

Mémoire de Maîtrise en médecine

Le déni de grossesse: étude rétrospective au CHUV

Etudiante

Andreia COSTA

Tutrice

Dresse. Saira-Christine RENTERIA, MER, médecin-adjoint

Département de Gynécologie-Obstétrique, CHUV

Experte

Prof. Brigitte LEENERS, Université de Zürich

Lausanne, novembre 2014

Abstract :

Ne réaliser que l'on est enceinte seulement lors de l'accouchement ? N'avoir aucun ou peu des symptômes habituels de la grossesse ? Ce phénomène étonnant appelé déni de grossesse (DG) existe et n'est pas aussi rare que l'on pourrait le penser¹. Dans la littérature, la plupart des articles mentionnent une prévalence de 2 à 3 cas pour 1000 accouchements². Le DG n'a pas une définition considérée comme universelle, mais globalement nous pouvons le définir comme étant la « *non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre, qui peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier* »², nous parlons respectivement, à partir de 14 semaines d'aménorrhée, de déni partiel et total. Bien que les dénés partiels soient plus fréquents que les dénés totaux, ces derniers sont les plus impressionnants. Dans la population générale ainsi qu'au sein des professionnels de la santé ce phénomène est encore considéré comme « impossible », il reste incompris ou est, de façon présumée, lié à des causes bien spécifiques comme par exemple un très jeune âge, une origine étrangère ou un bas niveau social.

Realising you're pregnant only while giving birth ? Having no or few of the usual symptoms of pregnancy? This strange phenomenon exists and is called denial of pregnancy, and it's not as rare as one might think¹. Most research articles mention a prevalence of 2-3 cases per 1000 births². Denial of pregnancy doesn't have a universal definition, but can be defined as the « unawareness of a pregnancy after the first trimester, which can last until and even through birth »². We will therefore subsequently speak of partial or complete denial. While partial denial is more frequent than complete denial, the latter is the most impressive. Among general population and professionals, this phenomenon is still considered as « impossible », keeps being misunderstood or is attributed to specific causes, such as younger age, foreign nationality or low socioeconomic status. A better understanding of this phenomenon would allow us to improve the care of the women affected.

Objectifs :

1. Définir la terminologie et l'entité « déni de grossesse ».
2. Réaliser une étude rétrospective à partir des archives médicales du CHUV afin d'analyser le phénomène en fonction de plusieurs caractéristiques bien définies puis comparer les résultats obtenus avec la littérature.

Méthodes :

Il s'est agit d'effectuer une revue de littérature à partir de recherches au centre de documentation et planning familial de Genève, dans les bases de données informatiques telles que PubMed/MedLine, SAPHIR, Web of Science ainsi que de la lecture de plusieurs livres (cf. Bibliographie). Nous avons parcouru non seulement les archives papier mais surtout les archives électroniques des dossiers des patientes admises pour un diagnostic de DG partiel ou total (ou de grossesse méconnue/ non suivie) dans le service de gynécologie-obstétrique (DGO) du CHUV entre 1999 et 2012. A partir du recueil de données, nous avons analysé la répartition du DG en fonction de plusieurs paramètres tels que la classe d'âge, le milieu social, les éventuelles grossesses antérieures, la réaction de la famille en particulier du partenaire/mari ainsi que l'évolution ou l'issue de ces situations cliniques. La documentation à disposition n'a permis qu'une recherche de cas dans les dossiers d'obstétrique. Cette approche ne tient ainsi pas compte des DG qui se sont soldées par une interruption de grossesse ou un avortement spontané du 2^e trimestre. Nous avons étudié uniquement les DG dont les grossesses ont aboutit à un accouchement.

Résultats :

- Le déni de grossesse s'est révélé être un phénomène fréquent aussi au CHUV avec une prévalence de 2 pour 1000 naissances. Les DG partiels (90%) ont été plus fréquents que les DG totaux (10%).
- Les adolescentes représentaient une minorité des patientes (7%). En moyenne, les femmes étaient âgées de 27 ans ; elles ont découvert leur grossesse aux alentours de la 25^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) en moyenne et étaient en majorité de nationalité étrangère (68%) ce qui ne diffère pas des proportions habituellement retrouvées dans les consultations obstétricales au sein du CHUV.
- Les enfants nés suite à un DG avaient un poids et une taille dans la norme avec une moyenne de 2934.7 grammes et une taille moyenne de 47.5 centimètres.
- Nous notons une prise pondérale d'en moyenne 11 kilogrammes et une augmentation du BMI de 5 points par rapport au BMI habituel.
- Seule une minorité de patientes consommaient activement ou avouent avoir consommé des substances illicites durant la grossesse (17%). Le tabac est le toxique le plus consommé (44%).
- Les patientes viennent de tous les milieux socio-économiques, bien qu'une part importante travaille dans le secteur tertiaire.
- Les femmes n'habitent généralement pas seules, ce qui prouve que le DG peut être « contagieux ».
- La plupart (62%) sont hospitalisées durant le même nombre de jours que les patientes qui ne font pas de DG, soit habituellement entre 4 et 5 jours.
- Le service de divers spécialistes comme les pédopsychiatres, les sages-femmes conseillères en périnatalité, le service social ou d'autres professionnels de santé a systématiquement été sollicité afin de répondre au mieux aux besoins des patientes en adaptant chaque situation au cas par cas en fonction des éventuelles demandes de la patiente ainsi que de l'évaluation clinique.

Conclusion:

- Le DG n'a pas encore une définition claire considérée comme universelle, bien que ce terme soit utilisé depuis 1970 dans la pratique médicale courante.
- Les résultats de notre étude correspondent globalement aux résultats de la littérature. De manière générale, force est de constater qu'il n'y a pas de caractéristiques propres aux femmes victimes de DG que ce soit dans notre étude ou dans la littérature, ce qui nous empêche de dresser le portrait exact d'une personne à risque et ainsi prévenir de futurs cas.
- La prise en charge s'est systématiquement déroulée en collaboration avec une équipe multidisciplinaire.
- Connaître les circonstances du DG permettrait d'éviter toute stigmatisation et mauvaise prise en charge. Nous ne pouvons pas espérer prévenir totalement le DG mais nous pouvons limiter ses conséquences. Une façon de le faire serait d'amener ce phénomène à la connaissance de tous, qu'ils soient des professionnels de la santé ou non. Pour les médecins, il s'agit de considérer une telle possibilité face à une femme en âge de procréer qui consulte pour des douleurs abdominales ou l'apparition d'autres symptômes liés habituellement à une grossesse comme par exemple les nausées, une prise de poids avec ou sans aménorrhée.
- Le DG est une expérience souvent traumatique. L'issue n'est pas nécessairement dramatique ni pour la mère, l'enfant, le géniteur ou l'entourage. Plus la découverte se fait tôt dans la grossesse plus il reste de temps pour l'encadrement et l'acceptation de celle-ci.

Mots-clés : grossesse, déni, méconnu, non suivi.

Table des matières

1. Introduction	5
2. Objectifs.....	6
3. Méthode.....	6
4. Résultats.....	7
a. Epidémiologie	
b. Age	
c. Semaines d'aménorrhées lors de la découverte de la grossesse	
d. Status gestité/parité	
e. Etat civil et origine	
f. Professions	
g. Circonstances de découverte de la grossesse	
h. Variation de poids	
i. Consommation de tabac, alcool et substances illicites	
j. Contraception, antécédents gynécologiques et demande d'IG	
k. Accouchement, séjour à l'hôpital et allaitement	
l. Enfant	
m. Foyer, géniteur et entourage	
5. Discussion.....	15
6. Conclusion.....	25
7. Difficultés rencontrées.....	27
8. Bibliographie.....	28
9. Remerciements.....	30
10. Annexes.....	31

1. Introduction

En Suisse, entre 1999 et 2012, 1'065'470 naissances vivantes ont été comptabilisées, soit une moyenne de 76'105 par année (OFS)³. Parmi toutes les femmes enceintes, de nationalité Suisse ou non, mariées ou célibataires, majeures ou non, une partie d'entre elles ne vit pas une grossesse comme les autres. En effet, chez certaines femmes, les symptômes classiques d'une grossesse ne sont pas présents. La femme ne sait pas qu'elle est enceinte pendant plusieurs mois, ne sent pas son enfant bouger, ne prend que peu voire pas de poids et/ou n'a pas l'aménorrhée typique de la grossesse. Le plus impressionnant est que parfois cette absence de symptômes peut se prolonger jusqu'à l'accouchement. La plupart des personnes diraient après avoir lu ces lignes que ce phénomène est impossible: une femme enceinte ne passe généralement pas inaperçue. Tout d'abord, cela se voit physiquement et puis, une grossesse se vit pendant neuf mois avec plusieurs contrôles de suivi et échographies, la venue du bébé se préparant gentiment au fil des mois. Mais comment est-ce donc possible ?

Ce phénomène est ce qu'on appelle le déni de grossesse (DG). Il n'a pas une définition considérée comme universelle mais il est globalement défini comme étant « *la non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre et qui peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier* »² nous parlons respectivement de DG partiel et total. En d'autres termes, le DG partiel est une grossesse méconnue au-delà du premier trimestre et ce durant plusieurs mois, mais qui est découverte avant l'accouchement, tandis que le DG total est une grossesse qui reste inconnue jusqu'à l'accouchement.

Dans la littérature, les articles s'accordent pour affirmer que la prévalence du DG est d'environ 2 à 3 sur 1000 grossesses². Le DG est donc un phénomène fréquent. Le déni partiel est en moyenne dix fois plus fréquent que le déni total celui-ci étant plus impressionnant et comportant plus de risques et de conséquences autant physiques que psychiques non seulement pour l'enfant mais aussi pour la mère que ce soit lors de l'accouchement ou dans le post-partum⁴.

Généralement, soit nous ne connaissons pas du tout le phénomène soit nous l'associons à des affaires tragiques dont les médias sont friands. Nous citons pour exemple les fameux « bébés congelés »* dans l'affaire V.C. qui est l'affaire la plus citée en francophonie. Les croyances populaires ont tendance à dresser le portrait d'une femme victime d'un DG comme étant une adolescente primipare, de nationalité étrangère, encore en formation voire sans formation, d'un niveau social plutôt bas et ayant éventuellement quelques problèmes psychologiques ou psychiatriques.

Une grossesse méconnue durant plusieurs mois voire jusqu'à l'accouchement est une situation délicate qui pose des difficultés psychologiques ainsi que des problèmes de logistique au couple et à l'équipe soignante. Pour un couple, il est difficile d'endosser le rôle de parent du jour au lendemain surtout lorsque la grossesse n'a été ni préparée ni investie. Accueillir un nouveau-né en urgence est une entreprise complexe qui peut poser quelques problèmes de prise en charge. Le temps disponible pour l'adaptation peut être parfois très court et l'équipe soignante doit parfois mettre sur pied une prise en charge solide en un temps record.

Quelle est la moyenne d'âge des femmes enceintes avec DG? Pendant combien de temps en moyenne ont-elles dénié leur grossesse ? L'enfant est-il vivant ? Sans malformations? Quel est son avenir ? Ces questions sont souvent celles que se posent les personnes qui entendent parler du DG et nous allons tenter d'y répondre au travers de cette étude.

*V.C., femme de 41 ans (au moment des faits) qui a reconnu avoir mis au monde puis tué trois bébés : un en 1999, un en 2002 et un en 2003. Le premier a été brûlé et les deux derniers bébés ont été retrouvés par son mari dans le congélateur familial en 2006. En juin 2009 elle est condamnée à 8 ans de prison pour triple infanticide puis en mai 2010 elle est remise en liberté conditionnelle avec interdiction de parler aux médias⁵.

2. Objectifs

Le premier objectif de cette étude est de définir ce qu'est le DG et quel en est l'état des connaissances actuelles en parcourant la littérature.

Dans un deuxième temps, il s'agit de réaliser une recherche rétrospective de 1999 à 2012 à partir des archives du CHUV et d'analyser plusieurs paramètres que nous avons considéré comme étant les plus pertinents. L'objectif est d'aboutir à une approche quantitative en réalisant des statistiques sur la prévalence, l'âge, l'origine des femmes, leur état civil, leur niveau de formation et d'études, leur status gestité/parité, le nombre de semaines d'aménorrhées, les circonstances de découverte de la grossesse, le mode d'accouchement, la réaction du géniteur et de l'entourage face à ce phénomène. Nous avons également exploré le vécu des patientes ainsi que du personnel soignant en se basant sur les rapports écrits des dossiers afin d'effectuer une approche qualitative. L'objectif final est de comparer nos résultats avec ceux de la littérature pour tenter de comprendre le DG, de repérer de possibles solutions afin d'éviter sa survenue ou surtout ces conséquences ainsi que de proposer des améliorations de prise en charge.

3. Méthode

La revue de littérature est réalisée à partir de recherches au centre de documentation et planning familial de Genève, dans les bases de données informatiques telles que PubMed/MedLine, SAPHIR, Web of Science ainsi que la lecture de plusieurs livres et le visionnement de vidéos.

Afin d'accomplir notre étude rétrospective, nous avons tout d'abord procédé à une recherche en insérant nos mots-clés (cf. page 3) sur DIAMM (obstétrique)^{*} qui a mis en évidence environ 1500 IPP[†] dans lesquels les mots « déni », « méconnu », « non-suivi », « découverte tardive » ou même « déni de grossesse » apparaissaient. Nous avons ensuite inséré ces IPP dans ARCHIMEDE[‡] afin de vérifier qu'ils correspondaient à un diagnostic de déni de grossesse et non pas, par exemple, à la *découverte tardive* d'une malformation. A la fin de cette recherche, nous avons un recueil d'environ cent cas. Nous avons parcouru une deuxième fois ces dossiers afin de s'assurer qu'ils s'accordaient avec notre définition du DG.

Pour information, la législation Suisse autorise les interruptions de grossesse jusqu'à la 12^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) mais pour des raisons médicales ou dans certaines situations particulièrement graves, il est néanmoins possible de prolonger ce délai sous réserve d'un avis médical favorable⁶. Pour notre étude, nous avons fixé la limite de la définition d'un DG partiel à partir de la 14^{ème} SA afin d'exclure les situations où les femmes auraient encore eu la possibilité d'accéder, au CHUV, à une interruption de grossesse par aspiration-curetage. De plus la limite de 14 SA est utilisée dans la majorité des articles de la littérature pris comme référence, ce qui facilite la comparaison.

Finalement, 81 dossiers de patientes répondaient aux critères, cela signifie que 81 femmes, admises dans le service de gynécologie-obstétrique du CHUV entre 1999 et 2012, ont vécu un déni de grossesse qu'il soit partiel ou total. Au total, il y a 87 cas de DG car 6 femmes ont été victimes de DG à deux reprises. Ce sont donc à partir de ces 87 cas que les données statistiques sont établies dans notre étude. Nous avons complété nos informations par une recherche sur les archives papier du Département de Gynécologie et Obstétrique (DGO) du CHUV car certains rapports écrits de sages-femmes conseillères et de liaison (conseil en

^{*} DIAMM (obstétrique) : Base de données informatisée qui liste les patientes ayant séjourné en obstétrique en vue d'un accouchement. Nous pouvons y trouver toutes les informations relatives au suivi de grossesse, aux consultations d'obstétriques, à l'accouchement, à la suite de couches etc.

[†] IPP : numéro d'identification personnel des patients du CHUV.

[‡] ARCHIMEDE : archives médicales électroniques du CHUV.

périnatalité) ne sont pas encore tous archivés et disponibles dans ARCHIMEDE. Il aurait été intéressant d'explorer également les archives du service social afin de trouver des données plus détaillées à propos de la prise en charges de ces patientes mais ces dossiers bénéficient d'une part d'une confidentialité renforcée et le cadre de ce travail de maîtrise aurait été dépassé.

Nous avons relevé les données utiles à notre étude (cf. Objectifs) à partir des dossiers et créé une base de données sur Excel où nous avons regroupé toutes ces informations. Celles-ci ont été instantanément rendues anonymes et les statistiques de notre étude sont faites à partir du programme Excel (cf. Annexes-a).

Nous avons soumis notre demande d'accès aux dossiers médicaux des patientes à la Commission cantonale (canton de Vaud) d'éthique de la recherche sur l'être humain qui nous a donné son accord.

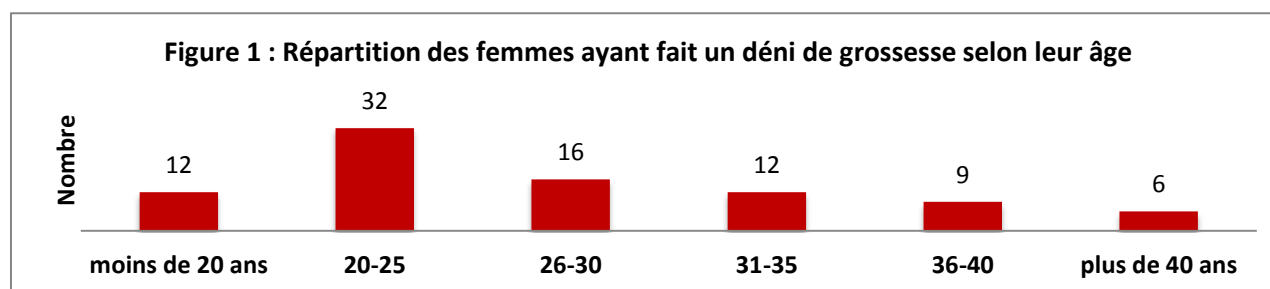
4. Résultats

a. Epidémiologie

Au CHUV, il y a en moyenne 2643 naissances par an (nombre calculé à partir des valeurs de 1999 à 2012)⁷. Entre 1999 et 2012, 81 femmes ont été victimes de DG dont 6 admises pour un deuxième DG, soit un total de 87 cas dont 78 DG partiels (90%) et 9 DG totaux (10%). Les résultats montrent donc qu'environ 6 cas de DG sont enregistrés chaque année au CHUV. Si nous reportons ce chiffre sur 1000 naissances vivantes, l'incidence est donc d'environ 2 pour 1000 (ou 1 naissance sur 500).

b. Age

La Figure 1 représente la répartition des femmes selon leur âge. La moyenne d'âge des patientes est de 27 ans avec : 44 femmes (51%) âgées entre 15 et 25 ans et 43 (49%) entre 25 et 45 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 20-25 ans (n=32 femmes soit 37%) dont 11 femmes (13%) qui sont âgées de 20 ans. Les 9 femmes victimes de DG total ont entre 15 et 40 ans, la moyenne d'âge étant d'environ 25 ans. Dans les cas de DG partiels, les 78 femmes sont âgées entre 15 et 45 ans et la moyenne d'âge dans ce groupe est de 27 ans.

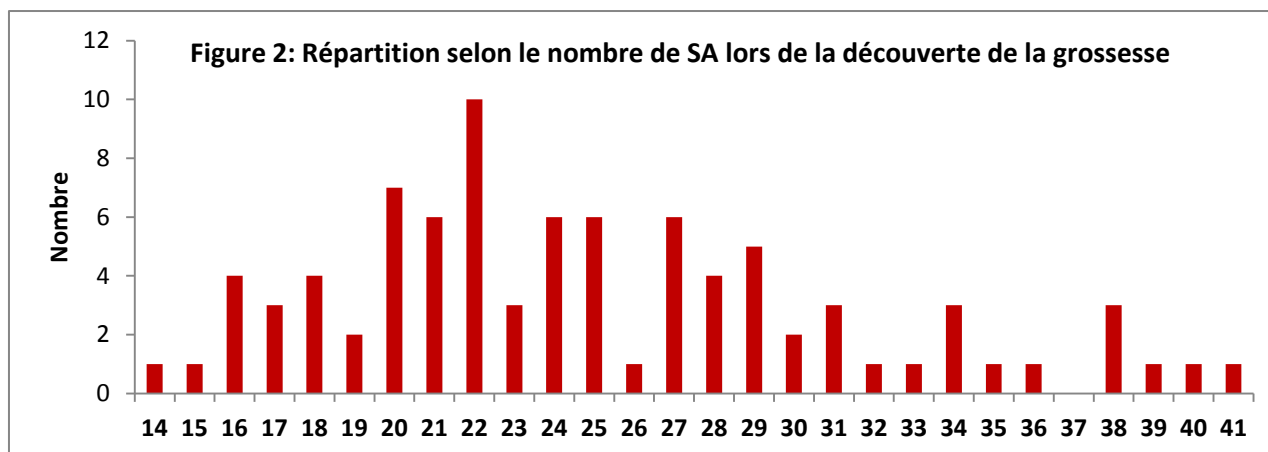


c. Nombre de semaines d'aménorrhée lors de la découverte de la grossesse

La Figure 2 montre la répartition selon le nombre de semaines d'aménorrhée (SA) lors de la découverte de la grossesse aboutissant à une naissance vivante ou non. Dans notre étude, 15 femmes (17%) découvrent leur grossesse entre la 14^{ème} et la 19^{ème} SA, 45 (51%) entre la 20^{ème} et la 27^{ème} SA et 27 (31%) après la 28^{ème} semaine. Nous comptabilisons 48 garçons (55%) et 39 filles (45%). A noter que lorsqu'il s'agit d'un DG total, l'âge de gestation est estimé lors de la naissance, ce qui peut affecter la précision de notre étude. Tous les bébés nés à terme, soit après 37 SA, ne sont pas forcément nés suite à un DG total. En effet, parmi les DG partiels, 2 d'entre eux sont estimés à 38 SA et un à 40 SA, la grossesse ayant été mise en évidence quelques

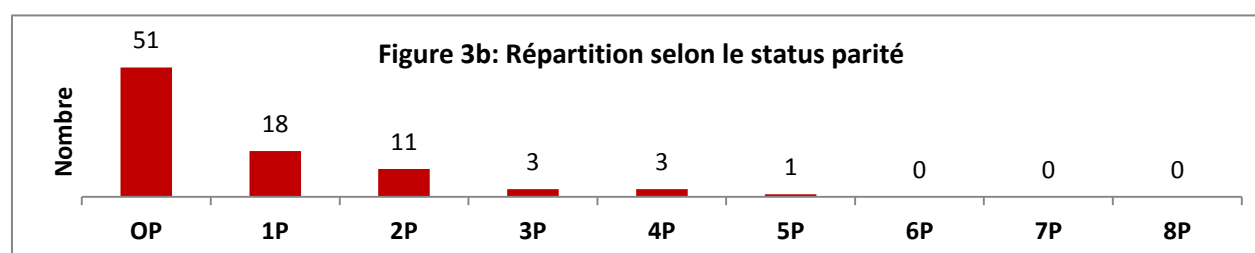
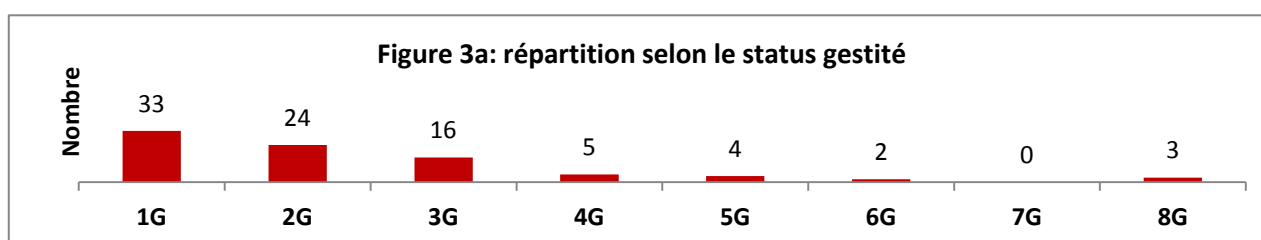
jours avant l'accouchement, suite à une consultation pour des douleurs abdominales soit chez le médecin traitant soit aux urgences. La majorité des DG partiels est tout de même mise en évidence en moyenne à 25 SA, dont la plupart à 22 SA (n=11, soit 11.5%).

Les futurs parents ont un intervalle de temps très court afin de se préparer à la naissance, soit 13.9 semaines en moyenne.



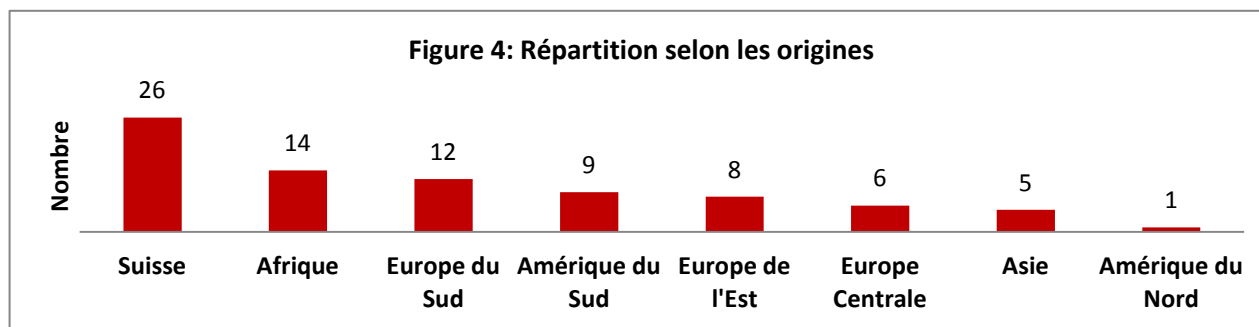
d. Status gestité/parité avant l'accouchement

La répartition en fonction du nombre de gestes/pares est illustrée par les Figures 3a et 3b. La plupart (n=33 soit 37.9%) des femmes sont primigestes. Il y a 51 femmes (58%) nullipares, à noter qu'elles ne sont pas forcément primigestes, et 36 femmes multipares (42%). Le maximum est à 8 gestes et 5 pares.



e. Etat civil et origine

Dans notre échantillon, 55 femmes (63%) sont célibataires, 21 sont mariées (26%), 9 sont séparées ou divorcées (11%). Parmi les 6 femmes ayant vécu plusieurs DG, deux d'entre elles ont changé d'état civil (de célibataires à mariées) entre les deux épisodes. La moyenne d'âge des femmes célibataires est d'un peu moins de 24 ans (de 15 à 41 ans) celle des femmes séparées/divorcées est de 34 ans, (de 25 ans à 45 ans) et celle des femmes mariées est d'un peu moins de 32 ans (de 20 à 44 ans).

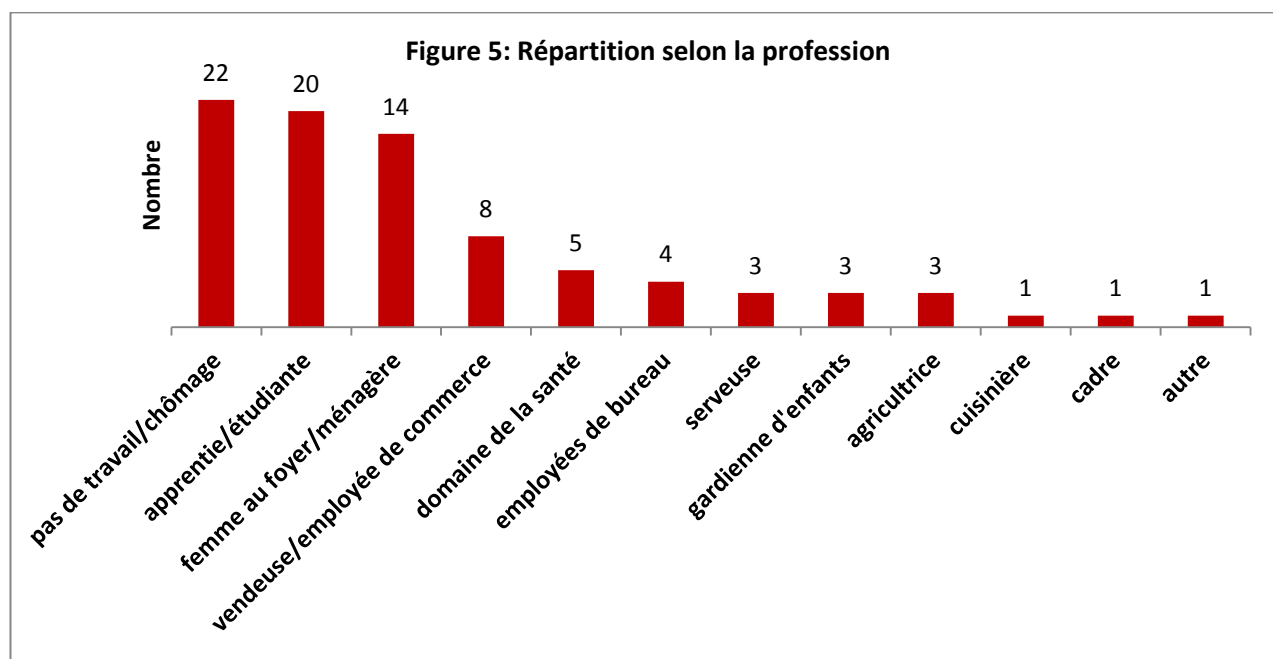


La Figure 4 illustre les différentes origines des femmes : 26 sont de nationalité suisse (32%) et 55 de nationalité étrangère (68%). La majorité des femmes de nationalité étrangère vient d'Afrique et du sud de l'Europe.

En ce qui concerne le continent Africain, le Cap Vert (n=3) et le Maroc (n=5) sont en tête puis ce sont l'Angola (n=2) et le Congo (n=2) et enfin le Cameroun (n=1), l'Erythrée (n=1), l'Ile Maurice (n=1) ainsi que le Soudan (n=1). Le Portugal (n=10) est le pays le plus représenté parmi les femmes originaires du sud de l'Europe, puis viennent l'Espagne (n=1) et l'Italie (n=1). Parmi les pays d'Amérique du Sud, nous avons le Brésil (n=4) puis l'Equateur (n=2), la Colombie (n=1), le Chili (n=1) et 1 cas dont on ne connaît pas le pays exact mais pour lequel il était juste mentionné « Amérique du Sud ». L'Europe de l'est est représentée par le Kosovo (n=4), la Bosnie-Herzégovine (n=2), la Roumanie (n=1) et la Serbie (n=1). Les femmes originaires d'Europe Centrale viennent de France (n=5) ou d'Allemagne (n=1). Celles d'Asie viennent d'Inde (n=1), de l'Iraq (n=1), du Liban (n=1), des Philippines (n=1) ou du Vietnam (n=1). Le Canada (n=1) est le seul pays d'Amérique du Nord.

f. Professions

Les différentes professions des femmes avec un DG sont illustrées dans la Figure 5. Les données étaient présentes dans 85 dossiers sur 87 (98%).



Presque la moitié des femmes, soit 42 (49%), n'exercent pas de métier à proprement parler : 22 sont au chômage et 20 sont encore étudiantes (en apprentissage ou dans d'autres établissements scolaires). La

patiente qui exerce la profession mentionnée comme « autre » travaille en collectivité dans le cadre d'un atelier protégé car elle est atteinte d'handicap mental.

g. Circonstances de découverte de la grossesse

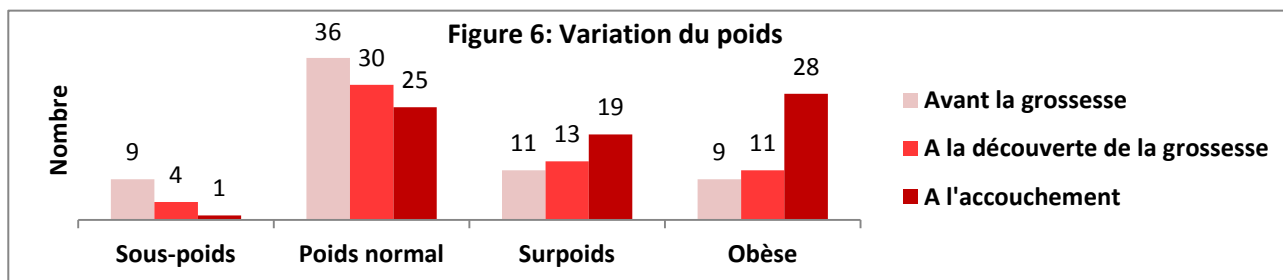
Quels symptômes ont amené les femmes à faire un test de grossesse, consulter un médecin ou se rendre à un planning familial? Seuls 44 dossiers contiennent ce type d'information (51%). Certaines femmes ont éprouvé plusieurs des symptômes évoqués ci-après.

Il est intéressant de constater que 11 femmes mentionnent n'avoir ressenti aucun symptôme. La grossesse est alors découverte lors d'une consultation annuelle gynécologique (n=3) ou c'est le « changement du regard des autres » (n=4) qui motive à réaliser un test de grossesse et/ou consulter un médecin. Dans cette catégorie s'ajoutent 4 situations particulières : tout d'abord, une femme diagnostiquée stérile il y a de nombreuses années; une autre qui pense également être stérile car son gynécologue avait mis en évidence un « rétrécissement des trompes » ; la troisième, enceinte alors qu'elle est en aménorrhée post-chimiothérapie (un effet secondaire fréquent de ce type de traitement), et la quatrième, atteinte d'un sarcome médiastinal qui découvre sa grossesse lors du scanner thoraco-abdominal qui devait normalement établir le bilan d'extension de sa maladie ainsi que guider sa future opération.

Parmi les 33 femmes qui ont quelques symptômes (certaines femmes ont plusieurs des symptômes cités ci-après), 12 ressentent des douleurs abdominales, 11 sont inquiètes car elles sont en aménorrhée depuis quelques mois et/ou car elles sentent « quelque chose » bouger (n=6), ont des saignements (n=6) et/ou prennent du poids (n=5). Certaines consultent pour des symptômes grippaux (n=2) et/ou des fuites urinaires (n=2); pour d'autres, ce sont des vergetures autour des seins (n=1) et/ou une « masse » dans l'abdomen (n=1) qui motivent une consultation. Deux femmes découvrent leur grossesse alors qu'elles allaitent encore l'enfant à qui elles ont donné la vie quelques mois auparavant.

h. Variation de poids

Nous étudions également la variation de poids, en fonction des données disponibles, en calculant le BMI (Body Mass Index*) des femmes à trois moments : avant la grossesse (les données sont présentes pour 65 patientes soit 75%), lors de la mise en évidence de celle-ci (58 patientes soit 67%) et à l'accouchement (73 patientes soit 84%). La Figure 6 retrace montre la répartition en fonction du calcul du BMI aux trois périodes étudiées. Globalement, les femmes gagnent 11 kilogrammes et le BMI passe de 23,64 kgs/m² à 28,21 kgs/m².



* Selon la définition proposée par l'OMS⁸, un BMI inférieur à 18,5 définit les personnes en sous-poids ; les personnes avec un poids considéré comme normal ont un BMI entre 18,5 et 25 ; les personnes en surpoids ont un BMI supérieur ou égal à 25 et enfin dans le groupe des obèses nous classons les patientes ayant un BMI supérieur ou égal à 30.

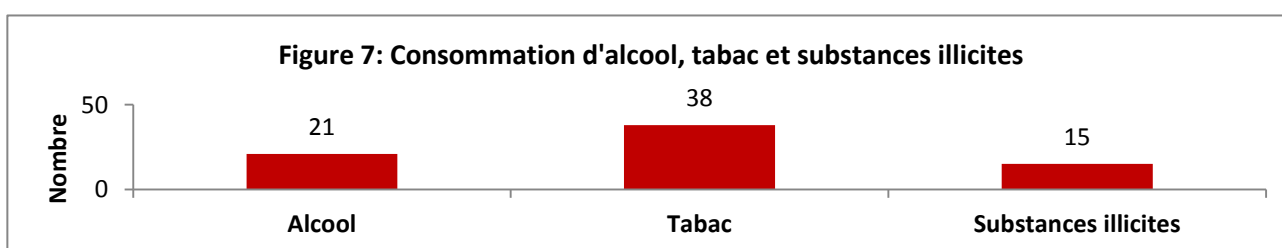
Avant la grossesse, 9 femmes sont en sous-poids, 36 femmes ont un poids normal, 11 sont en surpoids et 9 sont obèses. La patiente avec le BMI le plus bas se situe à 16,33 kgs/m² et le BMI le plus élevé est à 39,45 kgs/m². En moyenne, le BMI est de 23,64 kgs/m².

En plus détaillé, lors de la découverte de la grossesse en cours, 42 femmes ont remarqué une hausse de leurs poids: 23 femmes (51%) prennent entre 1 et 5 kilos, 14 (soit 33%) gagnent entre 6 et 10 kilos et 5 (soit 11%) prennent plus de 10 kilos sur leur poids habituel. Il y a 5 femmes qui conservent leur poids habituel et une mentionne une perte de 1 kilogramme. En moyenne, les femmes ont gagné 5,19 kilos. Il y a 30 femmes (soit 51%) qui ont conservé un poids situé dans la tranche de BMI normal. Il y a toutefois 24 femmes (soit 41%) dans la catégorie « surpoids » et « obésité » au moment de la découverte de la grossesse. Le BMI le plus bas est de 17,71 kgs/m² et le plus élevé est de 40,48 kgs/m². Lorsque la grossesse est mise en évidence, le BMI moyen des patientes est de 25,28 kgs/m².

Dans nos dossiers, le poids et la taille des patientes étaient inscrits systématiquement lors de l'accouchement, avec un total de données pour 73 patientes. Nous constatons qu'une seule femme sur 9 au départ reste en sous-poids. La majorité des femmes gagne plusieurs kilos : la prise pondérale la plus basse étant de 1 kilogramme et la plus haute de 21 kilogrammes. Le BMI le plus bas en fin de grossesse est de 17,71 kgs/m² et le plus haut est de 47,65 kgs/m². Pour cette période, le BMI moyen est de 28,21 kgs/m².

i. Consommation de tabac, alcool et de substances illicites

La Figure 7 rend compte de la consommation d'alcool, de tabac et de substances illicites indiquées (cannabis, héroïne, cocaïne). Ce type d'informations était présent dans tous les dossiers. Il y a 38 femmes qui fument pendant leur grossesse (44%) pour une consommation entre 3 à 40 cigarettes par jour. En ce qui concerne l'alcool, 21 en boivent (24%) dont 11 occasionnellement, 5 modérément et 5 chroniquement. Parmi les substances toxiques, le cannabis est la plus fréquemment rapportée avec une consommation régulière chez 11 femmes (13%). Il y a 4 femmes (5%) qui consomment de la cocaïne et/ou de l'héroïne dont 3 qui réussissent à arrêter leur consommation grâce à une substitution adéquate en méthadone tandis que l'une n'y arrive pas, malgré la substitution.



j. Contraception, antécédents gynécologiques et interruption de grossesse (IG)

Dans notre échantillon, 67 patientes (77%) ont déclaré ne pas avoir souhaité leur grossesse contre 7 femmes (8%) qui affirment que cet enfant est désiré cependant elles n'ont pas ressenti les premiers signes de grossesse pour plusieurs raisons : tout d'abord, une stérilité primaire avait été diagnostiquée chez l'une d'entre elles il y a plusieurs années; une avait encore ses menstruations en étant enceinte; une avait fait une fausse couche quelques mois auparavant et ne se sentait pas prête à enfanter à nouveau; une avait habituellement des cycles menstruels irréguliers; une autre a arrêté la pilule en vue d'une grossesse mais n'a

pas perçu les premiers signes de celle-ci; et enfin, une de nos patientes désirait un enfant mais son mari n'étant pas du même avis, elle s'était rallié à cette idée.

En ce qui concerne les méthodes de contraception, 39 femmes en utilisaient (45%) au moment du DG que ce soit un ou plusieurs moyens : 19 étaient sous pilule (22%), 16 utilisaient le préservatif (18%), 4 préféraient les méthodes naturelles* (5%), une portait un dispositif intra-utérin et une était sous Dépo-Provera®†.

Si l'on s'intéresse aux événements gynécologiques antérieurs de nos patientes, nous notons que 14 femmes (16%) ont des antécédents de fausse couche ; 25 (29%) ont subi une interruption de grossesse (une seule IG pour 21 femmes et entre 2 et 4 IG pour 4 de nos patientes, en particulier pour des raisons psycho-sociales). Nous notons, chez 11 femmes (13%) des antécédents tels que des lésions L-SIL‡ (n=1); des malformations de l'utérus (n=4); des vaporisations au laser du col de l'utérus (n=2); soit des kystes des ovaires (n=4). Parmi les 78 femmes qui ont accouché d'un enfant vivant (nous basons nos statistiques sur 78 femmes car nous ne comptabilisons ici pas celles qui sont victimes de DG total), 18 d'entre (21%) auraient souhaité interrompre leur grossesse lors de l'annonce de celle-ci. Parmi ces 18 femmes, 4 pensaient effectivement être enceintes de moins de 12 SA, mais les examens échographiques ont montré des grossesses plus avancées, avec un maximum à 31 SA.

Dans notre étude, 23 patientes ont eu une ou plusieurs grossesses par la suite avec un total de 32 grossesses (arrêt de la recherche au 30 septembre 2013) mais nous avons constaté que toutes n'ont pas poursuivi leur grossesse jusqu'à l'accouchement. En effet, sur ces 32 grossesses, nous notons 13 IG (pour non désir de grossesse ou pour des raisons psychosociales), 2 fausses couches du 1^{er} trimestre et 6 DG (qui font partie de notre étude car ils sont arrivés entre 1999 et 2012).

k. Accouchement, séjour à l'hôpital et allaitement

Parmi les 87 naissances (78 DG partiels et 9 DG totaux) ; 64 naissent par voie basse (74%) et 23 par césarienne (26%), dont 8 de façon élective et 15 en urgence. Les césariennes électives ont été effectuées chez des patientes avec des antécédents de césarienne (n=7) et pour une forte angoisse maternelle (n=1). Les indications pour les césariennes réalisées en urgence sont : dans 6 cas pour CTG§ pathologique ; 2 pour placenta mal inséré ; 2 pour échec de la provocation ; 2 pour chorioamnionite** ; 1 pour présentation podalique ; 1 pour pré-éclampsie†† ; 1 pour procidence du cordon. Parmi les naissances vivantes, 19 enfants sont des prématurés (22%) dont 11 qui appartiennent à la catégorie des prématurés moyens (entre 32 et 36 SA), 5 qui sont des prématurés sévères (de 28 à 32 SA) et 3 qui sont dans le groupe de la prématurité extrême (avant 27 SA). L'enfant né le plus précocement a seulement 25 semaines. Nous ne connaissons pas les causes de la prématurité dans notre étude.

Par ailleurs, 4 enfants sont mort-nés et 2 sont décédés peu après la naissance; 6 ont un RCIU (retard de croissance intra-utérin); 7 présentent des malformations (dont 4 mort-nés et 3 vivants car les malformations

* Par exemple, calculs d'ovulation, suivi de la température corporelle.

† Dépo-Provera® : contraceptif progestatif de longue durée qui s'administre par injection intramusculaire (150 mg/ml) chaque 12 semaines. Ce moyen de contraception ne peut être utilisé que lorsque d'autres contraceptifs sont impossibles et il ne peut pas être utilisé sur le long terme (2 ans au maximum).

‡ Lésions L-SIL : lésions intra-épithéliales de bas grade correspondant au premier stade de la lésion précancéreuse dans le cadre du carcinome du col de l'utérus. (L-SIL = Low grade Superficial Intra-Epithelial Lesions)

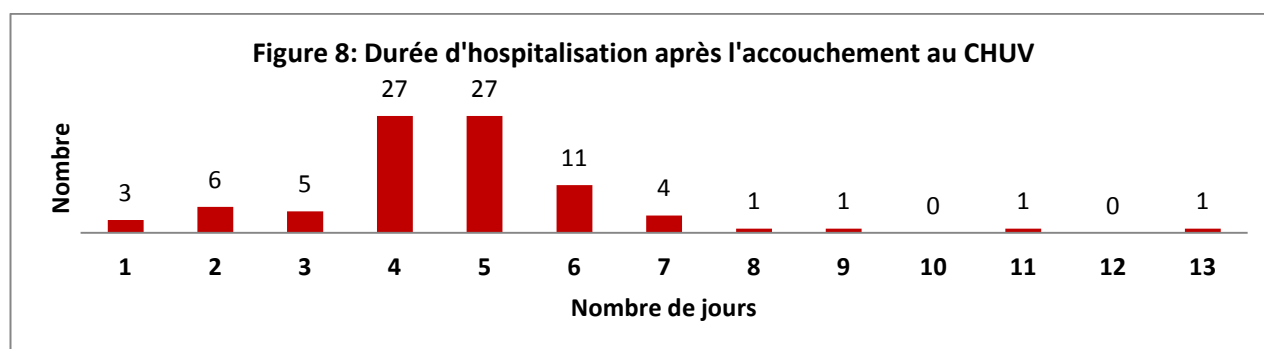
§ CTG : cardiocotogramme : appareil qui mesure la fréquence cardiaque du fœtus et les contractions utérines.

** Chorioamnionite : infection du liquide amniotique (1 à 5% des grossesses).

†† Pré-éclampsie : hypertension artérielle gravidique combinée à une protéinurie.

sont moins graves). Nous n'avons pas d'informations concernant les causes du décès de ces enfants. Et enfin, 5 enfants sont donnés en adoption.

La Figure 8 illustre la répartition selon le nombre de jours d'hospitalisation après l'accouchement. Les patientes restent, pour la plupart, hospitalisées entre 4 et 5 jours (n=54, 62%). Il y a 9 femmes (10%) qui ont séjourné uniquement entre 1 et 2 jours pour les raisons suivantes: l'enfant est décédé peu après la naissance (n=1) ou la patiente a accouché d'un enfant mort-né (n=2); les médecins ont provoqué l'accouchement suite à la mise en évidence de malformations fœtales graves (n=3) ou alors que les patientes ont désiré « cacher » l'accouchement à leur entourage (n=3). Pour ne pas créer de soupçons, elles restent hospitalisées le minimum de temps possible et dans ces cas, les enfants ont tous été donnés en adoption (3 sur les 5 adoptions répertoriées). Deux femmes ont été hospitalisées plus de 10 jours car il existait une ambivalence quant à une éventuelle décision d'adoption. Dans ces situations, l'équipe soignante entoure ces patientes durant plusieurs jours afin de les accompagner au mieux dans leur choix et en leur donnant la possibilité, si la mère le souhaite, de d'établir un lien mère-enfant.



A propos de l'allaitement, 65 patientes ont choisi d'allaiter leur enfant (75%). Il y a 22 femmes (25%) qui ne l'ont pas désiré (n=7) ou qui étaient dans l'impossibilité d'allaiter (n=15). Les raisons d'une impossibilité d'allaitement sont les suivantes : l'enfant est décédé (n=6), l'enfant est donné en adoption (n=5); elles ont subi une ITG suite à la découverte de malformations graves (n=4) ou encore car elles consomment des substances ou des médicaments qui peuvent avoir des effets délétères sur leur enfant en cas d'allaitement (n=2).

1. Enfant

Les Tableaux 1a et 1b illustrent la répartition du poids des enfants en fonction de leur sexe. Seuls les enfants nés vivants sont comptabilisés soit 83 au total (pour rappel, 6 enfants sur 87 sont décédés dont 4 mort-nés et 2 décédés quelques minutes après la naissance. Nous avons comptabilisé ces 2 derniers cas comme faisant parties des naissances vivantes : soit une fille de 1010 grammes et un garçon de 3400 grammes. Le poids moyen des enfants nés vivants est de 2934.7 grammes et leur taille est en moyenne de 47.5 centimètres.

Tableaux 1a et 1b : répartition du poids des enfants nés vivants selon leur sexe

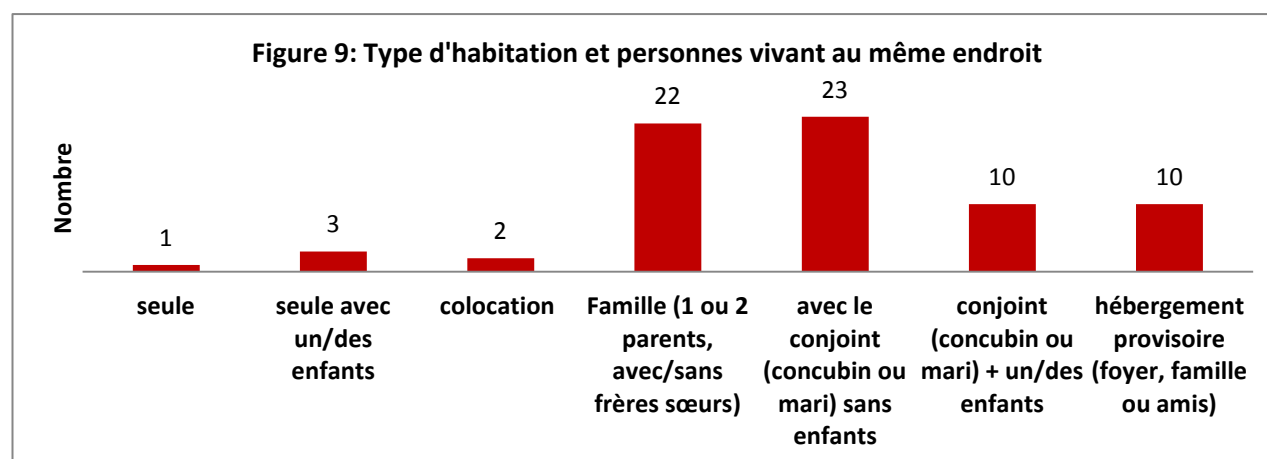
Poids (g)	Nombre
<500g	0
500-999g	2
1000-1499g	5
1500-1999g	0
2000-2499g	3
2500-4499g	26
4500 et plus	0

Poids (g)	Nombre
<500g	0
500-999g	1
1000-1499g	1
1500-1999g	2
2000-2499g	5
2500-4499g	38
4500 et plus	0

m. Foyer, géniteur et entourage

Afin de se faire une idée des personnes qui auraient pu éventuellement remarquer la grossesse en cours, nous avons cherché dans les dossiers, si nous trouvions des informations par rapport aux personnes vivant sous le même toit que les patientes. Les données sont présentes pour 71 femmes (82%), illustrées par la Figure 9. Il en ressort que 70 femmes (99%) habitaient au minimum avec une personne (parents, partenaire et autres enfants). Il y a seulement 1 femme (1%) qui vivait seule.

L'annonce d'une grossesse suscite différentes réactions chez le géniteur (69 données au total soit 79%) : 50 d'entre eux (72%) ont eu une attitude favorable, 9 au contraire (13%) n'ont pas été soutenant. A noter que 10 hommes (15%) n'ont été ni au courant de la grossesse ni de l'accouchement pour les raisons suivantes : la grossesse a été interrompue suite à la mise en évidence de malformations graves (n=4) ; le bébé est donné en adoption et les patientes n'ont pas souhaité révéler ce choix au géniteur car le couple est séparé (n=3) ou que la patiente n'a plus de contact avec le géniteur (n=3).



Remarque : En ce qui concerne la description et l'analyse qualitative de situations cliniques, afin de faciliter la lisibilité, les récits des cas sont directement intégrés dans le chapitre discussion et ne figurent pas dans les résultats.

5. Discussion

Le déni de grossesse est un phénomène déjà décrit par des accoucheurs du XVII^e ainsi que de deux grands psychiatres français: Louis-Etienne Esquirol et Louis-Victor Marcé⁹. Il faut attendre 1970 pour que le terme « déni de grossesse » apparaisse dans la littérature psychiatrique¹⁰. Le DG ne fait pas encore partie des diagnostics figurant dans le DSM V (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition) ; certains auteurs proposent de l'y inscrire dans la catégorie des « troubles de l'adaptation », tandis que d'autres, comme Monique Bydlowski* n'y voient pas l'utilité car le terme de « déni » renvoie à une connotation trop psychiatrique¹¹. Le DG est décrit comme un mécanisme de défense puissant contre une réalité trop traumatisante¹², un « conflit intrapsychique » où « *le mental neutralise les signes cliniques d'un corps gravide. Et quand symptômes il y a, ils sont mal interprétés* »¹³. Selon Jacques Dayan (1999), « *le déni de grossesse est un symptôme. Il ne permet pas de diagnostiquer une pathologie spécifique. Il recouvre un ensemble de configurations psychotiques ayant en commun l'ambivalence du désir d'enfant* »¹⁴. D'après la réflexion faite par Benoît Bayle† (2003) sur la grossesse en général, nous pouvons parler de deux gestations qui se passent simultanément, l'une physique (avec le bébé qui grandit dans l'utérus de sa mère) et l'autre psychique (qui relate plutôt le fait de se sentir enceinte, d'avoir été fécondée). Dans le cadre d'un DG, il n'y a pas de gestation psychique ou alors elle a lieu à travers le déni¹⁵ ; il y a donc un clivage entre le corps et la psyché.

*« L'être en gestation ne s'implante pas seulement dans l'endomètre de la femme, il doit aussi se faire une place, un nid, dans son psychisme, alors même qu'il impose à la femme enceinte une situation hors du commun, proche de la folie : être soit et autrui, en même temps »*¹⁵ Benoît Bayle (2003)

Le plus impressionnant dans ce phénomène, est que le ventre ne grandit pas comme lors d'une grossesse habituelle¹⁶. Cela signifie que la dissociation corps-psyché est tellement puissante au point de contrôler la silhouette de la femme et passer sous silence tous les signes sympathiques habituels de la grossesse. D'après les explications d'Israël Nisand‡, la psyché influence la contraction des muscles abdominaux et la position de l'utérus : l'utérus ne se développe pas vers l'avant mais verticalement le long de la colonne vertébrale et les muscles abdominaux sont contractés¹⁷. Ces mécanismes ont pour conséquence le fait que la femme ne prend peu voire pas de ventre et que la grossesse passe inaperçue tant pour elle que pour son entourage¹⁷. Selon la psychanalyste Sophie Marinopoulos (2007), le désir d'enfant semble être quelque chose d'anodin, de naturel, mais la réalité est plus compliquée que ce que nous imaginons¹⁰. Monique Bydlowski (2010) émet l'hypothèse de la « transparence de la grossesse », une théorie selon laquelle la femme enceinte passe par un moment particulier de « crise psychique » un peu comme lors de l'adolescence¹⁸. La transparence de la grossesse consiste à se remémorer le passé afin de se rappeler l'éducation que nous avons reçue lors de notre enfance. En effet, la femme enceinte essaie de prendre les modèles familiaux comme base à la construction de sa relation avec son enfant¹⁷.

*« D'un regard oblique dirigé vers l'intérieur d'elle-même, d'un regard pathétique, la Madone contemple le nouveau-né sans défense et confiant qu'elle fut autrefois. Tenant sur ses genoux l'enfant réel, elle reste captivée par celui dont elle attend la renaissance »*¹⁸ Monique Bydlowski (2011)

* Monique Bydlowski : médecin psychiatre et psychanalyste française. A notamment beaucoup étudié la psychopathologie de la périnatalité¹⁹.

† Benoît Bayle : psychiatre hospitalier et docteur en philosophie spécialisé dans la psychologie de la conception humaine et de la périnatalité²⁰.

‡ Israël Nisand : gynécologue-obstétricien responsable du CHU de Strasbourg et spécialiste du déni de grossesse. A écrit en collaboration avec Sophie Marinopoulos, psychanalyste, le livre « Elles accouchent et ne sont pas enceintes » paru en 2011²¹.

Sophie Marinopoulos, sépare la grossesse en trois parties en référence aux trois trimestres que comporte la gestation¹⁰. Chaque trimestre possède des étapes particulières qui permettent l'avancée harmonieuse d'une grossesse. Le premier trimestre est le moment où la femme se sent enceinte, il s'agit d'un « état d'être ». Durant cette phase il n'y a pas de réelles représentations de l'enfant, la femme étant centrée sur son état, sur son ventre. Le deuxième trimestre est l'étape où les représentations de l'enfant apparaissent ; la femme « attend un enfant », elle sent que l'enfant bouge et l'imagine. Ce « bébé virtuel » pensé par les parents existe en parallèle au « bébé réel » qui habite l'utérus de la femme. Durant le troisième trimestre, la femme attend un enfant dont elle va se séparer au moment de l'accouchement. Cette séparation des corps physiques et psychique est inévitable¹⁰.

Dans les cas de déni de grossesse, le corps de la femme subit peu de modifications ce qui ne l'aide pas à se rendre compte de cet état¹⁷. L'utérus ne bombe pas vers l'avant comme nous le voyons habituellement, comme si le bébé « participe » au déni²². L'utérus se place de manière longitudinale et les muscles abdominaux se contractent ce qui ne provoque aucune métamorphose corporelle extérieure. La femme rentre habituellement dans ses pantalons moulants et ceci peut durer jusqu'à l'accouchement dans le cas de DG totaux²³. Le bébé grandit normalement, il ne bouge pas beaucoup et passe donc inaperçu tel un « passager clandestin »²². Elle continue ses habitudes de vie comme par exemple la pratique intense de sport ou la consommation d'alcool ou d'autres substances²⁴, qui sont souvent source de culpabilité par la suite. Les femmes avouent que s'ils elles avaient une notion de grossesse en cours, elles auraient fait plus attention et auraient adapté leur hygiène de vie afin de ne pas mettre en danger leur enfant. Nous pouvons admettre l'hypothèse que ce qui rend le bébé « vivant » ce ne sont pas ses mouvements mais les représentations que la mère a de lui, qui lui permettent de se rendre compte de son état²². Même si la femme s'aperçoit qu'elle a pris quelques kilos, elle les attribue à des causes banales comme un abus de pâtisseries par exemple²⁵.

*« Le corps de la femme sous l'effet du déni est un corps inchangé qui vient participer à la non prise de conscience de la grossesse. La femme continue sa vie quotidienne, pouvant faire du sport à l'excès si telle était son habitude, ou des travaux fatigants si son travail le lui demandait »*²² Sophie Marinopoulos (2009)

Le clivage corps-psyché est brisé lorsque la grossesse est découverte et que la femme se rend compte qu'elle est enceinte. Les femmes sont très souvent choquées, sidérées d'apprendre qu'elles sont enceintes de plusieurs mois et qu'elles ne se sont aperçues de rien. Ce moment est très critique et selon certains auteurs, la femme peut vivre un « état psychotique transitoire »²⁶. Lorsque l'on annonce une grossesse dans le cadre d'un déni de grossesse, le ventre « pousse » en quelques jours jusqu'à avoir la taille qu'il devait avoir en fonction du nombre de semaines de gestation¹⁰. Comme si, dès que le déni est levé, dès que la femme prend enfin conscience de sa grossesse, le bébé existe non seulement psychologiquement, dans la pensée de sa mère, mais se manifeste physiquement également. Le fœtus aurait les capacités de réagir aux stimuli internes et externes¹⁰ et donc à ne pas se manifester tant qu'il n'a pas de place dans la pensée de la mère²⁷.

*« Après l'annonce de sa grossesse, la femme prend souvent quelques kilogrammes dans la semaine qui suit et revient à la consultation, habillée avec une robe de grossesse, le ventre en avant, en percevant les mouvements fœtaux »*²⁸ Lahaye E. (2004)

*« Le déni montre la force du psychisme et beaucoup de personnes sont très inquiètes de savoir qu'il peut moduler jusqu'à la silhouette »*²⁹

Les réactions des femmes sont très différentes: soit elle va être choquée mais accepte sa grossesse et investit l'enfant pour les semaines qui restent (comme par exemple notre patiente qui avait été diagnostiquée stérile); certaines femmes sont heureuses d'être enceintes mais la découverte d'une malformation se solde par une IG

et il devient impossible d'investir l'enfant; soit la femme éprouve l'envie d'y mettre un terme immédiatement mais le délai légal pour une IG est dépassé, dans ces cas il existe souvent une ambivalence quant à un don en adoption de l'enfant²⁵. Parfois même, elles n'acceptent pas du tout leur grossesse et sont violentes envers elles-mêmes en se donnant, par exemple, des coups sur le ventre ou en ayant des idées suicidaires, car elles espèrent mettre absolument un terme à cette grossesse³⁰ (cf. cas 3). Tous les auteurs ne s'accordent pas au sujet de la présence d'un épisode psychotique qu'il soit lors de l'annonce de la grossesse ou lors de l'accouchement. D'ailleurs comme le collectif du CHUV le démontre, le DG est fréquent mais le passage à l'acte décrit dans les médias (donc de l'infanticide) n'est de loin pas la norme.

Une de nos patientes est en cours de chimiothérapie lorsqu'elle apprend qu'elle est enceinte. Ce traitement est potentiellement tératogène donc des tests biologiques et radiologiques plus poussés ont été réalisés afin d'exclure toute malformation grave. Dans nos dossiers, un seul enfant a été clairement en danger, non pas à cause de médicaments mais d'un accident de la voie publique. La patiente consulte les urgences suite à cet événement mais la grossesse n'a été découverte que quelques semaines plus tard.

En ce qui concerne les dénis partiels, la littérature affirme qu'après la phase de sidération, la plupart du temps, les femmes réussissent à investir leur futur bébé et la relation mère-enfant est souvent adéquate dès les premiers soins¹⁰. Dans les cas de DG totaux, il y a plus de risques pour la mère comme pour le fœtus car l'accouchement est brutal et souvent plus rapide qu'un accouchement normal. Les femmes enfantent d'une « chose » dont elles ignorent l'existence jusqu'à l'expulsion. Durant la « période psychotique brève » qui accompagne le moment de l'accouchement, la femme est à risque de ne pas reconnaître cette « chose » comme un bébé, si elle est amené à accoucher en dehors d'un milieu sécurisé, et donc de ne pas lui donner les premiers soins, voire de s'en débarrasser comme d'un déchet, car pour elles il est impossible que ce soit un enfant³¹. Dans notre étude nous n'avons aucun cas de néonaticide ni d'infanticide à notre connaissance. Lorsque ce type d'événement se produit, le plus souvent, les femmes cachent le corps de l'enfant dans des lieux proches, parfois dans un lieu de conservation (congélateur)³¹, « *laissant au fantasme une chance de donner ultérieurement un statut symbolique, voire la vie, à ce qui n'est qu'une chose inerte venue dramatiquement contredire le déni dont elle a fait l'objet* »³¹. Des études épidémiologiques indiquent que la prévalence des néonaticides est de 1/8000 naissances³². Ce phénomène qui ne va pas nécessairement de paire avec un DG semble concerner plutôt des jeunes femmes entre 17 et 22 ans, célibataires, primipares, face à une grossesse survenue hors des liens du mariage. L'enfant peut être la source d'une immense culpabilité ainsi que d'une peur du rejet certain de la part de la famille et de l'entourage proche³³ (cf. cas 5). Certaines femmes sont dans le déni le plus total même après l'accouchement, et ne se souviennent pas d'avoir accouché (cf. cas 1).

« *A la disparition du déni, à la découverte de la grossesse, la confrontation femme-fœtus se fait toujours de façon brutale* »²⁷ Lamide F, Prost A. (2006)

Souvent, a posteriori, les femmes se souviennent d'avoir eu des symptômes qui auraient dû la faire suspecter une éventuelle grossesse²².

« *Le déni ne se parle pas : Si le corps est le messager privé de l'âme, il arrive parfois que son silence conduise le Sujet dans une histoire impensable où plus rien n'a de sens. Rares sont les moments où nous pouvons prendre conscience de la force de la psyché et de sa communion avec les corps-organes* »¹⁰

Sophie Marinopoulos (2007)

Les cas suivants illustrent la problématique et invitent à la discussion des observations quantitatives de la recherche et des questions et enjeux soulevés par le DG.

Cas 1 : Femme de 35 ans

Il s'agit d'une marocaine de 35 ans, déjà maman d'une fille de 13 ans née d'une précédente union, qui se présente aux urgences en raison de saignements vaginaux. A Sion, une hémorragie sur placenta prævia est diagnostiquée, une césarienne est décidée et réalisée en urgence. Son enfant est transféré en néonatalogie au CHUV car il n'a que 27 SA. D'après ses propos, la patiente n'avait la sensation d'être enceinte et a présenté uniquement des saignements ainsi que des bruits abdominaux. Elle dit ne pas avoir accouché et ne pas comprendre les raisons du transfert au CHUV. Progressivement la réalité a pris les devants et les suites sont simples, la patiente étant bien accompagnée par son ami.

Cas 2 : Femme de 17 ans

Il s'agit d'une jeune femme de 17 ans, en apprentissage de vendeuse, vivant avec sa mère ainsi que ses deux frères cadets de 12 et 9 ans, le père ayant quitté le domicile familial quelques mois auparavant. Une nuit, elle commence à contracter et accouche à domicile d'un petit garçon de 3400g et 54 cm, elle-même ne pesant que 53 kilos pour 160 cm. Elle raconte qu'elle n'a pas eu de symptômes de grossesse et ne se douter de rien malgré les remarques des personnes de son entourage (notamment ses éducateurs) ainsi que l'apparition de vergetures sur le ventre et autour des seins. Sa mère, présente au moment de l'accouchement, alerte le 144. Par la suite, elle décrit cet accouchement comme une expérience traumatisante. L'enfant est transféré au CHUV dans le service de néonatalogie mais l'enfant décède après quelques heures de vie. La patiente, séparée du géniteur depuis 4 mois, décida de ne pas lui révéler ce qui venait de lui arriver.

Cas 3 : Femme de 25 ans

Il s'agit d'une patiente qui décompense psychiquement suite à la mise en évidence de sa grossesse, une situation qui a menacé la vie non seulement du fœtus mais aussi de la mère. Madame est une jeune femme de 25 ans originaire du Kosovo. Elle est en procédure de divorce avec son mari qui est également le père de son premier enfant. Sa situation sociale est difficile car elle est en pleine formation de coiffeuse et n'a pas de travail. Elle éprouve des difficultés à élever son premier enfant toute seule et ne peut donc pas s'imaginer avec deux enfants à charge, surtout que celui qu'elle porte est le fruit d'une relation avec un homme qui ne lui a plus jamais donné de nouvelles. Elle désire que cette grossesse reste confidentielle et envisage de donner cet enfant en adoption. Au départ, elle souhaite bénéficier d'une IG mais le délai légal est largement dépassé. Un mois avant le terme présumé de la grossesse, elle est hospitalisée pour décompensation psychique car elle menace de s'ouvrir le ventre afin de « faire sortir ce truc ». Elle réclame une césarienne pour que ce « calvaire » cesse. Après une longue discussion les médecins acceptent de faire naître cet enfant par césarienne élective mais finalement les contractions commencent avant la date prévue et l'enfant naît par voie basse. La patiente donna son enfant en adoption.

Avant de discuter de nos résultats plus en détails, précisons les différents types de négations de grossesse qu'il est possible de rencontrer. Selon Benoît Bayle (2003), il existe des négations conscientes (mauvaise foi et dissimulation) et inconscientes (déni, dénégation* et méconnaissance (la méconnaissance étant à cheval entre le conscient et l'inconscient))¹⁵. La complexité dans les cas de déni de grossesse est de repérer le « vrai » déni de grossesse de toutes ces différentes modalités. Les cas où il est plus délicat de poser le bon diagnostic se rencontrent particulièrement dans les situations impliquant des adolescentes. En effet, dans leur comportement, les adolescentes recourent fréquemment aux secrets. Il est donc impossible de savoir si elles cachent leur grossesse³⁵ (dissimulation) ou non. Dans notre groupe, nous sentons cette ambigüité dans deux cas (sur 6 adolescentes) mais nous ne détaillerons qu'un seul (cf. cas 4). Par contre, hors adolescence, nous

* Dénégation : Manière qu'a un sujet de refuser, par une formulation négative, une idée ou une pensée qu'il énonce. C'est une des conditions par laquelle celui-ci peut prendre connaissance d'un contenu de pensée refoulé³⁴. « La femme sent bien *quelque chose* mais ce *quelque chose* n'est pas possible. Une perception de la grossesse vient à la conscience mais elle est aussitôt annulée. »¹⁵ (Benoit Bayle, 2003)

avons le cas d'une femme de 22 ans et de deux femmes de 28 ans qui dissimulent leur grossesse. L'une la dissimule pendant un certain temps, jusqu'à ce qu'elle l'avoue à son pasteur (cf. cas 5) et les deux autres, suite à l'annonce d'une grossesse avancée, ont dissimulé la grossesse à leur entourage jusqu'à l'accouchement et a donné son enfant en adoption (un seul cas a été détaillé ici. Cf. cas 6)

Cas 4 : Adolescente de 15 ans

Dans cette histoire de DG total, c'est surtout la sage-femme qui reçoit la patiente après l'accouchement qui soulève des doutes concernant le discours de la jeune fille: « *Madame est arrivée avec de fortes vergetures aux seins et péri-ombilicales. Devant l'étonnement de la sage-femme, elle dit avoir déjà ces vergetures aux seins depuis plusieurs mois et n'a pas été « alertée » par celles sur le ventre car celui-ci avait peu augmenté de volume (environ 5 cm)* ». Dans ce premier cas d'adolescente, une enquête a été ouverte tellement les circonstances de la grossesse et de l'accouchement sont troubles. L'enfant est né à terme, à l'hôpital mais nous n'avons pas de précisions concernant la cause du décès.

Cas 5 : Femme de 28 ans

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, de confession évangélique, qui a rencontré un homme il y a quelques mois, fraîchement séparé de son ex-compagne. Elle consulta aux urgences pour des douleurs abdominales mais ils découvrent qu'elle est enceinte d'environ 27 SA. Madame, originaire d'Angola, habite depuis 10 ans chez sa sœur. Elle un statut de réfugiée et un permis F* ainsi que des revenus très modestes (elle est au bénéfice de l'aide sociale). Elle n'a aucune formation professionnelle et elle pense que le géniteur, déjà surpris par la grossesse de son ex-compagne de qui il est séparé depuis 5 mois, ne peut encore accepter cette nouvelle grossesse. Paniquée, elle dit ne pas pouvoir garder l'enfant car elle a peur d'être jugée par sa communauté évangélique qui condamne toute relation sexuelle avant le mariage. Elle dissimule donc sa grossesse à son entourage pendant plusieurs semaines, puis elle décide de l'avouer au géniteur ainsi qu'à son pasteur. Le pasteur vient lui rendre visite à l'hôpital. Après une longue discussion, la situation est finalement acceptée.

Parfois, les raisons de dissimuler la grossesse suite à l'annonce de celle-ci, peuvent être la conséquence de certains tabous présents dans notre société, comme dans ce cas, certaines religions qui ne tolèrent de relation sexuelle avant le mariage.

Les croyances populaires dressent un portrait cruel de la femme victime de déni de grossesse (cf. Introduction). Celui-ci ne correspond heureusement pas la réalité, comme l'illustrent les situations décrites, et les quelques rares études à ce propos²⁶. En effet, le DG n'affecte pas un type de femmes en particulier. C'est ce que nous allons tenter de montrer en discutant plus précisément des résultats de notre étude.

« Il est donc question d'ouverture sur ces phénomènes que l'on juge étranges et accepter que le déni ne reste pas un tabou. Le tabou, comme nos convictions, est un poison, une entrave au progrès dans la qualité de nos prises en charge. Prévenir le déni, c'est pouvoir le penser. C'est permettre que ce qui nous semble des faits divers dénués de sens devienne des parcours parentaux chargés de signifiants à décrypter pour les accompagner »¹⁰. Sophie Marinopoulos (2007)

Une grossesse méconnue est susceptible d'arriver à n'importe quelle femme de toute tranche d'âge (pour autant qu'elle soit en âge de procréer bien entendu), de tout niveau social, n'importe quand, et parfois même,

* Permis F : livret pour étrangers admis provisoirement (personnes qui font l'objet d'une décision de renvoi de Suisse mais pour lesquelles l'exécution du renvoi se révélerait illicite, inexigible ou matériellement impossible)³⁶.

ayant déjà eu plusieurs grossesses pour lesquelles le suivi était adéquat²⁶. Elle n'a généralement pas de maladie mentale²⁶.

Dans notre étude, la prévalence du DG (total ou partiel) est de 2 cas sur 1000 accouchements (ou 1 sur 500). Les DG partiels (n=78 soit 90%) ont été neuf fois plus fréquents que les DG totaux (n=9 soit 10%). Ce chiffre correspond bien à ce que l'on trouve dans plusieurs articles de la littérature. Citons pour exemple une étude allemande prospective menée par Jens Wessels et al. (2002) : 1600 cas de dénis de grossesse ont été répertoriés, soit un ratio de 1 :475 pour toute l'Allemagne⁴. Le déni de grossesse est donc trois fois plus fréquent que la probabilité d'avoir des tripés (1 :7225)⁴.

La population générale pense souvent que les femmes victimes de DG ne sont que des adolescentes. Or, si nous fixons l'âge de 18 ans comme limite de l'adolescence, nous observons que seules 6 jeunes femmes font partie de cette catégorie (2 filles de 15 ans, 1 de 16 ans et 3 de 17 ans) sur 81 femmes au total (ou 87 cas de DG). La majorité des DG surviennent chez femmes adultes (93%) et seulement 7% d'adolescentes. Dans un autre article de Jens Wessels et al. (2007), la majorité des femmes (soit le 2/3 de son échantillon) a entre 18 et 34 ans²³. C'est-à-dire qu'elles ne sont ni adolescentes ni à la limite de l'âge de procréer. Dans notre groupe, 62 femmes sont dans cette tranche d'âge (71%) soit également le 2/3 de notre collectif. Dans les âges « extrêmes » (en-dessous de 18 ans ainsi qu'après 35 ans) nous comptabilisons 25 femmes (29%). Notre résultat correspond à celui de l'étude de Jens Wessels²³ réalisée à plus grande échelle, probablement qu'il correspond également à la conclusion de la majorité des autres études dans ce domaine. Pour rappel, les patientes de notre étude sont âgées de 27 ans. Les 9 femmes victimes de DG total ont entre 15 et 40 ans, la moyenne d'âge étant d'environ 25 ans. Dans les cas de DG partiels, les 78 femmes sont âgées entre 15 et 45 ans et la moyenne d'âge dans ce groupe est de 27 ans. Dans une étude menée par des professionnels en psychiatrie de liaison sur un collectif de 56 cas²⁵, nous retrouvons la même répartition et la même moyenne d'âge que dans notre étude. Les femmes victimes de DG ne sont donc pas uniquement des adolescentes mais l'âge moyen est plus bas que l'âge moyen de la maternité dans le canton de Vaud qui est d'environ 31 ans³⁷. Notre valeur est plus proche de la moyenne d'âge de la maternité chez les femmes de nationalité étrangère qui est d'environ 28 ans³⁷ (cf. Annexes-d). Sachant que dans notre étude, 68% des femmes sont de nationalité étrangère, nos résultats ne semblent pas s'éloigner de façon significative de la norme.

Nous avons constaté que le tiers des femmes est de nationalité Suisse (32%) et les deux tiers restants sont de nationalité étrangère (68%). Nous avons déjà évoqué le fait que la population de notre étude n'est qu'un reflet de la démographie des patients du CHUV (cf. Annexes-c) car le CHUV draine une forte population migrante, ce qui est susceptible de fausser les comparaisons avec un autre établissement hospitalier. La conséquence est qu'il n'est pas si rare de rencontrer, dans nos dossiers, des personnes suisses et étrangères issues de milieux sociaux modestes voire bas avec des situations psycho-sociales complexes. Les migrants sont des personnes qui ont souvent été déscolarisées très tôt dans leur enfance, qui n'ont pas de formation professionnelle et donc qui travaillent le plus souvent dans le secteur tertiaire. Les femmes travaillent surtout en tant que serveuses ou ménagères. De plus, le CHUV étant un hôpital universitaire, les cas les plus graves qui nécessitent des prises en charges plus complexes y sont transférés. Il y a néanmoins quelques cas issus d'un bon niveau socio-économique mais leur proportion est plus rare dans notre collectif que dans les autres études. Néanmoins, après avoir exclu ces biais nous parvenons la même conclusion que les patientes sont issues de tous les milieux socio-économiques.

D'après les annotations dans les dossiers, nous avons constaté que plusieurs de nos patientes ne parlaient pas bien le français et l'appel à un-e interprète s'est avéré nécessaire. De manière générale, les dossiers de ces patientes contiennent moins d'informations. Dans ces cas, la prise en charge risque d'être moins appropriée, la barrière de langue étant parfois difficile à franchir. Dans son article, Jens Wessels (2007) rapporte que dans certaines familles, la migration a déjà été un traumatisme en soit et le choc des cultures³⁵ peut les

amener à ne pas solliciter d'aide extérieure au réseau familial, ce qui peut compliquer la prise en charge, la compréhension de ces situations mais également alourdir les conséquences psychiques au sein des familles³⁵. Dans trois familles de notre étude, il existe une notion de stress post-traumatique (guerre ou migration forcée) qui affaiblit considérablement celles-ci. Un événement tel que la naissance d'un bébé suite à un DG est susceptible de facilement déstabiliser la systémique de ces familles souvent carencées en ressources tant financières que psychiques.

La littérature à propos du DG contient peu d'informations en ce qui concerne le nombre de semaines d'aménorrhées lors de la découverte de la grossesse. L'unique étude²⁵ qui en parle comporte une divergence avec la notre, car il n'existe pas de données à propos du nombre de grossesses découvertes entre la 14 et la 19^{ème} SA (le cut-off est fixé à 20 SA dans cette étude²⁵). Dans leurs résultats, 18 femmes sur 56 (32%) découvrent leur grossesse entre la 20^{ème} et la 27^{ème} SA et 9 femmes (16%) après la 28^{ème} SA²⁵. Globalement, malgré cette différence qui ne fait que confirmer que le DG n'a pas encore une définition consensuelle, nos valeurs ne présentent pas de différence significative avec 39 cas (45%) découverts entre la 20-27^{ème} SA et 27 cas (31%) après la 28^{ème} SA. Dans notre étude, la plupart des grossesses ont été mises en évidence aux alentours de la 25^{ème} SA avec une majorité à 22 SA, les grossesses sont donc principalement découvertes avant la 28^{ème} SA.

La majorité des femmes victimes de déni de grossesse sont nullipares. Dans l'article de Jens Wessels (2002), il indique qu'il est difficile pour une primigeste et/ou primipare de reconnaître les signes annonciateurs d'une grossesse en cours⁴. En effet, lorsque l'on est primigeste/-pare, les symptômes d'une grossesse sont nouveaux et donc inconnus ; identifier les symptômes devient complexe⁴. Dans un autre article, réalisé en psychiatrie de liaison, il y a 46,4 % de femmes multipares²⁵. L'ignorance des symptômes de la grossesse est susceptible de conduire à un DG. Cependant, il y a également des femmes multigestes et multipares qui sont affectées par un DG, ce qui nous pousse à nous interroger sur causes qui mènent ces femmes à un DG. Nous constatons que plusieurs femmes ont un cycle menstruel irrégulier et donc que l'absence de menstruations étant un phénomène habituel chez elles, il n'est donc pas aisé d'évoquer la possibilité d'être enceinte lorsque l'aménorrhée typique de la grossesse ne peut être différenciée d'une aménorrhée « ordinaire ». Les autres symptômes fréquemment rencontrés lors d'une grossesse débutante comme la fatigue, l'augmentation de la fréquence des mictions, l'augmentation de la taille des seins, les nausées, les vomissements, le manque de sommeil ainsi que les douleurs dorsales¹⁶ ne sont pas considérés comme très spécifiques et sont parfois attribués à une autre pathologie qui ne nécessite pas forcément une consultation médicale (par exemple, une gastro-entérite). De plus, il se peut que certaines conditions ne permettent pas de se douter d'une grossesse car dans l'esprit de certaines femmes, l'espoir d'avoir un enfant a été détruit par un diagnostic de stérilité par exemple.

Dans notre étude, les femmes célibataires sont les plus représentées. Un projet de bébé n'avait auparavant été ni discuté, ni envisagé par les couples dans la quasi-totalité des cas étudiés mais certains couples se sentent néanmoins renforcés par ce phénomène tandis que d'autres sont affaiblis et se séparent. La plupart des femmes, même sans nouvelles du géniteur, peuvent compter sur le soutien de leurs parents. Une minorité de femmes préfère gérer seule la situation sans en discuter avec le géniteur surtout lorsqu'elles choisissent l'adoption ou que l'enfant décède à la naissance. Souvent, elles choisissent le silence car elles craignent la réaction de leur conjoint. *« Il va me tuer, je suis morte, il va penser que je me fous de lui quand je vais lui dire que je suis enceinte, de sept mois en plus »*³⁸. Le DG est un phénomène difficile à comprendre et les femmes ont peur d'être prises pour des folles, des menteuses, des dissimulatrices voire manipulatrices alors qu'elles mêmes ont du mal à se rendre compte et accepter cette situation³⁰.

« De peur d'être prises pour des folles, des menteuses, des idiotes, elles ont laissé leur proches continuer à nier leur grossesse. D'autres se sont tués craignant la violence, l'abandon, le rejet, la rupture... »³⁰ Catherine Bonnet (2002)

« Avant même la naissance, cet enfant inattendu créé un climat complexe, de doute, de suspicion et de perte de confiance en soi et en l'autre. »¹⁰ Sophie Marinopoulos (2007)

Il n'y a pas uniquement la peur de l'annoncer au géniteur mais parfois également celle de l'annoncer à leurs propres parents (cf. cas 6). Comment peut-on croire qu'elle n'a rien remarqué ? Pourtant une grossesse ne peut pas se cacher si facilement ! Comment peut-on manquer une grossesse alors que les techniques obstétricales et les méthodes de contraception se sont énormément développées ces dernières années ; que la perception de la sexualité et de la grossesse sont de plus en plus prises en compte et que les informations sur les méthodes de contraception sont largement diffusées ? Au départ, règne un climat teinté d'incompréhension et de doute de la part du géniteur et/ou de l'entourage qui peuvent marquer le couple/les relations familiales encore pendant plusieurs mois voire années car comme l'explique Sophie Marinopoulos (2007) : si les pères « 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 »¹⁰. L'équipe soignante propose alors le service des pédopsychiatres afin d'aider le couple/entourage à tenter de comprendre le DG et d'investir l'enfant afin de créer un bon lien.

Dans notre étude, nous constatons que suite au DG, il semblerait que les couples mariés se séparent (d'après les notes des sages femmes conseillères en périnatalité). Même si le géniteur est plutôt choqué au départ, il finit généralement par accepter l'enfant. Parfois, il suffit qu'il voie le nouveau-né ou qu'il s'assure de sa paternité par un test génétique pour que la situation s'apaise.

Dans notre collectif, la plupart des couples séparés/divorcés, nous retrouvons fréquemment la présence d'un ou plusieurs enfants né(s) d'une précédente union. Dans certains cas, les relations intrafamiliales sont déjà très tendues et parfois il arrive que certaines patientes doivent habiter chez leur copain car elles sont rejetées par la famille ou inversement, tandis que d'autres vivent dans des foyers pour se protéger de la violence de leur conjoint.

Cas 6 : Femme de 22 ans

Il s'agit d'une patiente de 22 ans d'origine vietnamienne en conflit avec sa mère depuis son échec aux examens de maturité gymnasiale. Elle décide de partir durant une année à Singapour afin de perfectionner son anglais où elle rencontre un jeune vietnamien avec qui elle a une liaison. A son retour en Suisse, elle se rend à la polyclinique gynécologique pour un contrôle annuel. Elle est habituée à avoir des épisodes d'aménorrhée alors elle ne s'inquiète pas de l'absence de ses menstruations depuis plusieurs mois. Le test de grossesse revient positif et l'ultrason date sa grossesse à 30 SA. Elle pèse habituellement 44 kilos et lors de la consultation la balance indique 51 kilos. La jeune femme ne s'est pas non plus alarmée de cette prise pondérale. La jeune patiente est sous le choc lors de l'annonce de la grossesse. Le géniteur est au Vietnam et il lui semble impossible de révéler cette situation à sa mère ainsi qu'à son beau-père. Sa situation psychosociale est difficile et l'arrivée de cet enfant ne correspond pas à ses projets d'avenir, elle décide donc de le donner en adoption. Dix semaines plus tard, elle accouche d'un garçon de 2580 g. Son séjour à la maternité est de 2 jours uniquement afin que cette situation reste confidentielle auprès de l'entourage.

Cas 7 : Famille bosniaque

Pour exemple, citons le cas de cette famille bosniaque. Madame est âgée de 35 ans et mariée, elle a déjà deux filles de 18 et 15 ans et la famille habite en Suisse depuis dix ans. Madame et Monsieur bénéficient de l'AI

(Assurance Invalidité) après le diagnostic d'un syndrome de stress post-traumatique suite à la guerre dans leur pays d'origine, la Bosnie-Herzégovine. Monsieur a de lourdes séquelles tant physiques que psychologiques et est suivi par un psychiatre depuis quelques années. C'est un homme qui peut se montrer parfois violent verbalement avec un moral décrit comme fluctuant. Lorsqu'elle apprend sa grossesse, Madame désire initialement l'interrompre puis elle décide de poursuivre la grossesse après avoir senti le bébé bouger. Le couple entretient une bonne relation et Monsieur s'investit dans la grossesse. Les deux filles, alors en période d'apprentissage, soutiennent leur mère dans cette décision même si au départ l'acceptation de cet enfant paraît difficile. Madame se décrit comme une femme meurtrie par la guerre et le déracinement. Elle dit avoir « perdu sa vie à 16 ans ». Elle rapporte également un sentiment d'insécurité, une solitude ainsi que des « adaptations continues » sans « trouver sa place nulle part ». Elle craint l'influence de ses fragilités psychiques sur son enfant mais grâce à l'aide psychologique d'une pédopsychiatre ainsi que d'une sage-femme à domicile, la mère rentre à domicile avec le sentiment d'être soutenue.

« Que ce soit pour élaborer un travail de deuil indispensable à celles qui se séparent de l'enfant ou que ce soit pour conforter la relation de celles qui ont décidé de garder l'enfant, la poursuite du travail psychique est recommandée après la sortie de la maternité. Les « femmes à risque » sont celles dont le déni de grossesse a perduré jusqu'à l'accouchement et n'ont pas pu bénéficier d'entretiens psychologiques, celles qui ont été forcées de garder le bébé par l'entourage, celles qui s'en sont séparé puis se sont rétractées, celles dont l'ambivalence envers l'enfant se maintient malgré notre écoute attentive. Elles nous confrontent à nos limites...le travail en réseau à sa place »³⁰ Catherine Bonnet (2002)

Dans ces cas où le couple voire la famille paraissent être extrêmement vulnérables, il semble important de proposer un suivi psychologique³⁰ ainsi que des aides adéquates adaptées à chaque condition, par exemple, des aides à domicile comme pour cette famille bosniaque.

Dans notre étude, 6 femmes consultent un médecin suite à l'apparition de douleurs abdominales, de fatigue ou de troubles urinaires. Seul un des médecins a mis en évidence la grossesse. A noter que le médecin généraliste est généralement consulté en première ligne. Les professionnels de la santé ne sont pas à l'abri d'un faux diagnostic et participent ainsi au déni. Peut être que les patientes nient tellement leur état qu'elles arrivent à convaincre le médecin qu'il n'est pas possible qu'elles soient enceintes²², pour autant que cette possibilité ait été envisagée dans le diagnostic différentiel. La « contagion » du déni²² ne s'étend pas seulement au corps médical mais également à l'entourage ainsi qu'au géniteur. Il arrive que les personnes qui doutent d'une grossesse en cours soient des gens extérieurs au noyau familial comme par exemple un(e) collègue de travail, un(e) ami(e) ou un(e) serveur (se) mais les patientes s'empressent de nier ces remarques.

Les statistiques montrent qu'en 2011, 26'528 enfants sur 79'762 sont nés par césarienne en Suisse (33,3%). Dans le canton de Vaud ce taux est à 32,84%, ce qui est proche de la moyenne Suisse³¹. Dans notre étude nous relevons 23 césariennes sur les 87 accouchements (26,43%). Dans les cas de DG totaux, l'accouchement se fait par voie basse dans la quasi-totalité des cas. La probabilité d'accoucher à domicile est plus élevée dans les cas de DG, en particulier en cas de DG total. Nous comptabilisons 3 accouchements à domicile, dont 2 suite à un déni de grossesse total et un où il s'agissait d'un DG partiel mais la mère désirait accoucher chez elle. Le principal risque d'accoucher à domicile, surtout dans les cas de déni, est, les soins insuffisants mettant le nouveau-né en danger et comme la littérature l'indique, l'infanticide. Il est donc moins dangereux de faire un déni de grossesse partiel (car lorsqu'il est levé, un réseau entoure la patiente et une prise en charge adéquate a plus de temps pour se mettre en place afin d'accompagner la mère et l'enfant dans de bonnes conditions) que de vivre un déni de grossesse total². Dans notre étude nous n'avons pas relevé de cas d'infanticide.

« *Il semble qu'il n'y ait pas de conditions plus dangereuse et mortelle pour la mère et le fœtus que d'être ignorée dans la littérature sur les complications et les urgences* »²⁶. Susan Hatters Friedman (2007)

Une étude prenant en compte les conséquences néonatales suite à un déni de grossesse mentionne qu'il n'y a pas de différences significatives des scores APGAR et du pH du cordon ombilical chez les enfants nés après un déni de grossesse²⁴. Nous ne relevons pas ces paramètres dans notre étude, mais globalement, d'après les informations de nos dossiers, les conséquences obstétricales semblent rares.

L'étude française à propos de 56 cas de DG en psychiatrie de liaison²⁵ s'intéresse à l'importance de l'état du bébé lors de la découverte de la grossesse. Elle déclare que celui-ci influence énormément la levée du déni, l'adaptation à la grossesse ainsi que la réalité du bébé. Si l'enfant décède, alors la femme vit un double état de choc : tout d'abord le traumatisme d'apprendre qu'elle est enceinte de plusieurs semaines sans s'en rendre compte, et plus tard, que son enfant est décédé. Lorsque l'enfant nécessite des soins particuliers de néonatalogie, en cas de clinique alarmante, alors la mère éprouve un profond sentiment de peur avec des angoisses de mort²⁵. Heureusement, dans la plupart des cas, l'enfant est en bonne santé ce qui a un effet réparateur et permet à la mère de se reconstruire psychiquement et d'abandonner progressivement le sentiment de culpabilité dont elle a pu faire preuve lors de la levée du déni³⁰. La femme est capable d'effectuer un énorme travail psychique en quelques heures qui normalement prend plusieurs mois²⁵. Mais nous constatons que ce sentiment de culpabilité peut persister plusieurs jours voire plusieurs années, même si l'enfant est en bonne santé, la mère est blessée de ne pas avoir découvert son état ainsi que d'avoir « ôté » quelques mois de grossesse à son mari, son entourage et à elle-même²⁵.

Cinq de nos patientes n'ont pas souhaité voir leur enfant à la naissance et l'ont donné en adoption. « *L'adoption est rarement une option, surtout si la femme a déjà des enfants. En outre, l'adoption est d'autant plus difficile qu'elle est considérée par la famille et culturellement parfois comme un abandon par la mère* »¹³. Contrairement à la France, en Suisse il est interdit d'accoucher anonymement (le terme utilisé en France est l'accouchement « sous X »). Plusieurs femmes envisagent l'adoption initialement puis suite à une discussion avec le conjoint et/ou les parents, elles choisissent de garder l'enfant. Les relations avec l'entourage semblent contribuer à ce choix, car si elles sont bonnes, la patiente a le sentiment d'être appuyée dans sa décision et les chances de garder l'enfant sont plus élevées. La loi suisse* stipule que les deux parents, s'ils sont connus, doivent donner leur consentement pour autoriser à ce que l'enfant soit donné en adoption. Ils bénéficient d'un délai de 6 semaines durant lequel l'enfant est placé, pour prendre une décision. Après ces 6 semaines, si aucun retrait de la décision n'est formulé, ils ont un délai supplémentaire de 6 semaines. Après ce deuxième délai, ils signent un document sur lequel il est indiqué qu'ils laissent leur enfant en adoption et qu'ils n'exercent plus de droits sur lui⁴⁰. Pendant cette attente l'enfant est placé provisoirement en famille d'accueil ou en pouponnière.

Le DG est un phénomène dramatique car il peut avoir des conséquences psychiques non négligeables non seulement pour le couple, en particulier la femme, mais également pour l'enfant. Il n'y a actuellement que très peu d'études faites sur long terme pour connaître exactement les répercussions d'un DG sur la relation mère-enfant, mais il semble qu'à court terme, il y ait un risque plus élevé de maltraitance, de négligence²

* Selon les articles 264 à 269c du Code Civil Suisse (CC), peuvent être candidats à l'adoption : les couples mariées durant au moins 5 ans ; les deux devant être âgés d'au moins 35 ans révolus et la différence d'âge entre le futur parent et l'enfant adoptable doit être d'au moins 16 ans³⁹.

Pour pouvoir entamer les démarches d'une adoption, le couple voulant adopter doit s'adresser à l'Autorité Cantonale en matière d'adoption. Dans le Canton de Vaud, cette Autorité est le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ)⁴⁰, secteur Adoption. Les candidats sont suivis par des professionnels qui évaluent l'aptitude des candidats à adopter un enfant. Puis c'est l'Office des Curatelles et Tutelles Professionnelles (OCTP) qui est chargé du placement des enfants. Il faut savoir qu'en Suisse, « tous les liens juridiques entre l'enfant adoptif et ses parents biologiques sont rompus et qu'un lien de filiation s'établit avec les parents adoptifs », qu'on appelle l'adoption plénière⁴⁰.

ainsi que de dépression du post-partum²⁷. Nous n'avons ni assez de recul, ni assez d'informations pour analyser ce type de conséquences dans notre étude.

Dans nos résultats nous constatons que la survenue d'un déni de grossesse n'empêche pas une autre grossesse par la suite avec 32 grossesses pour 23 femmes (la recherche a été arrêtée au 30 septembre 2013). *« L'alternance possible de DG avec des grossesses normalement vécues montre que la variabilité des conduites ne tient pas à la structure mentale générale de la personne mais à l'état ponctuel de l'image inconsciente du corps selon qu'elle inclut ou exclut la représentation de l'enfant »³².*

Nous avons également essayé d'étudier l'aspect qualitatif de nos dossiers en y repérant des propos que nous pouvons qualifier de jugeants ou qui traduisent un certain malaise face à un DG, que ce soit du côté des soignants ou des patientes. Nous trouvons ces informations, principalement dans les dossiers de consultation du centre de santé sexuelle-planning familial (CSS-PF), les dossiers de soins de gynécologie-obstétrique, les feuilles de transmission périnatale (entretien de la sage-femme conseillère et de liaison) ainsi que dans les feuilles d'évolution (feuille de suivi lorsque la patiente se trouve en salle d'accouchement). Les lettres de sortie ne contiennent pas ce type de renseignements, car ce sont des documents qui comportent des informations précises et objectives tandis que les autres documents, annotés à la main, laissent plus libre court à l'écriture, les soignants y retranscrivent, en général, plus de renseignements sur le ressenti de la patiente, de l'entourage et/ou des soignants eux-mêmes.

La prise en charge a été adaptée au cas par cas en fonction des besoins et des attentes de la patiente. Par exemple, si l'équipe soignante estime que l'intervention d'un(e) assistant(e) social(e) est utile, alors elle contacte ces professionnels. Si la patiente désire rencontrer un membre particulier de l'équipe hospitalière, aussi bien un aumônier qu'un psychologue ou d'autres personnes, elle bénéficie, bien évidemment, de leurs services. Certains dossiers comportent plusieurs documents différents, structurés et codifiés en fonction des membres de l'équipe soignante et psycho-sociale rencontrés par les patientes. En règle générale, les mots soulignés ou entourés dans les notes manuscrites sont en lien avec la confidentialité que la patiente souhaitait sur son histoire. Ce point fait partie des questions posées lors du 1^{er} entretien au CSS-PF, selon la procédure préétablie. S'il n'y a pas eu de consultation au CSS-PF au préalable ou au conseil en périnatalité, alors la confidentialité est relevée sur le dossier de soins ou la feuille d'évolution dans la salle d'accouchement. Le personnel soignant a tendance à relever de nombreux éléments en ce qui concerne la relation mère-enfant, par exemple : la manière dont la mère tient son enfant pour l'allaitement, celle dont elle le regarde, si les couches sont changées à des intervalles raisonnables etc. Certains dossiers comportent quelques annotations à propos du lien patient-soignant. Souvent nous ressentons un certain malaise par rapport à la situation, par exemple, lorsque la sage-femme écrit à maintes reprises les mêmes remarques sur un ou plusieurs gestes de la patiente qui sont à l'opposé de ce que la sage-femme prodigue comme conseils. Par contre nous n'avons pas du tout mis en évidence de propos clairement dénigrants à l'égard de la patiente ou des personnes de l'entourage.

6. Conclusion

Le DG est un phénomène impressionnant encore incompris qui, par la dissociation corps-psyché, passe sous silence une grossesse en cours durant plusieurs mois, voire jusqu'à l'accouchement. Bien que le terme "déni de grossesse" soit utilisé depuis 1970, il n'y a pas encore actuellement de définition considérée comme universelle. Les débats sont toujours en cours concernant la possible introduction du DG dans les diagnostics psychiatriques dans la prochaine édition du DSM.

Le DG est une problématique plus fréquente qu'on ne le pense avec une prévalence de 2 pour 1000 naissances au CHUV. Les DG partiels sont environ 9 fois plus fréquents que les DG totaux qui sont les plus impressionnants.

Dans notre étude, les adolescentes sont représentées en minorité (7%). L'âge moyen des patientes est de 27 ans avec 68% de femmes de nationalité étrangère contre 32% de femme d'origine Suisse. Dans le canton de Vaud, l'âge moyen de maternité (toute origine confondue) étant de 31 ans et l'âge moyen de maternité des femmes d'origine étrangère étant de 28 ans, notre résultat n'est donc qu'un reflet de la population démographique que draine le CHUV.

La majorité des grossesses sont mises en évidence avant 28 SA, avec une moyenne de 25 SA ce qui laisse en moyenne environ 14 semaines au couple pour se préparer à la venue de l'enfant.

Même si la plupart des femmes exercent un métier dans le secteur tertiaire, tous les milieux socio-économiques sont représentés, ce qui correspond également aux résultats indiqués dans la littérature.

Seule une minorité de patientes consomme activement ou avoue avoir consommé des substances illicites durant la grossesse (17%). Le tabac est le toxique le plus consommé (44%). Les femmes ont souvent un sentiment de culpabilité par rapport à leur consommation de toxiques, car elles reconnaissent, par la suite, que si elles avaient su qu'elles étaient enceintes, alors elles auraient arrêté leur consommation.

De manière générale, force est de constater qu'il n'y a pas de caractéristiques propres aux femmes victimes de DG que ce soit dans notre étude ou dans la littérature, ce qui nous empêche de dresser le portrait exact d'une personne à risque et ainsi prévenir de futurs cas. En effet, les femmes sont originaires de tous pays, de tout milieu social, elles pratiquent des professions de tous types et sont d'âges différents. Même si certaines études dressent une liste de facteurs de risque comme par exemple les abus de substance, les troubles psychiatriques, les cycles menstruels irréguliers, l'isolement social, les conflits psychologiques ainsi que les limitations intellectuelles, ceux-ci sont non spécifiques.

Généralement, elles ne restent pas hospitalisées plus longtemps que les autres femmes, soit habituellement entre 4 et 5 jours (pour 62% des femmes). Les hospitalisations plus ou moins longues sont les conséquences soit d'un don en adoption de l'enfant ou d'un accouchement qui s'est soldé par le décès du nouveau-né.

L'enfant est de taille et de poids tout à fait dans les normes avec une moyenne d'environ 2940 grammes et 47,5 centimètres.

De plus, les femmes habitent généralement avec leur conjoint ou leurs parents ce qui prouve que le DG peut contagionner l'entourage. L'apparition de douleurs abdominales est le symptôme qui pousse le plus fréquemment les femmes à consulter un médecin, le généraliste étant le plus souvent en première ligne. Le poids des patientes augmente d'environ 11 kilogrammes et leur BMI augmente de moins de 5 points.

Le DG est une expérience souvent traumatique mais sans que l'issue ne soit nécessairement dramatique ni pour la mère, l'enfant, le géniteur ou l'entourage. Plus la découverte se fait tôt dans la grossesse plus il reste de temps pour l'encadrement et l'acceptation de celle-ci.

Au vu du faible niveau de connaissance par rapport au DG non seulement du public mais aussi des professionnels de la santé, il semblerait qu'une façon de prévenir le DG et en particulier ses conséquences, serait tout d'abord d'amener l'existence de ce phénomène à la connaissance de tous afin de lutter contre les préjugés, les fausses croyances et éviter la stigmatisation. Pour les médecins, il s'agit de considérer une telle possibilité face à une femme en âge de procréer qui consulte pour des douleurs abdominales ou l'apparition d'autres symptômes liés habituellement à une grossesse comme les nausées, une prise de poids avec ou sans aménorrhée. Toutes les grossesses déclarées de façon tardive devraient évoquer la possibilité d'un DG afin d'accompagner au mieux ces situations.

Pouvoir offrir une collaboration multidisciplinaire s'avère nécessaire afin d'assurer le meilleur suivi possible au vue des nombreux enjeux à relever dans un laps de temps souvent court.

Enfin, se savoir fertile et désirer une grossesse, association qui n'était pas présente chez les femmes avec DG, semble protéger de la survenue d'un DG : « *Vouloir un enfant revient avant tout à cesser de ne pas en vouloir* »⁴¹. D'où l'importance de renseigner clairement les femmes sur leur fertilité dans des situations qui pourraient susciter le doute.

Réflexions et recommandations pratiques : Notre rôle auprès des femmes victimes de DG, en tant que soignants, est d'accompagner au mieux le couple surtout lors de la période de sidération mais aussi lors du réaménagement. Nous devons aussi être attentifs au lien mère-enfant afin repérer précocement un défaut dans les soins qui pourraient mener à une maltraitance ainsi qu'à une négligence. Actuellement, au CHUV, la meilleure prise en charge consiste en une approche multidisciplinaire évaluée au cas par cas en fonction des besoins spécifiques de chaque patiente. L'équipe multidisciplinaire comprend les gynécologues-obstétriciens, des pédopsychiatres, des psychologues, des sages-femmes conseillères en périnatalité, des assistantes sociales etc.

7. Difficultés et biais rencontrés

La principale difficulté de ce travail concerne le recueil d'informations, non seulement parce que nous ne sommes jamais sûrs de répertorier tous les cas, mais en plus, il est difficile d'avoir toutes les informations de façon homogène pour chaque cas. Chaque personne a un dossier différent avec plus ou moins d'informations; certaines sages-femmes écrivent un rapport plus court que d'autres et certaines personnes ne se présentent pas à tous les rendez-vous. Parfois il règne un manque de précision, notamment en ce qui concerne le poids et la taille des mères car certains professionnels ne le rapportent pas toujours et parfois il y a des divergences entre les rapports. Une autre difficulté majeure consiste à créer des graphiques avec des données non numériques imprécises.

8. Bibliographie

1. Guernalec-Lévy, G. (2007). *Je ne suis pas enceinte*. Paris : Stock
2. Grangaud, N, (2002). Psychopathologie du déni de grossesse : revue de littérature. *Perspectives Psy*, vol.41(3), pages 174-181.
3. Confédération Suisse. Office Fédéral de la Statistique (OFS) Neuchâtel [en ligne]. Centre d'information, section Démographie et migration, mis à jour le 13.09.2013 [consulté le 13.09.2013]. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/data/01.html>
4. Wessels, J., Endrikat, J., Büscher, U. (2002). Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol.81, pages 1021-1027.
5. Louis Cyrille (2009). Le lourd secret de Véronique Courjault devant les assises. *Le Figaro*. [consulté le 03.05.2013]. <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2009/06/09/01016-20090609ARTFIG00003-le-lourd-secret-de-veronique-courjault-devant-les-assises-.php>
6. Code Pénal Suisse du 21 décembre 1937 de l'Assemblée fédérale de la Confédération Suisse, *Livre II, Infractions contre la vie et l'intégrité corporelle*, Art.118 et 119.
7. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) [en ligne]. CHUV, dernière mise à jour le 21.1.2013 [consulté le 21.10.2013]. http://www.chuv.ch/chuv_home/le-chuv-en-bref/chuv-enbref-chiffres.htm
8. Organisation Mondiale de la Santé (OMS-WHO) [en ligne]. WHO Media centre, mis à jour en mars 2013 [consulté le 03.10.2013]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
9. Marqué, LV. (1858). *Traité de la Folie des Femmes Enceintes*. Paris : Bailleraï.
10. Marinopoulos, S. (2007). *Le déni de grossesse*. Bruxelles : Temps d'Arrêt-Lectures.
11. Bydlowski, M. (2010). Comment expliquer le déni de grossesse ? *Les Grands Dossiers*, N°20, pages 68-69.
12. Freud, S. (1925). *La négation*. Paris : PUF
13. Lucien, E. (2010, 3 juin). Enceinte de neuf mois sans le savoir. *Tribune de Genève* (Genève-Suisse)
14. Dayan, J. (1999). Psychopathologie de la périnatalité. Paris : Masson
15. Bayle, B. (2003). *L'embryon sur le divan : Psychopathologie de la conception humaine*. Paris : Masson
16. Bastian, L., Brown, H. (2013). Clinical manifestations and diagnosis of early pregnancy. *UpToDate*, 22 pages.
17. Nisand, I., Marinopoulos, S. (2011). *Elles accouchent et ne sont pas enceintes : Le déni de grossesse*. Paris : Les Liens qui Libèrent.
18. Bydlowski, M. (2011). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Médecine & Hygiène*, vol.13, pages 41-52.
19. Généasens, De la généalogie à la psychogénéalogie [en ligne]. [consulté le 11.12.2014] http://www.geneasens.com/dictionnaire/bydlowski_Monique.html
20. Editions Erès, Les sciences humaines et les pratiques qui s'en inspirent [en ligne]. [consulté le 11.12.2014] <http://www.editions-eres.com/auteurs/4165-benoit-bayle.htm>
21. Wikipédia, Israël Nisand [en ligne], mis à jour le 21.10.2014 [consulté le 11.12.2014] http://fr.wikipedia.org/wiki/Isra%C3%ABE_Nisand
22. Marinopoulos, S. (2009). De l'impensé à l'impensable en maternité : le déni. *Champ Psychosomatique*, vol.53, pages 19-34.
23. Wessel, J., Gauruder-Burmester, A., Gerlinger, C. (2007). Denial of pregnancy-characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol.86, pages 542-546.

24. Wessel, J., Endrikat, J., Büscher, U. (2003). Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of a one-year prospective study compared with control groups. *Journal of Perinatal Medicine*, vol.31, pages 29-35.
25. Pierronne, C., Delannoy, MA., Florequin, C, Libert, M. (2002). Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psy*, vol.41(3), pages 182-188
26. Hatters Friedman, S., Heneghan, A., Rosenthal, M. (2007). Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics*, vol.48(2), pages 117-122.
27. Lamidé, F. Prost, A. (2006). « Ces grossesses silencieuses » : *Quelle attitude la sage-femme adopte-t-elle en post-partum, dans les processus d'interactions mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse ?* Mémoire de fin pour le diplôme d'état de sage-femme publié dans la revue *Hebamme* en septembre 2008. Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier, Bruxelles.
28. Lahaye, E. (2004). *Passager clandestin*. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme non publié. Ecole de Caen, 61 pages.
29. Mori, P. (2010). Déni de grossesse, parlons-en ! Interview du Pr.Israël Nisand. *Pulsation*, vol.10, page 16.
30. Bonnet, C. (2002). Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé. *Perspectives Psy*, vol.41(3), pages 189-194.
31. Zagury, D. (2011). Quelques remarques sur le déni de grossesse. *Perspectives Psy*, vol.50(4), pages 314-321.
32. Bayle, B. (2009). Du déni de grossesse à la gestation psychique. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, N°381, pages 40-44.
33. Simmonot, AL. (2002). Infanticide à l'adolescence et déni de grossesse. *PerspectivesPsy*, vol.41(3), pages 195-199.
34. Académie de Médecine (2000). *Dictionnaire de Psychiatrie*. Paris : CILF
35. Vitry, I., Roubaud, L., Moro, MR. (2002). La face cachée de la lune : grossesse, adolescence et migration. *Perspectives Psy*, vol.41(3), pages 200-207.
36. Confédération Suisse. Office Fédéral des Migrations (ODM) [en ligne]. Office Fédéral des Migrations, mis à jour le 30.08.2010 [consulté le 21.09.2013] https://www.bfm.admin.ch/bfm/fr/home/themen/aufenthalt/nicht_eu_efta/ausweis_f__vorlaeufig.html
37. Confédération Suisse. Office Fédéral de la Statistique (OFS) Neuchâtel [en ligne]. Population, Naissance et fécondité, Indicateurs, mis à jour le 09.12.2014 [consulté le 09.12.2014]. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/06.html>
38. Rakotonantenaina, S. (2011). Je ne suis pas enceinte, et pourtant....*Empan*, N°82, pages 120-124.
39. Code Civil Suisse du 10 décembre 1907 de l'Assemblée fédérale de la Confédération Suisse, *Droit privé, Procédure civile*, Art.264 et 269c.
40. Département de la Formation, de la Jeunesse et de la Culture. Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) Lausanne [en ligne]. Service de Protection de la Jeunesse, mis à jour le 01.07.2013 [consulté le 21.09.2013]. <http://www.vd.ch/autorites/departements/dfjc/spj/>
41. Panel, P., Prigent, G. (2009). Déni de grossesse : Quand le corps porte une grossesse dont le psychisme ne perçoit aucune trace. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, N°381, pages 29-33.
42. AFRDG (Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse) (2010). *Déni de grossesse : 99 histoires vécues*. Nantes : Amalthée.
43. Wessel, J., Buscher, U. (2002). Denial of pregnancy: population based study. *British Medical Journal*, vol.324, page 458.
44. Massari, B. (2002). Intérêt de l'accompagnement du déni de grossesse : à propos de deux observations après infanticide puis une nouvelle naissance. *Perspectives Psy*, vol.41(3), pages 208-216.

45. Carlier, L. (2009). La complexe émergence du déni de grossesse. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, N°381, pages 34-39.
46. Boureau-Louvet, V. (2009). Les grossesses factuelles. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, N°381, pages 45-47.
47. Delassus, JM. (2009). Le syndrome de l'enfant invisible et le déni de grossesse. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, N°381, pages 48-50.
48. Stern-Verrière, E. (2009). Quelles prises en charge pour le déni de grossesse. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, N°381, pages 50-53.
49. Petit-Pierre, MC. (2007, 7 mai). Ni vus ni connus, les bébés du déni. *Le Temps*.
50. Deleuze, I. (2009). Le déni de grossesse : réalité ou intox ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol.37 (11-12), pages 964.
51. Massari, B. (2007). Accompagnement vers une autre grossesse après infanticide. *Perspectives Psy*, vol.46(2), pages 141-145.
52. Lacombe, L. (2002). Infanticide et déni de grossesse, au travers du prisme de l'interculturel. *Migrations Santé*, vol.110-111, pages 19-36.
53. Bardou, H., Vacheron-Trystam, MN, Cheref, S. (2006). Le déni en psychiatrie. *Annales Médico Psychologiques*, vol.164, pages 99-107.
54. Nau, M., Bender, E., Street, J. (2011). Psychotic Denial of Pregnancy. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol.39 (1), pages 31-39.
55. Spinelli, M. (2010). Denial of Pregnancy: A Psychodynamic Paradigm. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, vol.38 (1), pages 117-131.
56. Beier, K., Reinhard, W., Wessel, J. (2006). Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *Journal of Psychosomatic Research*, vol.61, pages 723-730.
57. Com, A. (2012). Renaissance. *Empan*, N°86, pages 129-131.
58. Darchis, E. (2007). Déni de grossesse : La part des ancêtres. *Le Divan Familial*, N°18, pages 105-121.
59. Massari, B. (2009). Violence autour de bébé. *Enfances & Psy*, N°45, pages 35-49.
60. Seigneurie, AS., Limosin, F. (2012). Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. *La Revue de Médecine Interne*, vol.11, pages 635-639.

9. Remerciements

Je remercie sincèrement mon experte ainsi que ma tutrice : la professeur Brigitte Leeners et la doctoresse Renteria. Je remercie également a bibliothécaire du centre de documentation et planning familial de Genève pour avoir mis quelques articles ainsi que des vidéos à disposition ainsi que les intervenants présents lors du colloque de périnatalité à Sion qui a eu lieu en octobre 2013.