et précèdent toujours l'incarnation en un enfant. Le désir sexuel d'un couple est converti en une conception humaine et demande l'abstraction la plus complète qui soit. Toute conception et gestation réalisent donc l'incarnation d'un désir sexuel et d'un projet en un développement biologique. [15]

Et le couple parental est ainsi capable d'envisager l'existence du futur enfant comme individu au sein de leur famille. On peut parler de désir d'enfant.

Il faut distinguer le désir d'enfant du désir de grossesse. Ces deux désirs ne sont pas forcément corrélés. Des patientes peuvent vouloir être enceintes sans pour autant désirer un enfant. D'autres n'arrivent pas à investir l'enfant réel.

Le désir de grossesse renvoie plutôt à la fonction reproductrice de la femme ; le désir peut apparaître avec le souhait de vérifier ses capacités de fécondité, de s'assurer de l'intégrité de son corps et de son bon fonctionnement sur le plan physiologique. La grossesse apporte alors la preuve de la fécondité et permet de s'affirmer femme. [16]

2.2.2. Le désir d'enfant est inconscient

Bien qu'apparaissant comme un projet naturel, quasi systématique aux yeux de la population, le désir d'enfant est inconscient. Il n'est pas là dès notre origine, et se construit et s'élabore à partir de nos désirs inconscients premiers.

Le désir d'enfant n'est pas un souhait, une envie, un vœu. Il ne répond pas à une pulsion, un instinct. Il constitue les modalités de retrouvailles et de satisfaction des premiers désirs incestueux. [17] Il existe une grande différence entre vouloir et désirer. L'enfant désiré, qui répond à un désir inconscient, est différent de l'enfant programmé, qui résulte d'une volonté délibérée.

Le désir est lié à notre inconscient. Il se peut donc qu'un couple choisisse d'être parents, pour ainsi apparaître comme un couple « normal », épanoui dans la société ; alors qu'au plus profond d'eux, inconsciemment, leur désir d'enfant n'est pas présent, ne peut pas se mettre en place, et cela en corrélation avec leur enfance ou l'identification à leurs parents.

Pour Freud, avoir un enfant serait le substitut d'un désir infantile de la fillette d'autrefois, celui d'incorporation du pénis du père, que la mère ne lui a pas donné. Lorsque s'impose la différence des sexes, se substitue pour elle, la promesse d'un enfant, un enfant idéal, un autre soi issu du père. C'est l'effet du complexe de castration. Cette différence des sexes se manifeste d'une façon différente chez le garçon : pour lui, c'est le refus de la féminité qui importe. Le complexe d'Œdipe rentre lui aussi en jeu, on observe une inversion de l'attachement : la petite fille se détourne de sa mère pour souhaiter un enfant de son père, désir qui participera à préparer la femme à son futur rôle sexuel. [13] [18]

L'impulsion œdipienne n'est cependant qu'un versant du désir d'enfant. Il est également en lien avec le parent du même sexe, on parle de retrouvailles avec le lien charnel maternel. En enfantant, la femme prolonge sa mère, devient sa propre mère. Un processus d'idéalisation se met en place, même s'il y a eu d'importants conflits, car il est nécessaire pour chaque future mère d'avoir une image de référence de mère idéale. [15]

Cette différence des sexes va affecter le schéma corporel au sein duquel se crée un vide : celui-ci sera tout d'abord comblé par la mère, puis dans un second temps par un enfant que l'on désire. [18]

Pour la psychiatre, Monique Bydlowski, « enfanter c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi ». Elle estime que d'une manière inconsciente, le premier enfant est dédié à la mère. Selon elle, il faut donc que l'attachement précœdipien à la mère soit suffisamment bon pour que la femme devienne mère à son tour. Elle devra également éprouver les désirs phallique et œdipien, décrits précédemment, et rencontrer un homme pour cela. Elle observe que les femmes qui ont des relations difficiles avec leur mère repoussent ce désir d'enfant. [19]

2.2.3. Le désir d'enfant comme preuve de féminité

Le désir d'enfant permet d'accéder à la maternité, à travers laquelle la femme va vivre et réaliser sa féminité. La maternité représente, pour Françoise Dolto, « la dernière mutation » d'une femme. C'est un besoin inscrit dans son corps et dans son esprit qui doit être satisfait, sinon il provoque une sensation de manque, le sentiment d'être mutilé. [20] [21]

Le désir d'enfant introduit la femme, par son corps, à la maternité, qui sera preuve de sa sexualité en tant que femme. En effet, au niveau de l'inconscient, une femme réalise et vit sa féminité entre autres grâce à ce désir de maternité – réel, imaginaire et symbolique. [17]

En revanche, cette notion est quelque peu différente pour Elisabeth Badinter. Elle nous livre sa pensée dans son dernier ouvrage, « Le conflit : la femme et la mère ».

Elle constate un retour des discours naturalistes visant à fixer les femmes à leur rôle de mère, de « bonne mère », notamment à travers différentes tendances naturelles telles que l'allaitement maternel, les couches jetables, le refus de la contraception..., qui les repousseraient en quelque sorte à la maison. Elle dénonce la pression de plus en plus forte instaurée par le corps médical et l'entourage familial face à ces pratiques, qui prendrait le dessus sur la liberté, le choix et l'indépendance, qui existaient dans les années 80, et qui, à travers cette pensée autour de la nature, culpabiliserait les mères.

Elisabeth Badinter ne s'oppose pas à ses pratiques, mais elle s'interroge sur la liberté de choix des femmes face à celles-ci. Elle soutient ce principe de liberté dans tous les domaines : contraception, maternité, allaitement, vie personnelle et professionnelle, et précise que ces choix doivent être conscients, et donc différenciés de ceux que l'on croit dictés par notre volonté mais qui sont, en réalité, imposés de manière indirecte par la société.

Elle pense que la femme ne peut pas se réaliser uniquement dans la maternité, que son identité de femme ne se résume pas dans ce fait là ; et s'oppose alors aux concepts mis en avant par ce retour du naturalisme que sont l'instinct maternel et la réalisation de la femme à travers sa maternité. Elle exprime ainsi une notion affirmée par Simone de Beauvoir : « On ne naît pas femme, on le devient. ». On le devient au travers de l'éducation, de la morale, de la religion. La biologie ne conditionne pas tout, contrairement aux thèses naturalistes. [22]

Le professeur Nisand reprend cette pensée en évoquant l'instinct maternel. Pour lui, il n'y a pas d'instinct chez l'humain, il est annihilé par la culture. Ainsi, il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant, pour se sentir mère. La maternité est une adoption selon lui, c'est un état que l'on s'approprie avec le temps, que l'on apprend, qui n'est pas inné. [23]

La maternité peut paraître, aujourd'hui, chargée de trop d'attentes, de contraintes, d'obligations. Il est important de noter qu'il n'y a pas de mères parfaites, il n'y a pas de modèle de mère unique. L'accès à la maternité n'est pas simple pour tout le monde : naître mère ne va pas de soi. Il faut être capable de supporter les multiples métamorphoses et les remaniements psychiques que cela impose.

2.3. La construction de la maternité psychique

Il reste difficile d'évoquer la période prénatale sans souligner les remaniements psychologiques observés au cours de la grossesse. L'attente d'un enfant provoque un véritable raz de marée émotionnel, il est décrit dans la littérature comme « un bouleversement psychique qui prépare la femme à s'occuper de son enfant ». [2]

2.3.1. La grossesse : une expérience maturative

La grossesse représente véritablement une période de crise identitaire et de maturation psychologique pour la femme qui devient mère. [2]

Se retrouver dans la position d'attendre un enfant, c'est se retrouver dans la même position que sa propre mère, c'est accepter la différence des générations. Ce retour en arrière implique une régression narcissique pour la future mère, qui va s'identifier à sa mère, à sa puissance, à son autorité et aux autres qualités qu'elle a perçues et imaginées à son propos. Mais parallèlement, cette satisfaction narcissique est affaiblie, puisqu'elle doit renoncer définitivement à être elle-même « l'enfant merveilleux, unique et parfait ». Cela induit un comportement particulier face à son enfant. Celui-ci va devenir, en même temps, désiré, chéri, mais aussi redouté, rejeté ; car il met l'identité de sa mère en péril. [19]

Sophie Marinopoulos précise que « l'enfant, qu'était la mère, prend conscience qu'il est un être sexué dans un couple lui-même sexué ». [9]

Monique Bydlowski introduit, quant à elle, la notion de « dette de vie ». La future mère se remémore cet « amour ancien [pour sa propre mère], la rencontre maternelle, et sa permanence à l'intérieur » d'elle, ce qui sera « source d'un sentiment de gratitude qui constituera une véritable dette de vie ». [19] La primipare, par son premier enfant, accomplit ce devoir de gratitude envers sa mère, qui à ce moment est idéalisée, et à qui on a l'impression de tout devoir. Mais parallèlement, les griefs éprouvés à son égard dans la période infantile peuvent resurgir, et il faut que la mère ait été suffisamment bonne pour pouvoir les dépasser et avoir le désir d'être mère à son tour en s'identifiant à elle. [4]

Pour naître mère il va falloir franchir des étapes parfois difficiles : un changement d'image, la séparation d'avec sa propre mère, et de toutes ces images qui fluctuent à nouveau à la surface de notre esprit. Il va falloir se désapproprier ces souvenirs, pour réinvestir sa propre réalité, à sa propre manière. [7]

« Le passé, le parcours personnel et transgénérationnel de la femme se réveillent, en même temps que l'engagement dans de nouvelles possibilités de vie devient préoccupant. » [4]

Tous ces changements d'images peuvent être douloureux et demandent une grande souplesse du « moi » qui traverse une crise d'identité. [7]

L'état d'esprit de la mère subit un changement durable et irréversible : les sentiments, les peurs qui accompagnent ces quelques mois de transformation ne sont pas toujours à l'image des rondeurs bienveillantes. En effet, actuellement la société, nous impose une image de bonheur et de plénitude pendant la grossesse, en mettant en avant les technologies de la procréation qui ne cessent de s'améliorer et en occultant ce bouleversement psychique intense. Ainsi, beaucoup de femmes culpabilisent, et elles vivent leurs doutes, leurs craintes, tous ces changements, seules, en les cachant à la société. [1] Mais il est impossible de changer en restant la même, aucune nouvelle mère ne peut le devenir en restant identique.

2.3.2. Les remaniements psychiques de la grossesse

❖ *La maternalité et la nidification psychique*

En France, le psychiatre Paul-Claude Racamier utilise, en 1979, le terme de maternalité pour décrire les processus psychiques en œuvre au cours de la grossesse. Il condense ainsi la maternité, le maternel et la natalité en un seul mot.

Selon cet auteur, la femme a tendance à s'aimer plus fortement durant une grossesse ordinaire, la relation d'objet se modifie. Son fonctionnement psychique évolue : son rapport au monde est plus indifférencié, il apparaît un désinvestissement du monde extérieur comme si elle seule existait. Son psychisme évolue de façon narcissique et fusionnelle et se concentre autour de l'enfant. Cet hyper investissement participe au bon déroulement de la grossesse et constitue les prémices de la relation mère-enfant. [16]

Il y a une intrusion de l'être humain conçu dans l'espace corporel et psychique de la femme. La femme doit entrer en relation avec Autrui d'une façon inhabituelle, Autrui se trouvant à l'intérieur d'elle, et étant inconnu. De cette façon, il lui sera possible d'établir un espace de relation interne avec l'enfant. On parle de nidification psychique, déjà abordée dans l'image du corps au 3^{ème} trimestre de la grossesse. [24]

L'espace de gestation psychique se construit en fonction de ce qu'est la femme, de son vécu, de son psychisme, mais également en fonction de la perception qu'elle a d'elle-même. Benoît Bayle parle « d'identité conceptionnelle ». La base de cette notion repose sur les questions « Qui suis-je ? », « A qui dois-je la vie ? »... Ainsi, selon cet auteur, nous sommes tous un « être conçu de tel homme et de telle femme, à tel moment de l'histoire de l'humanité et en tel lieu du monde » et possédons ainsi une identité conceptionnelle qui participe à la construction de notre identité personnelle. [2]

❖ *La gestation psychique*

Une fois la nidification psychique en place, apparaissent différents types de représentation de l'enfant par la femme, qui anticipe parallèlement la façon dont elle sera mère : la femme se prépare à son rôle maternel. Mais ces notions ayant déjà été abordées précédemment, je ne les développerai pas. Celles-ci ont pour rôle d'organiser les futures relations entre la mère et son enfant.

1) La préoccupation maternelle primaire

Le psychanalyste Donald Winnicott a employé, dès 1956, le terme de préoccupation maternelle primaire pour décrire cette hypersensibilité particulière, qui sensibilise la femme enceinte aux besoins de son enfant après la naissance. Cet état se développe progressivement au cours de la grossesse, pour atteindre un degré accru en fin de gestation, persiste quelques semaines après l'accouchement, et les mères ne s'en souviennent que difficilement. La mère est sensibilisée à son enfant et peut ainsi se mettre à sa place et répondre à ses besoins les plus fondamentaux. Winnicott parle d'un état de régression, qui va permettre la mise en place d'un environnement de qualité, nécessaire à la structuration du « moi » de l'enfant. « La femme atteint un stade, (...), pendant lequel, dans une large mesure, elle est le bébé et le bébé est elle ». [25]

Et cela suppose que la mère puisse bénéficier d'un soutien de son entourage, pour qu'elle puisse se laisser aller à cette régression psychique. [2]

A la naissance, ce rapprochement entre la mère et l'enfant aide l'instinct maternel à se développer et permet à la femme de se sentir confirmée dans son identité de mère. [25]

2) *La transparence psychique*

Plus récemment, la psychanalyste Monique Bydlowski a employé le terme de « transparence psychique ». La vie psychique de la femme enceinte se manifeste avec une « transparence » perceptible dès le début de la grossesse. Il existe une grande perméabilité aux représentations inconscientes, et aux souvenirs enfouis, du fait de la levée du refoulement et de l'association des deux états psychiques précédents. Toute cette pensée concerne les anxiétés primitives, les mécanismes d'introjection, les conflits infantiles souvent associés à la relation à la mère. Cet « inconscient à fleur de peau » va permettre à la femme de se libérer de toutes ces émotions et de se consacrer pleinement à son futur enfant. [14] [16]

La transparence psychique de la grossesse rend donc la femme accessible à des niveaux lointains de sa constitution psychique, et, quelquefois, cela peut interférer avec le processus de gestation, voire le rendre difficile ou conflictuel. [4]

L'évolution de la naissance d'un enfant jusqu'à la naissance d'une femme a été abordée au cours de cette partie, à travers l'image du corps ; le lien à la mère et au couple parental dans le désir d'enfant, car pour se sentir mère, il faut s'être éprouvée fille, puis femme. Tous ces liens sont nécessaires pour accéder à la maternité et permettre la mise en place d'un processus de gestation. Ils constituent le moteur qui permet à l'enfant de se développer.

Mais il arrive que ces liens, cet accès au statut de femme désirante, ne se mettent pas en place, et que la construction de la maternité psychique soit altérée, difficile, voire inexistante. C'est ainsi que, dans ce dernier cas, certaines femmes deviennent mères sans l'avoir voulu, ni même imaginé, comme par surprise, sans s'en rendre compte : elles présentent un « déni de grossesse ».

3. GROSSESSE : DU DESIR AU DENI

3.1. Historique [16] [26]

3.1.1. L'avortement, l'abandon d'enfant et l'infanticide dans l'Histoire

De tout temps et dans toutes les sociétés, les hommes ont cherché des moyens pour contrôler la natalité.

En l'absence de connaissances anatomo-physiologiques, on recourait à l'avortement, à l'abandon d'enfant, à la contraception ou à l'infanticide, dans le but de réguler les naissances. Dans l'antiquité grecque et romaine, la vie humaine naissante ne possédait pas de valeur en soi ; ainsi le père disposait d'un droit de vie et de mort sur ses enfants. On parlait de « sélection naturelle ». Celle-ci avait alors un autre sens qu'aujourd'hui. A la sélection naturelle, que nous connaissons actuellement et qui désigne la survie des espèces animales les plus adaptées à l'environnement, s'ajoutait la survie des enfants jugés aptes par le père.

Progressivement, les comportements se sont modifiés, et l'Eglise puis l'Etat ont condamnés ces pratiques, en incluant la contraception, qui n'était encore pas différenciée de l'avortement. La fonction et la place de mère se sont également transformées, et l'« idéal » de la maternité de l'époque antique qui était représenté par un modèle traditionnel et imposé, a évolué en une maternité contemporaine plus libre et naturelle.

Les féministes du XIXème siècle dénonçaient « l'absence de liberté de choix pour une femme de ne pas être mère », et à la fin du siècle, apparaissait le désir de protéger la femme socialement et médicalement.

En Occident, avec le XXème siècle, les techniques de contrôle de la procréation, les progrès médicaux et le renforcement des connaissances de la physiologie féminine ont accompagné l'évolution de ces différentes méthodes et on a observé une distinction entre l'avortement et la contraception, et une régression du taux d'infanticides et d'abandons d'enfants. En effet, après les années 1950, on assiste à une révolution dans le domaine de la reproduction.

La contraception est présentée différemment : elle est utilisée pour s'opposer à toute conception non désirée, et la pilule contraceptive est créée. Le refus de l'enfant « par hasard » apparaît. En 1967, la loi Neuwirth autorise la contraception en France.

Le 17 janvier 1975, la loi Veil dépénalise l'avortement.

En mars 1994, le nouveau Code Pénal supprime le caractère délictueux de l'avortement dans le cadre de l'interruption légale de la grossesse ; et fait disparaître le terme d'infanticide. La possibilité d'accoucher sous X est renforcée par la loi.

Parallèlement de nombreuses recherches permettent de mettre en évidence les troubles psychiques des futures mères, et l'angoisse, l'impuissance, à laquelle la maternité peut les exposer. Winnicott parle même d'une « maladie normale », tandis que Racamier développe le concept de « maternalité ».

Le statut social de la mère évolue et la maternité est aujourd'hui, le plus souvent désirée, et l'enfant attendu.

L'évolution de la contraception, de l'avortement, de la notion « d'abandon d'enfant » et de l'infanticide, tant au niveau social, juridique que médical, a permis de découvrir l'aspect psychique de la maternité et a probablement participé à la découverte et à l'évolution du déni de grossesse.

3.1.2. Apparition du déni de grossesse

Le terme « déni » apparaît au XIII^{ème} siècle dans la langue française au sens de « action de refuser quelque chose à quelqu'un ». Il existe comme terme législatif à partir de la première moitié du XIV^{ème} siècle : « Action de dénier quelque chose, qui est légalement dû ». Et 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 un « recel » de grossesse. Et 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. [9]

Au XIX^{ème} siècle, plusieurs médecins abordent ce phénomène. Le Dr Esquirol parle de femmes qui accouchent clandestinement et « disent ne pas s'en être aperçues ». Mais les scientifiques continuent à associer ces femmes à un état de folie transitoire, de simulation, à des conduites délictueuses, et à les assimiler à des malades mentales. [27]

Malgré cela, l'expression « grossesse inconsciente » sera introduite et les grossesses dissimulées seront différenciées des grossesses ignorées. [26]

Freud emploiera le terme de « déni » à partir de 1924 et le définit comme « un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante [...] ». Il le différencie du terme « dénégation » qu'il définit comme un « procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartient ». [28]

Il faudra attendre la fin du XX^{ème} siècle pour que le déni de grossesse commence à exister cliniquement. En effet, le terme « déni de grossesse » ne sera évoqué dans la littérature que dans les années 1970. Il ne concerne d'abord que les femmes atteintes de pathologie mentale, puis s'étend progressivement à toutes les femmes, et sera abordé régulièrement dans la littérature médicale ou par les médias.

Il tend à s'affirmer comme une entité nosographique, au même titre que toutes les autres maladies connues en psychiatrie. En effet, dans les années 1990, des spécialistes ont proposé qu'il figure dans le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM). Cette proposition n'a pas été retenue, mais l'évolution actuelle va dans le sens de sa spécificité et il est probable que le déni entre dans le DSM lors de l'une de ses prochaines révisions.

Depuis, de nombreux articles, reportages, traitent de la question du déni de grossesse : tous confirment l'existence de sa réalité clinique. L'intérêt des professionnels pour ce thème s'accroît, comme le témoignent les deux colloques organisés sur le thème du déni de grossesse en 2008 et 2009.

3.1.3. Les « bébés congelés » ou la vulgarisation du phénomène

Ces dernières années ont effectivement été marquées par une médiatisation démesurée de situations exceptionnelles de déni de grossesse.

L'affaire Courjault éclate en juillet 2006, à Séoul. Les corps de deux nouveau-nés sont découverts dans un congélateur. Le couple nie, prétend d'abord être victimes d'un complot. Mais les tests ADN montreront le contraire et Véronique Courjault avouera les faits en octobre 2006 et reconnaîtra un troisième infanticide, commis en France en 1999. Elle sera condamnée à huit ans de prison pour ce triple infanticide. [29]

Puis Dominique Laudet-Sansuc à Toulouse, Virginie Labrosse à Albertville, Valérie Le Gall à Rennes..., autant d'histoires, de femmes et de familles qui feront résonner ces mots : « bébés congelés »...

Ces affaires font ainsi jour sur un phénomène encore méconnu et tabou pour beaucoup : le déni de grossesse.

3.2. Définition

Depuis peu, les médias se sont donc emparés du phénomène, et présentent régulièrement à la population la situation la plus tragique à laquelle il peut aboutir : le meurtre d'un nouveau-né par sa mère. Incompréhension, sidération, horreur, s'emparent alors de ces gens, qui veulent comprendre : qu'est-ce que réellement un déni de grossesse ?

3.2.1. Le déni

En se référant aux définitions psychopathologiques du déni en général, on apprend qu'il s'agit d'un mécanisme de défense, une attitude de refus catégorique à l'égard d'une réalité externe, pouvant être visible pour autrui. Il se manifeste par une non prise de conscience de la réalité. Ainsi « sa manifestation est de ne pas se manifester ». Cette non reconnaissance est extrêmement forte et se produit à l'insu du sujet.

Les mécanismes de défense sont des solutions élaborées par le psychisme pour ne pas décompenser face à une menace, destinées à protéger le moi en mettant en question le monde extérieur. Le déni appartient donc au fonctionnement psychique. [9] [27] [30]

3.2.2. Les différentes négations de grossesse

Il est important de signifier qu'il existe trois types de négations de grossesse, qui ont toutes en commun le fait d'affecter la reconnaissance de la grossesse par la femme.

A l'extrémité consciente du psychisme on retrouve la dissimulation de grossesse. C'est un phénomène tout à fait conscient, les femmes ont conscience de leur grossesse, mais, pour des raisons qui leurs sont propres, cherchent à la dissimuler à leur entourage.

De façon moins consciente, mais pas totalement inconsciente, il existe la dénégation de grossesse. C'est une situation dans laquelle la femme reconnaît certains signes de grossesse mais se les refuse à elle-même, les refoult, ne voulant ou ne pouvant pas accepter sa grossesse. La femme sent bien « quelque chose » mais ce « quelque chose » n'est pas possible.

Et il faut différencier le « déni » de la « dénégation » de grossesse. Dans la dénégation il s'agit d'éliminer une représentation gênante en refusant de la reconnaître comme nous concernant, alors que dans le déni, la réalité même de la perception liée à cette représentation est niée. Le déni de grossesse se situe à l'extrémité inconsciente du psychisme. [2] [31] [32]

Au total, « la négation de grossesse désigne le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état ». [2]

3.2.3. Le déni de grossesse

Le terme déni de grossesse signifie que la femme n'a pas conscience d'être enceinte. La grossesse se déroule à l'insu de la future mère. « Le corps porte une grossesse dont le psychisme ne porte aucune trace ». [30] La gestation psychique se déroule dans l'ignorance totale de la présence de l'enfant à naître et de toutes les modifications corporelles qui s'y rattachent.

Ces femmes ne se savent pas enceintes, ne sont pas capables de se dire enceintes, le problème n'est même pas formulable. [33] « Le temps, la croissance, les maux sont arrêtés, rendant l'enfant in utero clandestin, le privant de sa réalité, et parfois même de la vie, [...] dans le cas où la femme ignore sa grossesse jusqu'à l'accouchement. » [9]

C'est une pathologie psychique grave qui montre la force du psychisme dans l'espèce humaine. En effet, il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant. La grossesse psychique, qui recouvre toute la fantasmagorie présente autour de l'enfant, est indispensable pour que la grossesse soit un événement accepté et intégré par la femme. Cet aspect psychique est une spécificité de la grossesse humaine ; la grossesse n'existe en effet qu'à partir du moment où elle est formulable, qu'à partir du moment où des mots ont été posés dessus. Sans paroles, la grossesse n'existe pas, la grossesse psychique ne se développe pas.

Le déni est donc « une grossesse physique, mais pas psychique. C'est l'envers de la grossesse nerveuse. S'il n'y a pas de grossesse psychique, il n'y a pas d'enfant, mais de la chair humaine ». [33] Véronique Courjault a ainsi déclaré aux psychiatres à propos de ses trois infanticides : « Ca n'a jamais été des enfants, c'était un peu de moi, une prolongation de moi que je tuais ». [29]

Dans le déni de grossesse, la grossesse étant un élément interne, enraciné dans le corps, le mécanisme de défense est différent d'un déni au sens général: on parle du clivage du moi, qui agit sous l'influence angoissante d'une menace. Une raison, très profonde, ferait que, pour la femme enceinte, cette naissance est insupportable, impossible. En niant la réalité, le Sujet évite de prendre conscience de son angoisse, se place au-delà. [28]

Le clivage sera d'une importance variable, allant parfois jusqu'à effacer tout sentiment maternel envers le bébé. Si le clivage est très puissant le nouveau-né peut ne plus être reconnu comme un être vivant par la mère, mais plutôt comme une chose encombrante, dont elle veut se débarrasser au plus vite. Quelques dénis aboutissent à une telle extrémité ; mais une fois le clivage réduit, la femme est souvent capable de ressentir et d'éprouver de réels sentiments maternels.

Le déni et son clivage cède dans la majorité des cas à l'épreuve de la réalité, quand elle devient impossible à dissimuler. [30]

Le déni de grossesse est reconnu comme un symptôme assez fréquent, y compris chez des femmes qui ne présentent pas de troubles psychiatriques. Il varie considérablement dans l'intensité et la durée de son expression en fonction de chaque femme.

Il peut être total, c'est-à-dire allant de la conception jusqu'au moment de l'accouchement, sans que la femme n'en prenne conscience ; ou partiel, la grossesse se révélant avant l'accouchement. [16]

Ce n'est pas une pathologie classique, que l'on peut classer ou étiqueter dans certaines catégories. [9] On peut parler de symptôme : l'étiologie n'est pas connue, il peut exister autant de causes que de cas. Le Professeur Nisand compare ainsi le déni de grossesse à la fièvre. [33] C'est « un symptôme (qui) s'inscrit dans une pathologie psychique plus ou moins grave avec des causes et des modalités différentes ». [29]

Le déni de grossesse n'est pas facile à comprendre. Il met à l'épreuve la gestation psychique, qui se met en place sur le mode pathologique de la négation. Cela suppose un mécanisme psychique inconscient, qui gomme la perception des modifications corporelles liées à la grossesse, nie la présence de l'enfant à naître et la réalité de sa venue au monde. Cette réalité clinique va être abordée dans la partie qui suit.

3.3. Réalité clinique

3.3.1. Un réel problème de santé publique

❖ *Fréquence du phénomène*

On ne peut établir qu'une estimation approximative du nombre de dénis de grossesse ; le phénomène, se terminant parfois par un infanticide, peut ne pas être découvert, et peut ne pas être pris en compte par les professionnels s'ils jugent la découverte de la grossesse assez précoce. Les chiffres sont donc probablement sous-estimés, mais des études ont été réalisées. On peut évoquer les enquêtes de Berns, en 1982, de Brezinka en 1994, ou de Wessel et Buscher en 2002.

Bien que légèrement différents, les chiffres convergent tous vers une moyenne d'1/ 450 à 500 naissances pour l'ensemble des dénis de grossesse, et de 1/ 2000 à 3000 pour les dénis totaux. Le risque de décès du nouveau-né est estimé à 1/8000. [16] [13] Les statistiques nationales du Conseil de l'Ordre des sages-femmes évaluent la fréquence du phénomène à 500 à 600 cas par an en France pour 800 000 naissances.

Il a été démontré que le déni de grossesse est une situation à risque pour la mère, comme pour l'enfant. 5 à 10% des grossesses déniées ne sont pas suivies d'une naissance et le décès se produit essentiellement in utero. Cela s'explique par l'absence de surveillance médicale et les circonstances de la naissance. Pour autant, la majorité des enfants issus d'un déni de grossesse naissent vivants, en bonne santé et sont élevés par leurs parents. [34]

De tels chiffres font du déni de grossesse un réel problème de santé publique. Malheureusement, c'est une affection qui est largement ignorée du grand public, mais aussi d'une partie du corps médical et de la justice. Les spécialistes s'accordent donc à dire que le déni mérite une prise de conscience et une réelle prise en charge de la part de l'ensemble des professionnels de santé.

❖ *Profil des femmes concernées*

Le déni de grossesse concerne une population variée, primipare ou non, sans antécédents psychiatriques souvent. Tous les milieux sociaux, toutes les tranches d'âge, toutes les constructions conjugales sont représentés. [8]

Il est important de noter que ces mères ne sont pas dénuées d'instinct maternel, mais qu'elles sont liées à une matrice maternelle qui gêne leur propre développement de mère. [9] En effet, certaines de ces femmes ont déjà été mères, des mères tout à fait respectables. Cette alternance entre une grossesse vécue normalement et un déni de grossesse montre qu'il n'y pas une structure mentale générale qui expliquerait ce phénomène, mais que ce serait plutôt du à un état ponctuel du psychisme de la femme. [30]

Le déni de grossesse toucherait donc toutes les populations de femmes. Toutefois, le Professeur Nisand nuance cette notion. N'existerait-il pas, malgré tout, une catégorie de femmes plus à risque ?

Lors du procès de Mme Courjault, il dresse, en effet, le portrait-type d'une femme victime d'un déni de grossesse. Selon lui, elle a « un look pas très féminin », des « difficultés à avoir du plaisir sexuel », un « problème de repérage dans le temps », présente « une souffrance psychique incroyable », et bien souvent, elle ne « sait pas gérer sa contraception ». [33]

Quant à Sophie Marinopoulos, elle déclare que « ce sont des femmes qui se décrivent comme ayant été des enfants discrètes, peu exubérantes, qui sont définies par leur entourage comme des femmes sans histoire ». [9] Mais elle rejoint, là, un statut de normalité qui rend au déni de grossesse son caractère polymorphe.

3.3.2. Tableau clinique

❖ *Le corps et le déni de grossesse*

Dans cette situation clinique, le corps de la femme ne se modifie pas. La femme garde une morphologie proche de celle qu'elle a habituellement. C'est la composante physique du symptôme. [16] Ce corps inchangé vient participer à la non prise de conscience de la grossesse. « Le corps éprouvé est séparé du corps pensé ». [9]

L'enfant ne bouge pas, ne se fait pas sentir. Les mouvements fœtaux peuvent être confondus avec des sensations digestives. Pour autant l'enfant se développe.

Les signes sympathiques de la grossesse sont rarement éprouvés. Les femmes continuent, dans la plupart des cas, à avoir leurs règles, ou du moins des saignements qu'elles assimilent aux règles. Et dans le cas où elles présenteraient une aménorrhée, celle-ci n'est pas prise en compte. Elles continuent leur vie quotidienne de façon ordinaire sans ressentir la moindre fatigue. [8]

❖ *Théories explicatives*

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]

« Une femme qui ne se sait pas enceinte lutte inconsciemment contre la déformation de sa silhouette en musclant sa sangle abdominale, ce qui verticalise l'utérus. Dès qu'on lui annonce (la nouvelle), la grossesse devient visible », l'utérus rebasculant vers l'avant. [29]

❖ *La révélation de la grossesse*

La femme peut prendre conscience de son état gravide à divers moments de sa grossesse : il peut être découvert suite à la sensation des mouvements fœtaux, suite à des douleurs abdominales, une aménorrhée persistante, ou parfois même au moment de l'accouchement.

L'annonce de la grossesse a un effet immédiat sur le corps, qui devient proéminent en quelques heures. La femme enceinte récupère rapidement un poids correspondant à son terme de gestation. Cela entraîne sidération et incompréhension de la part de la famille et des proches. Les femmes se retrouvent alors confrontées à plusieurs difficultés.

Elles doivent faire face à leur propre sentiment d'incompréhension vis-à-vis d'elles mêmes, elles ressentent une perte de confiance en leur corps. [34]

Sophie Marinopoulos témoigne assister, lors des consultations qui suivent la révélation de la grossesse, à une reconnaissance de certains signes, que les futures mères avaient jusqu'à présent occultés et non reconnus comme une révélation de leur grossesse.

Ainsi, certaines femmes qui n'avaient plus leurs règles, attribuaient cela à leur angoisse du moment, ou à un régime fatigant, d'autres, qui avaient pris du poids, le rationalisaient par un manque d'exercice, etc. [8]

Cette révélation peut les amener également à ressentir de la culpabilité, culpabilité d'avoir continué à fumer, d'avoir poursuivi une activité physique très intense, etc. ; de la frustration, frustration de ne pas avoir pu profiter de leur grossesse, de ne pas avoir donné suffisamment d'amour à leur enfant.

Et ces femmes doivent ensuite supporter le regard des autres : celui du conjoint qui se sent trahi, celui des enfants, des parents, de l'entourage professionnel, etc.

Elles doivent, en parallèle, accepter le processus maturatif de la grossesse en un temps extrêmement court. Et parfois, ce sont des femmes qui doivent trouver la force d'accoucher, tout en essayant de réaliser ce qui leur arrive. [9]

Dans le cas d'un déni total, l'accouchement correspond, en effet, à la découverte de la grossesse. En général, il aboutit à un accouchement au domicile de la parturiente, ou a lieu de justesse à l'hôpital. Les contractions sont d'abord assimilées à des douleurs lombaires ou digestives, et l'envie d'aller à la selle détermine le moment de l'expulsion. La femme accouche donc fréquemment, seule, chez elle, et se retrouve ensuite isolée face à l'interrogation et la suspicion de son entourage ; mais également, souvent, face à l'incrédulité du corps médical qui aggrave la souffrance de son isolement.

❖ *La contagion du déni de grossesse*

On remarque que le déni contamine l'entourage le plus avisé, qui ne voit rien des signes de grossesse, et qu'il peut, à l'occasion, duper temporairement les praticiens.

Les proches sont hors de la pensée d'une grossesse. Et au moment de l'accouchement, ils sont sidérés, ne comprennent pas, se sentent coupables de n'avoir rien vu.

Même les médecins se laissent abuser. Les femmes décrivent leurs symptômes en n'effleurant aucunement la possibilité d'une grossesse, et celle-ci étant impensée, le jugement de son interlocuteur s'en trouve perturbé. La pensée du médecin est profondément influencée par le déni émanant de sa patiente. Ainsi, une grossesse peut se retrouver transformée en une tumeur grossissante, ou un excès d'angoisse. [9]

Dans un couple le déni est également partagé. « La femme ne sent rien, l'homme ne voit rien ». La découverte de la grossesse perturbe beaucoup, choque la majorité des pères. Ils tentent d'abord d'éloigner cette annonce de leurs pensées et refusent d'intégrer cette nouvelle situation. Panique, refus, agressivité, sidération les traversent. Ils se retrouvent ainsi transitoirement face à leur propre déni, et peuvent aller jusqu'à haïr leur compagne, se sentant trahi, refusant de croire qu'elle ne se savait pas enceinte. Pour eux, il peut être possible de ne pas voir, mais il est impossible que leur femme n'ait pas senti. En revanche l'enfant est décrit comme innocent, et n'est pas objet de haine. [9] Généralement, après avoir repris leurs esprits, ces hommes se rendent compte qu'ils ne sont pas les premiers à traverser cette épreuve, et essaient de comprendre, d'accepter cette annonce. Jean-Louis Courjault a ainsi déclaré, lors du procès de son épouse, qu'il fallait « essayer de comprendre » et qu'il regrettait de ne pas avoir « perçu la détresse de sa femme ». [29]

Mais il arrive que le couple ne se remette pas de cet événement. Il est fragilisé du fait d'un climat de doute, de suspicion, de perte de confiance en l'autre.

Le déni peut être tellement fort, qu'il peut entraîner un clivage tel, que la réalité est enclavée dans l'esprit de la femme, quasiment inaccessible ; excluant par conséquent les proches de cette réalité. C'est pourquoi, la grossesse est généralement révélée par des personnes qui n'ont pas de contacts quotidiens avec la maman, et non par ses proches. [30]

Le déni de grossesse est donc relativement fréquent et peut être considéré comme un problème de santé publique. Il faut souligner la diversité des situations dans lesquelles il est rencontré : il touche tout le monde. Il fait parler de lui dans des situations très compliquées, telles que celles des infanticides, comme ce fut le cas dans l'affaire Courjault. Avec cette médiatisation le sujet est étudié de plus près, on lui porte une nouvelle attention. [8]

De quelles façons l'esprit peut-il devenir étanche aux sensations d'une grossesse ? Comment le corps peut-il devenir complice de ce phénomène à l'insu de la mère ? Ces femmes deviennent mère sans l'avoir pensé ou imaginé, dans un processus psychique altéré, encore difficile à comprendre, mais dont certains spécialistes commencent à rendre compte en présentant différentes hypothèses psychopathologiques.

3.3.3. Le déni de grossesse : hypothèses étiologiques

❖ *Abords médicaux*

1) *Stérilité*

Une grossesse peut survenir chez une femme se pensant stérile. La femme, qui a essayé d'avoir des enfants pendant des années mais qui n'y est jamais parvenue, est convaincue de sa stérilité et, du fait, qu'elle ne sera jamais enceinte.

Lorsque cette grossesse survient malgré tout, son déni apparaîtrait comme une protection contre une éventuelle déception, une nouvelle désillusion. [16]

2) *Contraception hormonale*

Une grossesse peut également survenir chez une femme utilisant une contraception hormonale. Celle-ci résulte en général d'un oubli ou d'un changement de pilule. Sous l'influence du contraceptif, des petits saignements peuvent persister et faire évoquer des menstruations. Ils correspondent à une hémorragie de la privation.

Ainsi, se croyant réglée et utilisant une contraception, la femme ne peut imaginer une grossesse. Dans ce contexte, la femme prendra conscience de son état grévide plus tardivement qu'à la normale, et cela pourra aboutir à un déni de grossesse.

❖ *Abords socio-économiques*

Aucun contexte socio-économique ne pourrait provoquer ou faciliter la mise en place du déni de grossesse. En effet, il a été vu précédemment que le déni peut toucher tout le monde : toutes les femmes, de tout âge, de milieux sociaux différents, de professions différentes. Ainsi il n'a aucune influence sur la réalité de ce phénomène.

❖ *Abords psychiques*

Le corps de la femme, en ne manifestant pas sa métamorphose, la trahit, devenant complice de sa psyché. « Le corps est-il coupable et la psyché inconsciemment responsable ? » [9]

1) Le complexe d'Œdipe au travers du contexte familial

Les femmes ayant présenté un déni de grossesse, témoignent souvent, lors d'entretiens psychothérapeutiques, d'un complexe d'Œdipe mal élaboré, induit par une fonction parentale non adaptée. On retrouve essentiellement des contextes incestueux, avec des pères excessifs, séducteurs, ne laissant pas leur fille entrer dans une vie affective extérieure à eux ; et des mères en retrait, faisant illusion de ne rien voir et de ce fait ne protégeant pas leur enfant.

Le couple parental, en ne remplissant pas ses fonctions de soins, n'acquiert pas sa position identificatoire nécessaire à la construction de l'enfant et bloque ainsi son évolution psychique. Ces femmes en renonçant à une grossesse, qui n'est d'ailleurs rarement imaginée, renoncent donc à avoir un enfant, renoncent à cet enfant de l'inceste qu'elles étaient, renoncent à une vie familiale. [9]

Ces femmes témoignent aussi parfois d'un contexte familial où l'expression émotionnelle était réduite au minimum, voire inexistante. Aucun signe d'amour, aucune communication verbale, n'est perçu dans leur famille. L'éducation des enfants y est très rigide, et conduit parfois à réduire au silence tout ce qui touche au domaine de la sexualité. Les mots tels « enceinte », « grossesse » sont bannis du vocabulaire et les femmes ignorent souvent leurs possibilités fécondantes lors des premiers rapports sexuels. [16]

Ce fonctionnement familial témoigne d'une « absence de capacité de représentation » qui occupe une place centrale dans le déni de grossesse.

Sophie Marinopoulos cite, pour exemple, une femme incarcérée pour infanticide dont la mère n'évoquait jamais ses grossesses et présentait l'enfant une fois né à ses aînés. La naissance n'était pas un évènement dont on parlait dans cette famille, « l'enfant arrivait après une grossesse non dite ». Cette absence de langage pourrait expliquer son déni de grossesse. [9]

J'ai choisi, après avoir évoqué ce premier abord psychique, de présenter la psychopathologie du déni de grossesse à travers les différentes structures de la personnalité. Elles m'ont été enseignées en cours théoriques par le Docteur Paul, et le Docteur Lemler les a développées lors de la journée annuelle du Conseil de l'Ordre de Moselle sur le déni de grossesse, le 18 mars 2010.

Chaque sujet est unique en cela qu'il existe une structure propre à chaque individu. La personnalité peut ainsi s'exprimer à travers une structure névrotique, psychotique ou perverse, 3 structures sont possibles pour chacun. Elles correspondent au mode de fonctionnement intime et ne s'exprimeront qu'à partir du moment où il y aura une pathologie.

J'aborderai ainsi le déni de grossesse à travers cette question : Le déni repose-t-il sur une structure névrotique, psychotique ou perverse ?

2) Le déni : structure névrotique ?

Face à quelque chose d'insupportable l'être humain met en place des outils pour se défendre. Ils correspondent à des mécanismes de défenses.

Le refoulement est le mode de défense le plus habituel, qui se met en place selon un processus névrotique. Il se définit comme « l'opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient, des représentations liées à une pulsion (dont) la satisfaction (...) risquerait de provoquer du déplaisir à l'égard d'autres exigences ». Le sujet repousse et maintient à distance du conscient des représentations considérées comme désagréables, car inconciliables avec le Moi. Ces représentations sont intégrées par le sujet et possède une élaboration minimum dans le psychisme de celui-ci. [28] [35]

Le mécanisme qui se développe dans un déni de grossesse est sous-jacent à la structure de la personnalité. Ainsi, dans une structure névrotique, le refoulement apparaît donc comme le mécanisme de défense mis en place face à ce phénomène. La femme est enceinte sans en avoir conscience, la grossesse se déroule à son insu. L'état gravidique existe sans aucune représentation affective. Lorsqu'il se passe quelque chose dans le corps, l'affect est dénié, neutralisé.

Et c'est la parole de l'autre qui fera interprétation, qui va permettre de lever le refoulement. La verbalisation de la grossesse va permettre à quelque chose de s'ouvrir, va permettre l'élaboration même de cette grossesse, et c'est là, la base de la structure névrotique. Le langage nous permet d'accéder à la structure. A travers l'annonce de la grossesse, la femme va donc prendre conscience de cette réalité et commencer à élaborer et intégrer celle-ci. [35]

Cette structure névrotique rassemblerait donc l'ensemble de ces femmes dont le corps, dès l'annonce de la grossesse, se modifie, intègre et accepte les modifications corporelles liées à son état, et qui, jusque là, ne laissait rien paraître. Du fait de l'intégration de la grossesse, à travers son acceptation physique, le lien psychique avec l'enfant semble être possible, et facile à se mettre en place.

3) Le déni : structure psychotique ?

Dans une structure psychotique, ce n'est pas le refoulement qui intervient. Le mécanisme agissant serait celui de la forclusion et il se mettrait en place selon un processus psychotique. Elle serait le rejet de quelque chose qui n'est pas contenu dans l'inconscient du sujet, n'est pas symbolisé, n'a pas d'inscription au niveau du psychisme. [28] [36]

Le déni de grossesse se développe dans une structure. Ainsi, dans une structure psychotique, lors d'un déni de grossesse, c'est comme si une partie du corps n'existait pas ; comme si cette partie n'avait pas pu être symbolisé. Le mécanisme du délire induit donc l'inexistence d'une partie du corps.

On peut évoquer pour illustrer cela la perturbation de l'image du corps. La grossesse nécessite que la future mère accepte la présence d'autrui à l'intérieur d'elle-même. Une agénésie partielle du schéma corporel pourrait donc expliquer un déni de grossesse, il ne se conforme pas selon la possibilité d'y concevoir un enfant. Si le sujet se retrouve face à une interdiction d'enfant, la représentation de la capacité à procréer de la femme est altérée. L'image du corps ne peut intégrer celle de l'enfant et le désir d'enfant devient impensable. Les liens du corps avec la gestation disparaissent.

L'image inconsciente du corps influence le schéma corporel, et il y a une « dissociation du schéma corporel et du corps gestationnel ». Ainsi, la femme est enceinte sans le savoir. Le schéma corporel étant altéré, il n'intègre pas les modifications du corps gestationnel qui est devenu autonome, et les transformations corporelles de la femme ne sont pas perçues. [37]

Dans le cas d'une structure psychotique, ni la verbalisation, ni l'accouchement ne permettront à la femme de réaliser son accès à la maternité, à son statut de mère, ils n'auront pas de valeur thérapeutique. Du fait que la grossesse ne soit pas considérée, par la patiente, comme faisant partie d'elle-même, la capacité d'investir son enfant apparaît comme plus difficile.

On peut ainsi penser que dans les cas de déni de grossesse reposant sur une structure psychotique, le lien mère/enfant ne se fasse pas. Les cas d'infanticides connus ou les cas dont les professionnels de santé n'auront jamais connaissance pourraient donc faire majoritairement partie de cette structure psychotique.

Est-ce que ce corps gestationnel a été intégré dans l'esprit du sujet puis refoulée, ou n'a-t-il jamais été intégrée par celui-ci et a été forclos de son psychisme ? Le déni de grossesse appartiendrait-il ainsi au domaine de la névrose ou au domaine de la psychose ? C'est tout le débat actuel de la littérature psychiatrique. [35]

Le Docteur Lemler a introduit une nouvelle réflexion lors de la journée annuelle du Conseil de l'Ordre de Moselle sur le déni de grossesse, et a présenté cette question: « Le déni de grossesse pourrait-il appartenir à une structure perverse ? »

4) Le déni : structure perverse ?

Le psychiatre-psychanalyste Daniel Lemler a ainsi proposé la formule suivante pour évoquer le déni de grossesse : « Je sais bien, mais quand même... ». A travers cette formule, il présente le « déni » au sens le plus strict que les psychanalystes le considèrent.

Un des éléments de la phrase est refoulé, l'autre est conscient ; mais dans la perversion cette limite est assez floue à définir :

- Je sais bien que j'attends un enfant, mais quand même je ne suis pas enceinte ;
- Je sais bien que je suis enceinte, mais quand même je n'attends pas un enfant ;
- Je sais bien que j'ai été violée, mais quand même je ne suis pas enceinte ;
- Je sais bien que j'attends un enfant, mais quand même je n'ai pas eu de rapports sexuels...

Cette formule illustre la situation clinique, et peut dévoiler certaines explications du cas rencontré. Mais, elle peut également entraîner l'incrédulité du corps professionnel. Il est donc important de souligner que ce « je sais bien » est totalement différent du « elle savait » que peut employer la justice.

A un moment ce « je sais bien » a pu émerger, mais fut tellement insupportable qu'un mécanisme de défense s'est mis en place. La patiente a pu le savoir mais ne le sait plus. [35]

Plusieurs hypothèses peuvent être présentées dans le cadre de cette formule :

- « Je sais bien que je suis enceinte, mais quand même je n'attends pas d'enfant » : **absence de représentation de l'enfant.**

Le lien psychique entre la mère et le fœtus n'existe pas lors d'un déni de grossesse. Il n'y a donc pas d'enfant, c'est comme s'il ne se passait rien. [9] Le déni de grossesse suppose ainsi une nidification psychique inhabituelle. La relation d'objet de la femme ne se modifie pas, et celle-ci rejette la présence d'autrui à l'intérieur d'elle-même. L'espace maternel de gestation psychique ne parvient pas à se constituer, aucune pensée, aucun espace n'est accordé à l'enfant. [2]

- « Je sais bien que j'ai été violée, mais quand même je ne suis pas enceinte » : **ambivalence du désir d'enfant.**

Par le déni qu'elle présente, la femme nierait la présence d'autrui à l'intérieur d'elle-même, parce que cela lui « amène des représentations insupportables ». Lors d'une conception après un traumatisme sexuel, l'enfant peut, en effet, amener à la mère des représentations douloureuses, telles que l'image de son agresseur, d'humiliation, voire de culpabilité dans les cas d'adultère.

Aborder le déni de grossesse sous l'angle de la structure des personnalités est quelque chose qui reste une hypothèse dépliée par des spécialistes et qui répond à un long travail d'élaboration par ces analystes. Ainsi, cette théorie paraît difficile à utiliser au quotidien, lors de notre exercice professionnel, mais elle nous apporte une vision un peu plus approfondie des étiologies de ce phénomène.

Un puissant mécanisme psychique se met donc en route et efface de la conscience, ces réalités, que sont la grossesse et le fœtus, entraînant la complicité du corps même de la mère et l'aveuglement de son entourage. Si dans la majorité des cas, le dénouement est heureux et le lien entre la mère et l'enfant possible, l'issue peut être dramatique.

3.3.4. Déni de l'altérité : l'infanticide

Le dictionnaire Larousse donne de l'infanticide la définition suivante : « meurtre ou assassinat d'un nouveau-né dont la naissance n'est pas déclarée ».

Le Code Pénal en donnait jusqu'au 1^{er} mars 1994 la définition suivante : « L'infanticide est le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né ». Depuis, le terme d'infanticide n'apparaît plus. On parle désormais de « meurtre commis sur un mineur de moins de 15ans ». Il est puni de réclusion criminelle à perpétuité.

L'infanticide est donc actuellement considéré comme un homicide. Cela implique une expertise médico-légale, qui détermine les circonstances de la mort et si l'enfant a vécu ou non, et une expertise psychiatrique systématique. L'article 121-1 du Code Pénal précise, en effet, que « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ». [16]

L'infanticide est plus probable lorsque la femme a dénié sa grossesse tardivement, que l'accouchement en est son mode de révélation et qu'il se déroule de façon clandestine, en dehors des structures médicalisées, surprenant la patiente. [16]

Dans des situations pareilles, l'enfant décède de ne pas avoir existé dans la tête de sa mère, de ne pas avoir été attendu. « C'est bien souvent sa mort qui fait prendre conscience à la mère qu'il était vivant ». [1]

La femme en état de choc se trouve dans l'incapacité de prodiguer les premiers soins à son enfant, ou agit de façon incohérente : le décès survient par omission de soins. Elle ne parvient pas à prendre conscience de son accouchement, ni de la réalité de son enfant.

D'autres, emportées par la surprise, la sidération, n'ont qu'une idée en tête : se débarrasser de l'enfant. Le décès survient suite à un accès de violence de la mère. Contrairement aux situations précédentes, les femmes prennent conscience très brutalement de la réalité de leur enfant, et cela les place dans une situation de grande détresse, de dépersonnalisation. Le crime peut être très violent, et parfois certaines mères n'éprouvent aucune culpabilité bien qu'elles reconnaissent la faute de leur geste. Elles conservent en général le corps du nouveau-né à proximité, dans leur domicile, comme un témoin de l'existence de l'acte, de leur souffrance. [9]

Ce geste manifeste la prolongation du déni de grossesse. Dans ces cas, qui ne sont heureusement qu'une issue assez rare du déni, l'existence de l'enfant est annulée. Et, en général, ces femmes ne sont donc pas conscientes de leurs actes au moment des faits. La peine est donc à adapter... Le professeur Nisand se positionne en affirmant qu'elles ne peuvent pas être condamnées comme des meurtrières d'enfants, mais que ce serait un déni du déni de ne pas les condamner. [23]

Cette première partie apporte donc les fondements théoriques du déni de grossesse. Et, quelles que soient les étiologies de ce phénomène, il convient de reconnaître la complexité de la mise en place de la gestation psychique.

En effet, lors d'un déni, celle-ci ne s'installe pas de façon ordinaire et provoque par conséquent de multiples effets, tels que l'absence des transformations habituelles du corps ou le déni de la présence de l'enfant à naître. Il est important alors, après la découverte de la grossesse, de tenir compte de la manière dont la femme entrera en relation avec son enfant. Leur offrir un accompagnement de qualité semble ainsi une priorité. [2]

De plus, le déni constitue une question émergente de santé publique. Bien qu'il commence à être assez largement documenté sur le plan obstétrical et psychiatrique, et que son incidence ait été établie à environ 1 cas sur 450 grossesses, le déni de grossesse continue à être méconnu de nombreux professionnels et ignoré des politiques de santé publique. Les soignants doivent y être sensibilisés.

Partie 2 :

L'enquête : présentation & résultats.

1. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

1.1. Problématique

« Ca n'a jamais été des enfants, c'était un peu de moi, une prolongation de moi que je tuais », déclarait Véronique Courjault lors de son procès.

Le nombre d'enfants morts à l'issue de dénis de grossesse est peu important, mais les histoires d'infanticides récentes médiatisées ont agité l'opinion publique.

Au-delà de ces crimes, le déni de grossesse est un phénomène dont on parle de plus en plus et dont la réalité est établie sur le plan médical. Avec 500 à 2000 femmes de tous milieux, concernées chaque année en France, il constitue un véritable problème de santé publique.

Au vu de l'actualité donnée au déni de grossesse, et ne connaissant pas l'attitude des professionnels face à ce phénomène, je me suis demandée *comment le déni de grossesse était appréhendé par les sages-femmes sur leurs différents terrains de lieu d'exercice*, et cela, dans le but de connaître leurs ressentis et les pratiques qu'il existe face à ce phénomène.

De par l'analyse de cette question de recherche, et les connaissances théoriques acquises dans la première partie, j'essayerais, dans une dernière partie, d'en tirer une ligne de conduite pour ma future pratique professionnelle.

1.2. Objectifs

En tant que future professionnelle de santé, je me sens interpellée par ce phénomène, et souhaite, grâce à ce travail, établir une discussion et des pistes de réflexion pour mieux comprendre le déni de grossesse, et pour pouvoir répondre à la problématique que je me suis posée. Pour cela, j'ai fixé plusieurs objectifs de base à mon travail de recherche :

- Apprécier les connaissances et les pratiques des sages-femmes sur le terrain face au phénomène qu'est le déni de grossesse.
- Apprécier le ressenti et/ou le vécu des sages-femmes face au déni de grossesse.
- Etablir une discussion et des pistes de réflexions concernant la prise en charge des patientes dont la révélation de la grossesse s'est faite tardivement.

1.3. Hypothèses

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

- L'actualité importante que rencontre le déni de grossesse remet en question beaucoup de croyances qu'avaient les sages-femmes sur la maternité, et en cela, la compréhension générale de la grossesse humaine.
- Les sages-femmes se sentent interpellées par ce phénomène, mais se sentent démunies, troublées, embarrassées, angoissées face à lui.
- La première rencontre entre la femme enceinte et la sage-femme est primordiale, de par les rôles d'information, d'accompagnement et de soutien que possède cette dernière.
- Une sensibilisation des équipes médicales à cette situation est nécessaire et une prise en charge par une équipe interdisciplinaire travaillant en réseau doit s'organiser.

2. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

2.1. Choix et présentation de l'outil de l'enquête

Pour évaluer ma question de recherche, il m'a semblée pertinent de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes de différents secteurs.

J'ai choisi cette méthode car elle permet de guider la personne interrogée tout en la laissant s'exprimer librement. En effet, le sujet de mon travail étant souvent peu connu, il m'a semblée important d'être présente pour pouvoir répondre aux questions ou aux incompréhensions des sages-femmes, et ainsi d'établir un véritable échange.

Ce type d'outil permet, au-delà d'obtenir des informations, l'opinion, les sentiments du professionnel interrogé, d'approfondir des points importants en fonction du déroulement de chaque entretien, de comprendre ce que les personnes peuvent penser sur un sujet, et d'obtenir des réponses spontanées, sans réflexion au préalable.

Un entretien semi-directif porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans un guide de l'entretien. J'ai donc mis au point un outil d'enquête, constitué de 27 questions et abordant successivement 5 thèmes. {Annexe 1}

L'entretien commence par une présentation rapide de la sage-femme interrogée, après laquelle sa définition personnelle du déni de grossesse est évoquée. Le thème suivant, en tant qu'« approche générale », permet de faire un bref état des lieux des connaissances de la sage-femme sur le phénomène. Puis les différents cas de déni de grossesse auxquels elle a été confrontée sont retracés sous le thème de « réalité clinique ». Une discussion plus ouverte débute ensuite, en questionnant le « ressenti et le vécu de la sage-femme », et « la prise en charge des patientes ayant présenté un déni de grossesse » ; cela permettant à la soignante de discuter et de débattre de cette prise en charge ou de suggérer des modifications à lui apporter.

Avant de commencer mon étude, l'outil a été testé pour évaluer la compréhension et la pertinence des questions auprès de deux sages-femmes, et pour me permettre ainsi de les réadapter ou reformuler.

Chaque entretien a été réalisé de façon individuelle avec une seule sage-femme à qui il était précisé que l'exploitation des données était anonyme. L'outil a servi de base à l'échange qui durait en moyenne 15 à 20 minutes. Chaque réponse a été retranscrite sur le guide de l'entretien.

2.2. Terrain d'exploitation de l'enquête

2.2.1. Lieu et période de l'enquête

Les entretiens ont été réalisés à partir du début du mois de novembre 2009 jusqu'à la fin du mois de janvier 2010, soit sur une durée de 3 mois.

Je me suis rendue à l'Hôpital Maternité de Metz, et à l'Hôpital Bel-Air de Thionville, tous deux établissements de niveau IIB, dans les services : grossesses à risques, suites de couches et salles de naissances. Je me suis également tournée vers le secteur de protection maternelle et infantile de la région.

Mon étude n'est pas ciblée sur un hôpital en particulier, car je voulais éviter de retrouver une homogénéisation des réponses, qui aurait pu être liée à une politique de service spécifique à l'établissement

2.2.2. Population

J'ai choisi d'interroger des sages-femmes des trois services cités précédemment, ainsi que des sages-femmes de PMI pour la diversité de leurs activités, de leurs expériences, de la population rencontrée, et de leurs opinions. Je n'ai pas fait de distinction entre les sages-femmes qui avaient ou qui n'avaient pas rencontré de cas de déni de grossesse, leur ressenti sur le phénomène me paraissant tout aussi important.

J'ai ainsi rencontré 26 sages-femmes, toutes sur leur lieu et durant leur temps de travail, qui ont été choisies de manière tout à fait aléatoire.

Les résultats des échanges avec celles-ci vont être exposés dans la partie qui suit.

3. RESULTATS DE L'ENQUETE

Après avoir présenté la population interrogée, les réponses des différents thèmes de l'entretien seront abordées successivement, afin de confronter les avis et opinions des sages-femmes et de permettre une exploitation des résultats dans une troisième partie. Elles seront présentées sous forme de graphiques, de pourcentages ou de statistiques.

➤ Population rencontrée : « Présentation de la sage-femme »

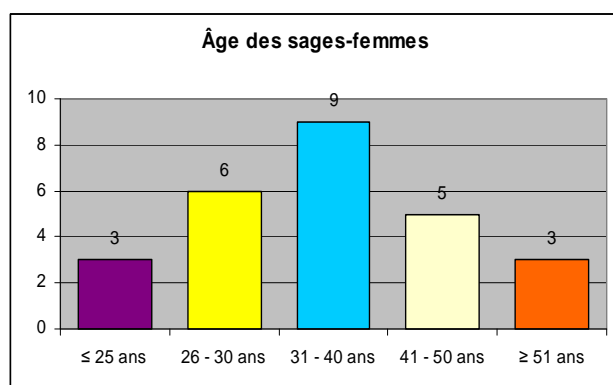


Figure 1

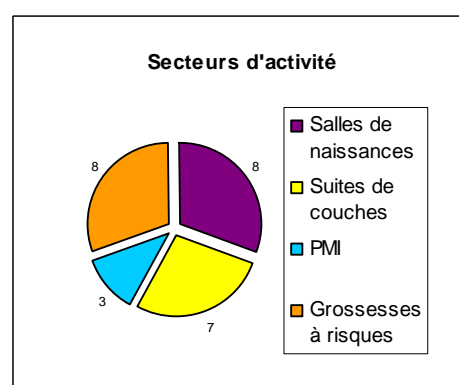


Figure 2

3.1. « Définition »

➤ *Qu'est-ce que pour vous un déni de grossesse ?*

Sur les 26 sages-femmes interrogées, 6 ont défini le déni de grossesse comme le fait de « ne pas se rendre compte d'être enceinte ».

17 ont précisé que cela s'établissait de façon inconsciente. L'une d'elles a souligné que c'est « un phénomène très complexe et ambigu à définir ». Une autre dépeint ces femmes comme « des femmes cliniquement enceintes mais qui n'intègrent pas psychologiquement leur grossesse », une troisième indique que, pour elle, « ces femmes rejettent l'idée d'être enceinte, d'avoir un bébé, elles n'arrivent pas à le réaliser, à mettre des mots dessus ». Une autre sage-femme stipule que « ces femmes se voient grossir, mais qu'il n'y a pas de bébé, qu'elles n'ont pas de règles mais ne se posent pas de questions. Elles sont dans la négation de cette possibilité, ce bébé n'a pas de représentation pour elles ».

Parmi elles, 3 émettent tout de même un doute par rapport à certaines de leurs patientes, à savoir si le phénomène est réellement inconscient.

Et 4 définissent le déni de grossesse par rapport au terme de la révélation de la grossesse : ainsi, ne serait un déni de grossesse, que les grossesses révélées lors du dernier trimestre. L'une d'elles, par contre, se questionne à propos de la prise de conscience par rapport au terme : « Parle-t-on de déni avant le terme ? Si la découverte a lieu avant l'accouchement est-ce un déni ? »

3 des 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.

➤ *Percevez-vous l'une de ces situations comme un déni de grossesse ?*

Une femme a conscience de sa grossesse, mais pour des raisons qui lui sont propres cherche à la dissimuler à son entourage :

OUI : 2/26

NON : 24/26

Une femme se sachant enceinte, continue à faire du cheval jusqu'à son dernier mois de grossesse :

OUI : 3/26

NON : 23/26

Une femme prise de violentes douleurs abdominales se rend à l'hôpital, et on lui apprend qu'elle est enceinte et qu'elle va accoucher :

OUI : 26/26

NON : 0/26

Une femme accouche sans qu'elle s'y attende, seule, chez elle, sans avoir eu conscience de sa grossesse, et ne reconnaît pas l'enfant comme un être vivant :

OUI : 25/26

NON : 1/26

Seules les deux dernières situations définissent un déni de grossesse. Parmi les 26 sages-femmes interrogées, 21 ont cette représentation du phénomène. La définition de chacune étant personnelle et singulière, cela explique que leur perception puisse être différente. La deuxième situation est celle qui a posé le plus de difficultés aux sages-femmes, et plusieurs, après réflexion, ont écarté un déni de grossesse et l'ont définie comme situation à risque, imprudente.

3.2. « Approche générale »

➤ *Avez-vous une idée de la fréquence du phénomène en France ? Si non, pensez-vous que c'est : 1%, 1/1000 ou 1/10 000 ?*

Seules 8 des sages-femmes interrogées ont avancé une valeur spontanément, les 18 autres ont répondu après proposition.

Parmi les 8 sages-femmes ayant proposé un chiffre, 4 avancent une valeur de l'ordre de 1% (3%, 5%, 2%, 1%). Deux d'entre elles estiment qu'il existe un cas de déni pour 500 grossesses, une autre considère la fréquence à 1/1000 et la dernière évoque 100 cas par an en France.

Pour 7 des 18 autres sages-femmes, le déni est un phénomène relativement rare et elles estiment sa fréquence à 1/10 000. L'une d'elles précise qu'« il est important de différencier le déni de grossesse et les grossesses cachées, qui sont beaucoup plus fréquentes ».

5 évaluent sa fréquence à 1/1000, et aucune à 1%.

Trois d'entre elles considèrent que la fréquence du déni de grossesse ne peut être établie qu'en fonction de la définition qu'on donne à ce phénomène, et qu'elle est donc variable.

Trois autres pensent qu'il est beaucoup plus fréquent que les estimations présentées, notamment en affirmant que « certaines déclarations tardives de grossesse que les sages-femmes rencontrent régulièrement sont aussi des formes de déni ».

➤ *Pensez-vous qu'il existe un risque pour la mère ou l'enfant suite à un déni de grossesse ? Si oui, de quel ordre ?*

Parmi les 26 sages-femmes interrogées, une seule estime qu'il n'existe aucun risque pour la mère ou l'enfant suite à un déni de grossesse. 3 considèrent que ce n'est pas systématique et que ça dépend des cas. L'une d'elles avance que « dans la plupart des cas, tout se passe bien ; mais qu'il faut néanmoins toujours rester attentif ».

Les 22 autres estiment donc qu'il existe un risque pour la mère ou l'enfant.

- 8/26 évoquent un risque psychologique pour la mère qu'elles estiment « important », elles présentent plusieurs risques tels qu'« une forte culpabilité pour la mère », « par rapport à l'entourage familial », « une dépression, ou décompensation psychique », « une perte de confiance en soi »...

- 12/26 décrivent des risques liés aux modalités de l'accouchement, « si la femme est seule », « des risques physiques du fait d'une absence de suivi de grossesse ou d'actes qui ont pu être nocifs pour la grossesse (drogues, alcool) », un risque de « mauvaise adaptation de l'enfant à la naissance ».

3 d'entre elles se surprennent à constater qu' « en général ces femmes accouchent bien, que tout se passe bien ». Elles en sont épatées.

- 15 des 26 sages-femmes questionnées parlent de la difficulté ou de l'absence de la mise en place du lien mère-enfant. Considérant que la grossesse n'est pas investie, une sage-femme se demande si l'enfant le sera à son tour. Plusieurs d'entre elles évoquent le risque de maltraitance du fait de l'absence de lien mère-enfant, et l'une d'elle précise que « ce sont des enfants à protéger ».

- 10/26 abordent le risque d'infanticide. « La mère peut ne pas reconnaître le bébé comme étant le sien, le rejeter, et cela pourra aboutir à un infanticide ». « La mère peut le tuer puisqu'il n'existe pas en tant qu'enfant ». Pour 2 d'entre elles, « c'est à ça qu'elles pensent en premier ». Une autre ajoute que les dénis de grossesse « doivent assez souvent déboucher sur un infanticide [du fait d'une] non reconnaissance de l'enfant comme tel ».

➤ *Pour vous est-ce qu'une femme est capable d'investir sa place de mère suite à la révélation de la grossesse ?*

Les 26 sages-femmes interrogées pensent qu'une femme est capable d'investir sa place de mère après la révélation de la grossesse.

13 d'entre elles l'affirment simplement. L'une de ces 13 sages-femmes avance qu' « il va manquer une partie de l'intellectualisation de la grossesse [à ces femmes], mais qu'elles peuvent la rattraper. Les mères ont une telle compétence qu' [elle] pense que tout est possible ». Une autre pense que « le fait de ne pas vivre sa grossesse n'influence vraiment pas la relation future avec l'enfant » et illustre cela avec l'adoption.

Les 13 autres pensent également que c'est possible mais elles nuancent leur position en précisant, pour 8 d'entre elles, que cela nécessite un réel accompagnement de la part des professionnels et, pour 5 d'entre elles, que cela dépend du contexte.

L'une d'elle précise que cela est possible « surtout si la patiente est bien entourée et accompagnée par une équipe multidisciplinaire qui la déculpabilise », une seconde déclare qu' « il faudra plus de temps » et que cela « nécessitera du travail ». Une autre énonce que « le travail à faire dépendra du contexte social, du projet d'enfant qui existait ».

3.3. « Réalité clinique »

➤ *Avez-vous déjà rencontré une ou plusieurs femmes ayant présenté un déni de grossesse au cours de votre exercice professionnel ?*

Parmi les 26 sages-femmes interrogées, 23 ont déjà rencontré au moins un cas de déni de grossesse, et trois n'en ont jamais rencontré. Plusieurs sages-femmes ont insisté sur la différence entre les grossesses cachées et les cas réels de déni de grossesse.

Elles ont choisi de m'exposer un ou plusieurs cas en fonction de ceux dont elles se souvenaient, et j'ai ainsi recueilli le témoignage de 27 cas de déni de grossesse.

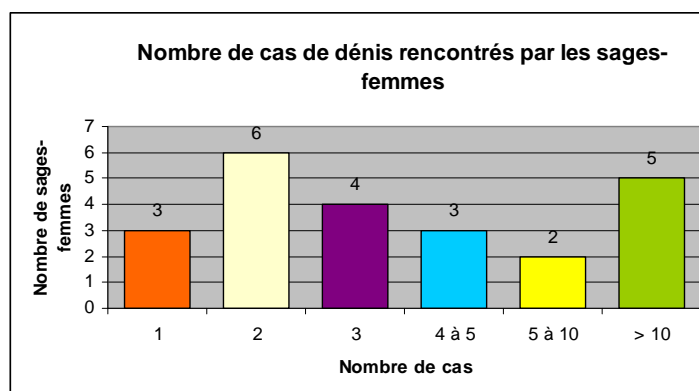


Figure 3

➤ *Les caractéristiques de ces différents cas de déni de grossesse sont exposées dans les graphiques ci dessous.*

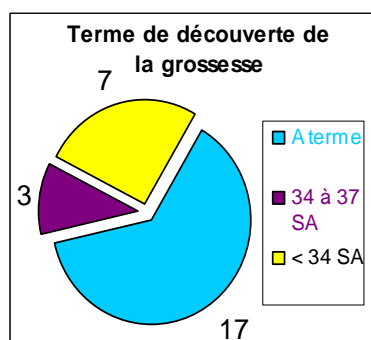


Figure 4

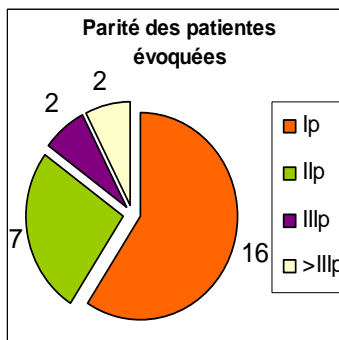


Figure 5

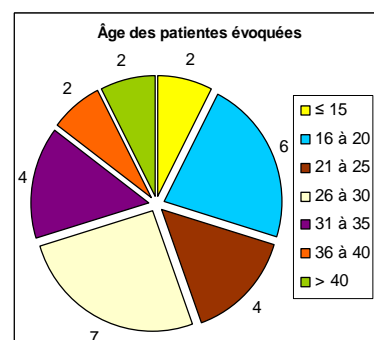


Figure 6

On remarque que dans une grande majorité des cas les sages-femmes évaluent la découverte de la grossesse, des patientes qu'elles ont rencontrées, au moment du terme ou en toute fin de grossesse. Selon plus de la moitié des sages-femmes interrogées les patientes évoquées sont des primipares. Cependant l'âge de celles-ci est assez variable. On note toutefois une légère supériorité de cas exposés entre 26 et 30 ans.

J'ai choisi de présenter les résultats des questions relatives à ce thème : « Réalité clinique », sous forme de vignettes cliniques, et je vais ainsi rapporter 5 cas de déni de grossesse relatés par les sages-femmes au cours des entretiens.

- Le premier cas concerne une troisième pare, âgée de 35 ans. Elle s'est rendue à l'hôpital pour des douleurs abdominales et on lui a appris sa grossesse. Elle a accouché le lendemain d'un enfant de plus de 3kg.

Cette femme était secrétaire médicale, et avait encore travaillé la veille de la naissance au cabinet. Personne, ni à son travail, ni à la maison, n'avait rien vu. La sage-femme a rencontré cette femme après l'accouchement.

Elle nous relate que la patiente a d'abord beaucoup culpabilisé, qu'elle ne comprenait pas ne pas s'en être rendu compte, car elle avait déjà deux enfants. Elle a également repensé à tout ce qu'elle avait fait durant la grossesse et qui aurait pu être nocif pour l'enfant. Elle a déclaré à la sage-femme « Si j'avais su que j'étais enceinte, j'aurai arrêté de fumer ! ». Elle fut distante le premier jour, le temps d' « apprivoiser son enfant ».

Un suivi par un psychologue a été mis en place et elle a rapidement réussi à accepter sa place de mère, à investir l'enfant. Devant son enfant, elle a dit « Mon pauvre petit, tu as quand même réussi à devenir un beau bébé ! ». Elle le considérait par la suite « comme un cadeau ».

- Une autre sage-femme m'a relatée le cas d'une jeune femme, que l'on appellera Laura, primipare de 30 ans. Cette femme a accouché chez elle et est arrivée à la maternité avec le SAMU.

La sage-femme m'expose d'abord le contexte. Laura est âgée de 30 ans et vit encore chez ses parents. Elle est comptable. « C'est quelqu'un de bien, de normal » me souligne la sage-femme. Elle a accouché, sans s'y attendre, chez elle, en pleine nuit, dans la salle de bains.

Après cela, elle a laissé l'enfant dans la baignoire, vide d'eau, s'est recouchée sans bruit et a attendu. C'est le père de cette jeune fille qui, attiré par les pleurs de l'enfant, l'a découvert, encore vivant, déposé simplement dans le fond de la baignoire. Il fut très choqué, personne ne s'était rendu compte de la grossesse. Après avoir compris que c'était l'enfant de sa fille, il a appelé le SAMU et cette jeune fille est arrivée à la maternité.

Au départ, celle-ci était en état de choc, elle agissait comme si elle ne s'en rendait pas compte. L'enfant fut hospitalisé en néonatalogie et Laura n'allait presque jamais le voir. Elle y est allée 2, 3 fois pendant son séjour et était hésitante à le garder. Elle ne l'investissait pas du tout, ni dans les gestes, ni dans les mots. Toutefois, la sage-femme me raconte qu'elle a tenu, une seule fois, des propos très durs envers le nouveau-né : « J'aurai préféré qu'il meurt ». Ses parents ne sont jamais venus la voir, et le compagnon de Laura était là mais ne parlait pas.

Elle a pris la décision de l'abandonner au troisième jour de vie de l'enfant. Elle n'en a pas parlé, n'a rien exprimé sur sa grossesse, ni son enfant, et Laura est rentrée chez elle, « comme si l'histoire n'avait pas existé ».

- Le troisième cas m'a été relaté par une sage-femme exerçant en salle de naissances. Il concerne une femme de 40 ans ayant déjà un enfant.

Cette femme est venue consulter pour des douleurs abdominales. Porteuse d'un fibrome, elle pensait que c'était ce qui lui faisait mal.

C'est la sage-femme qui l'a accueillie. Elle était convaincue d'être face à un problème gynécologique, mais pour éliminer de façon certaine une cause obstétricale, elle l'a tout de même examinée. Elle fut très surprise de constater que la patiente était à dilatation complète et qu'elle allait accoucher. C'est elle qui lui a annoncée la grossesse, ce qu'elle me qualifie de « difficile », et « trop rapide ». Elle lui a seulement déclaré qu'elle allait accoucher, que c'était imminent, et a effectué une préparation accélérée à l'accouchement.

La patiente fut abasourdie, suffoquait, ne comprenait pas. Elle a accouché dans la demi-heure suivante. Le père était dans la salle d'attente, et n'a été mis au courant qu'après l'accouchement. La sage-femme lui a annoncé sa paternité. Il était sidéré. « Ce n'était pas possible, il n'emmenait pas sa femme pour ça ». Après avoir repris ses esprits, il a accepté de voir l'enfant.

Lors des deux heures de surveillance en salle de naissances, la patiente s'est montrée tout de suite attendrie, très maternante envers son enfant, « comme si elle avait su qu'elle était enceinte » ; tout comme son mari, qui au bout des 2 heures avait réussi à accepter la situation.

- Le cas suivant relate l'histoire d'une jeune fille de 13 ans, que l'on appellera Sophie, qui a appris sa grossesse au moment de l'accouchement. Elle est venue consulter en pédiatrie avec ses parents pour des douleurs abdominales et est arrivée en salle de naissances à dilatation complète.

Sophie a accouché très rapidement, ne réalisait pas du tout la situation, était très renfermée, parlait très peu. Le père n'a pas été évoqué. D'après la jeune fille, elle n'avait jamais eu de rapports sexuels. Elle a éprouvé de grosses difficultés à prendre l'enfant dans ses bras.

Sa famille était très présente, mais ne comprenait pas. Ils qualifiaient Sophie d'enfant sérieuse à l'école, qui ne sortait pas. Le père de la jeune fille dominait en quelque sorte la situation, il voulait faire passer cet enfant pour le leur, car pour cette famille, qui est apparue comme très conservatrice pour la sage-femme, il était impossible que Sophie ait un enfant aux yeux de la société.

Pour la sage-femme cet homme a eu une attitude qu'elle a qualifiée d'étrange, il a accepté très vite la situation et avait l'air « trop heureux ». Une enquête sociale a été entreprise pour évaluer le contexte familial.

Sophie est rentrée au domicile familial avec son enfant.

- Le dernier cas concerne une femme de 40 ans, qui souhaitait avoir des enfants depuis longtemps, mais qui pensait être stérile. Celle-ci a consulté plusieurs fois pour des signes équivalents à des signes sympathiques de grossesse : nausées, œdèmes, fatigue..., mais qui n'ont jamais été qualifiés comme tels. Son médecin qui la croyait stérile n'a en effet jamais imaginé qu'une grossesse pouvait en être la cause.

C'est ainsi que, lors d'une soirée avec son mari, cette femme fut prise de maux de ventre qu'elle assimila à des coliques et s'isola aux toilettes. Quelques instants après elle avait accouché.

La sage-femme qui m'a rapportée ce cas travaille en PMI et n'a pu la rencontrer qu'une seule fois lors de son retour à domicile. C'est une femme qui lui est apparue très heureuse, qui s'occupait très bien de son enfant et qui était déjà très complice avec lui.

Plusieurs sages-femmes m'ont également évoquée des cas qualifiés de déni de grossesse, dans un contexte de déclaration tardive, et se sont interrogées à savoir si c'était réellement des cas de déni de grossesse, et non pas des grossesses cachées.

3.4. « Ressenti, vécu de la sage-femme »

Les questions suivantes n'ont été posées qu'aux 23 sages-femmes ayant rencontré une ou plusieurs femmes ayant présenté un déni de grossesse.

➤ *Avez-vous eu la sensation de maîtriser cette situation ?*

14 des sages-femmes interrogées déclarent qu'elles ont eu la sensation de maîtriser la situation. Parmi celles-ci, 9 n'expriment clairement aucune difficulté. L'une d'elles affirme « je comprends le phénomène, je le respecte, je suis à l'aise dans ce genre de situation », et deux autres ne témoignent d' « aucune difficulté, problème ou gêne ».

Parmi ces 14 sages-femmes, les 5 autres précisent qu'elles ont eu la sensation de maîtriser la situation car elles n'ont pas été confrontées au moment de l'annonce. « Le plus gros été déjà fait, la femme s'était rendu compte qu'elle avait accouché, qu'elle avait un enfant, il ne restait plus que les gestes habituels à faire ». L'une d'elles témoigne que « la patiente est arrivée dans le service en ayant déjà connaissance de sa grossesse, et que de ce fait c'était un peu plus facile ».

9 des 23 sages-femmes rencontrées n'ont au contraire pas eu cette sensation de maîtriser la situation. 5 d'entre elles se sont senties « complètement dépassées ».

L'une d'elles compare le déni de grossesse aux accouchements au secret, situations dans lesquelles « on ne sait jamais trop quoi faire ». Une autre s'est sentie soulagée d'être occupée par les soins : « Heureusement que c'était l'accouchement, ça noyait un peu le poisson ».

Les 4 autres ont fait du mieux qu'elles pouvaient mais se sont senties un peu déroutées, elles ne savent pas trop si elles ont fait ce qu'il fallait. « Je ne pense pas avoir eu les bons mots » signale l'une d'elles. « J'étais juste là pour l'accouchement, mes collègues ont du faire plus de choses, ce n'est pas facile à dire, c'est un peu déroutant » indique une autre.

➤ *Quelles images ou émotions avez-vous ressenties face à ces femmes ?*

Parmi les 23 sages-femmes interrogées, 4 restent assez détachées par rapport au phénomène, et ne ressentent pas d'émotions particulières. Pour l'une d'elles, « c'est une patiente comme une autre », elle est « heureuse pour toutes les femmes qui sont enceintes et ne ressent donc rien de spécial face à ces femmes ».

6 évoquent de l'incompréhension face au phénomène. L'une d'elles avance : « Je n'ai jamais réussi à comprendre, je n'arrive pas à me mettre à leur place ; j'ai été maman, j'ai senti mon bébé bouger. Comment peut-on en arriver là ? Moi, en tant que personne je ressens de l'incompréhension, mais en tant que professionnelle je ne laisse rien paraître, j'essaie de ne pas les juger. ». Elles ont « du mal à concevoir le phénomène », ont « des difficultés à comprendre comment on peut en arriver là ».

5 des 23 sages-femmes sont « abasourdiées », « surprises », « étonnées », face « à l'attitude tout de suite positive de la mère avec son enfant », face « à l'absence de modifications corporelles pendant la grossesse » ou encore face « au changement physique qui se produit dès l'annonce de la grossesse ».

5 d'entre elles ont ressenti de l'inquiétude, de la peur. 2 éprouvent de la crainte pour ces femmes, pour leur avenir : « Je pense que si un jour elles se réveillent, la blessure sera très grande ». Une sage-femme témoigne « d'une grande détresse » : « Je l'ai plainte, j'étais triste pour elle, le pire c'est qu'elle ne comprenait pas qu'elle ait pu ne pas sentir sa grossesse ». Et les trois autres expriment de l'inquiétude par rapport au devenir de l'enfant : « J'ai mal par rapport au bébé. Comment sera-t-il accepté ? Comment la mère va-t-elle s'en occuper ? », « Ca me perturbe un peu, j'ai toujours peur de ce qui peut se passer après pour l'enfant, ça me met mal à l'aise, je suis très gênée ».

Parmi elles, trois manifestent une grande curiosité. L'une des sages-femmes pense qu'elle se posait beaucoup plus de questions que la patiente ne s'en posait. Elle avance une curiosité professionnelle par rapport à toutes les grossesses qui sont épanouies après leur découverte.

2 de ces 23 sages-femmes se sont senties impuissantes, démunies face au silence, au repli de la patiente. Une autre évoque « beaucoup d'empathie et d'admiration face au courage et à la réaction de la patiente ».

Enfin, parmi les 23 sages-femmes interrogées, 5 ne s'autorisent pas à juger, et portent un regard bienveillant sur ces femmes. « Je ne juge pas le déni de grossesse », « On n'a pas le droit de juger », « Je ne m'autorise pas à juger », citent les sages-femmes, mais toutes expriment de « la compassion », « une envie de les aider ».

➤ *Avez-vous adapté, modifié votre comportement habituel face à celles-ci ?*

Parmi les 23 sages-femmes interrogées, 4 n'ont pas modifié leur comportement habituel. L'une d'elles considère « ces femmes, comme les autres femmes qui accouchent » et, pour elle, « elles ne seront ni mieux, ni moins bien traitées ».

Les 19 autres affirment avoir adapté leur comportement face à ces femmes.

Parmi elles, 7 déclarent qu'elles adaptent leur discours face à elles. Elles essaient de ne pas employer de « paroles blessantes », elles évoquent « une attitude différente par rapport à un couple normal », l'une d'elles est « plus dans la retenue ».

6 expriment être plus présentes dans la relation mère/enfant. Par rapport à la présentation de l'enfant, l'une d'elles révèle s'être plus attardée à le montrer à sa mère, à lui décrire. Une autre insiste également plus « sur les soins avec l'enfant, sur la façon de porter l'enfant, sur les réactions de l'enfant, par rapport à une mère qui spontanément fera les choses plus facilement ». D'autres témoignent d'une plus grande vigilance par rapport à la mise en place du lien mère/enfant, d'être plus à l'écoute de cette relation.

6 autres manifestent plus d'écoute, de présence, de soutien. L'une d'elles formule qu'elle a « passé beaucoup de temps à répondre aux questions de la patiente, à la déculpabiliser et à la rassurer sur l'état de santé de son bébé » et qu'elle a « donc certainement témoigné de beaucoup plus de soutien psychologique pour cette femme que pour la plupart des autres patientes ». Pour une autre, « ce sont des femmes plus fragiles psychologiquement et elles ont besoin d'être plus entouré ».

Une de ces sages-femmes avance qu'elle porte une attention plus particulière à ces femmes : « Il se passe quelque chose, peut être pas de l'affectif, mais un souci de leur bien être physique ou psychologique, une envie de les mater ». ».

3 de ces 19 sages-femmes veulent essayer de comprendre et posent ainsi plus de questions. « C'est une situation particulière qui attire l'attention, on essaie de discuter, de comprendre, ça nous échappe tout ça », témoigne l'une d'elles. Une autre, en se demandant comment cela peut arriver, affirme que ça ne lui arrivera jamais.

3 avancent être plus vigilantes dans les soins et effectuent « une surveillance plus accrue du fait de l'absence d'un suivi de grossesse ». 2 autres, au contraire, précisent qu'elles ne modifient rien au niveau des gestes, des soins.

Une sage-femme ajoute qu' « il s'agit toujours d'aider et d'adapter les moyens en anticipant et en espérant que l'aide soit acceptée ».

➤ *Est-ce que quelque chose vous a marqué dans cette situation ?*

Parmi les 23 sages-femmes ayant déjà rencontré un ou plusieurs cas de déni de grossesse, 2 n'ont pas été marquées par quelque chose face à cette situation.

6 autres indiquent avoir été surprises de la rapidité de l'acceptation de la situation. Une sage-femme raconte son étonnement face à « une patiente qui affichait un grand sourire, l'attitude d'une primipare épanouie qui attendait cet enfant depuis des années ». Une autre avance qu' « en général tout se passe bien », et cela lui paraît « incroyable ». Une troisième est « étonnée du calme de ces femmes, qu'elles acceptent la chose aussi facilement », et de « la rapidité qu'elles ont à préparer leur sortie ».

6 des 23 sages-femmes interrogées témoignent avoir été marquées par l'aspect physique du phénomène : « la patiente était très mince, on ne voyait rien », « l'apparition soudaine des signes de grossesse après l'annonce », « les femmes affirment avoir leurs règles jusqu'au bout ». L'une d'elle ajoute que « la nature est très forte et que la vie réussit à s'imposer sur un mode étonnant, parfois violent ».

Pour 4 de ces 23 sages-femmes, le fait que ces patientes soient des femmes « normales », comme elles, les a heurtées. L'une d'elles précise que « la patiente ne présentait pas de difficultés sociales », une autre qu' « il n'y avait pas de contexte particulier », que c'était « une famille normale ».

La réserve et la culpabilité de ces femmes ont marqué 3 sages-femmes. L'une d'elles exprime cette réserve en précisant qu'elle a « l'impression que ces patientes se sentent jugées, ne sont pas naturelles ». Leur sentiment de culpabilité est relevé par une seconde sage-femme, qui les perçoit comme étant « mal à l'aise avec leur enfant, dans les gestes, les soins » et cela « peut être par peur d'être jugé, du regard du soignant ».

Le calme qui pouvait entourer cette situation a surpris 3 des 23 sages-femmes interrogées : « le calme du nouveau-né », « le calme de la pièce ».

3 ont été marquées par la surprise et l'ignorance de la famille, ainsi que par la culpabilité qu'ils pouvaient parfois ressentir.

La solitude de ces femmes a été évoquée par deux des 23 sages-femmes. « Les patientes sont toujours seules, comme si l'histoire ne devait pas exister, comme si elles ne devaient pas laisser de traces » expose une sage-femme, qui décrit également une certaine froideur chez pratiquement toutes ces femmes seules.

➤ *Avez-vous ressenti le besoin de parler de cette situation ? Si oui, avez-vous eu la possibilité d'en discuter avec vos collègues ou d'autres professionnels, lors d'un groupe de parole par exemple ?*

Parmi les 23 sages-femmes interrogées, 9 n'ont pas ressenti le besoin d'en parler. 14 sages-femmes l'ont ressenti. 8 en ont parlé entre collègues et ont précisé que ça leur était suffisant. Les 6 autres sages-femmes ont exprimé un besoin plus fort. Pour certaines, en effet, le déni de grossesse apparaît comme « quelque chose d'inhabituelle », « une situation exceptionnelle », « surréaliste ». L'une d'elles manifeste le besoin de comparer son expérience avec celles de ses collègues, une autre admet que c'est une situation qui la perturbe et qu'il faut qu'elle en parle.

3.5. « Prise en charge de la patiente »

➤ *Quelles ont été vos actions ?*

Parmi les 23 sages-femmes interrogées, 20 évoquent la mise en place d'un réseau de professionnels multidisciplinaires pour prendre en charge la patiente. Certaines le mettent en place de façon systématique et d'autres adaptent sa mise en place au cas par cas, en fonction de chaque patiente, à laquelle « il est proposé mais jamais imposé ».

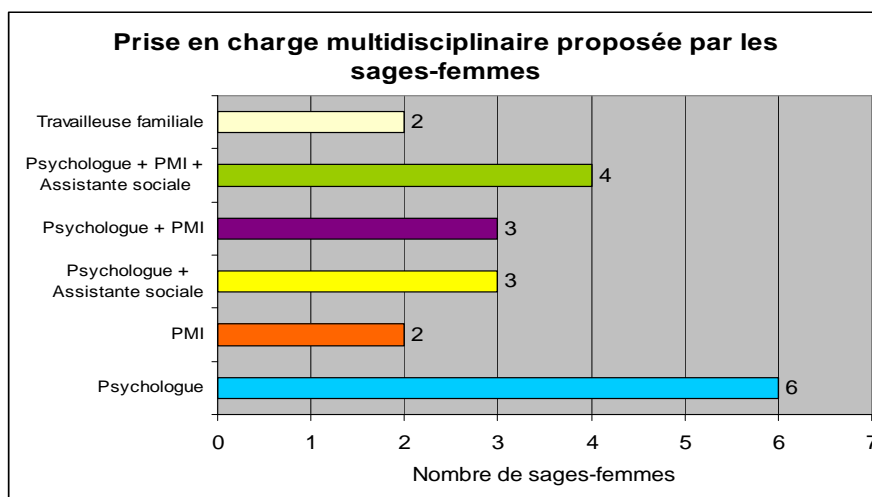


Figure 7

PMI	En systématique	6/9
	Au cas par cas	3/9
Psychologue	En systématique	10/16
	Au cas par cas	6/16
Assistante Sociale	En systématique	5/7
	Au cas par cas	2/7
Travaillleuse Familiale	En systématique	0/2
	Au cas par cas	2/2

« Mise en place de la prise en charge multidisciplinaire »

Tableau I

8 sages-femmes sur 23 ont témoigné d'une écoute « particulière », « active » d'une disponibilité plus importante envers ces patientes. Elles « essaient d'être plus présentes », « de passer plus de temps avec elles ». Une sage-femme stipule qu'elle est là « pour les écouter, les soutenir, les rassurer ».

5 d'entre elles ont évoqué le bilan complet nécessaire à la grossesse et la reprise de son suivi. L'une d'elles atteste qu'elle a eu « peu de temps pour tout mettre à jour », qu'elle se « sentait pressée ».

7 des 23 sages-femmes interrogées mettent en place des actions pour favoriser l'établissement du lien mère/enfant. L'une d'elles « a passé plus de temps qu'à l'ordinaire avec la mère et l'enfant quand celle-ci l'a eu dans les bras pour la première fois », « a posé plus de mots sur l'enfant afin de créer une ouverture dans la relation mère/enfant ». Une sage-femme aide cette relation par « un rapprochement le plus rapide possible ». Une autre propose sans l'imposer le peau à peau. Parmi elles, 2 sont inquiètes pour l'enfant et surveillent la relation et le comportement de la mère.

Une sage-femme déclare qu' « il n'y avait rien de particulier à faire puisque la grossesse était connue. C'était une grossesse normale, un accouchement normal ».

Une dernière ajoute qu' « il faut agir au cas par cas et ne pas faire de systématisation dans la prise en charge de ces patientes ».

➤ *Une prise en charge multidisciplinaire a-t-elle été proposée ?*

Parmi les 23 sages-femmes interrogées, 19 affirment qu'une prise en charge multidisciplinaire a été proposée. Les 4 autres nuancent cette position en informant que cela n'est pas fait systématiquement.

Les prochaines questions ont été posées à l'ensemble des 26 sages-femmes interrogées, incluant donc à nouveau celles n'ayant jamais rencontré de femmes ayant présenté un déni de grossesse.

➤ *Trouvez-vous cette prise en charge multidisciplinaire nécessaire ?*

Pour 5 des 26 sages-femmes interrogées, cette prise en charge multidisciplinaire n'est pas forcément nécessaire, « cela dépend de la réaction des femmes une fois qu'elles ont accouché ». Une sage-femme précise qu' « il est important de le proposer mais qu'elles n'en ont pas toutes forcément besoin, et qu'elles peuvent le refuser ». Une autre considère que « cette prise en charge doit s'adapter à chaque patiente et évoluer avec le temps en prenant en charge la patiente dans sa globalité ».

Les 21 autres estiment qu'elle est nécessaire.

- 4 d'entre elles expliquent que ce n'est pas « une histoire anodine pour la femme », qu' « elle a besoin de soutien pour lui permettre de rattraper le temps de la grossesse, de s'approprier la naissance de l'enfant » et d' « accompagnement dans l'acceptation de son devenir en tant que mère ».

- 3 de ces 21 sages-femmes la jugent nécessaire car, pour elles, « chaque praticien a sa spécialité et complète la prise en charge de ces patientes pour un suivi optimal ».

- Pour 3 autres, elle est nécessaire pour soutenir la relation mère/enfant au long cours. « Cette prise en charge est importante, car ce sont des femmes qui se retrouvent mères du jour au lendemain, sans avoir 9 mois pour se préparer. Celles qui ont ces 9 mois ont parfois déjà du mal, alors elles... »

➤ *A ce jour que proposeriez-vous pour optimiser la prise en charge de ces patientes ?*

Parmi les 26 sages-femmes interrogées, 11 aimeraient recevoir une formation sur le déni de grossesse afin d'optimiser la prise en charge de ces patientes. L'une d'elles dévoile « l'image très péjorative qu'ont ces femmes aux yeux de certains professionnels non formés du fait des médias, qui ne rendent compte à la société que des aspects dramatiques de ce phénomène, à travers l'infanticide notamment ». Une autre expose le fait que « chacun fait comme il le sent, avec ses propres moyens », et que « former le personnel (lui) paraît nécessaire, pour ne pas que ces femmes soient traitées de façon culpabilisante ». Une dernière propose « la mise en place d'une formation continue en petit groupe au sein de l'établissement par un psychologue ».

Parmi ces 11 sages-femmes, 3 précisent que cette formation leur permettrait d'« adapter leur discours au moment de l'annonce de la grossesse », car leurs « paroles pourraient avoir un impact très négatif auprès de ces patientes si elles n'étaient pas adaptées ».

10 de ces 26 sages-femmes suggèrent une prise en charge multidisciplinaire au long cours pour ces patientes, notamment « un suivi psychologique prolongé », car « sur le moment ça va trop vite ». 2 d'entre elles ajoutent qu'« il est important d'instaurer un relai à domicile, de les accompagner » et de « ne pas les laisser seules dans la nature ». Et une autre énonce la mise en place d'« un groupe de paroles pour ces femmes, qui pourraient se libérer, se décharger après avoir pris du recul face à la situation ».

Pour 7 autres sages-femmes, il paraît important d'« apporter des explications complètes » à ces femmes afin de les « soutenir » et de les « accompagner dans la découverte de leur maternité ». 2 d'entre elles dénoncent le « manque de disponibilité des soignants », et sans plus de temps il leur paraît difficile d'améliorer cette prise en charge.

5 de ces 26 sages-femmes soumettent un travail important à faire dans la relation mère/enfant, « car les liens qui se tissent pendant la grossesse ne se font pas dans le déni, et s'il n'y a pas de grossesse psychique, la femme peut avoir des difficultés à investir son enfant ». Il leur paraît donc important d'« être plus présente que pour une autre pour établir le lien mère/enfant », et de « surveiller de près cet attachement ».

Pour deux sages-femmes il serait fondamental de « sensibiliser les médecins généralistes et les urgentistes aux aménorrhées ». Une autre de ces 26 sages-femmes pense qu'il faudrait « porter plus d'attention aux déclarations tardives de grossesse ».

Enfin, 7 sages-femmes estiment qu'il n'y a rien de plus à faire, que « tout est fait au maximum » et que « c'est à la patiente ensuite de faire son chemin ». « Le déni de grossesse est propre à chaque femme, une prise en charge systématique est impossible ».

➤ *Avez-vous reçu une formation sur le déni de grossesse?*

Si oui, laquelle ? Si non, en ressentez-vous le besoin ?

Parmi les 26 sages-femmes interrogées, 7 ont déjà reçu une formation sur le déni de grossesse. 5 d'entre elles évoquent un cours très rapide lors de leur formation à l'école de sages-femmes, et 2 autres ont assisté aux assises des sages-femmes à Strasbourg, lors desquelles le Professeur Nisand est intervenu sur ce thème.

Les 19 autres n'ont reçu aucune formation sur le déni de grossesse.

8 sages-femmes sur les 26 questionnées ne ressentent pas le besoin d'une formation sur le déni de grossesse. Pour l'une d'elles « ce n'est pas dans (ses) priorités car elle en voit très rarement », une autre expose qu' « il n'y a pas besoin de formation à partir du moment où chaque situation est très différente, c'est plus une histoire de psychologie et de bon sens, que de formation ».

11 sages-femmes manifestent le besoin d'une formation, « pour comprendre quelque chose de mystérieux », « pour en savoir plus », « pour savoir quoi faire et quoi dire ».

Les 7 autres seraient également intéressées par une formation mais parlent plutôt d'intérêt ou d'envie que de besoin.

➤ *Vous sentez-vous suffisamment préparée pour accompagner une patiente ayant présenté un déni de grossesse ?*

Parmi les 26 sages-femmes rencontrées, 11 ne se sentent pas préparées à accompagner une patiente ayant présenté un déni de grossesse. Pour l'une d'elles le fait de ne pas être formée empêche cela, une autre considère le déni de grossesse comme « quelque chose de mystérieux, d'une autre dimension ».

« C'est l'expérience et le fait d'y être confronté qui donne de l'assurance face à certaines situations ; mais dans ce cas chaque situation et chaque femme sont différentes, donc on n'est jamais vraiment préparé » souligne une sage-femme. « Ce sont des situations tellement complexes qu'aucune formation ne peut permettre d'appréhender sereinement ces mères et ces enfants » explique l'une d'elles. Pour une autre, « la prise en charge du déni de grossesse est hors des compétences de la sage-femme et appartient au domaine de la psychiatrie ». Une dernière déclare qu'elle se sent capable de ne jouer que « le rôle d'une personne tierce qui écoute cette patiente et qui favorise le lien mère/enfant ».

8 sages-femmes se sentent capables d'accompagner ces femmes, mais ne voudraient pas « être la seule à l'avoir vu » et ne savent pas trop « s'il manquerait quelque chose dans la prise en charge, car chaque cas est très particulier ». Elles nuancent donc cette position en stipulant qu'elles se sentent capables mais qu'il leur manque peut être encore des informations.

Au contraire, les 8 sages-femmes restantes n'expriment aucune difficulté à prendre en charge ces patientes et se sentent tout à fait préparées. Pour elles, « ce sont des patientes comme les autres ». L'une d'elles précise qu'elle a « déjà rencontré des cas de déni de grossesse, et (qu'elle) pense pouvoir mieux comprendre le phénomène et le prendre en charge ». Une autre explique qu'elle se sent « prête à prendre en charge ces patientes, car (elle) reste dans (son) travail de sage-femme », que « le temps d'écoute (elle l'a) », mais qu'« il est important de mettre en place un travail de partenariat pour orienter ces femmes vers quelqu'un de plus compétent ».

Les résultats de ces entretiens vont, dans la partie suivante, être confrontés et analysés, afin de pouvoir confirmer ou infirmer mes hypothèses de départ.

De par leur analyse, et grâce aux connaissances théoriques acquises dans la première partie, j'essaierais alors d'en tirer une ligne de conduite pour ma future pratique professionnelle.

Partie 3 :

L'enquête : analyse & discussion.

1. APPORTS ET DIFFICULTES DE L'ETUDE

1.1. Intérêt personnel du sujet

J'ai choisi de travailler sur le déni de grossesse, sujet brûlant dans l'actualité, sujet parfois contesté, souvent ignoré, pour justement tenter de comprendre les mystères qui l'entourent et la complexité qu'il véhicule.

J'ai voulu exploiter ce temps de recherche, pour m'ouvrir sur un fait de société, qu'il m'aurait été difficile de découvrir lors de ma future pratique professionnelle. Au travers de celle-ci j'aurai pu, bien sûr, effectuer des constats, mais elle ne m'aurait pas permis de connaître les fondements théoriques de ce phénomène.

Le déni de grossesse ne peut pas être compris par le corps, au travers du corps, c'est une entité qui touche à l'esprit, et j'ai voulu profiter de ce travail pour connaître quelque chose qui est en rapport à l'humain et qui sort de la technique pure. L'aspect relationnel de mon futur métier m'est primordial, et la compréhension de la psychologie féminine et maternelle me paraît essentielle pour permettre la mise en place d'une relation de qualité avec les patientes. C'est pourquoi, j'ai voulu approfondir ce sujet, pour pouvoir appréhender le déni de grossesse d'une façon plus complète lors de mon exercice professionnel.

J'ai pris conscience de la réalité de ce phénomène grâce aux médias, et à l'actualité donnée au déni de grossesse. J'y avais été, pourtant, confronté bien avant, au cours de ma deuxième année de formation, mais je ne l'avais alors pas diagnostiqué comme tel. Cette prise de conscience m'a perturbée. S'il m'a été possible de méconnaître cet état, de ne pas en avoir fait cas, les sages-femmes ne pourraient-elles pas se retrouver dans la même situation et occulter ce phénomène ? Mais désormais, face à l'actualité grandissante du déni de grossesse, les sages-femmes ne l'appréhendent-elles pas mieux ?

L'objectif principal de mon enquête a donc été de connaître le sentiment, les pratiques des sages-femmes face à ce thème, pour pouvoir établir une discussion concernant la prise en charge de ces patientes.

1.2. Apports personnels de l'étude

Cette étude fut pour moi, à travers chaque question et avec chacune des sages-femmes rencontrées, un temps d'échange très enrichissant.

Les entretiens m'ont permis de rendre ce travail de recherche très interactif. En effet, chacun était différent selon la professionnelle interrogée, prenait une tournure différente au fil de la discussion : certains sujets ont ainsi été plus développés que d'autres avec certaines sages-femmes, et inversement.

J'ai trouvé très intéressant le fait de pouvoir percevoir la sensibilité et les réactions de chacune au travers de ces entretiens, ce que je n'aurais pas retrouvé à l'aide de simples questionnaires, et de pouvoir adapter en fonction, la suite de l'échange.

Cette étude m'a ainsi permis, en abordant le ressenti et le vécu des sages-femmes sur le terrain, d'approfondir et d'illustrer la théorie développée dans la première partie. Grâce aux conclusions de mon enquête, j'espère pouvoir adopter le meilleur comportement possible face à ces femmes et appréhender le phénomène de façon sereine.

1.3. Limites de l'étude

Les entretiens ont très souvent été effectués dans un lieu de passage du service : salle de soins, office ... Ils ont ainsi été quelquefois perturbés par l'intervention des collègues de la sage-femme interrogée, ou par des appels téléphoniques... L'entretien étant réalisé pendant leur temps de travail, elles ne pouvaient parfois pas se résoudre à effectuer certaines tâches. La discussion était donc interrompue et la sage-femme pouvait ensuite se disperser et perdre le fil de ses idées.

De plus, le fait d'être dans un endroit de passage a pu embarrasser certaines sages-femmes. En effet, certaines de leurs collègues pouvaient être présentes, et elles n'ont peut être pas osé exprimer clairement le fond de leurs pensées. Elles adoptaient alors un discours correct, en accord avec la profession.

Ma présence, nécessaire à l'entretien, a pu, du même fait, influencer leurs réponses. Certaines d'entre elles ont pu répondre ainsi en tant que professionnelles, ce qu'il était bon de faire, et n'ont pas exprimé leurs ressentis, leurs sentiments personnels, peut être par peur d'être jugée, par gêne.

Plusieurs sages-femmes ont été confrontées à plus de 5 cas de déni de grossesse. Elles m'ont donc exposée en général le cas le plus marquant qu'elles avaient rencontré, et, de ce fait, certains témoignages ont pu ne pas être représentatifs du déni dans sa globalité.

A l'inverse, certaines sages-femmes ne se souvenaient que très peu des cas rencontrés, et la narration était confuse, parfois difficile à interpréter.

Avec un nombre de 26 entretiens, il est évident que mon étude n'a pas valeur de statistiques. Mon travail est un témoignage, un témoignage de professionnels face à un fait de société, un témoignage qui m'a enrichie de par les expériences vécues des sages-femmes rencontrées et qui m'a permis d'avoir une vision plus complète et réelle sur le déni de grossesse.

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. Les sages-femmes connaissent-elles le déni de grossesse ?

Pour la plus grande majorité des sages-femmes interrogées le déni de grossesse se définit comme le fait de ne pas se rendre compte d'être enceinte. Elles ont donc la notion que ce phénomène est inconscient, qu'il n'est pas dépendant de notre volonté. Quelques-unes ont toutefois cette confusion à l'esprit, à savoir que, pour elles, ces femmes ne veulent pas être enceintes, de façon tout à fait volontaire. Elles assimileraient plutôt le phénomène aux grossesses cachées, et peuvent ainsi se sentir abusées, trompées par ces patientes. Leur démarche ne sera, de ce fait, pas la même en ce qui concerne l'abord et la prise en charge de ces femmes.

Par contre, elles ne connaissent pas trop la fréquence de ce phénomène. 1/3 des sages-femmes rencontrées estime sa fréquence à 1/10 000 et le considère comme relativement rare. Elles signifient qu'il est important de les différencier des grossesses cachées. Elles précisent ainsi, par cette réponse, qu'elles ont tout à fait conscience que pour qu'il y ait déni de grossesse, ces femmes ne doivent avoir aucunement conscience de leur grossesse. Mais, parmi elles, certaines ne réalisent vraiment pas l'importance du phénomène et le considèrent encore comme quelque chose d'exceptionnel. Ces sages-femmes ne se sentent pas concernées, presque « protégées » du déni de grossesse.

A l'inverse, certaines avancent un chiffre plus élevé, et considèrent que les chiffres présentés dans la littérature sont inférieurs à la réalité. Ils ne prendraient pas en compte toutes les déclarations tardives de grossesses, les interruptions volontaires de grossesse après 12SA.

Seul le tiers restant des sages-femmes évalue approximativement la fréquence réelle du phénomène.

Cette notion de la fréquence peut être altérée par l'image que donne les médias du déni de grossesse : l'image négative qu'il en ressort, pouvant aboutir à une issue dramatique, peut expliquer l'impression de rareté du phénomène pour certaines sages-femmes.

En effet les dénis de grossesse aboutissant à de tels drames restent rares, et les femmes ayant découvert leur grossesse tardivement, après un épisode de déni, et accouchant de façon normale, constituent la grande majorité des dénis. Ces patientes, ne correspondant pas à l'image véhiculée par l'actualité, peuvent ainsi ne pas être reconnues comme telles, et ne pas être assimilées à des cas de dénis de grossesse par certaines sages-femmes.

A l'inverse, pour les sages-femmes ayant pleinement conscience de la réalité des cas rencontrés, cette image négative transmise par les médias, qui donnerait une vision restrictive du phénomène, peut expliquer le fait qu'elles aient l'impression que les cas de dénis rencontrés sont bien plus fréquents que les estimations avancées dans la littérature.

L'ensemble des sages-femmes a, en revanche, conscience de la particularité de ce phénomène et des risques qu'il peut entraîner. En effet, parmi les sages-femmes interrogées, une seule estime qu'il n'existe aucun risque pour la mère ou l'enfant suite à un déni de grossesse.

Deux tiers des sages-femmes rencontrées parlent des difficultés dans la mise en place du lien mère-enfant et dans l'investissement du nouveau-né. Elles manifestent ainsi avoir conscience de l'importance de la grossesse psychique pour que la grossesse soit plus facilement acceptée par la femme.

Un tiers des professionnelles interrogées, en évoquant un risque psychologique pour la mère, témoigne de l'importance du psychisme dans cette pathologie, et la reconnaît comme une pathologie psychique à considérer.

La moitié d'entre elles aborde les risques liés à l'absence du suivi de grossesse, et il a effectivement été démontré, que, de ce fait, le déni de grossesse est une situation à risque pour la mère et l'enfant. Pour autant, la majorité des accouchements se déroulent sans difficulté et la mère et son enfant sont en bonne santé. Cependant, cette notion est encore difficilement intégrée par l'ensemble des sages-femmes.

En effet, 10 d'entre elles évoquent le risque d'infanticide et certaines précisent que c'est à cette difficulté qu'elles pensent en premier. Cela reste pourtant une issue assez rare du déni de grossesse avec une fréquence estimée à 1/8000 grossesses et cette mise en avant de l'infanticide est, là encore, probablement liée à l'image véhiculée par les médias.

Bien qu'ayant cité l'existence possible de difficultés dans la relation mère/enfant et le risque d'infanticide, l'ensemble des sages-femmes interrogées pensent qu'une femme est capable d'investir sa place de mère après la révélation de la grossesse. Et il est vrai, que même s'il existe un clivage entre la mère et l'enfant pendant la grossesse, il se réduit au moment de l'accouchement et la femme est souvent capable de ressentir de réels sentiments maternels.

Pour la moitié d'entre elles cela nécessitera toutefois un soutien, un accompagnement de la part des professionnels, et elles reconfirment ainsi l'importance de la grossesse psychique dans le déroulement d'une grossesse pour que celle-ci soit intégrée et acceptée par la femme.

Mais l'autre moitié des professionnelles, bien que reconnaissant la dimension de la grossesse psychique, nuance cette notion et pense que le fait de ne pas avoir vécu sa grossesse n'influencera pas la relation future avec l'enfant. L'une d'elles illustre cela avec l'adoption. Elles reconnaissent ainsi les compétences maternelles qu'ont les femmes, et le fait que l'instinct maternel ne soit pas inné, instinctif. Ces sages-femmes ont compris que la maternité est une adoption, s'apprend, et que dans les dénis, ou dans l'adoption, comme l'a cité l'une d'elles, la maternité est possible même si les 9 mois de fusion avec l'enfant n'ont pas existé.

Les sages-femmes ont donc une réelle notion du déni de grossesse : elles connaissent, pour la plupart d'entre elles, l'aspect inconscient du phénomène ; elles estiment les risques possibles après un épisode de déni, tout en les minorants par rapport à l'image véhiculée par les médias ; et elles avancent les compétences que possèdent les femmes en admettant la capacité de ces patientes à devenir mère après un déni de grossesse.

2.2. Quelle est la réalité clinique du déni de grossesse ?

Parmi les 26 sages-femmes interrogées, 23 avaient déjà rencontré au moins un cas de déni de grossesse au cours de leur activité professionnelle et trois n'en avaient jamais rencontrés. 5 sages-femmes ont déjà été confrontées à plus de 10 cas de déni de grossesse, alors que 9 d'entre elles n'en ont pas rencontrés plus de 2.

Comment peut-on expliquer cette différence ?

Après analyse de mes résultats je me suis rendu compte que les sages-femmes ayant rencontré plus de 10 cas de déni de grossesse ont quasiment toutes plus de 40 ans. Ce nombre plus important pourrait donc être expliqué par l'expérience de l'âge.

Cependant, l'une d'elles, ainsi que les deux sages-femmes ayant rencontré entre 5 et 10 cas de déni de grossesse, ont moins de 40 ans. Et de la même façon, les trois sages-femmes n'ayant jamais été confrontées à un déni de grossesse, ont plus de 40 ans.

Du fait de la rareté du déni de grossesse, les sages-femmes appréhendent peut être difficilement la réalité d'un déni de grossesse. Ainsi, quand elles affirment ne pas avoir rencontré de cas de déni, peut-être est-ce parce qu'elles n'ont pas su identifier ces cas. Et à l'inverse, quand elles déclarent en avoir rencontré plus de 10, n'est-ce pas par confusion avec les grossesses cachées ?

Les caractéristiques des différents cas de déni de grossesse exposés par les sages-femmes sont similaires aux statistiques de la littérature.

On retrouve ainsi des cas de déni de grossesse chez des femmes de toutes parités, avec toutefois une large majorité pour les primipares. L'âge des patientes évoquées est également assez variable, avec néanmoins une supériorité de cas exposés entre 26 et 30 ans. Ces données rejoignent ainsi celles de la littérature.

Les sages-femmes ont parfois évoqué la profession des patientes rencontrées, et elles ont ainsi côtoyé une comptable, des étudiantes, une éducatrice spécialisée, une assistante dentaire, plusieurs femmes toxicomanes, une collégienne, une institutrice, une vendeuse...

La variabilité des cas exposés confirment donc les données théoriques : le déni peut toucher tout le monde et chaque cas est unique, aucun ne se terminera de la même façon.

2.3. Comment les sages-femmes appréhendent-elles le déni de grossesse ?

Au travers des questions relatives au ressenti des sages-femmes face au déni de grossesse, deux axes principaux se sont distingués.

Certaines sages-femmes sont apparues complètement désemparées, démunies, face à ce phénomène et n'ont pas eu la sensation de maîtriser la situation. Après l'analyse de mes résultats, j'ai pu constater que ce sont ces sages-femmes qui ont exprimé en priorité de l'incompréhension, de l'étonnement, de l'inquiétude, de l'impuissance. Elles ont toutes ressenti une image ou une émotion face à ces femmes.

Parmi elles, toutes ont modifié ou adapté leur comportement habituel face à ces patientes. Elles ont témoigné de plus d'écoute, de présence, de soutien dans la relation mère/enfant et d'une adaptation de leur discours. Ce sont les premières à avoir été marquées par quelque chose de fort dans la situation et à avoir exprimé le besoin d'en parler.

J'ai ensuite réalisé que les cas de déni de grossesse se terminant par un non investissement de l'enfant m'avaient été relatée en majorité par ces sages-femmes. Elles garderaient donc cette image en tête, celle d'une relation impossible entre la mère et son enfant. Elle peut être assimilée à l'image que véhiculent les médias, une image assez négative pouvant aboutir à une issue dramatique. Elles sont bien sur conscientes que tous ne se terminent pas ainsi, mais c'est souvent ce à quoi elles pensent à premier. Et à travers certains cas cliniques, un peu plus difficiles que d'autres, le déni de grossesse peut rester, pour elles, assimilé à cette image. Il leur apparaît donc comme quelque chose d'impressionnant et elles ne se sentent pas préparées à le prendre en charge.

A l'inverse, d'autres sages-femmes sont apparues plus sereines face au phénomène, et 14 m'ont révélée avoir eu la sensation de maîtriser la situation. 5 ont toutefois nuancé cette affirmation en déclarant ne pas avoir ressenti de difficultés car elles n'ont pas été confrontées au moment de l'annonce de la grossesse. Cette étape m'a été décrite comme délicate et assez difficile à appréhender.

L'analyse des résultats m'a permis de constater que ces sages-femmes pouvaient ne ressentir aucune émotion particulière et restaient assez détachées par rapport à ces patientes. En effet, les 4 sages-femmes ayant déclaré qu'elles ne ressentaient rien de particulier face à ces femmes, ainsi que celles ne s'autorisant pas à les juger, font parties de ces sages-femmes, plus sereines face au déni de grossesse. Certaines expriment tout de même un peu d'étonnement, de compassion ou de curiosité.

J'ai pu remarquer, que les seules sages-femmes ne modifiant pas leur comportement habituel faisaient également parties de ce groupe de sages-femmes. Les autres adaptent leur face à ces patientes, elles ont toutes consciences que des risques peuvent exister après un déni de grossesse et manifestent donc plus d'écoute, de présence, de vigilance dans les soins techniques...

Bien qu'apparaissant plus à l'aise face à cette situation, elles sont tout de même marquées par certaines caractéristiques du phénomène et témoignent d'une grande curiosité face à celles-ci. On peut toutefois noter que parmi elles se trouvent les deux sages-femmes n'ayant été marquées par rien de particulier dans une telle situation.

Pour ces soignantes le besoin de parler de la situation n'est pas primordial, et elles n'en discutent pas au delà des transmissions.

Ces sages-femmes apparaissent donc sereines face à ce phénomène. Bien que quelques-unes m'aient relatée des situations se terminant par l'abandon de l'enfant, elles assimilent le déni de grossesse à une maternité possible et heureuse, à des parents tout à fait aptes à entrer en lien avec leur enfant après l'accouchement. Malgré l'expérience de cas parfois difficiles, elles ne gardent en mémoire que cette issue positive du déni de grossesse.

Et à travers leurs ressentis se dévoile la question suivante : A partir du moment où la grossesse est révélée, peut-on toujours parler de déni ? Et le déni ne rejoindrait-il pas dans son déroulement et son issue, une grossesse classique ?

L'incompréhension, l'étonnement, la curiosité dont témoignent ces sages-femmes me permettent de confirmer la première hypothèse. Devant la particularité du phénomène beaucoup de leurs croyances sur la maternité sont perturbées et c'est pourquoi elles s'interrogent énormément.

Il est toutefois à noter, du fait de l'actualité grandissante du déni de grossesse, qu'elles ont une notion évidente de ce phénomène ; ce qui pourrait d'autant plus accentuer cet étonnement face à une grossesse normale.

Hypothèse n°1 : L'actualité importante que rencontre le déni de grossesse remet en question beaucoup de croyances qu'avaient les sages-femmes sur la maternité, et en cela, la compréhension générale de la grossesse humaine.

Du fait de cette incompréhension, beaucoup de sages-femmes m'ont témoigné se sentir désemparées face à ce phénomène, et cela me permet de confirmer la deuxième hypothèse. Elle est toutefois à nuancer devant la sérénité et la sensation de maîtrise exprimées par certaines sages-femmes.

Hypothèse n°2 : Les sages-femmes se sentent interpellées par ce phénomène, mais se sentent démunies, troublées, embarrassées, angoissées face à lui.

2.4. Quelle est la prise en charge actuelle du déni de grossesse ?

Après l'analyse de mes résultats, j'ai pu constater que l'action principale mise en place sur le terrain est l'instauration d'une prise en charge multidisciplinaire. En effet, parmi les 23 sages-femmes ayant déjà été confrontées à un déni de grossesse, 19 m'évoquent la mise en place d'un réseau de professionnels autour de ces patientes. Interviennent ainsi : le psychologue du service, le service de PMI, une assistante sociale, et parfois une travailleuse familiale. (Cf. Figure 5)

Il est toutefois à noter que leurs interventions ne sont pas systématiques. En effet dans environ un tiers des cas, pour chaque professionnel proposé, la demande se fait au cas par cas. Un tiers des sages femmes adapte donc cette prise en charge multidisciplinaire à chaque patiente, et elle leur est proposée mais n'est jamais imposée. Ce travail de partenariat leur apparaît plutôt comme une aide, un soutien, un encouragement, que comme un besoin fondamental.

Par contre dans les deux-tiers des cas restants, les sages-femmes font intervenir ces différents professionnels de façon systématique. Pour elles, le déni est une pathologie psychique grave, et l'intervention d'un psychologue leur paraît indispensable ; la relation mère/enfant peut être quelque peu altérée et un suivi par le service de PMI leur semble essentiel ; et l'appréhension que les sages-femmes peuvent avoir du milieu social de la patiente peut expliquer le signalement à une assistante sociale. (Cf. Tableau 1)

Cette systématisation pourrait être ainsi expliquée par le reflet qu'ont les sages-femmes d'une patiente présentant un déni de grossesse et que les médias ou la littérature leur exposent : une femme provenant d'un milieu social modeste, voire défavorisé, qui nécessitera forcément un suivi psychologique et dont la relation future avec l'enfant sera perturbée, ou demandera un grand soutien.

Cette systématisation pourrait être également liée au fait que les sages-femmes se sentent dépassées, démunies face à ce phénomène. Elles orientent alors ces femmes vers différents professionnels pour les aider dans la prise en charge de ces patientes et pour ne pas être les seules à intervenir.

Certaines considèrent, en effet, que cela est hors des compétences de la sage-femme et que le travail en partenariat est indispensable. Elles peuvent ainsi se sentir rassurer de ne pas être la seule professionnelle à avoir prise en charge la patiente.

La spécialité de chaque praticien apparaît donc comme fondamentale et nécessaire pour une prise en charge complète, et un suivi optimal de la patiente.

J'ai également pu remarquer, à travers mon enquête, que les sages-femmes adaptaient leurs actions en fonction des risques abordés précédemment dans l'entretien.

Les sages-femmes m'évoquent ainsi la réalisation d'un bilan complet obstétrical et la reprise du suivi de grossesse quand certaines expriment le risque de complications lié à cette absence de suivi. D'autres témoignent de plus d'écoute, de présence auprès de la patiente et cela dans le but de prévenir un risque psychologique, cité auparavant.

Et certaines mettent en place des actions pour favoriser l'établissement du lien mère/enfant, dont la difficulté de mise en place a également été énoncée.

Une seule n'évoquait aucun risque pour la mère et l'enfant suite à un déni de grossesse et c'est la seule qui considère qu'il n'y a rien de particulier à faire à partir du moment où la grossesse est découverte.

L'une des sages-femmes rencontrées insistera plus particulièrement sur la non systématisation de cette prise en charge, en précisant qu'elle adapte toujours ses actions à chaque patiente, et c'est, selon moi, un des points essentiels et fondamentaux de cette prise en charge.

Pour optimiser cette prise en charge, deux tiers des sages-femmes m'ont proposée des actions. Ces propositions étaient également en relation avec les risques évoqués auparavant, ou avec l'adaptation personnelle de leur comportement face à ces patientes. Certaines ont évoqué la prise en charge en milieu hospitalier, et ont alors avancé la mise en place d'un accompagnement réel leur apportant soutien et explications, une disponibilité plus grande pour apporter l'écoute nécessaire à ces patientes, et un travail à faire au niveau de la relation et de l'attachement mère/enfant.

D'autres se sont plutôt axées sur la prévention et ont proposé une sensibilisation des médecins urgentistes ou généralistes, une attention plus grande aux déclarations tardives de grossesse, et, pour un tiers d'entre elles, la mise en place d'une formation spécifique pour pouvoir appréhender le phénomène de façon plus sereine.

Les dernières se sont, quant à elles, orientées vers la prise en charge ultérieure de la patiente et ont avancé un relai à domicile de la prise en charge multidisciplinaire, avec notamment un suivi psychologique prolongé.

Toutes ces propositions recouvrent l'ensemble des difficultés qui ont pu être évoquées par les sages-femmes au cours des entretiens :

- Celle de l'abord psychologique du déni de grossesse, qui, par son côté insaisissable, intrigue, avec la mise en place d'un suivi prolongé ;
- Celle du manque de connaissances et la difficulté d'appréhension du phénomène, avec la demande d'une formation spécifique ;
- Celle de l'approche de la patiente, dans le discours et le comportement, pour tenter d'instaurer une relation de qualité avec le nouveau-né, et de rompre le silence de la situation, avec la requête d'un accompagnement, d'un soutien et d'un temps d'écoute plus important.

A l'inverse un tiers des sages-femmes ne propose rien de plus pour optimiser la prise en charge de ces patientes. Après analyse des résultats, il s'est avéré que celles-ci faisaient toutes parties des sages-femmes ayant eu la sensation de maîtriser la situation, ce qui peut expliquer qu'elles n'aient ressenti aucun manque dans cette prise en charge.

Le soutien, l'accompagnement, l'information sont des actions qui m'ont été citée dans la prise en charge de ces patientes, et qui sont apparues primordiales et nécessaires pour environ un tiers des sages-femmes interrogées. La disponibilité des soignants leur paraît également essentielle pour soutenir ces femmes, peut être un plus fragiles que d'autres. Cela me permet de confirmer la troisième hypothèse.

Hypothèse n°3 : La première rencontre entre la femme enceinte et la sage-femme est primordiale, de par les rôles d'information, d'accompagnement et de soutien que possède cette dernière.

2.5. Les sages-femmes se sentent-elles préparées pour accompagner une patiente ayant présenté un déni de grossesse ?

Parmi les 26 sages-femmes interrogées, seules 7 ont déjà reçu une formation sur le déni de grossesse. Les 19 autres n'en ont reçu aucune.

Deux tiers d'entre elles manifestent pourtant un besoin, une envie ou un fort intérêt pour une telle formation ; pour comprendre, pour savoir quoi faire et quoi dire ; et cela témoigne, encore une fois, de leurs appréhensions et de leur désarroi face à ces femmes. 8 sages-femmes n'en ressentent toutefois pas le besoin, et elles correspondent, une nouvelle fois, aux sages-femmes ayant eu la sensation de maîtriser une telle situation.

Deux tiers des sages-femmes expriment le fait de ne pas se sentir préparées à accompagner une patiente ayant présenté un déni de grossesse.

Le manque de formation est repris par plusieurs d'entre elles. En effet le déni apparaît comme une expérience complexe, incroyable, et le simple abord de ces patientes sur le terrain ne permet pas de décoder l'ensemble de ses mystères.

Même s'il est important de souligner que chaque cas est particulier, et qu'une formation ne pourra jamais recouvrir l'ensemble des cas, les sages-femmes expriment le besoin et l'envie de posséder plus d'informations sur le sujet. Toutefois, du fait de cette particularité, et bien que ne se sentant pas aptes à prendre en charge ces patientes, certaines sages-femmes ne considèrent pas cette formation comme nécessaire, et pensent qu'elle ne leur permettra jamais d'appréhender le phénomène de façon sereine.

A l'inverse, un tiers des sages-femmes rencontrées n'exprime aucune difficulté à prendre en charge ces patientes, car pour certaines ce sont des patientes comme les autres, et pour d'autres c'est une expérience à laquelle elles ont déjà été confrontées.

Le fait que deux tiers des sages-femmes interrogées ne se sentent pas préparées à prendre en charge une femme présentant un déni de grossesse et témoignent d'un besoin ou d'une envie d'une formation spécifique, me permet de confirmer la dernière hypothèse : une sensibilisation des soignants à cette situation est nécessaire, et elle doit s'inscrire dans un travail en partenariat avec différents réseaux.

Hypothèse n°4 : Une sensibilisation des équipes médicales à cette situation est nécessaire et une prise en charge par une équipe interdisciplinaire travaillant en réseau doit s'organiser

L'appréhension du déni de grossesse reste donc très personnelle et dépend de la sensibilité et de l'expérience de la sage-femme. Au travers de leurs connaissances, et de leurs ressentis, énoncés tout au long de ces entretiens, j'ai, en effet, pu remarquer que, face à chaque situation rencontrée, chaque sage-femme réagissait différemment.

Ces résultats vont désormais me permettre d'établir et de proposer des pistes de réflexion pour mieux appréhender la réalité clinique du déni de grossesse, et optimiser la prise en charge et l'accompagnement de ces patientes.

3. DISCUSSION ET PROPOSITIONS

Cette étude a donc pu montrer que chaque professionnel réagissait différemment face au phénomène ; à travers son vécu, sa sensibilité, sa personnalité. Une grande majorité des sages-femmes interrogées ne se sent pas prête à prendre en charge une femme victime d'un déni de grossesse, et cela notamment parce qu'elles ne connaissent pas assez le phénomène, parce qu'elles ne le maîtrisent pas. En effet, il n'existe pas de protocole tel qu'il en existe pour une hémorragie de la délivrance ou pour un retard de croissance intra-utérin ; il n'existe pas de formation, d'apports théoriques comme elles ont pu en avoir pour l'ensemble des pathologies obstétricales.

Et c'est pourquoi deux tiers d'entre elles ressentent le besoin ou expriment l'envie d'une formation sur le déni de grossesse. Mais une prise en charge spécifique au déni de grossesse pourrait-elle leur être apportée ? En effet, comme j'ai pu le développer dans la première partie, le déni de grossesse est une pathologie psychique avec des causes et des modalités différentes, aucun cas n'est similaire, et une prise en charge singulière à ce phénomène me semble difficile.

Mais au-delà de proposer une prise en charge spécifique, ne peut-on pas essayer de tracer des pistes, pour que chaque professionnel aborde ces patientes de la façon la plus adéquate possible ?

3.1. Une prise en charge non systématique

Les témoignages recueillis lors de mon enquête laissent apparaître une image très variable du déni de grossesse, un très grand polymorphisme de son expression. Il peut toucher tout le monde, chaque femme, de tout âge, de tout milieu, de toute profession. Il me semble donc évident qu'une prise en charge spécifique au déni de grossesse ne peut être établie. Ce serait stéréotyper la patiente victime d'un déni de grossesse, et lui faire perdre son identité de femme, son identité de mère à travers un protocole identique pour chacune d'elles. Or, on l'a vu précédemment, le déni de grossesse est une pathologie psychique avec des causes et des modalités différentes.

Le déni de grossesse ne peut donc pas être standardisé. Il est unique dans l'histoire d'un sujet qui est unique, en cela qu'il repose sur sa structure, propre à chacun.

On ne peut donc pas établir un protocole que l'on pourrait mettre en place systématiquement lorsque se présente à nous une femme ayant présenté un déni de grossesse ; et c'est en cela qu'il se différencie des autres pathologies obstétricales.

Avec ces patientes très spécifiques, en raison de l'urgence et de la confusion dans lesquelles elles plongent les soignants, un accueil satisfaisant peut donc être difficile à trouver. En effet, par quoi faut-il commencer ? Ouvrir un dossier et faire une anamnèse ? Faire une échographie foetale ? Prévenir le pédiatre ? L'anesthésiste ? Sa famille ?

Il paraît important d'évaluer la situation obstétricale, sociale et professionnelle de la patiente, le contexte dans lequel survient la grossesse. Une prise en charge médicale semble prioritaire. Mais l'aspect psychique du phénomène ne peut pas être ignoré. Et ne serait-il pas le premier à devoir être pris en compte ?

Un cheminement important est effectivement à faire avec la mère et son enfant : un accompagnement de qualité doit être entrepris pour permettre à chacun d'accepter et de reconnaître la naissance comme telle que ce soit au niveau physique que psychique. Il est essentiel de les aider dans le présent de la situation, pour que celle-ci soit acceptée, et que les liens se fassent, mais il est également nécessaire de les protéger pour leur avenir. Je ne parle pas de les protéger l'un de l'autre, de protéger l'enfant « contre » sa mère, mais de mettre en place un travail sur l'accès à la maternité pour ces femmes et sur l'accès à une mère pour ces enfants.

Il n'y a pas d'instinct chez l'humain, il est annihilé par la culture. De la sorte, l'instinct maternel n'existe pas, la maternité est une adoption. Et c'est ce que nous devons permettre à ces femmes : adopter, apprivoiser leur grossesse, leur enfant, à l'aide de nos paroles, notre regard, notre présence.

Ainsi, dès l'annonce de la grossesse un suivi interdisciplinaire peut être proposé, mais jamais imposé. Un travail en réseau avec le psychologue, le service de PMI, l'assistante sociale, peut être entrepris.

Il faut orienter ces femmes et profiter du réseau, car, hormis sur le plan médical, les sages-femmes peuvent ne pas se sentir capables de prendre en charge ces patientes sur les plans sociaux, familiaux et psychologique. Mais ce travail en partenariat ne doit pas être systématique.

Ainsi, au-delà d'une prise en charge standardisée, ne pourrait-on pas prévenir ce phénomène ? L'action préventive paraît difficile car les grossesses sont déclarées souvent très tardivement. Le déni n'existe qu'à partir du moment où la femme vient consulter. Avant on ne le connaît pas, les dénis massifs ne sont jamais découverts. Si Véronique Courjault n'avait rien dit, on aurait eu connaissance seulement des deux nouveaux nés découverts dans son congélateur, et non pas des trois infanticides ayant réellement eu lieu ; et on aurait rien su s'ils n'avaient jamais été découverts.

Une prévention paraît impossible pour ce phénomène : sa découverte est toujours fortuite et nous sommes impuissants face à cela. Une vigilance peut toutefois être apportée par rapport aux déclarations tardives de grossesses ou aux interruptions volontaires de grossesses (IVG) tardives. En effet, toute découverte tardive de grossesse peut être l'expression d'une grossesse niée. Une grande part de cette population pourrait avoir été victime d'un déni de grossesse et mériterait une attention toute particulière.

3.2. La solitude du déni : rôle de la sage-femme

Lorsqu'une équipe soignante reçoit une femme, dont la grossesse vient d'être révélée, différents impératifs apparaissent. Les soignants se sentent pressés, inquiets face à cette femme dont l'histoire leur paraît, pour la plupart d'entre eux, incroyable, irréaliste. Et souvent c'est l'histoire qu'ils prennent en charge, c'est l'histoire de la femme, avec leurs aprioris, leurs préjugés, et non la femme elle-même. Pourtant cette femme, plus qu'une autre, n'a-t-elle pas besoin de nous ? Ne faut-il pas prendre le temps, s'arrêter, et parler ?

Au moment où nous rencontrons ces femmes, nous apparaissions de façon brutale face à elles, en leurs annonçant ou reprenant la nouvelle.

Ces patientes ressentent alors une grande solitude, liée principalement à la perte de relation avec elles-mêmes, à la trahison de leur corps. Elles se sentent seules face à elles-mêmes, mais également face à leur entourage qui peut ne pas comprendre.

La première rencontre entre la femme enceinte et la sage-femme est donc primordiale, de par les rôles d'information, d'accompagnement et de soutien que possède cette dernière, et cela dans le but de rompre la solitude de la femme.

Il est nécessaire de prendre le temps, d'écouter ces patientes. Il faut oser une parole rompant ce silence, le silence dans lequel s'est réfugiée la patiente.

Mais cela peut être difficile car, comme on l'a vu au travers de ce travail, les soignants peuvent eux aussi être dans l'incompréhension, et se positionnent souvent de façon personnelle face au sujet, se surprenant parfois à penser « Comment a-t-elle pu ne pas s'en rendre compte ? ». Ils peuvent ainsi rapidement glisser vers un discours accusateur, culpabilisant, renforçant la solitude du déni.

« 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 », nous a transmis le Professeur Nisand lors de la journée annuelle du Conseil de l'Ordre sur le déni de grossesse. Il faut savoir dire : « C'est un déni de grossesse », mettre des mots sur le mal ressenti, car cette patiente pourrait ressentir le silence comme un jugement, une condamnation. Les sages-femmes pourront ainsi rompre ce cycle du non dit, et cela permettra d'engager un échange, au travers d'un questionnement partagé et non d'un interrogatoire. Et même si nous ne pouvons répondre à toutes ses interrogations, cela ne la soulagerait-elle pas de savoir que nous sommes là pour l'accompagner, la soutenir, l'orienter vers un professionnel peut-être plus compétent ? Si la femme a l'impression que l'autre peut comprendre sa situation, cela favorisera sa prise de conscience et l'acceptation de sa grossesse. Elles doivent se sentir reconnues, écoutées et soutenues dans les choix qu'elles voudront entreprendre.

Le fait de pouvoir s'ouvrir sur ce qui leur est arrivé permet probablement à ces femmes de se sentir moins seules ; et le fait de leur transmettre que des femmes ont vécu la même chose qu'elles, que ce ne sont pas les premières à qui cela arrive, peut les soulager, les faire se sentir moins seules et, de ce fait, peut être plus normales.

Le Professeur Nisand a insisté sur le fait qu'il faille entourer ces femmes, que les professionnels essaient de les enrichir, de les soutenir, à travers des formules telles que « je vous aide », « vous avez de la valeur », et de leur faire comprendre que cela fait parti de leur histoire. « Il ne faut pas qu'elles avouent leur déni de grossesse, mais qu'elles **S'**avouent leur déni et leur grossesse » nous transmet-il.

La prise en charge de ces femmes doit être adaptée et réalisée en fonction du rythme de leur travail psychique d'intégration. Elles doivent pouvoir se livrer, sans se retenir, et si elles se sentent jugées, elles ne feront que bonne figure face au regard de l'autre.

3.3. Un manque de formation

Pour ne pas avoir un regard interrogateur, culpabilisant face à ces patientes, les sages-femmes doivent avoir une certaine connaissance du déni de grossesse, afin de l'appréhender de façon sereine et de pouvoir se détacher du phénomène en lui-même, pour prendre en charge la patiente en tant que future ou nouvelle mère et non comme femme victime d'un déni de grossesse.

La majorité des sages-femmes interrogées ont exprimé du désarroi, de l'embarras face à ces femmes. En effet, l'actualité importante que rencontre le déni de grossesse remet en question beaucoup de leurs croyances sur la maternité, et plusieurs expriment de l'incompréhension face aux cas rencontrés.

Certaines d'entre elles mettent cela en lien avec un manque de formation. Il est effectivement supposable que les soignants sont généralement maladroits lorsqu'ils ne disposent d'aucune connaissance sur une situation.

Une formation, un apport théorique me semble donc indispensable et nécessaire pour l'ensemble des sages-femmes. L'incrédulité de celles-ci ne ferait qu'aggraver la souffrance de l'isolement de la patiente, et c'est grâce à une information complète que les sages-femmes pourront aborder une femme ayant présenté un déni de grossesse de façon adéquate.

Le fait de se décharger de quelque chose qui nous angoisse, nous perturbe, peut libérer quelque chose dans la situation et la faire avancer. La mise en place de groupes de paroles paraît donc intéressante, face à l'embarras, aux difficultés, parfois exprimés, au sein des structures hospitalières, pour les professionnels de santé ayant été confronté à un cas de déni de grossesse ; ou à l'extérieur pour les femmes ayant présenté un déni de grossesse, ainsi que pour leur enfant ou leur entourage. Leur création parmi les soignants pourrait permettre de mieux appréhender et d'encadrer ces situations difficiles.

Cette incrédulité pourrait être également liée à l'actualité grandissante du déni de grossesse. En effet, les faits divers, les médias, rapportent le côté sensationnel, choquant et dramatique du phénomène. Cela influence l'opinion publique et peut créer un amalgame entre meurtre, infanticide et déni de grossesse.

Ainsi certaines sages-femmes ont exprimé, lors des entretiens, beaucoup d'inquiétude face à ce phénomène car elles ne percevaient que cette issue dramatique du déni de grossesse. La force des médias fait qu'un grand nombre d'individus, et même certains professionnels de santé, stigmatisent ces patientes et les assimilent à des femmes seules, qui accoucheront d'un enfant avec lequel elles n'entreront pas en lien et qu'elles pourront tuer. Là encore, une formation paraît essentielle pour se libérer de ces stigmates, de ces confusions et pour pouvoir appréhender le phénomène avec une plus grande objectivité.

Le 18 mars 2010 une journée a été organisée sur le thème du déni de grossesse par le Conseil de l'Ordre de Moselle et l'Association « A Propos ». Le nombre important de sages-femmes présentes à cette formation, témoigne de ce besoin d'information sur le sujet et de l'intérêt grandissant pour le déni de grossesse. A travers les interventions de médecins spécialistes dans le domaine, et les témoignages de différents professionnels de santé, il est apparu que nous pouvions tous y être confrontés. Cette journée sur le déni de grossesse me paraît être une première approche très importante dans l'appréhension de ce phénomène, pour toutes les sages-femmes qui, au travers de mes entretiens, ont exprimé certaines difficultés ne demandant qu'à être comblées par ce genre d'informations.

Il semble donc nécessaire que les professionnels de santé soient sensibilisés et informés sur le déni de grossesse, afin d'obtenir une meilleure connaissance du phénomène, et de pouvoir apporter un soutien efficace à ces femmes en situation de grande vulnérabilité psychique. Trop souvent les soignants ne voient encore que le risque de perturbation relationnelle, et ils ne peuvent prendre en charge ces femmes, qu'à travers leur sensibilité, les émotions que cela leur suscite, à défaut d'une formation, qui leur permettrait d'agir au-delà de leurs sentiments personnels.

Conclusion

Comme le témoigne ce travail, le déni de grossesse est un phénomène beaucoup plus fréquent qu'il n'y paraît. Il agite régulièrement l'opinion publique à travers des situations tragiques transmises par les médias, qui nous livrent une vision assez dramatique de cette réalité. Toutefois, avec cette médiatisation, le sujet est étudié de plus près, on lui porte une attention nouvelle.

Le terme « déni de grossesse » signifie que la femme n'a pas conscience d'être enceinte, mais il n'existe pas de définition consensuelle à son propos, et ses étiologies psychopathologiques ne sont encore présentées que sous la forme d'hypothèses. Ce phénomène apparaît néanmoins comme un mécanisme de défense psychique contre la réalité angoissante qu'est la grossesse.

Aujourd'hui les faits qui touchent à la nature de l'infanticide et du déni de grossesse soulignent que l'instinct maternel n'existe pas. La maternité est une adoption et c'est là le travail principal du personnel soignant : permettre à ces femmes d'adopter leur grossesse. C'est pourquoi, il est important, de par nos rôles de soutien, d'accompagnement et d'information, de rompre le silence dans lequel elles se réfugient et de leur permettre de se livrer, afin qu'elles puissent débiter une démarche psychologique d'acceptation de la situation, de la grossesse et de leur enfant.

Il apparaît également nécessaire de les orienter vers d'autres professionnels pouvant prendre en charge leur souffrance psychique de façon plus adaptée.

Mais il est important de signifier que cette prise en charge multidisciplinaire ne doit pas être systématisée. Chaque cas est unique, aucun cas de déni de grossesse ne se terminera de la même façon. Le déni ne peut être standardisé, car il est unique dans l'histoire d'un sujet qui est unique. Ce travail en partenariat sera donc adapté à chaque patiente, et pourra leur être proposé mais jamais imposé.

Ainsi, une prise en charge spécifique au déni de grossesse me semble impossible à transmettre aux sages-femmes. La prévention s'avère également difficile, dans la mesure où aucune demande n'est formulée par la femme, où elles consultent rarement un praticien.

Au-delà de pouvoir mettre en place une politique de prévention, une vigilance peut être apportée dans la prise en charge de certaines grossesses : les déclarations tardives ou les IVG tardives. Celles-ci ne doivent jamais être ignorées. En effet, toute découverte tardive de grossesse peut être l'expression même d'une grossesse niée.

Les professionnels de santé adoptent une attitude très différente face à ce phénomène du fait de leur sensibilité, de leur personnalité, et appréhendent souvent le déni de grossesse de façon personnelle, avec leurs propres moyens, en raison d'une absence de connaissances. Une sensibilisation des équipes médicales à cette situation est donc nécessaire pour leur permettre d'appréhender ces patientes de façon plus objective, et plus sereine.

Il faut être capable de dire « c'est un déni de grossesse », et pour cela il faut être capable de reconnaître une situation, comme telle. Une formation semble là encore indispensable. Le déni de grossesse existe, et il ne faut pas nier qu'il existe.

Il faut être capable de reconnaître la réalité de ce phénomène : le déni de grossesse est une entité très variable. Il peut concerner toutes femmes en âge de procréer, sans forcément qu'elles présentent une pathologie psychiatrique.

Et il est essentiel de ne pas stigmatiser ces femmes victimes de déni de grossesse. Une femme ayant présenté un déni de grossesse aura la capacité de devenir mère, et aura toujours la possibilité de fonder une famille par la suite. Elle pourra attendre un enfant, comme toutes les mères, en reconnaissant et acceptant sa grossesse, comme une autre. Elles ne doivent pas être assimilées à l'image véhiculée par les médias. Certes, certaines femmes ne reconnaîtront jamais la réalité de leur grossesse et pourront aller jusqu'à tuer leur enfant, mais, pour la plupart d'entre elles, une maternité heureuse sera possible, et elles seront tout à fait aptes à entrer en lien avec leur enfant après l'accouchement.

Il apparaît également nécessaire de faire la différence entre dissimulation et déni : ces femmes ne dissimulent pas, ne sont pas des menteuses ; ce sont des femmes victimes, victimes d'un phénomène encore mal connu et pourtant reconnu comme une pathologie psychique grave.

Le déni de grossesse est le signe d'une souffrance psychique importante, une pathologie réelle, à laquelle les soignants doivent être sensibilisés.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] MARINOPOULOS Sophie. Dans l'intime des mères. 2007.
- [2] BAYLE Benoît. Négations de grossesse et gestation psychique. Actes du 1er colloque français sur le déni de grossesse, 23 et 24 Octobre 2008, Toulouse, Université Paul Sabatier.
- [3] Le corps en psychologie clinique. Disponible sur : < <http://subwerk.net/kim/ecrits> >
- [4] DELASSUS Jean-Marie. Le corps du désir, Psychanalyse de la grossesse. 2008
- [5] GUILLERAULT Gérard. L'image du corps selon Françoise Dolto. 7^{ème} congrès de maternologie et périnatalogie, 24 Novembre 2008, Versailles. In : Les dossiers de l'Obstétrique, Avril 2009, n°381, p 14-19.
- [6] COUDERC Pascal. L'image du corps en psychanalyse. Disponible sur : <http://www.boulimie.com/fr/actualites/dossiers/limage-du-corps-en-psychanalyse.html>
- [7] BERGERET-AMSELEK Catherine. Le mystère des mères. 2005.
- [8] MARINOPOULOS Sophie. De l'impensé à l'impensable en maternité : le déni. 37èmes assises nationales des sages-femmes, 20^{ème} session européenne, 13, 14, 15 mai 2009, Lille.
- [9] MARINOPOULOS Sophie. Le déni de grossesse. Temps d'Arrêt. 2007.
- [10] GOLSE Bernard, MISSONNIER Sylvain, SOULE Michel. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. 2004
- [11] BAYLE Benoît. L'enfant à naître, Identité conceptionnelle et gestation psychique. 2005.
- [12] LEBON Corinne. Un enfant après 40 ans. Disponible sur : <<http://www.avenirsdefemmes.com/articles/societe/grossesse-et-femme-a-la-quarantaine.html>>

- [13] PICKMANN Claude-Noële. Actualité d'un symptôme féminin : la stérilité psychique. *La clinique lacanienne*, « Le symptôme », 2001, n°5, p. 109-123.
- [14] ABDEL-BAKI Amal, POULIN Marie-Josée. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement, *Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse. Médecine & Hygiène, Psychothérapies*, 2004/2, Vol. 41, p. 3-9.
- [15] BYDLOWSKI Monique. Spécificités humaines de l'engendrement. 7^{ème} congrès de maternologie et périnatalogie, 24 Novembre 2008, Versailles. In : *Les dossiers de l'Obstétrique*, Avril 2009, n° 381, p. 8-13.
- [16] Mme GORRE-FERRAGU. Le déni de grossesse : une revue de littérature. Rennes : Université de Rennes 1, 2002.
- [17] STRYCKMAN Nicole. Désir d'enfant. *Le Bulletin Freudien*, Décembre 1993, n° 21.
- [18] DELASSUS Jean-Marie. Fondements du désir d'enfant. 7^{ème} congrès de maternologie et périnatalogie, 24 Novembre 2008, Versailles. In : *Les dossiers de l'Obstétrique*, Avril 2009, n°381, p. 20-24.
- [19] BYDLOWSKI Monique. La dette de vie, *Itinéraire psychanalytique de la maternité*. 1997.
- [20] DOLTO Françoise. *Sexualité féminine : la libido génitale et son destin féminin*. 1999.
- [21] DOLTO Françoise. *Le féminin*. 1998.
- [22] BADINTER Elisabeth. *Le conflit : la femme et la mère*. Février 2010.
- [23] NISAND Israël. 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] MISSONNIER Sylvain. *Devenir parent, naître humain*. 2009.
- [25] WINNICOTT Donald. *Le bébé et sa mère*. 1992.

[26] CALIER Laurence. La complexe émergence du déni de grossesse. 7^{ème} congrès de maternologie et périnatalogie, 24 Novembre 2008, Versailles. In : Les dossiers de l'Obstétrique, Avril 2009, n°381, p. 34-38.

[27] Association pour la reconnaissance du déni de grossesse. Texte de synthèse sur le déni de grossesse.

Disponible sur : < <http://denidegrossesse.iffrance.com/denidegrossesse/> >

[28] LAPLANCHE Jean, PONTALIS Jean-Bertrand. Vocabulaire de la psychanalyse. 5^{ème} édition « Quadrige », 2007.

[29] ROY Philippe. Le déni de grossesse sous les feux de la justice. Le quotidien du médecin, n° 8584, 8 juin 2009.

[30] PANEL Pierre, PRIGENT G. Déni de grossesse : Quand le corps porte une grossesse dont le psychisme ne perçoit aucune trace. 7^{ème} congrès de maternologie et périnatalogie, 24 Novembre 2008, Versailles. In : Les dossiers de l'Obstétrique, Avril 2009, n°381, p. 29-33.

[31] BAYLE Benoît. L'embryon sur le divan, Psychopathologie de la conception humaine. 2003

[32] BRACONNIER Alain. Introduction à la psychologie. 2006.

[33] NISAND Israël. Déni de grossesse. 37^{èmes} journées de Gynécologie, Obstétrique et Fertilité, 13-14 Novembre 2009, Paris.

[34] BUSSIÈRE Audrey. En finir avec « le déni du déni ». Le quotidien du médecin, n°8624, 29 septembre 2009.

[35] LEMLER Daniel. Déni de grossesse : névrose ou psychose ? 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.

[36] GRABER Jean-Luc. La forclusion du nom du père. Disponible sur : < <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/> >

[37] DELASSUS Jean-Marie. Le syndrome de l'enfant invisible et le déni de grossesse. 7^{ème} congrès de maternologie et périnatalogie, 24 Novembre 2008, Versailles. In : Les dossiers de l'Obstétrique, Avril 2009, n°381, p. 48-50.

[38] SAIONI Marie-Renée. Le déni de grossesse. Vocation sage-femme, juin 2008, n°63, p. 5.

ANNEXE I

Entretien semi-directif : « Le déni de grossesse »

- Présentation de la sage-femme :
 - Quel âge avez-vous ?
 - ≤ 25 ans
 - 26 – 30 ans
 - 31 – 40 ans
 - 41 – 50 ans
 - ≥ 51 ans

 - Depuis combien d'années exercez-vous le métier de sage-femme ?
.....
 - Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ?
.....

Définition :

- Qu'est-ce que pour vous un déni de grossesse ?
.....
.....
.....
.....

- Percevez-vous l'une de ces situations comme un déni de grossesse ?
 - une femme a conscience de sa grossesse, mais pour des raisons qui lui sont propres, cherche à la dissimuler à son entourage.
 OUI NON
 - une femme, se sachant enceinte, continue à faire du cheval jusqu'à son dernier mois de grossesse.
 OUI NON
 - une femme prise de violentes douleurs abdominales se rend à l'hôpital, et on lui apprend qu'elle est enceinte et qu'elle va accoucher.
 OUI NON
 - une femme accouche sans qu'elle s'y attende, seule, chez elle, sans avoir eu conscience de sa grossesse, et ne reconnaît pas l'enfant comme un être vivant.
 OUI NON

Approche générale :

- Avez-vous une idée de la fréquence de ce phénomène en France ? Si non, pensez-vous que c'est 1%, 1/1000 ou 1/10 000 ?
.....
.....
.....

- Pensez-vous qu'il existe un risque pour la mère ou l'enfant suite à un déni de grossesse ? Si oui, de quel ordre ?

.....
.....
.....

- Pour vous, est-ce qu'une femme est capable d'investir sa place de mère suite à la révélation de la grossesse ?

.....
.....
.....

Réalité clinique :

- Avez-vous déjà rencontré une ou plusieurs femmes ayant présenté un déni de grossesse au cours de votre exercice professionnel ?

.....
.....

- A quel terme de la grossesse avez-vous été confronté à l'éventualité d'un déni de grossesse ? Quel âge avaient les femmes rencontrées ?

.....

- Avez-vous été celle qui a annoncé la grossesse ?

.....

- Si non, dans quelle situation la grossesse a-t-elle été découverte ?

.....
.....

- Pourriez-vous me dire s'il s'agissait le plus souvent de primipares ou de multipares ?

.....

- Y avait-il des antécédents particuliers, à type de stérilité, d'IVG, de MFIU, chez ces femmes avant la grossesse ?

.....
.....

- Quelle a été l'attitude de la mère :
 - vis-à-vis de sa grossesse, si elle était toujours enceinte ?

.....
.....

- face à son enfant, si elle avait accouché ?

.....
.....

Ressenti, vécu de la sage-femme :

- Avez-vous eu la sensation de maîtriser cette situation ?

.....
.....

- Quelles images ou émotions avez-vous ressenties face à cette femme ?

.....
.....
.....
.....

- Avez-vous adapté, modifié votre comportement habituel face à celle-ci ?

.....
.....
.....

- Est-ce que quelque chose vous a marqué dans cette situation ?
- Réponse personnelle :

.....
.....
.....
.....

- Avez-vous ressenti le besoin de parler de cette situation ? Si oui, avez-vous eu la possibilité d'en discuter avec vos collègues ou d'autres professionnels, lors d'un groupe de paroles par exemple ?

.....
.....
.....

Prise en charge de la patiente :

- Quelles ont été vos actions ?

.....
.....
.....
.....
.....

- Une prise en charge multidisciplinaire a-t-elle été proposée ?

.....
.....

- La trouvez-vous nécessaire ?

.....
.....

- A ce jour, que proposeriez-vous pour optimiser la prise en charge de cette patiente?

.....
.....
.....
.....
.....

➤ Avez-vous reçu une formation sur le déni de grossesse ?

- Si oui, laquelle ?

.....

- Si non, en ressentez-vous le besoin ?

.....

- Vous sentez-vous suffisamment préparée pour accompagner une patiente ayant présenté un déni de grossesse ?

.....

.....

.....

RESUME

Des femmes enceintes qui n'ont pas conscience de leur état de grossesse, un entourage familial qui, lui non plus, ne voit rien, le déni de grossesse interpelle, intrigue. Ce phénomène a toujours existé, de tout temps et dans toutes les sociétés, mais les médias ne l'ont révélé que depuis quelques années et nous transmettent régulièrement des cas de déni sous leur forme la plus dramatique : le meurtre d'un nouveau-né.

J'ai moi-même pris connaissance de sa réalité lors du procès de Véronique Courjault, qui a agité l'opinion publique. Suite à cette prise de conscience, je me suis demandée, en tant que future professionnelle, comment les sages-femmes appréhendaient ce phénomène sur leurs différents lieux d'exercice.

Pour cela j'ai entrepris de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes de différents services dans le but de connaître leurs sentiments et leurs pratiques sur le terrain face au déni de grossesse.

Il s'est révélé que les professionnels de santé adoptent une attitude très différente face à ce phénomène du fait de leur sensibilité, de leur personnalité, de leurs expériences. Ainsi, certaines sages-femmes apparaissent complètement désemparées, démunies, face à ce phénomène, alors que d'autres m'ont révélée se sentir prêtes et capables de prendre en charge une femme ayant présenté un déni de grossesse.

L'ensemble de ces sages-femmes appréhende le déni de grossesse de façon personnelle, avec leurs propres moyens, et souvent en raison d'une absence de connaissances. Mais il faut être capable de dire « c'est un déni de grossesse », et pour cela il faut être capable de reconnaître une situation comme telle. Une formation, une sensibilisation des équipes médicales semble donc nécessaire pour leur permettre d'appréhender ces patientes de façon objective, et plus sereine.

Le déni de grossesse est une réalité, il existe et ne doit plus être ignoré.