
IMMERSION EN COMMUNAUTE

UN PASSAGER CLANDESTIN : Les vérités sur le déni de grossesse

Kelly TSCHANNEN, Magali MIRA, Malika GIACOMINI
& Laura PALMIERI

Tutrice : Astrid STUCKELBERGER, MSc, PhD

Haute école de santé de Genève - Filière Nutrition et diététique

En collaboration avec

Université de Genève – Faculté de médecine

Mai – Juin 2013

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
1. INTRODUCTION	5
2. MOTIVATIONS POUR LE SUJET	5
3. PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ	6
4. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	8
4.1 Organisation et méthodologie dans l'élaboration du projet.....	8
4.2 Choix des partenaires.....	10
5. QU'EST-CE QUE LE DÉNI DE GROSSESSE ?	11
5.1 Définition du déni	11
5.2 Le déni dans son histoire	11
5.3 Qu'est-ce que le déni de grossesse ?	12
6. UN PHÉNOMÈNE PAS SI RARE QUE CELA	13
7. FACTEURS DE RISQUE	14
7.1 Transgénérations.....	15
8. PENDANT LE DÉNI	16
8.1 Psychologie / psychopathologie	16
8.1.1 <i>Déni non psychotique</i>	17
8.1.2 <i>Déni psychotique</i>	17
8.2 Physiologie	18
8.3 Physiopathologie	20
9. LEVÉE DU DÉNI DE GROSSESSE	21
9.1 Découverte de la grossesse	21
9.1.1 <i>La femme</i>	21
9.1.2 <i>L'entourage</i>	23
9.1.3 <i>Le père</i>	24
9.1.4 <i>Le personnel médical</i>	24
10. APRÈS LE DÉNI	25
10.1 Prise en charge et soutien, qu'en est-il à Genève ?	25
10.2 Mais quelles sont les issues possibles pour la mère ?	28
10.3 Infanticide	28
10.4 Aspects juridiques en Suisse et en France.....	30
10.5 Enjeux éthiques	31
10.5.1 <i>Le principe d'autonomie</i>	31
10.5.2 <i>La bienfaisance et la malfaisance</i>	31
10.5.3 <i>Le non-jugement</i>	31
10.6 Prévention et recommandations	32
11. CONCLUSION	33

12. RÉFÉRENCES	34
13. ANNEXE 1	38
14. ANNEXE 2	41
15. ANNEXE 3	47
16. ANNEXE 4	49
17. ANNEXE 5	53
18. ANNEXE 6	54

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant contribué à cette recherche de près ou de loin. Leurs conseils, leurs orientations et leurs informations ont été des aides précieuses à la réalisation de ce travail.

Un remerciement particulier à notre tutrice, Astrid STUCKELBERGER, MSc, PhD qui nous a suivies tout au long de ce travail et nous a donné des pistes utiles à l'avancement de ce projet.

Nous tenons à remercier Madame Anne-Laure Piguet, documentaliste du planning familial qui nous a permis de compléter notre recherche de littérature sur le sujet dès le début de cette immersion.

Nous adressons nos remerciements à Madame Geneviève Sandoz, psychologue du planning familial qui a accepté de répondre à nos questions et qui a contribué à notre compréhension des aspects psychologiques de cette thématique de santé.

Merci également à Madame Christine Fischer, assistante sociale de la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève qui nous a explicité la prise en charge des patientes concernées du point de vue de sa profession.

Nous adressons nos chaleureux remerciements au Professeur Samia Hurst et au Professeur Alexandre Mauron, du département d'éthique biomédicale de l'Université de Genève qui nous ont apporté une aide précieuse pour la compréhension des aspects éthiques et juridiques. Leurs explications et leurs réponses à nos questions nous ont beaucoup aidées à expliquer cela.

Un grand merci à Madame Véronique Airiau, sage-femme du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, qui a répondu à nos questions en nous faisant partager son expérience avec des patientes ayant vécu un déni de grossesse.

Enfin, nous désirons grandement remercier Kim et Noémia, deux jeunes femmes ayant accepté de nous confier leur histoire avec beaucoup de sincérité et d'honnêteté. Grâce à elles, nous avons appris l'importance du vécu dans cette problématique.

1. INTRODUCTION

Dans le cadre du module « Immersion en communauté » nous menons un travail ayant pour thème « Le déni de grossesse ». Ce module a pour but de nous immerger dans une problématique de santé durant quatre semaines.

Nous avons ainsi l'occasion d'étudier notre sujet, d'un point de vue théorique, par des recherches de littérature et d'un point de vue pratique, en se rendant sur le terrain, afin d'interviewer des femmes ayant fait un déni de grossesse et des professionnels de la santé en lien direct ou non avec cette thématique.

La grossesse fait partie intégrante de la vie de la majorité des femmes. Ce sont elles qui portent l'enfant durant la grossesse. Mais comment une femme peut-elle ne pas se rendre compte de son état gréviste, comme c'est le cas lors de déni de grossesse ? Voilà ce que nous allons essayer de déterminer tout au long de ce travail.

2. MOTIVATIONS POUR LE SUJET

Le module d'immersion en communauté a été pour nous très attrayant dès le départ. Nous l'avons perçu comme une occasion d'apprendre de nouvelles choses. Ce module a la particularité de nous laisser le libre choix du sujet que nous voulons traiter et cela nous a permis de nous investir dans cette thématique avec beaucoup de plaisir et d'intérêt.

L'idée de cette problématique nous est apparue lors d'une simple discussion, suite à la lecture d'un article de journal sur le sujet du déni de grossesse. Nous en avons discuté et nous nous sommes rendues compte que nous n'arrivions pas à expliquer cette problématique. En effet, dès le départ, nous nous sommes posées beaucoup de questions auxquelles nous n'arrivions pas à répondre. Nous avons alors voulu en savoir plus.

Le thème du déni de grossesse a suscité notre intérêt car il s'agit tout d'abord d'un sujet que nous n'avions pas étudié auparavant et que nous connaissions peu. De plus, nous souhaitons aborder une problématique qui n'avait pas de lien direct avec la nutrition afin d'ouvrir nos connaissances à d'autres thèmes de santé et de sortir des chemins de recherche que nous avons l'habitude d'emprunter.

Le déni de grossesse devient de plus en plus médiatisé. Les médias ont commencé à en parler activement en 2006, lors de l'affaire Courjault, les bébés que l'on a retrouvés congelés, sur laquelle nous reviendrons plus tard. Depuis, des affaires similaires de dénis de grossesse suivis d'infanticide sont fréquemment évoquées dans les médias. Cependant, les articles relatent les faits mais ne donnent pas de réelles explications sur ce qu'est le déni de grossesse et sur les implications que cela peut avoir, tant au niveau de l'état psychologique des parents et de la famille que au niveau physiologique du déni de grossesse.

L'envie d'en savoir plus vient aussi du fait que nous sommes des femmes et que cela suscite des questionnements personnels auxquels, une fois encore, nous ne pouvons pas répondre.

Ce travail s'agira donc de rechercher dans la littérature ce qui existe sur ce sujet, de rencontrer des professionnels de la santé s'y connaissant et des femmes ayant vécu un déni de grossesse.

3. PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ

Lors de nos premières recherches de littérature concernant le sujet, nous avons trouvé peu de littérature scientifique. A l'inverse, les revues de vulgarisation et les revues spécialisées étaient nombreuses. Nos lectures nous ont apporté des connaissances générales qui ont suscité les questions suivantes :

Premièrement, les écrits scientifiques que l'on a pu trouver se contredisaient et pouvaient apporter beaucoup de confusion quant à la compréhension de la thématique. De plus, la plupart des écrits scientifiques étaient des études de cas effectuées à petites échelles. Comment peut-on parvenir à un consensus quand une problématique de santé est abordée de multiples manières prêtant à confusion ?

Deuxièmement, nous avons découvert au cours de nos premières recherches que le déni de grossesse n'appartenait pas à une typologie particulière de patiente. Quelles femmes sont susceptibles de faire un déni de grossesse ?

Troisièmement, l'incidence des cas par année est un nombre plus important que l'on pourrait penser. Les professionnels pouvant être concerné par cette problématique sont-ils conscient de ce fait ?

Quatrièmement, les conséquences psychologiques ne sont pas négligeables et peuvent, dans de rares cas, conduire à des issues dramatiques. Existe-t-il des moyens préventifs ?

Pour finir, malgré le fait que certaines de ces femmes avaient bénéficié de consultations médicales pour douleurs abdominales sans se douter de leur état gravide, les médecins n'avaient pas pensé à rechercher une éventuelle grossesse. Serait-ce dû à une ignorance des médecins de cette problématique ?

Au fur et à mesure de l'avancée de nos recherches, des questions plus précises ce sont présentées. Pour chaque thématique, nous nous sommes posées une question principale, qui est devenue le fil rouge de notre travail. Au cours de nos lectures et de nos rencontres, de nouvelles interrogations sont arrivées.

Pour avoir une vision globale du déni de grossesse, nous les avons listées ci-dessous :

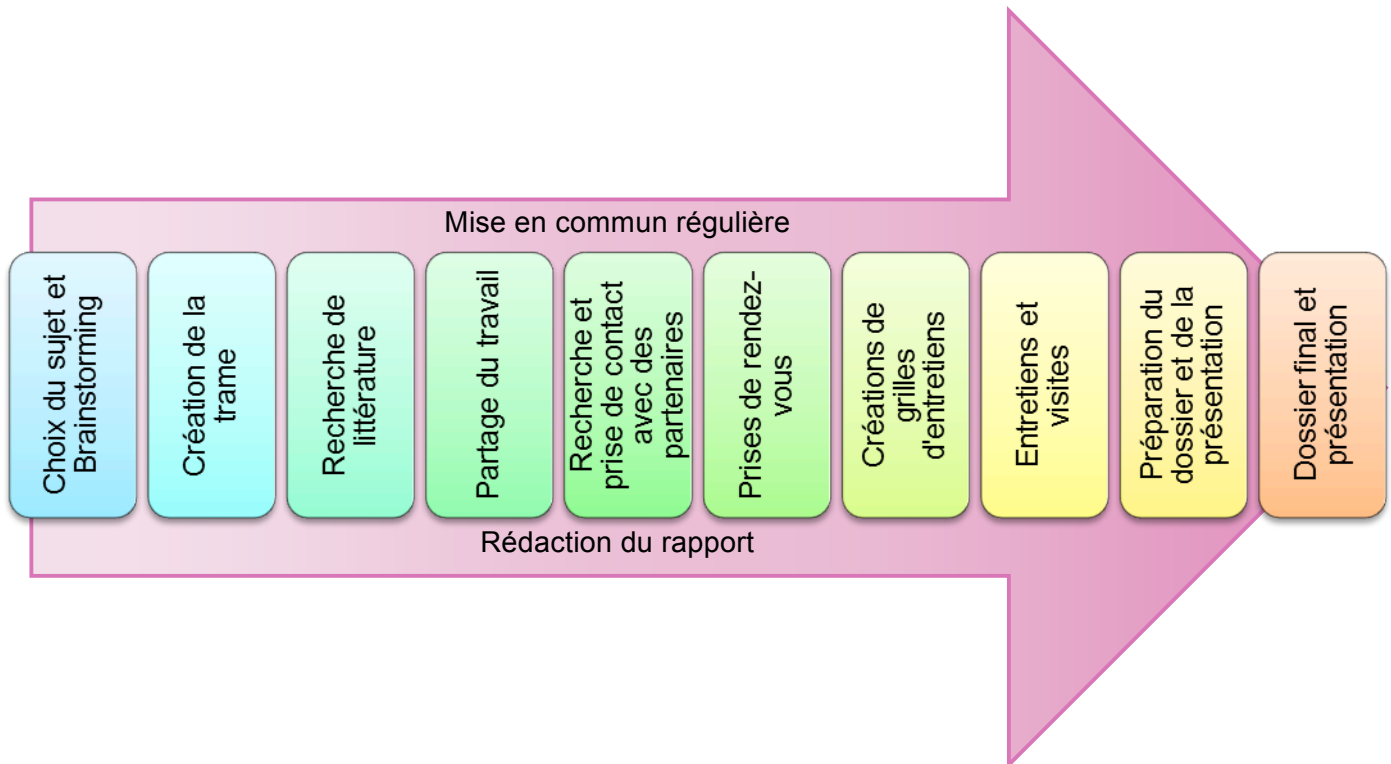
Définitions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qu'est-ce que le déni de grossesse ? ▪ Quels sont les facteurs prédictifs et les causes du déni de grossesse ?
Aspects psychopathologiques/physiopathologiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qu'est-ce que le déni du point de vue physiologique et psychologique ? ▪ Comment se traduit le déni de grossesse ? ▪ Quelle est la comparaison entre une grossesse normale et un déni de grossesse ?
Avant le déni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pouvait-on le déceler ? ▪ Que se passe-t-il avant la levée du déni ?
Levée du déni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment est découverte la grossesse ? ▪ Comment réagissent la patiente et son entourage ? ▪ Quelle est la prise en charge à ce moment-là ? ▪ Quelles issues ?
Après le déni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le suivi de la patiente ? ▪ Quels liens peut-on faire par rapport au déni ?
Prise en charge/soutien à disposition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le soutien psychologique, médical et/ou social de ces mères ? ▪ Quelles sont les prises en charges interdisciplinaires possibles ? ▪ Existe-t-il des associations ? ▪ Comment peut-on prévenir ?
Aspects éthiques/juridiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe-t-il une problématique éthique ou juridique ?

4. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Afin de mener à bien notre projet, nous avons utilisé différents outils de méthodologie. La méthodologie utilisée, ainsi que notre organisation, sont présentées dans les points qui suivent.

4.1 Organisation et méthodologie dans l'élaboration du projet

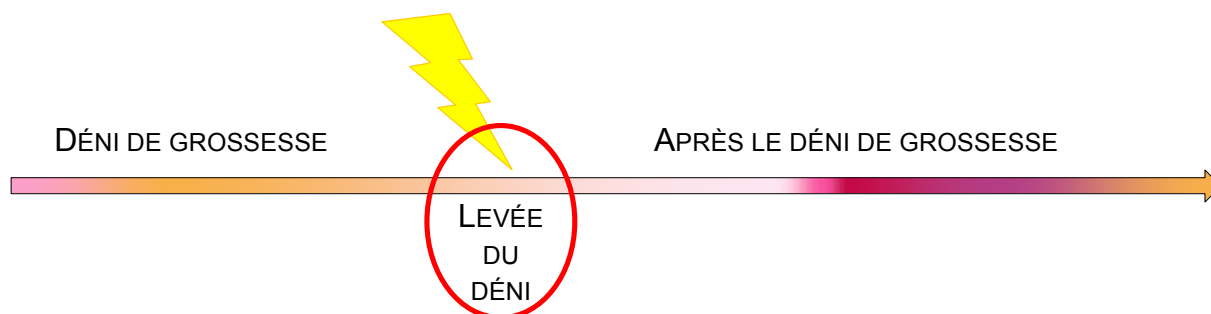
Avant de commencer la description de notre méthodologie, voici un schéma pour illustrer l'avancement et l'organisation dans notre travail :



Lorsque nous avons commencé le module « Immersion en communauté », nous n'avions pas clairement défini de quelle façon allait se construire notre projet. Nous avons donc commencé le premier jour par un brainstorming. Il s'agissait de mettre sur papier ce que l'on savait du sujet, certaines de nos représentations, nos questions à propos du déni de grossesse et ce que l'on voulait savoir et finalement quels allaient être les intervenants à interroger.

Ce même premier jour, nous avons eu un premier rendez-vous avec notre tutrice, Astrid Stuckelberger. Durant la discussion, il nous est vite apparu qu'il fallait traiter le sujet dans sa chronologie. Nous avons alors choisi de travailler sur le déni de grossesse en général mais en utilisant 3 axes chronologiques :

- Avant l'annonce de la grossesse (le déni au sens propre)
- Au moment du lever du déni
- Après le déni



Nous avons créé une trame avec les différents points que l'on souhaitait aborder. Cette trame nous servira de fil conducteur tout au long du travail pour être sûres de ne rien oublier, mais aussi pour la rédaction du rapport. Puis, nous avons effectué une recherche de littérature. Pour cela, nous avons parcouru différentes bases de données comme « Rero », « Pubmed » ou encore « ScienceDirect ».

Par la suite, nous nous sommes départagées le travail et avons régulièrement fait des mises en commun pour savoir où nous en étions et ce qu'il restait à faire.

La première semaine, nous avons commencé par une recherche de littérature et nous avons contacté les différentes personnes afin de prendre les premiers rendez-vous. Les délais étant courts et les différents partenaires potentiels n'ayant que peu de disponibilités, nous n'avons pas eu la possibilité d'obtenir des rendez-vous cette première semaine. Toutefois, nous avons pu rencontrer la documentaliste du planning familial des HUG, Madame Anne-Laure Piguet car nous l'avons contactée avant le début de l'immersion. Madame Piguet nous a été d'une grande aide pour étoffer notre revue de littérature. Elle possède des accès que nous n'avons pas pour la consultation d'articles. En effet, par son biais, nous avons pu trouver des articles scientifiques.

La deuxième semaine, nous avons continué à contacter différents professionnels dans les domaines qu'il nous manquait et que nous avons remarqués au cours de nos lectures. En parallèle, nous avons continué à rédiger le travail.

La troisième semaine a été consacrée à la prise des derniers contacts et de rendez-vous. En parallèle, nous continuions toujours la rédaction du rapport. Nous avons également procédé à la réalisation de notre poster. Nous voulions quelque chose qui interpelle et qui fasse passer les messages principaux de notre travail.

La dernière semaine, nous avons procédé aux dernières retouches de notre travail et créé le support pour la présentation.

Tout au long de l'immersion, nous avons rencontré notre tutrice, Astrid Stuckelberger. A chaque rendez-vous, nous lui présentions l'évolution de notre travail. Elle nous orientait sur la direction à prendre pour poursuivre notre travail.

En ce qui concerne les entretiens, nous y avons assisté les quatre hormis deux entretiens qui se sont fait avec deux d'entre nous. Nous avons contacté les différents intervenants potentiels, par téléphone, par email ou en nous déplaçant. Selon la personne interrogée nous avons élaboré des grilles d'entretiens semi-directifs « personnalisées ».

Nous demandions également avant chaque entretien l'autorisation d'enregistrer. Ils étaient ensuite résumés et inclus dans le dossier pour compléter l'apport théorique. Si la rencontre n'était pas possible, les questions étaient envoyées par email ou nous faisons l'entretien par téléphone.

Pour la rédaction du dossier, nous nous sommes départagées les items de notre trame et tous les 2 ou 3 jours nous faisons une mise en commun afin de valider ce qui avait été fait et de voir ce qu'il nous restait à faire. De plus, le fait de mettre régulièrement en commun permettait de garder la même forme pour l'élaboration et l'écriture du dossier.

Afin de créer notre bibliographie, nous nous sommes inspirées du style Vancouver, qui est la référence dans la filière Nutrition et diététique de la HEdS.

4.2 Choix des partenaires

Nous avons recherché des partenaires de diverses professions afin d'avoir des regards différents. Nous avons trouvé nos contacts de cette manière :

- Bouche-à-oreille
- Internet
- Nom transmis par notre tutrice

Notre point de départ a été le planning familial et le service gynécologique et obstétrique des HUG. Ces services ayant directement à faire à des femmes enceintes, nous pensions avoir de bonnes chances d'obtenir des informations utiles à la poursuite de notre travail.

Sur les 20 intervenants que nous avons contactés, seuls 8 ont répondu positivement. Le manque de temps ou l'indisponibilité étaient les raisons pour lesquelles nous n'avons pas eu plus de réponses positives.

5. QU'EST-CE QUE LE DÉNI DE GROSSESSE ?

5.1 Définition du déni

Avant de parler de déni de grossesse, il convient de définir ce qu'est un déni. D'après le Larousse médical (2008), le déni est : « *Le refus inconscient de reconnaître une réalité extérieure traumatisante* » (1).

Le psychanalyste Sigmund Freud employa pour la première fois le terme de déni pour décrire le mécanisme de défense du « Moi » chez le petit enfant pour lutter contre l'angoisse liée à la découverte de la différence des sexes. La réalité étant difficile à admettre pour ce dernier, il continue à penser que la femme possède un pénis et que son absence est expliquée par une castration. Une persistance de cette pensée infantile chez l'adulte est traduite par un rejet de la réalité (1).

En d'autres termes, le déni est utilisé pour exprimer le rejet de la réalité, d'une maladie ou d'un handicap.

Selon N. Grangaud (2001), les approches du concept de déni se sont diversifiées. Il existe des approches développementales, quantitative-comportementaliste ou cognitiviste. Toutefois, aucune définition du déni n'est claire et cela peut porter à confusion. Le déni serait donc un processus cognitif en tant que stratégie d'adaptation (coping) ou en tant que « *dissonance cognitive* », mais il est aussi un mécanisme de défense contre une réalité trop dure à accepter (2).

Selon J. Dayan et al. (1999) « *Par convention, l'expression de déni de grossesse est une forme de négation de grossesse à participation principalement inconsciente, conduisant la femme souvent tardivement et brutalement à la reconnaissance pleine et entière de son état, généralement lors du travail, voire seulement de la naissance* » (3).

5.2 Le déni dans son histoire

Le terme de déni de grossesse n'apparaît dans la littérature qu'à partir des années 1970. On le trouve lorsque des cas cliniques sont décrits mais uniquement chez des femmes atteintes de troubles psychiatriques. Le déni de grossesse est alors considéré comme un mécanisme de défense en lien avec la psychose.

C'est durant les années 1980 à 1990 que l'on ira vers un consensus sur ce sujet. En effet, beaucoup de publications mettront en évidence que le déni de grossesse n'est pas aussi rare qu'il n'y paraît, et surtout qu'il ne concerne pas uniquement les femmes atteintes de pathologies mentales.

En 1990 déjà, des auteurs demandaient à ce que le déni de grossesse figure dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), un manuel édité par l'association psychiatrique américaine qui permet d'obtenir un langage commun et d'avoir un standard pour classer les maladies mentales (4). A ce jour, le déni de grossesse n'est pas présent dans le DSM IV. Le DSM V vient d'être publié et le déni de grossesse pourrait y figurer. Malheureusement, nous n'avons pas pu y avoir accès.

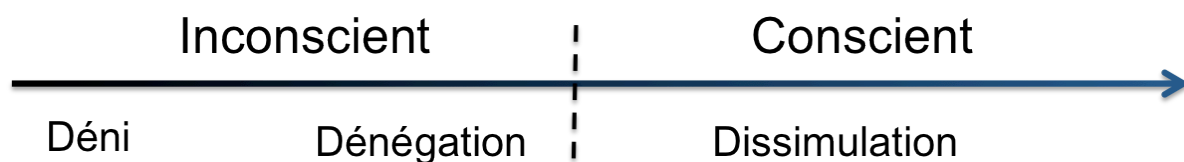
5.3 Qu'est-ce que le déni de grossesse ?

Les définitions sont nombreuses et nuancées, selon les divers types de professions ou spécialités médicales. Pour synthétiser, le déni de grossesse est défini par une ignorance de la femme de son état de gestation. Ce phénomène est accompagné de signes cliniques presque inexistantes ou ignorés.

Le déni de grossesse est classé de deux façons différentes :

- Le déni de grossesse partiel : La femme prend conscience de sa grossesse à partir de la 20ème semaine.
- Le déni de grossesse total : La femme ne prend conscience de sa grossesse qu'au moment de l'accouchement.

Selon le Dr. Bayle (2008), il existe différents concepts de négation de la grossesse qui affectent la pleine conscience de la femme: la dissimulation, la dénégation et le déni (3).



- Le déni de grossesse

D'un point de vue psychologique, le déni de grossesse est un phénomène dans lequel l'inconscient psychique intervient et rejette activement l'état de gestation. La femme ignore qu'elle est enceinte.

- La dénégation

La femme perçoit les signaux physiques de la grossesse mais être enceinte est inconcevable. Elle rejette donc cette idée. Ce phénomène appartient à l'état psychique de névrose. L'aspect psychanalytique décrit la dénégation comme le « Moi » partagé entre deux contradictions : La personne à conscience de son état mais le nie.

- La dissimulation

La dissimulation de grossesse est un état où la femme est pleinement consciente de sa grossesse mais elle la dissimule aux yeux de ses proches jusqu'à terme.

M. Miller (2003), psychiatre américaine, propose encore une autre manière de classer les cas de dénis de grossesse en se basant sur les processus psychiques (5) :

- Persvasive denial (déni envahissant) : Déni où aucun élément physique et psychique d'une grossesse n'atteint la pleine conscience.

- Affective denial (déli affectif) : concerne les femmes qui, à certains moments, ont conscience de leur état de grossesse mais qui continuent à agir comme si elles ne l'étaient pas. Cette forme de déni peut être observée chez les femmes toxicomanes. Il s'agit d'un mécanisme de défense qui les protège de la culpabilité de nuire au fœtus par la consommation de substances.
- Psychotic denial (déli psychotique) : Phénomène survenant chez les femmes atteintes de maladies psychotiques.

D'après le Dr. Bayle (2008), lors du colloque de l'association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG) « *La grossesse est radicalement imperceptible pour la conscience. La gestation psychique se déroule dans l'ignorance totale de la présence de l'enfant à naître, et de tous les phénomènes corporels qui s'y rattachent. En psychanalyse, le déni renvoie à la négation d'une perception traumatisante* » (3).

Selon le Dr. Panel (2009), gynécologue obstétricien du CHU de Versailles, le déni de grossesse est « *La non reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre. Il peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier [...]. Le déni de grossesse n'a rien à voir avec le refus d'enfant, il peut être le signe d'un refus d'intrusion des autres ou d'entrer dans le monde des adultes. Les signes cliniques sont absents (ventre plat, présence de règles)* » (6).

Il ajoute également que « *[...] Plus qu'une simple négation, (le déni) est une attitude de refus catégorique à l'égard d'une perception désagréable de la réalité extérieure. Mécanisme de défense inconscient, destiné à protéger le moi en mettant en question le monde extérieur* » (4).

Le pédopsychiatre M. Libert (2009) ajoute qu'il existe différents dénis de grossesse : « *Il existe trois sortes de déni. Un complet, jusqu'au terme de la grossesse, un partiel, levé en cours de grossesse et un plus atypique ou « mineur », la femme est dans le même temps dans le déni et dans la dissimulation. Elle sait intellectuellement qu'elle est enceinte mais ne peut pas investir cette grossesse* » (7).

6. UN PHÉNOMÈNE PAS SI RARE QUE CELA

Les études épidémiologiques sur le déni de grossesse sont encore peu nombreuses. D'après le Prof. Nissand, gynécologue obstétricien aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et grand spécialiste européen du déni de grossesse : « *Ce phénomène est encore très peu reconnu auprès des professionnels de la santé et est encore très largement sous-estimé* » (8). Selon d'autres gynécologues obstétriciens de Suisse romande : « *Le phénomène n'est pas si rare que cela* » (8).

La prévalence du déni de grossesse a des taux comparables d'un pays à l'autre, se situant entre 0,5 et 3 pour 1000 accouchements (9). En Suisse, les spécialistes estiment que ce phénomène (déli de grossesse total et partiel confondu) concerne environ 1 naissance sur 500, soit environ 150 cas par an (8). En Allemagne, la prévalence est d'environ 1 cas sur 475 naissances (10). Selon une autre étude, le déni partiel concerne 1 cas sur 475 naissances et le déni total, 1 cas sur 2500 (11).

La plupart de ces études ont été effectuées à petites échelles, elles sont donc peu représentatives. Des études à grandes échelles avec des niveaux d'evidence-based élevés, sont inexistantes pour l'instant. Toutefois, si nous prenons l'exemple de la Suisse, le phénomène n'est pas si rare que cela. De plus, nous constatons que le déni partiel est plus fréquent que le déni total.

7. FACTEURS DE RISQUE

Les causes et les facteurs de risque chez les femmes sujettes à faire un déni de grossesse sont difficiles à définir. Les études sur la question sont multiples. Toutefois, des spécialistes ont dressé le profil type d'une femme à risque.

Deux psychiatres anglaises ont listés les causes et facteurs de risques favorisant l'apparition d'un déni de grossesse (12) :

- Jeune âge
- Comportement sexuel passif
- Milieu familial dans lequel la sexualité est tabou
- Un passé d'abus sexuel
- Un niveau d'éducation bas et une méconnaissance de la physiologie d'une grossesse
- Un environnement instable
- Une isolation sociale

Dans le tableau ci-dessous nous avons synthétisés les caractéristiques observées dans plusieurs études :

Variable	Clinical study (13)	Friedmann (14)	Wessel (15)
Age	44 % âgée entre 20 et 30 ans	60% âgée entre 18-29 ans	-
Célibataire	21%	20%	15%
En couple	65 %	13%	83%
Primipare	44%	-	-
Multipares	35%	-	50%
Etudiante	9%	23%	12,3%
En profession stable	55%	42%	-
Etat psychique	5% présentent une maladie psychotique	-	-
Consommation de substances	8%	-	-
Abus sexuels dans le passé		8%	-

En analysant le tableau, nous voyons que :

- La majorité des femmes sont âgées de vingt à trente ans
- La majorité d'entre elles ont un niveau éducationnel élevé avec une situation stable professionnellement.
- La plupart d'entre elles sont en couple
- Presque la moitié a déjà eu des enfants
- Un état psychique instable ou un passé d'abus sexuel a été montré chez une minorité.

Nous pouvons donc en conclure qu'il n'y a pas de facteurs de risques ni de causes attribuables au déni de grossesse. Le déni peut toucher toutes les femmes et à n'importe quel âge. Dans sa thèse, le Dr. Chaulet cite le Dr. Brych qui appuie notre point de vue: « *Nous sommes incapables de décrire un profil type de femme à risque de dénier sa grossesse. Il faut corriger le préjugé largement répandu qui veut que les femmes en déni de grossesse soient des femmes jeunes, immatures, infantiles, inexpérimentées sur le plan sexuel ou de la maternité, issues d'un milieu social en désagrégation* » (16).

Cependant, selon le Prof. Samia Hurst¹, bioéthicienne, lorsqu'une femme fait un déni de grossesse, l'enfant n'est inconsciemment pas désiré car « il tombe souvent mal ». Cela arrive dans des situations où les femmes sont multipares et insérées professionnellement. Mais également chez des jeunes femmes étudiantes. Finalement serait-ce le point commun de toutes ces femmes ? Les recherches sont encore trop peu nombreuses à ce jour pour répondre à cette question.

7.1 Transgénérations

Nous avons inclus le thème de l'influence des générations précédentes, afin de déterminer si cela pouvait être un facteur de risque dans la survenue du déni de grossesse.

Selon l'étude du Prof. Darchis (2007), les gènes de nos ancêtres pourrait avoir un lien (17). Toutefois, il ne s'agit que d'un seul cas, à propos duquel l'auteur mentionne dans sa thèse que certains adultes souhaitent interrompre la succession de leur génération. Si, dans l'histoire de nos ancêtres, des traumatismes sont non résolus, cela peut conduire à l'extinction des lignées suivantes.

Une autre étude, sans lien avec le déni de grossesse nous dit également que pour la prévention et le traitement des maux psychologiques, connaître l'histoire des ancêtres peut aider (18).

Selon les psychanalystes, l'explication pourrait se retrouver la plupart du temps dans la prime-enfance de la mère et dans la façon dont elle a été accueillie elle-même comme bébé (19). Selon S.Marinopoulos, psychanalyste au CHU de Nantes, il s'agit de bébés qui n'ont pas été stimulés dans leur sensorialité et qui n'ont pas appris à écouter leur corps (20).

¹ D'après l'interview du 5 juin 2013

Ils s'aperçoivent donc qu'il ne s'agit pas seulement d'un déni de grossesse dans le déni de grossesse, mais aussi le déni de l'émotion, des perceptions, des sensations. Elle résume cela comme quelque chose qui habite la femme depuis très longtemps.

Toutefois, lorsque l'on a posé la question à différentes personnes, aucune n'a fait de lien, sauf Kim qui pense que cela pourrait avoir un lien avec un précédent avortement. Même nuance de la psychologue du planning familial à Genève, Geneviève Sandoz², qui nous explique bien que : « *Il peut avoir un lien entre l'histoire de famille et le déni. Toutefois, on ne peut le savoir qu'après coup si une femme fait une psychothérapie ou une psychanalyse. Il y a effectivement des choses qui se transmettent : des non-dits, des choses qui se sont passées au niveau de la maternité, au niveau du désir d'enfant ou de la sexualité [...]. Attention, on ne peut pas non plus généraliser de nouveau. Si on cherche le sens du déni de grossesse d'une femme et qu'on le cherche dans son histoire de famille ou son passé, on peut trouver des éléments de réponse dans un vécu transgénérationnel, car il n'y a pas qu'une explication* ».

8. PENDANT LE DÉNI

8.1 Psychologie / psychopathologie

La grossesse dite « normale » est un processus dans lequel la femme a le temps de se préparer psychologiquement à l'arrivée d'un enfant. L'acceptation de son état gréviste dépendra de son désir personnel, de sa situation familiale et environnementale (21).

Dans la thèse de G. Ferragu (2002), elle explique qu'un désir de grossesse n'est pas forcément lié à un désir d'enfant et vice-versa. De plus, le désir d'enfant signifie de conceptualiser l'existence d'un enfant en mentalisant les images futures d'un enfant dans son propre environnement (22).

Selon le Prof. Nissand : « *La femme a besoin de neuf mois pour se préparer physiquement et psychologiquement à l'arrivée d'un enfant* » (23). La grossesse est donc un passage nécessaire pour construire cette projection future.

Le soutien de ses proches, des spécialistes (sages-femmes, gynécologues) favorisent cette préparation psychologique en rassurant la femme, afin qu'elle puisse s'épanouir le mieux possible dans son processus de grossesse. Anticiper l'avenir, la gestion financière, l'organisation familiale, etc. va permettre à la femme de se préparer au mieux à l'arrivée de l'enfant, ou dans le cas contraire elle, à prendre une décision sur l'éventuelle interruption volontaire de grossesse ou d'adoption.

Dans le cas d'un déni, que se passe-t-il lorsque toute préparation psychologique n'est que très tardive ou inexistante ?

Quels mécanismes psychiques expliquerait le phénomène du déni de grossesse ?

² D'après l'interview du 31 mai 2013

A ce jour, le déni de grossesse n'est reconnu par aucune classification internationale des maladies mentales et ne figure dans aucun dictionnaire de gynécologie.

En 1990, Strauss et al. proposaient l'introduction du déni de grossesse dans le DSM-IV, afin d'améliorer la prise en charge clinique de ce phénomène. Cependant, la proposition n'a pas été retenue. Cela fait plusieurs années que les professionnels impliqués par cette problématique, telle que la psychiatre Miller L., suggèrent et revendiquent la reconnaissance du déni de grossesse dans la prochaine révision des classifications DSM. Ces derniers proposent que le déni ainsi que la dénégation de grossesse figurent dans la classification des maladies des genres et identités sexuelles (24).

8.1.1 Déni non psychotique

J. Dayan et al (1995) explique le déni de grossesse ainsi : « *Par convention, l'expression de déni de grossesse est une forme de négation de grossesse à participation principalement inconsciente, conduisant la femme, souvent tardivement et brutalement, à la reconnaissance pleine et entière de son état, généralement lors du travail, voire seulement de la naissance* » (25).

G. Ferragu (2002) ajoute encore que la grossesse peut être vécue avec un sentiment de honte rappelant le fait qu'un acte sexuel en est à l'origine. Ainsi de nombreux sentiments entrent en jeu dans le processus de refoulement (22).

Le déni non psychotique est un mécanisme de défense de la pensée inconsciente qui refuse de faire face à une réalité trop difficile à supporter. Le processus de maternité est pris dans une ambivalence. Le désir d'un enfant est confronté à la réticence d'un désir de grossesse. Parfois encore, de nombreux sentiments d'angoisses à l'idée de se projeter avec l'arrivée d'un enfant dans son environnement ou le sentiment de honte peuvent se corréliser avec le désir d'un enfant. Dans l'impossibilité de lier les deux ambivalences, le « Moi » va cliver les idées trop difficiles à supporter dans la pensée inconsciente de la pensée qui va prendre le contrôle totale sur cet évènement. La pensée va avoir une telle influence sur le corps que les signes symptomatologiques de la grossesse vont être dissimulés à la femme.

Selon Geneviève Sandoz³ : « *Dans la vie de la femme, pour des raisons liées à son histoire, à son environnement, à ses relations, à sa situation de couple, cette grossesse-là elle est peut être à la fois voulue mais à la fois impossible. Et cela se traduit par ce refus inconscient de la réalité* ».

8.1.2 Déni psychotique

Le déni psychotique comprend les femmes qui présentent un état schizophrénique avant l'état gravis et qui persiste pendant la grossesse. La grossesse est apparente, mais la femme nie ce fait et l'associe à une cause délirante.

³ D'après l'interview du 31 mai 2013

Un psychiatre Autrichien a mené une étude en 1990 pour expliquer si les phénomènes de dénis de grossesses ont un lien avec l'existence d'une maladie d'ordre psychiatrique. L'étude a été effectuée de manière rétrospective par le biais d'un questionnaire. Moins de la moitié des sujets présentent des troubles psychiatriques. Parmi les maladies psychiques, ils ont observés des cas de schizophrénies, des dépressions graves ou encore des troubles de la personnalité. Les 52% restant ne présentent aucuns troubles mentaux (26).

De façon générale, d'autres études effectuées plus récemment ont démontré que 5% des femmes déniaient leur grossesse sont atteintes de troubles psychiatriques. Cependant il a été prouvé que 56% des femmes ont commis un néonaticide avaient eu des antécédents d'abus sexuels.

8.2 Physiologie

Avant d'expliquer les différents symptômes qui ne sont pas présents lors du déni de grossesse, il convient d'expliquer brièvement les mécanismes physiologiques de la grossesse. Toutefois, comme le processus de grossesse de la fécondation à l'accouchement serait long à expliquer, nous avons décidé de nous axer sur l'adaptation de l'organisme de la mère. Cela nous permettra, au point suivant, de faire des liens. Cependant, selon le Prof. Nisand : « *Le psychique va de pair avec la grossesse. Il y a une grossesse physique qui dure 9 mois et une grossesse psychique qui dure quasiment 9 mois aussi. Le déni de grossesse se définit comme l'absence de grossesse psychique* » (23).

Pour un bon développement de l'enfant dans une grossesse dite « normale », il est indispensable que l'organisme de la mère s'adapte (27). C'est là un des mystères de la vie des plus fascinants. Tout commence par la rencontre d'un spermatozoïde et d'un ovule dans lequel un embryon va se développer. Une grossesse dure entre 38 et 40 semaines, c'est-à-dire 9 mois. Ensuite, durant la grossesse, plusieurs mécanismes de modification anatomique et physiologique ont lieu et vont amener la femme à suspecter son état gravide (28).

Lors d'une grossesse, certains signes cliniques (liste non exhaustive) vont motiver la femme à consulter un gynécologue pour confirmer le diagnostic (23,27) :

- Une aménorrhée
- Des nausées, vomissements, une somnolence, une grande fatigue.
- Une augmentation du volume de l'utérus et donc une prise de poids
- Une augmentation du volume des seins

Ces signes cliniques sont inclus dans les modifications physiologiques dues aux différentes hormones en action lors de la grossesse. La β -HCG est produite par l'embryon et se diffuse dans le corps de la maman. C'est comme cela que le cerveau de la femme apprend la grossesse (23).

Dans le cadre des modifications au niveau du système digestif, lorsque ce taux de β -HCG est élevé, la femme est prise de nausées et vomissements. Ces nausées concerne environ 2/3 des femmes et sont, la plupart du temps, matinales durant le premier trimestre (23,28).

Les envies alimentaires sont également dues à une stimulation par la β -HCG d'une partie de notre cerveau en lien avec nos papilles, l'estomac ou encore la salivation. Ce sont ces stimulations qui donnent des envies particulières en augmentant l'acuité olfactive (23,28).

De plus, le volume de l'utérus change et s'étire au fur et à mesure que le bébé grandit. Le ventre grossit pour faire de la place à l'enfant (29). Sous la poussée de cet utérus gravide qui remonte l'estomac, les futures mères peuvent aussi avoir des reflux acides dans l'œsophage (27,30).

Ensuite, des modifications au niveau cardio-vasculaire ont lieu. L'action des œstrogènes et de la progestérone sur le système rénine-angiotensine va provoquer une augmentation du volume d'eau dans le corps. De là, il en résulte une augmentation du volume sanguin à cause de l'augmentation du volume plasmatique (27,30). Cette augmentation de volume sanguin permettra à la femme, au moment de l'accouchement de répondre à la demande des pertes sanguines (30). De ce fait, le cœur va fournir plus d'efforts pour faire circuler le sang supplémentaire. La pression artérielle augmente également et est plus variable. Elle peut donc augmenter, puis redescendre rapidement. Cela provoque des malaises et évanouissements (23,27,30).

La constipation est aussi fréquente. Elle est souvent liée à l'effet relaxant de la progestérone sur les muscles lisses et probablement à une motilité restreinte (30).

Le corps subit aussi des modifications au niveau du système urinaire et respiratoire. Pour les modifications du premier, il s'agit principalement de débarrasser les déchets du fœtus. Les reins fonctionnent d'avantage et produisent plus d'urine. La pression de l'utérus réduit la capacité de la vessie. Associée à l'action relaxante de la progestérone sur le muscle lisse qui entraîne une insuffisance urétérale, cette diminution de la capacité de la vessie entraîne parfois une incontinence de stress liée à la grossesse (27,30).

En ce qui concerne les modifications du système respiratoire, les femmes peuvent, entre-autre, éprouver des difficultés respiratoires car le fond utérin appuie sur le diaphragme. De plus, le volume de réserve respiratoire et le volume résiduel sont diminués (30).

Finalement, il y a aussi une augmentation du volume des seins. Ce phénomène est dû à la multiplication des lobules et des canaux dans le sein qui servent à la montée du lait.

Pour terminer, lors d'une grossesse normale, la femme prend en moyenne 7 à 18 kilogrammes, selon son indice de masse corporel (29), alors que le bébé à la naissance ne pèse en moyenne que 3 à 4 kilogrammes. Cela est dû au poids de l'utérus qui grossit, mais également de l'eau et du placenta (23).

8.3 Physiopathologie

Les femmes déniaient leur grossesse sont considérées comme dissimulant volontairement des informations, car leurs symptômes sont difficiles à concevoir, voire inimaginables. Il en va de même pour l'entourage et le corps médical qui sont également « contaminés » par ce phénomène.

Le tableau qui suit est une comparaison entre les signes cliniques normaux de la grossesse et ceux qui sont observés lors d'un déni de grossesse (31).

Grossesse normale	Déni de grossesse
Signes du début de la grossesse : asthénie, nausées, vomissements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signe généralement absents
Prise de poids	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de poids faible, voire aucune ▪ La plupart du temps attribuée à une autre cause (augmentation de l'appétit, manque d'activité physique)
Augmentation de la taille de l'abdomen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation très faible ▪ Quand il y a un changement de taille dans les vêtements, elle est attribuée à autre chose comme une prise de poids normale
Augmentation de la taille des seins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ø d'augmentation de la taille ▪ Ø de tensions mammaires
Aménorrhée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aménorrhée normale ▪ Saignements irréguliers ou réguliers attribués à une autre cause (ménopause précoce, stress, nouvelle pilule qui change les saignements) ▪ Ou ne notent pas de différences
Mouvements fœtaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ø ressentis ou associé à un péristaltisme digestif

On peut alors se demander, mais pourquoi ne voit-on pas de signes de grossesse ? Pourquoi le ventre ne s'arrondit-il pas ? En fait, dans cette histoire, le cerveau est le maître d'œuvre. C'est lui qui bloque tous les signes de la grossesse classique que l'on peut percevoir. Comme nous le dit aussi le psychiatre Libert spécialiste du déni de grossesse : « *C'est comme s'il y avait un verrouillage de tous les petits canaux qui peuvent permettre d'être connecté à son corps à ce moment-là* » (23).

Une des adaptations physiologiques la plus surprenante est que le ventre reste plat. En effet, lorsque ce dernier commence à s'arrondir, il y a comme un mur qui empêche l'utérus de basculer en avant sous l'action de l'abdomen qui se dresse et qui tend la cavité utérine. Le bébé reste donc debout dans le ventre de la femme et se développe vers le haut, le long de la colonne vertébrale. Les organes remontent et l'utérus se place derrière les côtes. Contrairement à ce que l'on pourrait croire,

Nisand I, explique « *qu'il y a largement de place dans le buste pour qu'un utérus trouve sa place. Le fœtus a autant de place que chez une femme qui n'est pas en déni* » (23,28).

Un autre élément surprenant dans le déni de grossesse est que la femme continue à avoir comme des règles durant la grossesse. Le Dr. Rozan, gynécologue-obstétricien, explique que cela serait dû au fait que selon où l'œuf va se positionner dans la muqueuses à l'intérieur de l'utérus, elle grossit quand même. Ensuite par des actions hormonales, elle fait de petites hémorragies régulières semblables aux règles. La femme ne voit donc pas de différence entre cette hémorragie et celle des règles (19).

La plupart du temps, les signes de la grossesse seront interprétés comme des problèmes intestinaux et non comme une grossesse potentielle (19,31). Des modifications du corps peuvent être constatées chez la femme, mais la présence de saignements, comme des règles, ou encore la prise de poids avec une augmentation de l'abdomen sont la plupart du temps associé à une autre cause rationnelle. Cette cause rationnelle rend, la plupart du temps, l'idée de grossesse comme impossible et surtout impensable. Pour citer un exemple, les mouvements du futur enfant peuvent être ressentis. Cependant, comme l'idée de la grossesse est impensable, ces femmes les confondent avec des sensations digestives ou ne les ressentent pas (28).

Une fois que la femme apprend qu'elle est enceinte, elle va inconsciemment l'assimiler et les différents mécanismes de la grossesse normale vont se mettre en place. Ce phénomène incroyable peut se dérouler très rapidement : dans les quelques heures. En très peu de temps, comme si cela se passait soudainement, le ventre de la femme va s'arrondir car l'enfant reprend sa place, l'utérus peut enfin basculer vers l'avant et les différents signes physiques de la grossesse apparaissent aux yeux de tous (23, 32).

9. LEVÉE DU DÉNI DE GROSSESSE

9.1 Découverte de la grossesse

La découverte de la grossesse, invisible aux yeux de tous, se produit souvent au cours du deuxième et troisième trimestre. Toutefois, il arrive que dans de rares cas l'annonce se fasse juste au moment de l'accouchement. Les grossesses, sont, la plupart du temps découvertes de façon fortuite parce que la patiente va consulter pour un autre mal qu'elle associe à ces « symptômes » (31,33). A cet instant, leurs corps se transforment en corps de femmes enceintes et l'état gravis est visible aux yeux des tous. Selon le N. Grangaud, il semblerait que la reconnaissance de la grossesse par les autres, autoriserait cette modification en corps de femme enceinte, ainsi que la reconnaissance de cette grossesse (31).

9.1.1 La femme

Lorsqu'une femme découvre qu'elle est enceinte et que c'est un déni, il n'y a pas de réaction type. Toutefois, nous pensons dire que la première réaction est l'état de choc. Ces femmes ne comprennent pas ce qu'il s'est passé et surtout ce qu'il leur

arrive. Par la suite elles pourraient éprouver une grande culpabilité vis-à-vis de leur grossesse et de leur entourage. Au final, l'intensité et la durée de ces réactions dépendent de la situation sociale et affective de ces femmes (31).

C'est ce que nous explique Geneviève Sandoz⁴ : *« Chaque cas est différent. Ce qu'on retrouve dans tous les cas est une très forte culpabilité et honte face à ce déni par rapport à l'enfant ou par rapport à l'entourage ou au partenaire. Cette honte et cette culpabilité vont se manifester différemment selon la personnalité de la femme et chacune a sa propre manière de s'exprimer. Elle peut, par exemple, éviter son mari ou sa famille, mais aussi surprotégé l'enfant ou au contraire le « rejeter ». Par contre, il y a très peu d'abandon d'enfants après un déni ; en général elles gardent l'enfant et reconstruisent une relation mère-enfant ».*

Kim⁵, qui a découvert sa grossesse à 7 mois nous décrit sa situation: *« C'était un choc, j'en ai pleuré pendant 3 jours ! C'était difficile de réaliser que j'étais enceinte... On passe un peu par toutes les étapes : j'étais contente car je me disais « chouette je peux avoir des enfants », mais « merde je suis jeune, je suis encore en formation ». Ça a été très compliqué au début, mais j'ai eu la chance d'être entourée et soutenue par ma famille et mon copain ».*

Noémia⁶, qui a découvert sa grossesse 20 minutes avant l'accouchement, raconte : *« Je terminais ma maturité gymnasiale... Je me réveillais durant la nuit avec des douleurs dans le dos et dans le ventre, parfois assez importantes. La nuit qui a précédé mon dernier examen, j'ai eu vraiment mal. J'ai lutté et j'y suis même allée. Une fois terminé, j'ai foncé aux urgences avec ma mère. On était persuadées que je faisais une crise d'appendicite... Quand le diagnostic est tombé, c'était le stress total pour moi, pour ma mère et aussi pour l'équipe soignante. [...] Ça été une surprise tout d'abord. Je n'y ai pas cru en l'espace de 2 minutes. Mais après j'ai bien été obligée de faire face. Mon ventre grossissait, le bébé bougeait...pas le choix. [...] Ça m'hallucinait que personne n'ait rien vu et que j'aie rien vu. J'étais frustrée, en colère. Je n'avais pas envie. J'avais peur de mon avenir. 10 minutes après j'étais sur la table en train de pousser. [...] Ça courrait de partout. En 10 minutes mon ventre est devenu immense. On le voyait presque grossir à vue d'œil ».*

Si la grossesse est apprise avant l'accouchement, les femmes ont la possibilité de faire une IVG. Toutefois, il faut que les 20 SA ne doivent pas être dépassées et il y a besoin de l'aval du médecin pour des raisons graves. Heureusement, ce genre de situation n'arrive que très rarement. Selon Geneviève Sandoz⁷ : *« La plupart du temps, ces femmes rattrapent très bien le temps perdu et elles se réjouissent de la venue de l'enfant ».*

Lorsque l'on parle de déni total, le choc est d'autant plus grand. Il y a presque un phénomène de dissociation. Elles arrivent aux urgences avec des maux de ventre et, la plupart du temps, ces femmes croient qu'elles font une crise d'appendicite. Elles accouchent, dans un certain sens, sans s'en rendre compte.

⁴ D'après l'interview du 31 mai 2013

⁵ D'après l'interview du 27 mai 2013

⁶ D'après l'interview du 4 juin 2013

⁷ D'après l'interview du 31 mai 2013

Selon Véronique Airiau⁸, sage-femme au CHUV : « *Notre travail à ce moment-là est de leur faire prendre conscience ou, du moins qu'elles aient un accouchement sans traumatisme. C'est plus facile pour gérer les émotions. [...]. Il faut gérer le mieux possible l'accouchement car ces femmes ne réalisent pas que c'est leur enfant. Elles ne veulent pas le toucher, pour elles ce n'est pas leur bébé* ».

Lors d'un déni total, il peut arriver qu'au début la mère ne veuille pas voir l'enfant. Elles ne le reconnaissent pas comme le leur. Elles ne comprennent pas non plus ce qu'il leur est arrivé et pourquoi ça leur ai arrivé à elles.

Véronique Airiau⁹, nous raconte aussi que : « *Lors de l'accouchement, on leur dit qu'elles sont en train d'accoucher, mais elles ne l'entendent pas, donc on ne leur met jamais le bébé dessus et on laisse la mère seule. Il faut être très vigilant par rapport au risque que la mère fasse du mal au nouveau-né comme elle ne le reconnaît pas* ».

Lorsque l'accouchement a lieu à la maison, ce phénomène de dissociation peut être dangereux pour la femme et pour l'enfant. En effet, la femme ne réalise pas ce qu'il lui arrive et elle ne peut être elle-même. C'est dans ces situations qu'il peut y avoir un accident : un bébé qui tombe soudainement entre les jambes ou qui se noie dans les toilettes ou encore qui décède, faute de soins. Finalement, dans des cas beaucoup plus rares, elle peut tuer l'enfant dans l'idée qu'il faut le plus vite possible se débarrasser de cette « chose » (31). Comme nous le dit justement Geneviève Sandoz¹⁰ : « *Ce n'est pas qu'elle veut tuer l'enfant, mais elle est dans un tel état de sidération et de dissociation, qu'elle a une réaction inconsciente qui est en dehors de la réalité* ».

Heureusement ce type de situations n'arrive que très rarement. La plupart du temps, les mères apprennent leur grossesse avant l'accouchement et si tel n'est pas le cas, elles se rendent aux urgences où une prise en charge médicale peut être faite. Ces bébés naissent en bonne santé et se développent normalement (19,34).

Même si le bébé n'a manqué de rien, la maman n'a pas toujours eu le temps nécessaire pour en prendre conscience. C'est pour cela qu'une prise en charge, à n'importe quel stade du déni, est importante (33).

9.1.2 L'entourage

Dans le déni de grossesse, il n'y a pas que la patiente et son enfant qui sont concernés lors de la levée du déni : l'entourage a également sa place. En effet, les membres de la famille, amis, collègues de travail peuvent ne pas remarquer la grossesse (19). La plupart du temps, la famille est aussi choquée, puis, selon la situation sociale ou familiale avant l'annonce du déni, il peut y avoir plusieurs réactions. Elle est propre à chacun. Heureusement, le plus souvent, la situation est acceptée.

⁸ D'après l'interview du 6 juin 2013

⁹ D'après l'interview du 6 juin 2013

¹⁰ D'après l'interview du 31 mai 2013

Ce phénomène est encore tabou. Les gens peuvent avoir de la peine à comprendre la femme, au point que certains doutent de sa bonne foi (19,35). Au final, soit la mère de l'enfant recevra du soutien, soit il y aura une rupture avec son entourage (35).

L'essentiel est de bien leur expliquer ce qu'est un déni de grossesse et que ce n'est pas volontaire.

Pour illustrer la réaction de l'entourage voici deux témoignages :

Selon Kim¹¹ : « *« Mon père était heureux et maman très inquiète, mais au final tout le monde était là pour moi »* ».

Selon Noémia¹² : « *Ma mère à coté de moins pleurait, de surprise, de peur, de colère... Elle m'a beaucoup soutenue et protégée de toutes les remarques ou critiques. Heureusement qu'elle a été là. [...] Mon père a été tellement surpris, qu'il n'a rien dit pendant 2 jours. Pas un mot. Deux jours après, c'est lui qui s'est occupé de peindre la chambre de la petite, d'aller acheter le lit, la table à langer...il a été super. Mon entourage a été prévenu après l'accouchement. Je me suis protégée des critiques, des jugements et j'ai gardé que les félicitations »* ».

9.1.3 Le père

Le conjoint, lui aussi ne remarque pas cette grossesse invisible, alors même que certains ont des relations sexuelles et parfois peu avant l'accouchement (19). Les pères peuvent être choqués et en vouloir à leur femme. Parfois même, ils se sentent trahis car ils pensent que leur femme a voulu dissimuler volontairement cette grossesse (19). Selon S. Marinopoulos : « *S'ils s'accordent le droit au déni, ils ont du mal à l'accepter pour leurs femmes, considérant que le passage par le corps est la preuve incontestable qu'elles auraient dû sentir quelque chose. Ils sont dans un état de grande souffrance, contenue et masquée par une sidération qui les empêche dans un premier temps de réfléchir à ce qui leur arrive »* (20).

Face à cette situation particulière, plusieurs réactions se font voir. Toutefois, ce n'est pas une liste exhaustive et chaque réaction est propre à chacun, nous ne cherchons pas à généraliser les réactions du père. Certains accompagneront leur femme jusqu'au bout dans cette histoire. D'autres fuiront cette femme, qui les a, ils en sont persuadés, trompés (19,20,35).

Kim¹³ : « *Mon copain a été lui aussi choqué. Je n'ai pas tellement « vécu » cette période avec lui. On en a plus parlé ensemble après. »* »

9.1.4 Le personnel médical

Finalement, les médecins aussi sont leurrés. En effet, ils n'ont pas diagnostiqué la grossesse chez des femmes qui venaient consulter pour nausées, douleurs abdominales ou dorsales, des masses abdominales.

¹¹ D'après l'interview du 31 mai 2013

¹² D'après l'interview du 4 juin 2013

¹³ D'après l'interview du 27 mai 2013

Selon la N.Grangaud, un généraliste sur trois consulte pour des douleurs, évoque des troubles intestinaux, urinaires, une tumeur, voire une grossesse débutante, alors qu'elle est à terme (19). Le corps de ces femmes ne montrant aucun signe apparent de grossesse et elles-mêmes étant persuadées que leurs symptômes sont des troubles intestinaux, rien ne peut conduire le professionnel à faire un lien avec le déni de grossesse (19,35).

Comme en témoigne Noémia¹⁴ : « [...] j'ai foncé aux urgences avec ma mère. On était persuadées que je faisais une crise d'appendicite... Ils sont aussi partis sur cette hypothèse-là. Mais au bout d'un moment, ils ont eu un petit doute. D'un coup, n'y avait plus personne dans la salle de consultation. Ils sont revenus 5 minutes plus tard faire une échographie, ils étaient dix, tous en train de scruter l'écran. Et là, le diagnostic est tombé ».

10. APRÈS LE DÉNI

10.1 Prise en charge et soutien, qu'en est-il à Genève ?

A ce jour, il n'existe pas encore de données consensuelles spécifiques de prise en charge des femmes faisant un déni de grossesse au niveau fédéral au cantonal. Toutefois, selon Geneviève Sandoz¹⁵, une prise en charge est proposée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et certainement dans d'autres cantons romands.

Au mois de janvier 2011, les HUG ont mis sur pieds un groupe de travail multidisciplinaire chargé d'élaborer un nouvel accompagnement spécifique pour les femmes déniaient leur grossesse (8). Les différents professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes, psychologues, pédopsychiatres, assistantes sociales) collaborent ensemble et accompagnent ces femmes-là. Le phénomène n'étant pas si rare, la plupart des professionnels de santé y sont sensibilisés et interviennent dès que possible lors d'un déni total ou partiel.

Selon la psychologue, Geneviève Sandoz¹⁶, « La prise en charge dépend de la façon dont est levé le déni et des besoins de la femme à ce moment-là ». La découverte de la grossesse (en cours de grossesse ou au moment de l'accouchement) est définie comme étant un « état de choc ». Plus la découverte de la grossesse se fait tard et plus l'état de choc peut être important. C'est pourquoi, la prise en charge est différente d'une femme à l'autre.

Si le déni est levé en cours de grossesse, c'est-à-dire au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre, le suivi est en général plus court. Les femmes acceptent la situation, et reprennent le cours de leur grossesse de manière étonnamment rapide. En revanche, si le déni est levé au moment de l'accouchement, l'état de choc étant plus grand, la prise en charge peut être de plus longue durée.

¹⁴ D'après l'interview du 4 juin 2013

¹⁵ D'après l'interview du 31 mai 2013

¹⁶ D'après l'interview du 31 mai 2013

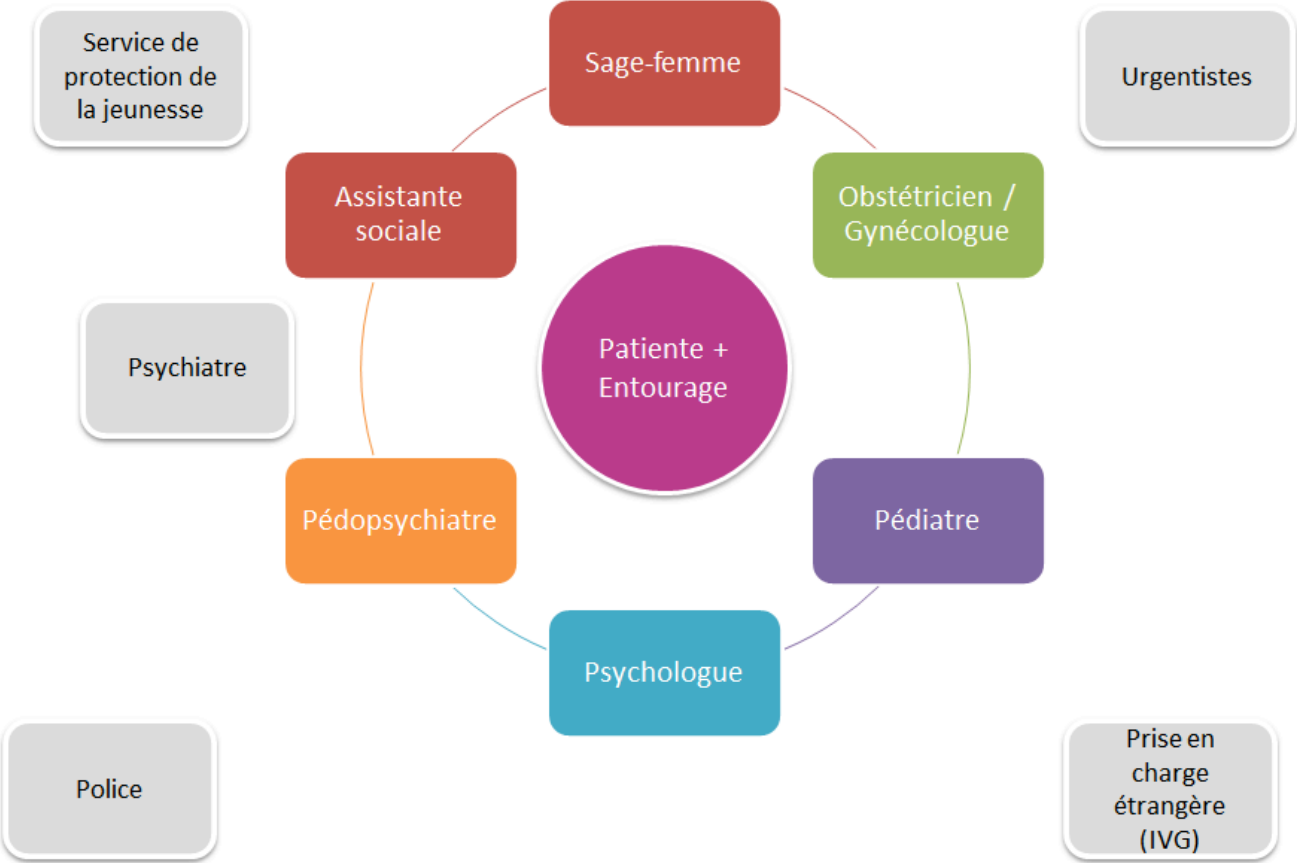
Dans tous les cas, lorsque le déni est levé, l'objectif des professionnels de santé est de soutenir ces femmes et de ne surtout pas les considérer comme des menteuses ou comme des personnes ayant dissimulé une grossesse. Elles se sentent généralement coupables et honteuses de n'avoir rien remarqué, de ne pas s'être aperçues de leur grossesse. L'objectif pour les professionnels de santé est donc de les déculpabiliser et de les aider à comprendre ce qui leur est arrivé. Après l'accouchement, leur rôle est de les accompagner dans le processus d'acceptation de l'enfant et de les aider à créer une relation mère-enfant, jusque-là inexistante.

La prise en charge est proposée systématiquement à la femme, mais également au conjoint et à la famille, selon leurs besoins. Bien évidemment, cette prise en charge n'est pas obligatoire et peut être refusée. Plus tard, l'enfant pourra également bénéficier d'un soutien s'il le désire, afin de comprendre les circonstances dans lesquelles il est né.

Les différents professionnels impliqués dans la prise en charge sont :

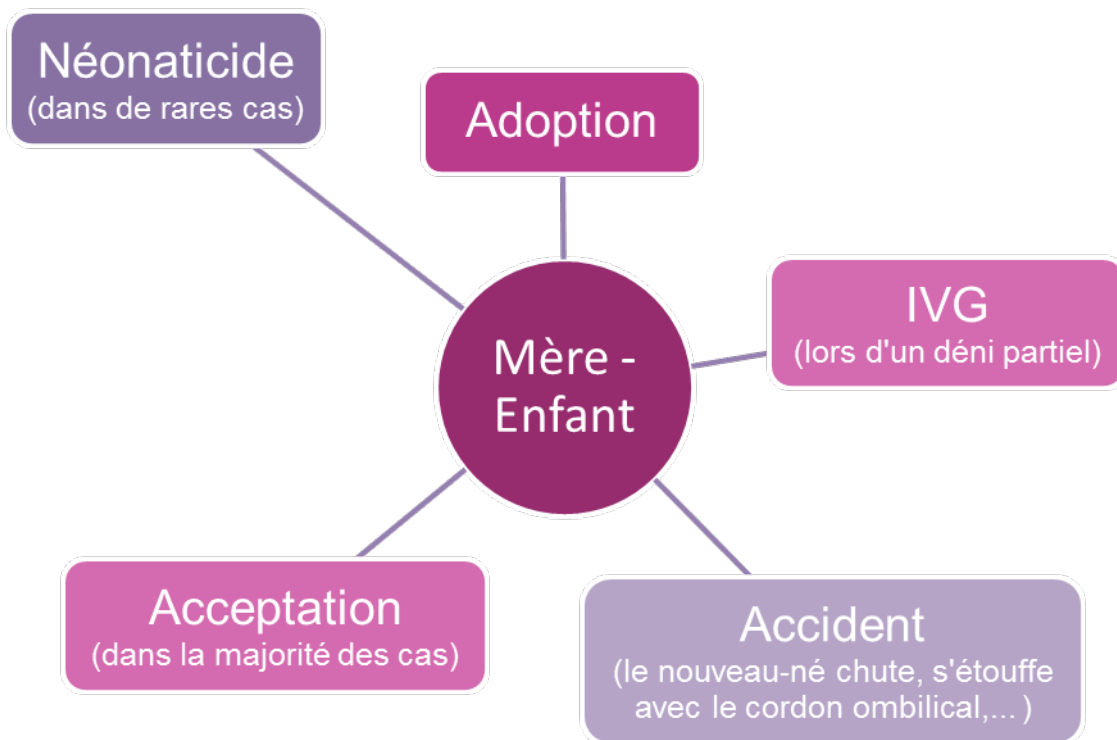
- Gynécologue / obstétricien: Il est présent lors de l'accouchement.
- Sage-femme : Elle aide à l'accouchement, soutient la femme et la famille. Elle joue un rôle dans le processus d'acceptation de l'enfant.
- Pédopsychiatre : Rôle de soutien, renforce le lien mère-enfant.
- Psychologue : Rôle de soutien et dans le processus d'acceptation de l'enfant, renforce le lien mère-enfant.
- Pédiatre : Il évalue l'état de santé du bébé à la naissance et s'assure qu'il ne soit pas né prématurément.
- Assistante sociale : Elle évalue la situation sociale, professionnelle et financière de la femme et gère tout l'aspect administratif.
- Urgentistes : Ils interviennent à domicile ou à l'hôpital en cas d'urgences
- Service de protection de la jeunesse : Il prend en charge la femme quand elle souhaite faire adopter son enfant.
- Psychiatre : Il Intervient si la femme présente des troubles psychiques.
- Police : Elle intervient dans les cas d'infanticide (interventions rares).

Dans le schéma ci-dessous, voici les professionnels impliqués dans la prise en charge du déni :



10.2 Mais quelles sont les issues possibles pour la mère ?

Lors du levé de la grossesse, plusieurs issues sont possibles :



10.3 Infanticide

Le terme d'infanticide est un terme juridique, qui désigne « *l'homicide volontaire d'un enfant, assassinat (avec préméditation) ou meurtre (sans préméditation)* » (36). On parle de néonaticide lorsque « *l'homicide est commis sur un enfant né depuis moins de 24h* » (9). Cette deuxième définition a été inventée dans les années 70 par un psychiatre américain J-P. Resnick pour définir les infanticides survenant dans les premières 24h de vie (9). Le néonaticide serait associé au déni de grossesse (37).

Le taux de prévalence du néonaticide est assez faible et variable d'une étude à une autre. Toutefois, elle est estimée entre 0,07 et 2,1 cas pour 100 000 accouchements (0,07 à 0,18 en Finlande, 2,1 en France et aux États-Unis) (9). A ce jour, il n'y a pas encore de données épidémiologiques pour la Suisse, mais selon une psychologue genevoise, Geneviève Sandoz, l'infanticide après un déni de grossesse (partiel et total) est très rare.

Pourquoi ces femmes réalisent de tels actes ? Selon Geneviève Sandoz¹⁷, cet acte serait commis pour effacer une réalité à laquelle ces femmes ne peuvent pas faire face. En effet, elles ne sont pas préparées au fait de devenir mère et elles ne sont pas conscientes qu'elles sont enceintes. Ainsi au moment de l'accouchement, des fantasmes d'infanticides pourraient apparaître.

¹⁷ D'après l'interview du 31 mai 2013

Selon un autre auteur : « Lors d'un déni de grossesse total, les femmes se laissent surprendre par la naissance de l'enfant et à ce moment-là, l'angoisse naissante pourrait provoquer « une panique infanticide », inconsciente » (38). Cet auteur mentionne également que plus le déni est grand et plus le risque d'infanticide est élevé (38).

Ces explications laissent supposer que le déni de grossesse est un facteur de risque dans la survenue d'infanticide. Toutefois, les données que nous avons pu trouver sont très variables selon les études. En effet, selon une étude américaine, sur 16 femmes incarcérées pour néonaticide, 11 ont fait un déni de grossesse partiel et 5 un déni de grossesse total (38). Selon une autre étude, une étude rétrospective dans 26 tribunaux de 3 régions françaises, aucun cas de déni de grossesse, sur 22 cas de néonaticide, n'a été constaté (39).

Cette étude française, qui est la plus récente, a permis d'établir un profil des mères ayant commis un néonaticide. En effet, après avoir comparé le parcours de ces mères à la population en générale du même âge et de la même région et suite à des analyses psychiatriques et médico-psychologiques, les chercheurs ont pu dresser le profil suivant : « l'âge des mères est d'environ 26 ans, 1/3 d'entre a au moins 3 enfants, plus de la moitié vit avec le père de l'enfant, les 2/3 ont une activité professionnelle, leur catégorie socioprofessionnelle ne diffère pas de celle des femmes de la population générale, ces femmes ont peu confiance en elles, présentent une certaine immaturité, des carences affectives, une forte dépendance à l'autre, voire une peur extrême d'être abandonnées, elles n'ont pas de maladies mentales caractérisées et leur discernement n'est pas aboli ni altéré au moment des faits, toutes les grossesses ont été cachées à la famille et aux amis, la contraception n'était pas utilisée, aucune naissance n'a été déclarée à la sécurité sociale ni suivie médicalement, la plupart des femmes ont accouché en secret et aucun cas de déni de grossesse n'a été constaté » (37).

Il semblerait donc, que le déni de grossesse ne soit pas un facteur explicatif de l'infanticide-néonaticide. Toutefois, nous pensons que le sujet reste encore aujourd'hui assez méconnu et que d'autres études, à plus large échelle, devraient être réalisées.

Pour illustrer ces propos, il convient de rappeler l'affaire Courjault, très médiatisée, mettant en relation le déni de grossesse et l'infanticide. En juillet 2006, une française, Véronique Courjault, a été condamnée pour triple infanticide. Son premier enfant, en 1999, aurait été étranglé et brûlé dans la cheminée. Puis en 2003, les 2 autres enfants ont été découverts dans le congélateur par son mari, qui affirme, n'avoir jamais été au courant des grossesses et crimes de sa femme (40). Cet acte était-il conscient ? Inconscient ? Était-elle dans le déni ? Selon les spécialistes, Véronique Courjault n'a pas fait de déni de grossesse. Elle affirme elle-même avoir eu conscience de ses grossesses. Elle dit : « j'ai eu conscience d'être enceinte, mais cette conscience, je l'ai perdue à un moment. Pour moi, je n'attendais pas de bébé » (41). Cet aveu entre dans ce qu'on appelle la dénégation de grossesse. Au final, après plusieurs années d'interrogations et de suppositions, Véronique Courjault a été jugée pour homicide volontaire avec 8 ans d'emprisonnement (40).

10.4 Aspects juridiques en Suisse et en France

L'aspect juridique du déni de grossesse entre en compte lors d'infanticide. Un infanticide est, comme dit plus haut, l'homicide volontaire d'un enfant provoqué par sa mère.

Actuellement en France, et comme dans la plupart des pays, l'infanticide ne fait plus partie du code pénal. Un infanticide est alors jugé de la même façon que le meurtre sous le délit « *homicide volontaire sur mineur de quinze ans* ». Cependant, depuis l'abolition du texte sur l'infanticide en 1994, aucune femme ayant commis un infanticide suite à un déni de grossesse n'a été condamnée à la réclusion à perpétuité. Toutefois, ces femmes sont placées en détention provisoire dans l'attente de leur procès et sont généralement condamnées à des peines d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à plusieurs années. En revanche, dans les pays où l'infanticide existe dans la loi, il est exceptionnel que celles-ci se retrouvent emprisonnées (40). Que cela soit avant, pendant ou après le procès. C'est le cas de la Suisse où l'infanticide est inscrit dans le code pénal sous l'article 116⁷³ dont voici le libellé :

« La mère qui aura tué son enfant pendant l'accouchement ou alors qu'elle se trouvait encore sous l'influence de l'état puerpéral sera punie d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire ».

Pour comprendre comment la loi Suisse prévoit de juger ce type de crime, nous avons rencontré la Prof. Samia Hurst et le Prof. Alexandre Mauron de l'institut d'éthique biomédicale de l'Université de Genève.

Tout d'abord, il faut garder à l'esprit que l'infanticide est un délit. Il est alors punissable par la loi. Le crime qui a été commis est défini par le tribunal. Cependant, lors de déni de grossesse, le néonaticide est « *une manière de poursuivre l'occultation de l'existence de l'enfant* », comme nous l'explique le Prof. Samia Hurst¹⁸.

Dans le code pénal Suisse, « *Une femme qui a commis un infanticide à la naissance de l'enfant, a commis un délit spécifique, qui n'est pas un délit « tout court ».* Il est assorti d'une peine moins lourde qu'un meurtre ou un assassinat » selon le Prof. Alexandre Mauron¹⁹. C'est-à-dire que les circonstances atténuantes pouvant être attribuée au crime sont prises en compte dans le code pénal Suisse. Il faut alors faire la différence entre l'inculpation pour infanticide dans le sens de tuer son enfant dans l'état puerpéral de celui de tuer un enfant, quel qu'il soit.

Après la définition du crime, « *Comme dans tout procès, s'il y a un doute sur la santé mentale de l'accusée, il va y avoir des expertises qui vont chercher à établir si cette personne était ou non pénalement responsable* », selon la Prof. Samia Hurst²⁰.

Dans le cas où la femme est déclarée responsable de ses actes, elle peut être condamnée. Dans ce cas de figure, c'est l'inculpation pour infanticide qui entre en compte mais le meurtre sera retenu.

¹⁸ D'après l'interview du 5 juin 2013

¹⁹ D'après l'interview du 5 juin 2013

²⁰ D'après l'interview du 5 juin 2013

Si la femme est déclarée non responsable de ses actes, elle ne peut pas être condamnée. Le droit pénal a un principe qui dit que l'on ne peut « être condamnée que si l'on est pénalement responsable de ce que l'on a fait [...] ». Une personne pas du tout responsable de ne peut pas être punie mais cela ne veut pas dire que l'on va simplement la lâcher dans la nature», comme nous l'explique le Prof. Alexandre Mauron²¹.

Une prise en charge psychiatrique sera mise en place et une décision à but thérapeutique sera prise. Mais ce genre de décision n'empêche bien sûr pas l'enfermement et peut parfois être moins bien perçue qu'une peine de prison par la femme. Cette prise en charge thérapeutique dépendra du risque de récurrence qui, dans le cas d'un infanticide suite à un déni de grossesse et lorsque la mère est déclarée à 100% irresponsable, est limité bien qu'il soit pris en considération tout au long de la prise en charge.

Les aspects juridiques entrant en compte lors de dénis de grossesse diffèrent d'un cas à l'autre. Il s'agit d'un processus complexe qu'il est difficile d'expliquer de façon générale. En effet, chaque cas, même les plus similaires au premier abord, sont différents et doivent être pris en considération individuellement.

10.5 Enjeux éthiques

Dans une perspective de « normes morales », l'éthique médicale prend une place importante dans toutes pratiques et décisions médicales. Concernant le déni de grossesse et les nombreuses complications qui peuvent en découler, certains enjeux éthiques sont à prendre en considération : le principe d'autonomie, la bienfaisance et la malversation et le non-jugement.

10.5.1 Le principe d'autonomie

Lors de la levée du déni partiel, la femme apprend tardivement son état gravide. Elle est donc en droit de déterminer si elle veut garder l'enfant, le faire adopter ou pratiquer une interruption volontaire de grossesse (11).

10.5.2 La bienfaisance et la malversation

Lorsque le patient n'est pas capable de discernement, le corps médical responsable se doit de prendre les décisions les plus bénéfiques pour le patient. Comme par exemple, lors de césariennes d'urgence. Dans ces cas-là, le corps médical se doit de prévenir la famille contre le gré de la patiente. Dans le cas où l'on suspecterait un trouble mental, une évaluation psychiatrique devra être effectuée. La femme peut être condamnée ou internée. Les questions de bienfaisance et malversation pour l'enfant, la mère et le père seront remises en question (11).

10.5.3 Le non-jugement

Le non-jugement fait partie du savoir être de tous les professionnels de la santé. Plus spécifiquement, lors de toute prise en charge du patient.

²¹ D'après l'interview du 5 juin 2013

Toutefois, dans le cas du déni de grossesse, les patientes sont parfois stigmatisées comme étant « folles » ou considérée comme des « menteuses » (22).

Il est donc important que le phénomène du déni de grossesse soit connu par les professionnels concernés et considéré de manière sérieuse. La prévention sera une manière de sensibiliser les professionnels de la santé ainsi que la population afin que la stigmatisation soit atténuée (11).

10.6 Prévention et recommandations

En Suisse, il n'existe pas d'associations pour les femmes ayant vécu un déni de grossesse. L'assistante sociale de la maternité des HUG, Madame Christine Fischer, nous explique qu'en Suisse, il n'y a pas de structure spécifique pour l'accueil de ces femmes mais que les institutions agissent au cas par cas et selon les besoins de la femme.

En France, il existe l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse. Elle est spécialisée dans le domaine et permet aux femmes ayant vécu cette problématique de témoigner sur le site et de se rencontrer entre elles. L'association a également pour but de faire connaître le déni de grossesse et simplement d'en parler (42). Malheureusement, malgré un email envoyé à l'association afin de leur poser des questions sur la prévention proposée pour ce problème de santé publique, nous n'avons pas eu de réponse.

En l'absence de facteurs de risques et d'étiologie claire, les recommandations et la prévention à faire concernant ce problème de santé publique consiste surtout à en parler et à faire connaître ce phénomène. Il est important de faire savoir aux professionnels, ainsi qu'aux hommes et aux femmes que cela peut arriver à toute femme, quelle que soit sa condition sociale, familiale ou son âge.

En parler facilitera l'acceptation de l'arrivée de l'enfant ou de l'enfant né par la femme et son entourage. Cela l'aidera à déculpabiliser cette grossesse que personne n'a remarquée.

11. CONCLUSION

Concevoir qu'une femme ne puisse pas avoir conscience de sa grossesse reste difficile à imaginer. Le déni de grossesse est un phénomène dont on ne parle pas encore suffisamment et qui est aujourd'hui encore trop peu connu de la population. Il existe plusieurs issues possibles à un déni de grossesse, positives ou négatives. Travailler sur ce sujet nous a permis de développer nos connaissances et d'essayer de faire connaître ce sujet auprès de notre entourage personnel et professionnel.

Ce travail d'immersion en communauté nous demande, comme son nom l'indique, d'aller à la rencontre de la communauté. De ce côté, il a été très enrichissant car il nous a permis de croiser le chemin de beaucoup de personnes concernées de près ou de loin par le déni de grossesse. Ces personnes ont grandement contribué à la réalisation et à l'aboutissement de ce projet.

Les questions que nous nous posions ont, dans leur ensemble, trouvé une réponse. Cependant, en l'absence de consensus et d'explication sur les causes et les phénomènes qui mènent à un déni de grossesse, nous sommes toujours curieuses de comprendre ce qu'il se passe dans le corps et l'esprit d'une femme faisant un déni de grossesse.

Ce travail a été enrichissant pour plusieurs raisons, l'une étant qu'il nous a fait sortir des sujets que nous avons l'habitude de travailler et l'autre étant que nous avons exploré un sujet plus psychologique que scientifique et que les résultats de nos recherches sont restés abstraits, contrairement à ce que nous trouvons lors de nos recherches scientifiques habituelles, qui exposent généralement des faits avec des causes et des facteurs de risques bien définis.

Ce module nous a apporté beaucoup de choses sur le plan personnel et professionnel. Nous ne regrettons pas le choix du sujet sur lequel nous avons travaillé malgré quelques difficultés au départ pour trouver de la littérature et rencontrer les professionnels s'y connaissant sur ce sujet.

12. RÉFÉRENCES

- (1) Larousse, Dictionnaire de la langue française dictionnaire. Encyclopédie médicale. [En ligne] Paris: Larousse ;2008. Déni. [consulté le 29 mai 2013] Disponible : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/déni/12429>
- (2) Grangaud N. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. [pdf] Paris : Faculté de médecine Lariboisière; 2001. [Consulté le 29 mai 2013]. Disponible : http://www.afrdg.info/IMG/pdf/N._Grangaud_these_medecine.pdf
- (3) Benoit Bayle. Négations de grossesse et gestation psychique. Sage femme.ch.2008;9: 36
- (4) Carlier L. La complexe émergence du déni de grossesse. Les dossiers de l'obstétrique. 2009 ;381 :34-39
- (5) Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. Hosp Community Psychiatry 1990; 41: 1233-7
- (6) Panel P. La complexe émergence du déni de grossesse. Les dossiers de l'obstétrique. 2009 ;381 :34-39
- (7) Libert M. dans Guernalec-Levy G. Je ne suis pas enceinte, Enquête sur le déni de grossesse. Paris: Editions Stock; 2007.
- (8) Sacco F. Ces femmes qui nient leur grossesse. Le Temps 14 Décembre 2010 :16.
- (9) Seigneurie A-S., Limosin F. Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. Rev Med Int.2012 ;33: 635-639.
- (10) Wessel J, Buscher U. Denial of pregnancy: population based study Berlin, Germany ,BMJ 2002;324:458
- (11) Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy-a literature review and discussion of ethical and legal issues. J R Soc Med. 2011; 104: 286. DOI: 10.1258/jrsm.2011.100376
- (12) Stotland N., Stewart D. Psychological aspects of women in health care. 2^{ème} ed. American psychiatric press Inc.2008 Disponible : <http://books.google.ch/books?id=AZAETqR-UpQC&pg=PA60&lpg=PA60&dq=denial+of+pregnancy+stotland&source=bl&ots=9QMcjNZuVz&sig=Q5VPYCmgFaBjZp0Rqcb7rLo-tw&hl=fr&sa=X&ei=3oC0UaTBIKWC4ATY24DADA&ved=0CI0BEOgBMAg#v=onepage&q=denial%20of%20pregnancy%20stotland&f=false>
- (14) Klaus M. Beier, Reinhard Wille, Jens Wessel. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems Journ of Psycho Res. 2006 ;61 : 723–730

- (15) Friedman SH., Heneghan A., Rosenthal M. Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Journ of Psycho Res.* 2007; 48:2
- (16) Wessel J., Gauruder-Burmester A., Gerlinger C. Denial of pregnancy : characteristics of women at risk. *Acta Obs and Gyne* 2007; 86: 542-546
- (17) Chaulet S. Dénis de grossesse : Exploration clinique et psychopathologique, prise en charge, étude rétrospective sur 5 ans au CHU d'Angers [pdf] Angers : faculté de médecine d'Angers ; avril 2011 [consulté le 2 juin 2013] Disponible : http://med2.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/theses/Chaulet2011-Deni-grossesse.pdf
- (18) Darchis E. Dénis de grossesse : la part des ancêtres. *Divan familial.* 2007;(18):105-121
- (19) Linder R. Trans-generational Aspects of Psychosomatic-Psychotherapeutic Supportive Care during Pregnancy. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine.* 2009;21(1/2):55-62
- (20) Le magazine de la santé. Un véritable choc pour la mère. [Vidéo en ligne]. Paris : France 5 ; 2010 [Consulté le 5 juin 2013]. Disponible : <http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-deni-de-grossesse-un-bebe-a-accepter-2679.asp?1=1>
- (21) Marinopoulos S. Le déni de grossesse. Temps d'Arrêt. Bruxelles : Yapaka.be; 2007.
- (22) Missonier S., Blazy M., Boige N., Presme N., Tagawa O. Manuel de psychologie clinique de la périnatalité. Paris : Elsevier et Masson ; 2012
- (23) Ferragu G. Le déni de grossesse : une revue de littérature. [pdf] Rennes : Université de Rennes; 2002 [Consulté le 2 juin 2013]. Disponible : http://medcin.med.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/These._Mme_Gorre-Ferragu-2.pdf
- (24) E=M6. Grossesse : Quand la tête agit sur le corps. [Vidéo en ligne]. Paris : M6 ; 2011 [Consulté le 5 juin 2013]. Disponible : http://www.youtube.com/watch?v=_KOAmWZi_mU
- (25) Seigneurie A-S., Limosin F., Dénis de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. *Rev Med Int.* 2012 ;33: 635-639
- (26) Dayan J., Andro G., Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris : Elsevier et Masson ; 1999
- (27) Brezinka C., Huter O., Biebl W., Kinzl J. Denial of pregnancy. *Jour Obst and Gyn* 1994 ; 15: 1-8

- (28) Marpeau L, CNGOF, CNSF, ASFEF. Traité d'obstétrique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010
- (29) Gorre Ferragu A. Le déni de grossesse : une revue de littérature. [Thèse en ligne]. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2002 [Consulté le 3 juin 2013]. Disponible : <http://these.nuxit.net/reception/1316884436..deni.pdf>
- (30) Office fédéral de la santé publique. L'alimentation durant la grossesse et la période d'allaitement. Bern : OFSP ; 2011
- (31) Marieb EN. Anatomie et Physiologie humaines. 6^e éd. Paris : Pearson Education France ; 2005
- (32) Grangaud N. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. [Thèse en ligne] Paris : Faculté de médecine Lariboisière; 2001. [Consulté le 29 mai 2013]. Disponible : http://www.afrdg.info/IMG/pdf/N._Grangaud_these_medecine.pdf
- (33) Mori P. Déni de grossesse, parlons-en ! Interview du Pr Israel Nisand. Pulsation. 2010 ;(10) :16
- (34) Lamidé F, Prost A. Ces grossesses silencieuses : Quelle attitude de la sage-femme adopte-t-elle en post-partum, dans le processus d'interactions mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse ? [Travail de fin d'étude non publié]. Bruxelles : Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier ; 2006
- (35) E=M6. Grossesse : Quand la tête agit sur le corps. [Vidéo en ligne]. Paris : M6 ; 2011 [Consulté le 5 juin 2013]. Disponible : http://www.youtube.com/watch?v=_KOAmWZi_mU
- (36) Remy M. Le déni de grossesse : « Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant... ». [Mémoire en ligne]. Nancy : Université Henri Poincaré ; 2011 [Consulté le 6 juin 2013]. Disponible : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_REMY_MAEVA.pdf
- (37) Guettier B. Avant-propos : l'infanticide. Perspectives psy. 2007;46:113.
- (38) Juliet Hardy. Premières données sur les néonaticides en France : une sous-estimation du nombre de cas. Inserm. 2010.
- (39) Bonne C. Geste d'amour, l'accouchement sous X. Paris : O.Jacob ; 1990.
- (40) Vellut N, Cook M, Tursz A. Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files. Elsevier.. 2012. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213412001184>
- (41) Guernalec-Levy G. Je ne suis pas enceinte, Enquête sur le déni de grossesse. Paris: Editions Stock; 2007.

- (42) Le Monde.fr.Véronique Courjault reconnaît avoir tué ses enfants [En ligne]. 2009 [consulté le 1^{er} juin 2013]. Disponible : http://www.lemonde.fr/societe/article/2009/06/17/veronique-courjault-reconnait-avoir-tue-ses-enfants_1207999_3224.html
- (43) Association Française pour la reconnaissance du déni de grossesse. Un déni de grossesse, c'est quoi ? [En ligne]. 2005 [consulté le 6 juin 2013]. Disponible : <http://www.afrdg.info/>

13. ANNEXE 1

Interview – Kim, 27 mai 2013

- **Avais-tu déjà entendu parler du déni de grossesse ? (Si oui, que savais-tu et qu'en pensais-tu ?)**

Oui, mais seulement du déni total (découverte de l'enfant au moment d'accoucher). Je ne savais pas que l'on pouvait découvrir la grossesse à 6-7 mois. Je trouve ça terrifiant.

- **Maintenant, comment définis-tu le déni de grossesse ?**

Je n'arrive pas à donner une définition. Je ne sais pas.

- **A quel moment as-tu découvert que tu étais enceinte ?**

J'ai découvert ma grossesse à 7 mois lors d'un contrôle gynécologique

- **Comment l'as-tu remarqué ?**

Au travail, on me disait que j'avais pris du poids et que je ressemblais un peu à une femme enceinte. Je me suis alors posée beaucoup de questions. J'avais des doutes. Alors, je me suis dit que je devais peut-être aller consulter un gynécologue. C'est lors de cette visite que le gynécologue m'a annoncé que j'étais enceinte de 7 mois.

J'avais des doutes, je ne pensais pas pouvoir être enceinte étant donné que je prenais la pilule (je n'ai jamais arrêté de la prendre).

- **A ce moment-là, comment étais ta situation de vie ? (quelle était ta situation sociale, familiale, personnelle ?)**

J'étais en apprentissage, en couple depuis 9 mois à ce moment-là, encore chez mes parents, en bonne santé, ...

- **Quelle a été ta réaction et celle de ton entourage ?**

C'était un choc, j'en ai pleuré pendant 3 jours ! C'était difficile de réaliser que j'étais enceinte.

On passe un peu par toutes les étapes : j'étais contente car je me disais « chouette je peux avoir des enfants », mais « merde je suis jeune, je suis encore en formation »...

Ça a été très compliqué au début, mais j'ai eu la chance d'être entourée et soutenue par ma famille et mon copain. Mon père était heureux et ma maman très inquiète, mais au final tout le monde était là pour moi.

- **Penses-tu que ton déni de grossesse puisse être lié à un évènement antérieur ?**

Je ne sais pas, peut-être que c'est lié au fait que j'ai subi un avortement à 19 ans (aujourd'hui elle a 22 ans).

- **Pendant ces 9 mois de grossesse, étais-tu allé voir un médecin ou un gynécologue ?**

Oui à 7 mois, quand j'avais des doutes.

- **Quelle était ta relation avec ton corps avant que tu ne découvres cette grossesse ?**

Bonne relation. J'ai toujours été maigre. Je voulais rester comme ça.

- **Avant de savoir que tu étais enceinte, avais-tu remarqué des modifications sur ton corps, sur ton comportement ?**

Non, j'avais juste pris environ 3 kilos. Mais aucune modification au niveau de comportement ou autre.

- **Que s'est-il passé lorsque tu as découvert cette grossesse ?**

Ça a été le stress. J'ai dû remplir plein de paperasse, acheter les meubles, les couches, etc... Tout ce que l'on fait en 9 mois, j'ai dû le faire en 2 mois. Maintenant, je suis prête pour accueillir l'enfant.

- **De quel type de prise en charge as-tu bénéficié ?**

Prise en charge normale d'une femme enceinte. Rien de spécial.

- **Qu'est-ce qui t'as satisfaite dans cette prise en charge ?**

Les médecins ont essayé de répondre à mes questions, ils m'ont aidé à comprendre le déni de grossesse (même s'ils n'étaient pas très au clair).

- **Qu'est-ce qui ne t'as pas satisfaite ? Que t'a-t-il manqué ? De quoi aurais-tu eu besoin ?**

Rien de plus.

- **Quelle relation as-tu avec ton enfant ?**

(Elle est encore enceinte. L'accouchement est prévu début juin)

- **Y-a-t-il eu des dénis de grossesse dans ton entourage ?**

Aucun.

- **Maintenant, quelle relation as-tu avec ton corps ?**

Toujours une bonne relation. J'ai accepté ma grossesse et mon nouveau corps (gros ventre).

- **Envisages-tu une nouvelle grossesse ? As-tu des craintes ?**

Pas tout de suite. Mais pourquoi pas dans quelques années. Je n'ai aucune crainte.

14. ANNEXE 2

Interview – G. Sandoz, psychologue au Planning Familial des HUG, 31 mai 2013

- **Selon votre pratique, quelle est pour vous la définition du déni de grossesse ?**

Le déni est un processus psychologique que tout le monde fait appel pour se protéger d'une réalité insupportable dans sa vie. La femme lutte contre quelque chose dont elle n'est pas consciente : une angoisse très forte ou encore une peur. Donc, le déni de grossesse porte sur le fait de refuser inconsciemment la grossesse et de ne pas s'en rendre compte. C'est un processus psychologique qui a une influence sur le corps (aucun signe physique, pas de ventre, de vomissements...).

Ceci est donc dû à un phénomène psychologique inconscient, la femme n'est pas consciente qu'elle fait un déni.

- **Comment expliquez-vous ce phénomène ?**

Dans la vie de la femme, pour des raisons liées à son histoire, à son environnement, à ses relations, à sa situation de couple, cette grossesse à ce moment-là est peut-être à la fois voulue, mais à la fois impossible. Et cela se traduit par ce refus inconscient de la réalité.

- **Avez-vous une idée de l'incidence et/ou de la prévalence du déni de grossesse ?**

Deux à trois femmes pour 1000 en France, total et partiel ensemble.

Le déni total est un phénomène rare, mais un déni qui aboutit avec une mort d'un enfant est rare. Cela dépend le regard que l'on pose sur ce chiffre. Souvent il y a des explications rationnelles des différents phénomènes : « J'étais trop stressée... ». Ce qui rend le phénomène complexe c'est qu'il n'y a pas UNE explication. Cela concerne tous les milieux sociaux, ce n'est pas les femmes défavorisées ou les jeunes filles qui vont faire un déni de grossesse. Presque la moitié des dénis concerne des femmes qui ont déjà eu des enfants. Donc, ce n'est pas un phénomène explicable rationnel.

- **Y a-t-il une prise en charge psychologique ? Dans quelles circonstances ?**

Il y a une prise en charge psychologique qui est de toute façon proposée, pour toutes femmes concernées. Cela dépend de la manière dont le déni est levé. S'il est levé au cours de la grossesse, à la maternité ou au Planning Familial lors d'un test de grossesse et que l'on se rend compte que la femme est enceinte de plusieurs mois déjà, à ce moment-là, il y a une proposition de suivi car c'est un état de choc ! Cela est vraiment un état de choc, de sidération, car elle ne comprend pas ce qui lui arrive. C'est extrêmement important de ne pas prendre la femme pour une menteuse ou pour quelqu'un qui dissimule quelque chose qu'elle sait.

Il y a un suivi qui est donc proposé, mais cela dépend également des besoins de la femme. Si ce déni est découvert à la maternité ou chez des gynécologues sensibilisés sur le sujet ou au planning familial, on va proposer à la femme un soutien. C'est une prise en charge pluridisciplinaire (sages-femmes, gynécologues, pédopsychiatre, assistante sociale, psychologue). Elle peut s'adresser à la femme, au couple ou à la famille. A Genève, il va être le plus systématiquement proposé. Toutefois, il peut être refusé ; on ne va pas obliger les femmes à prendre une aide psychologique ou suivre une thérapie. Cela dépend, car parfois elles reprennent le cours de leur grossesse de manière étonnement rapide lors de déni partiel.

Par contre, il peut arriver que la mère fasse une demande d'IVG tardive si le déni est levé lorsque l'IVG est encore possible. L'IVG tardif est encore possible à l'étranger, et ce, jusqu'à un tout petit peu plus que 20 SA. En suisse, cela est possible jusqu'à 12 SA sur simple demande de la femme qui évoque une situation de détresse. Au-delà, c'est possible. Toutefois, il faut l'aval d'un médecin selon plusieurs critères en fonction de la situation : état de santé de la femme, malformation grave du fœtus ou situation psycho-sociale gravissime, etc. Il s'agit d'une interruption thérapeutique de grossesse et peut-être qu'en suisse on va entrer en matière.

Dans le déni partiel, si la femme décide de poursuivre la grossesse, on va la soutenir jusqu'à l'accouchement et même après. On va essayer de « rattraper » le temps perdu pour que la femme réalise sa grossesse ou se prépare à la naissance dans un temps plus court que pour une grossesse normale. Là, il y a aussi des mécanismes chez la femme qui font qu'elle rattrape très bien le temps perdu et se réjouit de la venue de l'enfant. Ce n'est pas parce qu'on a fait un déni de grossesse qu'on va mal accueillir l'enfant. Et même avec un soutien psychologique, elles ont une grande capacité de rattrapage du temps perdu, d'accepter cette grossesse et de s'y préparer. Une grossesse est un phénomène physique, mais aussi psychologique avec, effectivement, un processus à rattraper. Cependant, il s'agit aussi de comprendre ce qu'il est arrivé, pourquoi on a fait un déni, de donner du sens sur ce qu'il s'est passé. Il s'agit de tout un travail pour diminuer la culpabilité de ces femmes. En effet, très souvent elles ont une grande culpabilité de ne pas s'être rendu compte de leur grossesse. Avec ce travail psychologique, on va essayer de comprendre avec la femme ce qu'il s'est passé et quel sens le déni a eu dans son parcours de vie pour ensuite pouvoir diminuer le sentiment de culpabilité et nouer avec l'enfant une relation normale.

S'il y a un déni total, l'accompagnement va être plus intense. Au moment de l'accouchement, le choc est d'autant plus grand avec une grande sidération lorsqu'on apprend la grossesse à 24 SA. Il y a presque un phénomène de dissociation, qui est un état psychique dans lequel on se met lors d'un choc ou traumatisme intense. Dans cette situation, on se met en retrait. Il y a une partie de soi qui se coupe complètement de la réalité.

Lorsque l'accouchement a lieu à la maison, cet état de dissociation peut être dangereux pour la femme et pour le bébé, car la femme ne réalise pas ce qu'il lui arrive et elle n'est pas elle-même. Dans ce cas-là, il peut y avoir un accident : un bébé qui se noie dans les toilettes ou qui tombe ou faute de soins. Elle est complètement sidérée et, parfois, heureusement rarement, elle va tuer l'enfant. Ce n'est pas qu'elle veut tuer l'enfant, mais elle est dans un tel état de sidération et de

dissociation, qu'elle a une réaction inconsciente en dehors de la réalité. Soit la femme ne fait rien et il y a un accident, soit elle essaye d'effacer ce qu'il se passe. Il faut bien se rendre compte que quand il y a un néonaticide, ce n'est pas du tout une volonté consciente de la mère de tuer un enfant !

Quand le déni total se passe à l'hôpital, il y aura aussi une prise en charge pluridisciplinaire pour que la femme et son entourage puissent sortir de cet état de sidération. L'entourage, en particulier les pères, n'ont rien remarqués non plus et sont aussi complètement choqués au moment de l'accouchement. Cela peut aussi donner des tensions au niveau du couple : « mais qu'est-ce que tu as fait ? Tu m'as caché ça ». Il peut aussi avoir, dans ces cas-là, une prise en charge au niveau du couple, s'il y a un désir d'être soutenu et de comprendre ce qu'il s'est passé. Il peut aussi y avoir une observation de comment va se passer la relation mère-enfant avec un pédopsychiatre ou avec des spécialistes de la relation mère-enfant.

- **Comment réagissent les membres de la famille et/ou l'entourage lorsqu'ils apprennent la nouvelle de grossesse ? Et la patiente comment elle se positionne par rapport à sa famille ?**

Pour la famille, c'est un choc. Après, il y a une acceptation selon les situations. En effet, les gens ont de la peine à comprendre la femme. C'est pour cette raison qu'il faut expliquer à l'entourage que ce n'est pas de la faute de la femme. Elle n'a pas fait exprès de leur cacher cette grossesse et c'est difficile à comprendre. Il y a une espèce de tabou là-dessous. On pense souvent que la femme a menti consciemment à son entourage et qu'elle a fait exprès. Là, on peut soutenir la famille en leur donnant les informations sur le déni. Nous leur expliquons que ça existe, que ce n'est pas quelque chose de volontaire et en quoi ça consiste. On les aide également à comprendre ce phénomène et à accepter que leur fille ou leur femme a fait l'objet d'un déni.

Chaque cas est différent. Ce qu'on retrouve dans tous les cas est une très forte culpabilité et honte face à ce déni par rapport à l'enfant ou par rapport à l'entourage et au partenaire. Cette honte et cette culpabilité va se manifester différemment selon la personnalité de la femme et chacune a sa propre manière de l'exprimer. Elle peut, par exemple, éviter son mari ou sa famille. Une autre particularité du déni est que la mère se sent tellement coupable de ne pas avoir offert à son enfant une grossesse normale, qu'elle va le surprotégé. Par contre, il y a très peu d'abandon d'enfants. En général, elles gardent l'enfant et reconstruisent une relation mère-enfant.

Nous n'avons pas assez de recul pour connaître les conséquences à long terme, mais il semblerait que si nous travaillons cette culpabilité, cela se passe plutôt bien. Ces enfants ne vont pas forcément être maltraités, rejetés ou abandonnés. Le risque est plutôt inverse : être surprotégé.

Les pères peuvent aussi être choqués et en vouloir à leur femme. La prise en charge psychologique dans ces cas peut être soit individuelle, soit de couple. Cela dépend de la situation.

- **Y aurait-il une influence sur le lien mère-enfant ?**

Oui et non. Ces mères risquent de surprotéger leur enfant à cause du sentiment de culpabilité.

La relation va se construire normalement ou non selon les situations. Au moment de l'accouchement, qui se fait en état de choc et qui est souvent encore sous le déni, la femme peut faire inconsciemment du mal à son enfant. Il peut y avoir des phénomènes particuliers qui peuvent arriver à n'importe quelle femme ou à des femmes qui ont des troubles psychiatriques associés. Dans ces cas-là, heureusement très rares, l'enfant peut être victime de maltraitements. Toutefois, cela n'a pas de lien avec le déni.

- **Est-ce que les enfants sont suivis lorsqu'ils sont plus grands ou si on a du recul? Si oui, comment cela se passe-t-il ?**

Oui, cela peut arriver. L'enfant peut, par la suite, se poser des questions comme : « comment ça se fait que ma mère ne s'est pas rendue compte qu'elle était enceinte de moi » ou « elle ne me voulait pas ». De plus, il peut aussi ressentir un sentiment de rejet. Là, il peut y avoir un travail.

A un moment donné, la famille va peut-être pouvoir expliquer à l'enfant ce qu'est le déni et qu'est-ce qu'il s'est passé. Elle pourrait lui expliquer que ce n'était pas parce qu'il n'était pas désiré, qu'il n'est pas autant aimé.

Au final, dans le déni de grossesse il n'y a pas de règle. On ne peut pas dire que telle chose entraîne telle chose. Le déni reste quelque chose d'assez complexe et mystérieux.

- **Par rapport à l'éthique, arrive-t-il que ces femmes ressentent comme si elles avaient fait une erreur ?**

Maintenant, il existe une sensibilisation des professionnels. Il y a 2 ans, une journée aux HUG a été organisée pour les professionnels sur le déni. La problématique est plus connue aujourd'hui qu'avant.

Le déni a aussi été très médiatisé. Toutefois, il faut faire attention à la médiatisation qui ne donne que quelques aspects rares du déni. A ce jour, on est plus au courant, mais il y a toujours un travail de sensibilisation qui doit être fait. Il s'agit de lever un tabou et de bien comprendre que ce n'est pas la femme qui est irresponsable et qui n'a pas voulu en parler. Il faut que cela sorte de la tête des gens et même des professionnels. La femme qui fait un déni est plutôt une femme en souffrance qui a besoin d'aide.

- **Y aurait-il des risques à ce que la femme soit stigmatisée ?**

Bien sûr. C'est pour ça que c'est très bien la sensibilisation des professionnels ou, de manière plus large, au grand public. Cette stigmatisation est due à une incompréhension et cela sera d'autant plus dur pour la femme. On va penser qu'elle est folle, alors que ce n'est pas du tout le cas. Selon l'endroit où le déni de grossesse

a lieu il y a un risque plus ou moins grand. Par exemple, s'il n'y a pas d'informations et que cela se passe dans un endroit où on n'a jamais entendu parler du déni de grossesse, le risque est plus grand. Ici, à Genève, peut-être qu'il est moins présent car il existe un travail de sensibilisation.

- **Comment prévenir le déni ?**

Il s'agit d'en parler, de lever le tabou. On peut, par exemple, en parler à l'éducation sexuelle tout en le laissant à sa bonne place. Il s'agit d'expliquer que ça concerne un certain nombre de femme, que c'est un phénomène qui existe et qu'il est psychologique.

- **Les histoires transgénérationnelles peuvent-elle être un facteur de risque pour le déni de grossesse ?**

Oui, ça peut dans certains cas particuliers. Toutefois, on ne peut le savoir qu'après coup si une femme fait une psychothérapie ou une psychanalyse. Nous pouvons voir, effectivement, qu'il y a des choses qui se transmettent : des non-dits, des choses qui se sont passées au niveau de la maternité, au niveau du désir d'enfant ou de la sexualité. Ces éléments peuvent aider à comprendre ce qu'il s'est passé. Que ce soit au niveau familiale ou transgénérationnel, il peut y avoir toute sorte de choses. Mais attention ! On ne peut pas non plus généraliser. Si on cherche le sens du déni de grossesse d'une femme dans son histoire familiale ou son passé, on peut trouver des éléments de réponse dans un vécu transgénérationnel. Il n'y a pas qu'une seule explication.

Le fait de comprendre ce qu'il s'est passé et d'y donner du sens c'est en quelque sorte reprendre en charge son destin ou sa vie. Finalement, le fait de comprendre diminue la culpabilité de ces femmes car elles peuvent se dire que ce n'est pas parce qu'elles sont d'horribles mères, qu'elles ont eu un déni de grossesse.

- **Quelle serait l'impact de la sensibilisation professionnelle et tout public au déni de grossesse ? Peut-il diminuer le nombre de déni ?**

Il n'y a pas d'études à ce sujet. Cependant, si on comprend que ça va plus loin que le désir d'enfant ou qu'être enceinte n'est pas si simple que ça (une partie de nous peut avoir peur, on peut être déprimé pendant la grossesse, etc.) pour des raisons psychologiques ou sociales, peut-être, qu'il peut y en avoir moins.

En même temps, ce processus psychologique est tellement nécessaire à la survie de la femme à ce moment-là, que je ne suis pas sûre, que si elle est bien informée. Il peut y avoir des dénis liés à l'information, mais là on parlera plutôt d'ignorance de la grossesse, des symptômes ou de comment se passe une grossesse.

- **Peut-il y avoir un déni de grossesse quand l'enfant est désiré ?**

Il peut y avoir un déni de grossesse si le couple désire un enfant et décide du moment. Le désir de grossesse conscient n'est pas aussi clair que ça. Il est forcément ambivalent chez toutes personnes. L'ambivalence est normale !

La déculpabilisation peut aussi se faire en comprenant que l'ambivalence est normale et que toute femme ou tout homme la vit par rapport au désir d'enfant. Bien sûr, cette ambivalence ne va pas toujours jusqu'au déni de grossesse. Cela se passe surtout de nos jours, où la grossesse doit être programmée, vécue dans la joie, désirée, etc. Actuellement, les normes sociales sont très fortes par rapport au désir d'enfant. L'ambivalence n'est pas très bien comprise dans la tête des gens et des médecins : soit on désire un enfant, soit on ne le désire pas. Toutefois, ça ne se passe pas comme ça. L'ambivalence inconsciente n'est pas liée à quelque chose de rationnel. En effet, même si la grossesse est désirée et programmée, il peut y avoir quelque chose en nous qui refuse, qui fait trop peur ou qui est trop stressant face à une grossesse.

Toute peut exister, ce n'est pas linéaire. On ne peut vraiment définir un élément qui entrainera le déni de grossesse. Ce déni est multifactoriel et on ne va pas forcément trouver d'explication. Toutefois, le fait de faire cette démarche de recherche et de faire des liens va aider les patients.

15. ANNEXE 3

Interview – C. Fischer, assistante sociale au service d'obstétrique de la maternité aux HUG, 3 juin 2013

- **Dans quelles mesures intervenez-vous lors d'un déni de grossesse ?**

Chaque fois qu'il y a un déni de grossesse qui est découvert tardivement, on actionne le psycho-sociale, il y a deux intervenants les psychologues et les sociaux. Dans quelles situations cette femme se trouve, on va faire une évaluation pour voir dans quelle situation socio-économique cette femme se trouve. Dès qu'il y a ce genre de cas, le service nous appelle pour nous solliciter.

Alors c'est vrai qu'on étiquette un peu la patiente « psychosocial » Mais je crois que c'est le corps médical qui a besoin de se rassurer et qui n'ont pas les moyens de le faire.

C'est toujours les professionnels de la santé qui nous sollicite, pour qu'on fasse le tour, est-ce qu'il y a un accompagnant, est-ce qu'il y a un logement, d'autres enfants, est-ce qu'ils ont de l'argent... ?

- **Les professionnels de la santé au HUG, à la maternité sont sensibilisés à cette problématique ?**

Bien sûr, parce que cela arrive ! On est sensibilisé au fait que c'est quelque chose qui arrive. Est-ce qu'il faut psychiatriser ça ... ? Est-ce que c'est une maladie psychiatrique ? On ne sait pas. Est-ce qu'il faut faire plus attention qu'à une autre je dirais oui, on va l'accompagner, après c'est vrai que nous bah, c'est des grossesses qu'on ne suit pas longtemps puisqu'elle arrive très enceinte. On essaye donc de les accompagner jusqu'à l'accouchement. Est-ce qu'elle veut ou pas le garder le bébé, est-ce que l'on va le placer en adoption. Comment on fait pour qu'elle puisse en parler à l'entourage.

Le dernier cas, si je m'en souviens bien, a accouché seul à la maison. C'était une femme insérée dans la vie professionnelle, elle était à New-York la semaine d'avant. Elle se lève un matin, elle a mal au ventre et tout d'un coup il y a un bébé qui sort. Bien sûr elle était en état de choc, elle s'est dit : « Mon Dieu qu'est-ce qui m'arrive ? » il lui a fallu plusieurs jours pour pouvoir en parler à ses proches. On lui a laissé le temps et l'espace pour décider de ce qu'elle voulait faire avec ce bébé. Durant ce temps, le bébé a été placé en pédiatrie et puis un mois après elle était maman !

Je pense que cela se déroule bien, mais nous n'avons pas de nouvelles par la suite. Nous ne les voyons plus.

L'unique structure proposée par la suite sont les psychiatres et les pédopsychiatres. Mais dans le cas de cette femme, tout s'est bien passé et elle n'a pas eu besoin de les consulter. Mais il ne faut pas oublier que tout le monde se sent coupable dans ces cas-là.

- **Comment cela se passe au niveau de la législation pour la reconnaissance de l'enfant ?**

Rien ne change ! On déclare l'enfant quand il naît à la mairie, mais par rapport au père, si aucun père ne reconnaît l'enfant à la mairie, on va le déclarer à l'office de la jeunesse, comme quoi aucun père n'est venu reconnaître l'enfant, donc on convoque la mère pour qu'elle nous dise qui est le père, pour qu'on puisse dans l'avenir aider l'enfant à avoir un père

Si l'on est absent pendant l'accouchement c'est l'assurance perte de gain qui prend en charge l'assurance. Mais des fois cela peut poser un problème quand les femmes ne veulent pas reconnaître l'enfant et l'abandonnes, qui veut reprendre le travail tout de suite après. Cela peut poser problème, car la loi dit que l'on ne peut pas travailler pendant les huit semaines qui suivent son accouchement et qu'elle a droit à l'assurance maternité.

Il suffit qu'elle donne une attestation comme quoi elle a accouché et c'est l'assurance maternité et les allocations familiales qui rentrent en compte. En Suisse, il n'y a pas besoin de faire une déclaration précoce.

Lorsque la femme veut abandonner l'enfant, elle doit quand même reconnaître l'enfant, lui donner un prénom, signer un papier pour l'assurance maladie et le déclarer. L'enfant est d'abord placé en pédiatrie puis le service des placements de la jeunesse le place dans une famille d'accueil. Ensuite la femme est entendue par le tribunal de protection de l'enfant et de l'adulte 6 semaines après l'accouchement qui veut savoir pourquoi elle veut abandonner l'enfant. Il va aussi chercher à connaître l'avis du père.

- **Au niveau législatif, comment se passe la déclaration tardive de la grossesse ?**

Je ne sais pas exactement, pour cela il faut voir la Loi fédérale sur l'adoption.

- **Est-ce qu'il existe des infrastructures ou des associations qui accueillent des femmes dans cette situation ?**

Il n'y a pas d'associations en Suisse. Cela touche peu de femmes (1 naissance sur 4000, 1 par année.)

Au cas par cas, une prise en charge est mise en place. Si elle est mineur et dans une situation dangereuse avec sa famille ou son entourage, elle sera prise en charge par les services de la protection des mineurs ou placée dans un foyer. Mais si elle n'a pas envie d'y aller, autre chose sera mis en place pour l'aider.

16. ANNEXE 4

Témoignage – Noémia, 4 juin 2013

Avant de commencer à nous répondre, nous souhaitons avoir quelques informations personnelles :

Âge : 22 ans

Âge de l'enfant : 4 ans

- **Lieu de l'accouchement et d'hospitalisation :** Riviera.

Toutefois, en vue de la situation exceptionnelle, l'équipe avait même hésité à m'envoyer à Lausanne en pensant que la prise en charge serait peut-être plus adéquate. Toutefois, je voulais rester proche de ma famille et de mon copain le plus possible.

- **Avais-tu déjà entendu parler du déni de grossesse ? (Si oui, que savais-tu et qu'en pensais-tu ?)**

Très vaguement. Je ne savais pas tellement ce que c'était. J'étais très jeune, j'avais d'autres préoccupations. Ça m'est un peu tombé dessus.

- **Maintenant, comment définis-tu le déni de grossesse ?**

C'est être enceinte, mais ne pas s'en rendre compte. C'est une grossesse qui ne se vit pas du tout comme une grossesse habituelle.

- **A quel moment as-tu découvert que tu étais enceinte ?**

J'ai découvert ma grossesse environ 20 minutes avant l'accouchement !

- **Comment l'as-tu remarqué ?**

Depuis quelques mois, j'avais des douleurs dans le dos. En même temps, j'étais en train de terminer ma maturité gymnasiale, mais les derniers examens oraux étaient vraiment pénibles. Je me réveillais durant la nuit avec des douleurs dans le dos et dans le ventre, parfois assez importantes. La nuit qui a précédé mon dernier examen, j'ai eu vraiment mal. Et finalement, j'ai même été passer mon dernier examen. Dès qu'il fut fini, je suis allée directement aux urgences avec ma mère. On était persuadées que je faisais une crise d'appendicite. J'ai foutu un sacré bordel là-bas.

Ils sont aussi partis sur cette hypothèse-là. Au bout d'un moment, ils ont eu un petit doute. D'un coup, il n'y avait plus personne dans la salle de consultation. Ils sont revenus 5 minutes plus tard faire une échographie. Ils étaient dix en train de scruter l'écran. A ce moment-là, le « diagnostic » est tombé ! C'était le stress total pour moi, ma mère et aussi pour l'équipe soignante. Ça courrait partout.

En 10 minutes mon ventre est devenu immense. On le voyait presque grossir à vue d'œil.

- **A ce moment-là, comment étais ta situation de vie ? (quelle était ta situation sociale, familiale, personnelle ?)**

J'étais en train de terminer ma maturité gymnasiale. Je devais commencer l'université en septembre après les vacances. Je vivais toujours chez mes parents. J'étais donc totalement dépendante d'un point de vu financier. J'étais avec mon copain depuis 2 ans.

- **Quelle a été ta réaction et celle de ton entourage ?**

Tout d'abord, ça été une surprise ! L'espace de 2 minutes, je n'y ai pas cru. Après, j'ai bien été obligée de faire face. Mon ventre grossissait, je sentais le bébé bouger... Je n'avais pas le choix. Après, j'ai hurlé l'espace de quelques minutes. Ça m'hallucinait que personne n'ai rien vu et, surtout, que je n'ai rien vu. J'étais frustrée et en colère. Je n'avais pas envie. J'avais peur pour mon avenir. 10 minutes plus tard, j'étais sur la table en train de pousser.

Ma mère à coté de moins pleurait, de surprise, de peur, de colère...

C'était très angoissant.

Mon entourage a été prévenu après l'accouchement. Je me suis protégée des critiques et des jugements, et je n'ai gardé que les félicitations. Au début, je n'étais pas prête à entendre les « tu aurais dû faire attention », ou encore « tu n'aurais pas dû boire de l'alcool à ton anniversaire » et les innombrables « tu ne devrais pas tenir ton bébé comme ça ».

Mon copain a lui aussi été choqué. Je n'ai pas tellement « vécu » cette période avec lui. Toutefois, nous en avons parlé ensemble par la suite.

Mon père, quant à lui, a tellement été surpris qu'il n'a rien dit pendant 2 jours ; pas un mot. 2 jours après, c'est lui qui s'est occupé de peindre la chambre de la petite, d'aller acheter le lit, la table à langer... Il a été super.

Ma mère, m'a beaucoup soutenue et protégée de toutes les remarques ou critiques. Elle a beaucoup pris sur elle dans le bon sens. Heureusement qu'elle a été là.

- **Dirais-tu que tu as été stigmatisée ?**

Je ne pense pas que j'ai été réellement stigmatisée. Cependant, c'est une histoire qui interpelle. Les personnes ont envie d'en savoir plus, ils veulent donner leurs avis. Malheureusement, c'est souvent plus blessant qu'ils ne le pensent, surtout qu'on est très sensible à ce moment-là. Mais effectivement, une rumeur a couru à mon sujet. Il était raconté comme quoi j'aurais caché ma grossesse.

Après, je me suis sentie stigmatisée surtout au début, quand je me promenais avec ma fille bébé (j'ai pris un an de pose, pour m'occuper d'elle, de moi, de mon copain. Pour trouver nos marques, pour prendre toutes les responsabilités que des parents doivent prendre). Le regard des gens est dur parfois. Pour mon copain aussi c'était dure des fois. C'était pire quand on était les trois et qu'on formait une vraie famille.

On a l'impression d'être jugée de tous les côtés. Maintenant ça va beaucoup mieux je dois dire.

Je ne raconte pas aux gens que ma fille est venue au monde suite à un déni de grossesse. Après, ils posent trop de questions... De plus, ils n'ont pas besoin de savoir ça. Ce n'est pas un secret mais cela ne les regarde pas. Ma fille je l'aime tout simplement. C'est peut-être un peu pour me protéger que je ne le dis pas.

Ma fille m'a déjà posé des questions. Je lui ai donc dit la vérité. Elle connaît toute son histoire. Je lui dis que : « même si on ne l'a pas désirée depuis le début, on l'a aimée au premier regard ». Je lui dis également qu'avec son papa c'est la plus belle chose qu'il nous soit arrivé, qu'elle est notre petite surprise qui nous a fait grandir. C'est important pour elle de savoir ça.

- **Penses-tu que ton déni de grossesse puisse être lié à un évènement antérieur ?**

Non, je ne le pense pas. Je crois que ça peut arriver à n'importe qui et que ce n'est pas forcément lié à quelque chose de particulier. Il ne faut pas chercher à qui est la faute.

- **Pendant ces 9 mois de grossesse, étais-tu allée voir un médecin ou un gynécologue ?**

J'ai seulement été voir mon médecin traitant pour une grippe. Je devais aller voir mon gynécologue en août (1 mois après l'accouchement) pour un contrôle de routine.

- **Quelle était ta relation avec ton corps avant que tu ne découvres cette grossesse ?**

Il n'y a rien à signaler de ce côté-là. Je me sentais bien dans mon corps.

- **Avant de savoir que tu étais enceinte, avais-tu remarqué des modifications sur ton corps, sur ton comportement ?**

J'avais pris un peu de ventre, mais quelque chose de très raisonnable. Je n'ai même pas changé de taille de vêtements. Cependant, ça ne m'a pas tellement perturbée parce qu'avec les examens et le stress, j'ai tendance à manger un peu plus.

- **Que s'est-il passé lorsque tu as découvert cette grossesse ?**

Tout a été très vite. Ça été un choc sur le coup.

- **De quel type de prise en charge as-tu bénéficié ?**

L'équipe de l'hôpital a été géniale. Je suis restée une semaine pour pouvoir m'habituer et apprendre. Une assistante sociale est venue me voir pendant que j'étais hospitalisée.

J'ai vu une psychologue pendant 6 mois, ponctuellement, sur conseil de l'équipe soignante et de ma mère pour pouvoir parler, pouvoir souffler, pour pouvoir comprendre et accepter que ça m'arrive à moi.

- **Qu'est-ce qui t'as satisfaite dans cette prise en charge ?**

J'ai été satisfaite de la disponibilité et le non jugement. Je suis restée une semaine et ma fille est restée 2 semaines. L'équipe a été incroyable. Voyant que j'étais un peu perdue, ils m'ont vraiment beaucoup soutenue. 3 jours après l'accouchement, j'ai un peu rejeté ma fille pendant 2 jours. A ce moment-là ils ne m'ont pas forcée, ils se sont juste occupé d'elle et m'ont laissé souffler. La deuxième semaine, c'était aussi une proposition de l'équipe. Je venais m'occuper de ma fille quelques heures et partait souffler ensuite... C'était vraiment bien, parce que je n'aurais pas été prête à rentrer directement avec ma fille à la maison. J'ai d'abord dû accepter la situation.

- **Qu'est-ce qui ne t'as pas satisfaite ? Que t'a-t-il manqué ? De quoi aurais-tu eu besoin ?**

Rien ça été parfait.

- **Quelle relation as-tu avec ton enfant ?**

J'ai une excellente relation avec ma fille ! Elle est pleine de vie et magnifique. Ça n'a pas été facile au début et je l'ai rejetée les premiers jours. J'en ai eu aussi marre d'elle parfois. J'ai rejeté la faute sur elle. Mais elle est tellement belle... De plus, ma famille, mon copain, toute l'équipe médicale et la psychologue m'ont tellement soutenu... J'ai pu, malgré l'urgence de la situation, prendre le temps nécessaire pour m'habituer au mieux.

- **Y-a-t-il eu des dénis de grossesse dans ton entourage ?**

Non pas à ma connaissance

- **Maintenant, quelle relation as-tu avec ton corps ?**

Ça été difficile au début. Il y avait les vergetures, la montée de lait, un ventre tout boursoufflé. Maintenant, ça va bien. Je me suis sentie mieux quand j'ai « récupéré » mon corps d'avant.

- **Envisages-tu une nouvelle grossesse ? As-tu des craintes ?**

Non pas pour le moment. Je termine mes études cette année, donc on verra ensuite.

J'ai eu peur au début de retomber enceinte et de refaire un déni de grossesse. J'ai beaucoup parlé de contraception avec mon gynécologue et mon copain.

17. ANNEXE 5

Résumé de l'entretien – S. Hurst et A. Mauron, professionnels de la bioéthique, 5 juin 2013

- **D'un point de vue juridique, comment se passe l'instruction lors d'infanticide ?**

Il s'agit d'un infanticide. Instruction pénale. Procès.

S'il y a un doute sur la santé mentale de la femme, comme par exemple lors du déni de grossesse, il y a une expertise psychiatrique qui va déterminer si la femme est pleinement responsable, partiellement responsable ou pas du tout responsable. Si elle n'est pas responsable, une prise en charge psychiatrique commencera.

On ne peut être condamné que si l'on est pleinement responsable de ce que l'on a fait. Une personne pas du tout responsable ne peut pas être punie. Il y aura alors des mesures médicales qui seront mises en place.

Une femme qui a tué son enfant à sa naissance a commis un délit spécifique, ce n'est pas un délit « tout court ». Il est assorti d'une peine moins lourde qu'un meurtre ou un assassinat.

Dans les pays voisins de la Suisse, le rôle du procès d'assise sera de donner des circonstances atténuantes.

En Suisse, les circonstances atténuantes sont déjà inscrites dans le code pénal par l'inscription des cas particuliers. Elles peuvent être plus grave que le meurtre (assassinat) ou moins grave que le meurtre (Infanticide, homicide sur demande de la victime). Il y aura donc une enquête pénale mais elle sera inculpée pour le délit spécifique. C'est-à-dire qu'il ne s'agira pas d'un infanticide dans le sens de tuer un enfant mais dans le sens de tuer son enfant dans l'état puerpéral. Mais cela n'élimine pas l'accusation de meurtre car elle peut être déclarée responsable ou non. Donc, on définit le crime puis, si la femme est responsable ou non.

Si elle n'est pas responsable, il n'y aura pas de logique punitive mais une logique thérapeutique qui peut être tout autant enfermante et même moins bien reçue par les personnes.

La prise en charge thérapeutique dépendra également du risque de récurrence. Mais dans le cas d'un déni de grossesse, le risque de récurrence, lorsque la mère est déclarée à 100% irresponsable, bien qu'il soit pris en compte dans la prise en charge, est limité. Le cadre thérapeutique de ces femmes sera alors relativement classique.

18. ANNEXE 6

Interview – V. Airiau, sage-femme au CHUV, 6 juin 2013

- **Dans quelles circonstances intervenez-vous lorsqu'il y a un déni de grossesse ?**

Lors des accouchements, à la salle d'accouchement ou avant si la grossesse est décelée avant, mais là c'est une sage-femme (SF) conseillère qui la verra. On lui explique d'abord quel est le rôle de cette SF conseillère, mais on n'oblige pas la future mère à les consulter. La plupart du temps, le lien se passe bien. Lors des dénis partiels, la SF conseillère voit la patiente comme pour une grossesse normale, mais avec des séances plus rapprochées (3 semaines de suites au lieu de 1x/ mois par exemple)

Le déni total de grossesse est rare. Il arrive plus souvent qu'on lise dans les dossiers des patientes : « découverte de la grossesse à 15-20 SA ».

- **Quelle est la prise en charge hospitalière pour ces femmes déniaient leur grossesse ? Et comment se passe l'accouchement lors d'un déni total, à l'hôpital ou à domicile ?**

Lors de déni total, elles arrivent souvent aux urgences avec des maux de ventre. Elles croient qu'elles font une crise d'appendicite. Elles sont en train d'accoucher sans se rendre compte. Notre travail à ce moment-là est de leur faire prendre conscience ou, du moins, qu'elles aient un accouchement sans traumatisme. C'est plus facile pour gérer les différentes émotions de ces femmes et de leur entourage. Une fois le bébé né, une SF s'occupe de lui dans une autre pièce et une autre SF reste en salle d'accouchement avec la maman. Il faut gérer le mieux possible l'accouchement, car ces femmes qui ne réalisent pas que c'est leur enfant ne veulent pas le toucher ; pour elles ce ne sont pas leurs bébés. On est là pour s'occuper de la maman, mais aussi pour accueillir le mieux possible le nouveau-né (NN). Comme nous ne savons en général rien sur cet enfant, il y a un pédiatre qui l'examine : il évalue son état de santé et si c'est une grossesse à terme ou non.

Pour la maman, il s'agit de faire notre possible pour qu'elle ne garde pas de cicatrices physiques (exemple : déchirements) au cas où elle ne souhaite pas garder l'enfant.

Là, il y a toute une équipe multidisciplinaire pour la prise en charge. L'enfant n'est également pas mis au même étage que la mère. En général, les premiers jours il est en néonatalogie et la mère dans un autre étage. Le but est de ne pas « brusquer » ; il faut leur faire prendre conscience qu'elles ont un enfant et qu'il est quelque part dans le bâtiment. Pour cela, elles voient des psychiatres, une assistante sociale (pour tout ce qui est question de paternité, assurance sociale, ...) et la SF conseillère peut être aussi vue. Le rôle de ses SF conseillères est de prodiguer des soins relationnels pour que ces mamans puissent « vider leur sac ». Elles servent aussi de pivot ou de relais à cause de la mise en place du réseau.

On accompagne aussi la femme dans ce qu'elle décide de faire avec l'enfant. Ce n'est pas nous qui prenons les décisions à leur place. On gère aussi les familles quand elles viennent à l'hôpital. Ces familles sont également gérées parce que, pour eux, c'est comme une révolution. Il y a beaucoup de choses à accepter et à mettre en place et ce n'est pas toujours facile pour tout le monde.

Nous essayons d'instaurer le « déclique » à l'hôpital, c'est plus facile pour la prise en charge. Sinon le bébé va à la pouponnière.

- **Quelle est la réaction de ces femmes et de leur entourage lorsqu'elles découvrent leur grossesse à 7-8 mois ou au moment d'accoucher ?**

Au début, souvent, elles ne veulent pas voir leur enfant. Leur enfant est souvent emmené pendant 48h en néonatalogie. Il est systématiquement emmené dans un autre service. Toutefois, une autorisation est demandée à la mère. De plus, c'est généralement son souhait. Elles ne comprennent pas non plus pourquoi ça leur ai arrivé à elles. Des fois, on leur explique que ce ne sont pas les premières et que, peut-être, ce ne seront pas les dernières.

Lors de l'accouchement, on leur dit qu'elles sont en train d'accoucher, mais elles ne l'entendent pas. On ne leur met donc jamais le bébé dessus et on ne laisse pas la mère seule. Il faut être très vigilant par rapport au risque que la mère fasse du mal au NN, comme elle ne le reconnaît pas. Lorsque l'accouchement se passe à la maison, en général, quelqu'un appelle les urgences. La mère est emmenée en salle d'accouchement et l'enfant en pédiatrie. Ensuite, la prise en charge se passe tout à fait de la même façon.

Quand la grossesse est apprise avant l'accouchement, elles peuvent voir à la polyclinique une SF conseillère, de la même manière que pour une femme enceinte « normale ». La SF conseillère va servir de contact. Elle va pouvoir faire des examens ou des prises de sang. C'est la facilitatrice de tout ce qui va se faire après, en collaboration avec un médecin bien sûr. Là, au lieu de voir la SF 1x/mois, la future mère va être vue plus souvent.

- **Y a-t-il un protocole de prise en charge qui existe en Suisse ou au CHUV ?**

Non, il n'y en a pas. Toutefois, nous avons une même philosophie : faire en sorte que la situation soit le mieux possible pour tout le monde (la mère, l'enfant, la famille, le père, etc.), mais sans précipitation.

Les mots d'ordres sont l'écoute et l'empathie !

- **Combien de temps séjournent-elles à l'hôpital avant de pouvoir rentrer à la maison ?**

En moyenne : 1 semaine. La plupart du temps, elles rentrent avec l'enfant. Puis, d'autres fois, les enfants peuvent être envoyés dans une pouponnière lorsque le lien n'est pas encore là ou, simplement, si elles ne veulent pas garder l'enfant.

- **Selon vous, la prise en charge de ces mères est-elle optimale ? Si oui, pourquoi ? Si non, qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?**

Notre équipe multidisciplinaire s'occupe des situations émotionnelles. La communication est une chose très importante ! Toute l'équipe est au courant des moindres faits (Exemple : si la maman touche enfin l'enfant, c'est marqué dans le dossier).

- **Nous avons trouvé qu'il existait une association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (l'AFRD), savez-vous s'il en existe également en Suisse ?**

A part des associations comme S.O.S future maman, ou d'autres qui sont des associations d'aides pour toutes les jeunes mères ou femmes enceintes, à ma connaissance, il n'en existe pas en Suisse. En général, ces filles ont un ordinateur avec elles, on leur conseil donc d'aller voir sur internet aussi, car il y a des nombreux forums, blogs ou sites.

- **Savez-vous si ce déni influence le lien mère-enfant ? Au moment de l'accouchement et à long terme.**

Non. Ce n'est pas parce que la mère ne voulait pas voir l'enfant pendant 5 – 6 jours que cela aura un impact sur le lien mère-enfant. On a continué à s'occuper de l'enfant. Par exemple, lors d'une situation (voir : cas de patiente) je portais l'enfant avec moi pendant que je travaillais. Ou alors, avec les infirmières nous avons fait un petit livre où on racontait les premiers jours de vie de la petite, mais comme si c'était l'enfant qui l'écrivait, comme si on était dans son esprit. En fin de séjour, quand la mère faisait tout avec le bébé (le changer, dormir avec, le nourrir, etc.) on lui donna le petit livre. Là, la mère fut extrêmement touchée, car, comme elle nous l'a dit, « pour moi, c'est comme si je n'avais rien loupé et tout vécu »

Par contre, il pourrait y avoir un impact sur l'enfant s'il reste 6 mois seul, s'il est abandonné par la maman.

- **Cas de patiente**

Jeune femme, 20 – 25 ans, étudiante.

Elle se présente aux urgences avec des maux de ventre qu'elle pense être l'appendicite. Cela s'est passé une semaine avant la naissance, mais, en fait, c'était des contractions. Tout de suite, elle a été orientée vers une SF conseillère qui a aussi vu les parents de cette jeune femme. Elle désirait accoucher naturellement. De toute manière, les accouchements ne se font pas par césarienne dans ces cas-là, car il ne faut pas que ces mères subissent de traumatisme physique ou qu'elles aient une cicatrice.

A l'accouchement, elle ne voulait ni voir, ni entendre son enfant ; qu'on le mette le plus loin possible d'elle. Elle ne voulait pas le bébé au même étage. Pour elle, c'est comme si ce n'était pas son enfant.

Nous étions là pour répondre à ces besoins, l'accompagner dans ces décisions, la journée, la nuit, dans ce qu'elle fait ou pense. Elle se sentait surtout coupable. Elle ne voulait rien savoir de cet enfant et, en même temps, elle s'inquiétait de savoir si elle lui avait peut-être fait du mal par son comportement (sorties en boîte, consommation d'alcool, relation avec un homme,...).

Elle avait aussi de la chance d'avoir les bons parents qu'elle a. Ils ont respecté le choix de leur fille qui ne voulait pas voir l'enfant. Alors, ils ne sont pas allés voir l'enfant tant que la mère ne l'avait pas fait.

Pendant les deux premiers jours, elle était catégorique : elle ne voulait ni voir ni entendre l'enfant. Le troisième jour, elle a demandé le sexe du bébé pour des raisons administratives (on a 3 jours pour donner un nom et prénom au bébé et pour toutes les démarches administratives par l'assistante sociale). Elle ne voulait toujours pas le voir. Le 4^e jour, elle a demandé si sa fille pouvait être emmenée dans la pouponnière. Les SF l'ont donc descendue à l'étage de la maternité et mis loin de la chambre. J'ai porté et travaillé avec la petite. Un jour, la grand-mère m'a vue et elle a été très touchée. Toutefois, elle ne l'a pas prise dans les bras, car elle voulait que ce soit sa fille qui le fasse en premier. Ensuite, la mère du bébé a accepté de le voir, mais n'a pas voulu touché son enfant. Elle a eu des visites de copines dans la journée. Elle a accepté que ses amies puissent voir l'enfant, lui donner le biberon et le toucher. A partir du 5^e jour, cette maman a commencé petit à petit à participer aux différents soins. Un jour, la petite dormait et la mère entre dans la pouponnière avec des amis et elle dit : « Je vous présente ma merveille », c'était la première fois qu'elle parlait comme ça de sa fille et c'était très touchant.

Par rapport aux réactions de l'entourage, ça a été au début le choc, mais tout le monde a accepté la situation. Le frère, au début, a eu plus de peine, mais chacun va à son rythme.

La prise en charge a fonctionnée car on n'a jamais forcé !