Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 106 (2008)

Heft: 9

Artikel: Enqête en France et an Belgique : ressenti et observations de 55 sages-femmes

Autor: Goubert, Fanny / Debauge, Aurore

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949459

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

EDITORIAL

Ce numéro présente un thème vraiment particulier. Le déni de grossesse est un phénomène qui me touche beaucoup en tant que sage-femme et je pense que je suis loin d'être la seule. C'est en effet une situation hors du commun qui peut bien tourner ou... finir en catastrophe.
Je me souviens d'une histoire en salle d'accouchement au CHUV où une jeune femme, 18 ans, a été amenée en ambulance presqu'en septicémie. Sa belle-sœur l'avait trouvée écroulée dans la salle de bain avec du liquide vert coulant le long des jambes. C'est seulement à ce moment que la belle-sœur avait remarqué la grossesse. Quand la jeune femme est arrivée à l'hôpital, le fœtus était mort in utero avec un liquide amniotique méconial et infecté. La poche des eaux avait été rompue depuis plusieurs jours. Toutes les sages-femmes présentes ce jour-là étaient touchées par cette histoire triste.
Je suis contente qu'on ait pu présenter ce thème, car j'avoue que je n'en sais pas beaucoup. Dans ce numéro, il est traité de plusieurs façons. Deux étudiantes sages-femmes françaises qui ont fait leur formation à Bruxelles ont amené une enquête dans le cadre de leur travail de fin d'études sur le déni de grossesse en interviewant 55 sages-femmes. Un travail assez conséquent avec des résultats intéressants, car on y constate que le vécu des sages-femmes est très diversifié. Ensuite, c'est une sage-femme conseillère du CHUV qui raconte trois exemples de déni de grossesse et qui explique ce que les femmes et leurs bébés deviennent. C'est touchant de lire ces histoires de vie très différentes qui, heureusement, finissent toutes bien. Cela ne m'empêche pas de m'interroger: Comment peut-on arriver à nier sa grossesse? Ce qui m'a beaucoup étonnée, dans ce contexte, c'est qu'il ne s'agit, dans plus que la moitié de cas, pas des nullipares mais des femmes qui ont déjà accouché et qui devraient donc savoir ce que c'est une grossesse.
Je vous souhaite une lecture captivante. Qu'elle vous apporte, comme ce fut mon cas, de nouvelles connaissances. Néanmoins, il reste la question: Peut-on éviter le déni de grossesse et comment?

Barbara Jeanrichard

Enquête en France et en Belgique

Ressenti et observa

Quelle attitude la sage-femme adopte-t-elle en post-partum, dans le processus d'interactions mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse? Telle est la question centrale de l'enquête[1] menée par deux étudiantes françaises ayant achevé leur formation de sage-femme à l'Institut supérieur d'enseignement infirmier de Bruxelles. Elles ont interviewé 55 sages-femmes ayant rencontré ces situations au moins une fois dans leur carrière.

Il n'existe pas de définition consensuelle du déni de grossesse et beaucoup d'interrogations sur sa psychopathologie persistent encore (voir encadré p. 36). Ce phénomène apparaît néanmoins comme un mécanisme de défense psychique contre l'angoisse et l'émergence des pulsions agressives générées par la grossesse, chez des femmes indemnes, la plupart du temps, de pathologies psychiatriques.

Ce qui favorise le déni de grossesse

Pour C. Bonnet (1990) et B. Massari (2002), le déni de grossesse a souvent pour origine des histoires de maltraitance physique, sexuelle ou émotionnelle, des carences affectives, des comportements de négligence des parents, qu'ils soient récents ou anciens. Les jeunes femmes ayant subi des événements douloureux dans le passé, ont tendance à inhiber leur rêve de maternité (Missonnier, 2004). Elles pensent ne pas pouvoir être mères et il est donc impensable pour elles qu'un acte sexuel puisse donner naissance à un enfant. En effet, elles méconnaissent leur possibilité de procréation et n'utilisent pas ou incorrectement un moyen contraceptif (Colasson, 1995).

Fanny Goubert (Lamidé), sage-femme au Centre Hospitalier J. Monod au Havre.
Aurore Debauge (Prost) sage-femme dans une clinique privée à Lyon. Toutes deux travaillent en salle d'accouchement.

Ainsi, d'après C. Bonnet (1990), le contexte familial a un rôle très important dans l'instauration de ce phénomène de déni de grossesse. Une méconnaissance des besoins corporels est fréquemment retrouvée dans l'enfance et s'accompagne de conduites éducatives paradoxales dans le domaine sexuel. Les parents maintiennent leur fille dans l'ignorance tout en s'exhibant dans leur propre relation. Ce type de dysfonctionnement regroupe également les familles incestueuses et maltraitantes. Cet auteur précise que les effets d'un traumatisme sexuel non guéri viennent se superposer aux représentations imaginaires du bébé à naître, entravant ainsi l'établissement du lien maternel: on parle «d'enfant impensable». Souvent, ces patientes gardent le silence sur le géniteur et le dysfonctionnement dans le réseau familial.

B. Massari (2002) ajoute que «l'absence de résolution du complexe d'Oedipe peut pousser certaines jeunes femmes à avoir le fantasme inconscient que leur grossesse est la preuve d'un inceste». Selon B. Bayle (2003), «la nidification psychique» du fœtus peut ne pas se réaliser, chez la mère, soit parce qu'elle n'est pas prête à accueillir un être en raison de sa propre histoire, soit parce que l'être conçu, par sa nature psychique, n'est pas facile à accueillir (à l'extrême, du fait d'un viol).

Pour N. Grangaud (2001), une classification des différents cas de déni rencontrés dans la littérature est établie. Dans certains cas, ce sont les relations sexuelles révélées par la grossesse qui sont impensables et qui vont conduire au déni. C'est le cas des jeunes filles élevées dans des familles très rigides ou encore cela

1 Lamidé Fanny; Prost Aurore: «Ces grossesses silencieuses». Travail de fin d'études réalisé en vue de l'obtention du diplôme de Sage-Femme (Bruxelles, Promotion 2002–2006, 134 p.).

:ions de 55 sages-femmes

concerne les femmes abusées sexuellement. Dans d'autres cas, ce serait la question de la filiation qui serait en jeu (femme stérile, ménopausée, alcoolique, toxicomane, femme ayant adopté ou perdu un enfant).

Ce qui caractérise principalement le déni de grossesse

Tout d'abord, certaines femmes n'ont pas de signes physiques de grossesse (fatigue, somnolence, vomissement). Elles n'ont pas d'aménorrhée, ou de façon très transitoire et elles ne grossissent souvent pas. Souvent, elles ont porté le même vêtement jusqu'au bout de la grossesse. Le non-désir de l'enfant est si fort, qu'il n'est pas pensable pour la femme de le porter (Colasson, 1995). Ce déni se manifeste par la négation de l'interaction entre la femme et le fœtus: les informations visuelles, tactiles, kinesthésiques ne sont pas rapportées comme étant les signes d'une grossesse.

Ensuite, le bébé paraît ainsi bien silencieux et n'occupe pas de place dans les discussions, ce qui ne lui permet pas de se situer en tant que «personne». En effet, parfois les femmes ne perçoivent pas les mouvements du fœtus. C'est comme s'il y avait une connivence psychosomatique. Le corps n'est pas ou à peine modifié par la grossesse. C'est comme s'il se montrait complice. Il joue le jeu du déni. Cette connivence peut même aboutir à un accouchement quasiment indolore, en tout cas, souvent ultrarapide, ce qui explique le nombre important d'accouchements à domicile. Ce phénomène est favorisé par le fait que souvent, l'entourage de la femme ne se s'est pas rendu compte de la grossesse.

Enfin, le déni est «contagieux»: Selon Pierronne (2002) et Marinopoulos (2002), parfois le milieu professionnel, le milieu familial et même le père renforcent ce mécanisme du déni car ils ne perçoivent pas l'existence de la grossesse, ni les modifications morphologiques. C. Bonnet (1990) ainsi que B. Massari (2002), estiment également que les familles sont souvent inconsciemment complices du déni de grossesse de leur fille. D'après B. Massari (2002), les pères participent eux aussi au déni et doivent de leur côté, effectuer un réaménagement en urgence.

Photos: IBS

Certains reconnaissent l'enfant et l'investissent rapidement, d'autres doutent et demandent une recherche de paternité, d'autres encore refusent l'enfant.

En bref

Aux 55 sages-femmes interrogées (voir encadré p. 35), nous avons résumé le déni de grossesse comme suit: «C'est un phénomène de déni appliqué au fait d'être enceinte ainsi que tout ce qui se rattache à la grossesse. C'est un symptôme psychique dont toutes les manifestations visent à nier la perception de la grossesse et l'existence du fœtus. Ce processus est alors inconscient et peut aller jusqu'au déni profond. Il peut survenir en dehors de toute pathologie psychiatrique patente».

1. Caractéristiques de la future mère

Découverte de la grossesse

Pour près de la moitié des sages-femmes interrogées (49,10%), le cas le plus frappant de déni de grossesse qu'elles ont rencontré a été découvert au moment de l'accouchement.

Age des patientes

<15 ans	1,80%
15–18 ans	36,40%
19–25 ans	25,50%
26–30 ans	21,80%
31–35 ans	9,10%
36–40 ans	5,50%

Le jeune âge des patientes (15–18 ans) semble marquer les sages-femmes.

Antécédent d'IVG

La majorité des sages-femmes se souvient que la patiente n'a pas eu recours à une IVG avant sa grossesse niée (45,5%) mais 41,80% des sages-femmes ne souviennent pas d'un éventuel antécédent d'IVG chez la patiente.

Parité des patientes

Près de la moitié des sages-femmes interrogées (47,3%) se souviennent de nullipares. Cependant il est important de noter que, selon 30,9% des sages-femmes, les patientes avaient déjà un enfant et 21,9% plusieurs enfants.

Mode d'allaitement

L'allaitement artificiel semble être, d'après 52,7% des sages-femmes, le mode alimentaire choisi par les patientes ayant vécu un déni de grossesse. Une sage-femme sur cinq (21,8%) se souvient que la patiente avait décidé d'allaiter son enfant.

Caractéristiques particulières observées chez la mère

L'apparence physique est peu marquante. En revanche, les caractéristiques psychiques empreignent les souvenirs des sages-femmes interrogées. Ainsi, 34,5% des sages-femmes ont observé que la patiente paraissait en forme, qu'elle était stressée (30,9%), qu'elle s'effaçait (25,5%) ou qu'elle avait besoin d'attention (21,8%).

Classe sociale touchée

Les femmes vivant un déni de grossesse sont, d'après 74,5% des sages-femmes, dans la légalité. Selon près d'une sage-femme sur deux (49,1%), elles sont sans emploi.

Présence du géniteur à la maternité

Dans le cas le plus frappant de déni de grossesse relaté par chacune des sages-femmes, le géniteur n'était pas présent à la maternité (67,3%).

Statut du géniteur

Les sages-femmes interrogées stipulent que le géniteur était le concubin (36,4%), ou un inconnu (21,8%), ou le mari (14,5%). Pour 3 cas, le père biologique était un violeur. Une des grossesses déniées était même l'issue d'un viol collectif.

2. Observations et ressentis de la sage-femme

Relativement à l'aise au moment de la prise en charge

La majorité des sages-femmes semble se sentir à l'aise pour la prise en charge de la patiente vivant un déni de grossesse (41,8%). En revanche, 27,3% d'entre elles affirment qu'elles ne se sont pas senties à l'aise. Cependant ces réponses statistiques ne sont pas représentatives:

en effet, 30,9% des sages-femmes se sont senties «mitigées».

Non-jugement lors de la prise en charge du couple mère-enfant

54,5% des sages-femmes proclament faire preuve de non-jugement au départ. Mais il est important de remarquer que 29,1% ne croient pas les femmes qui vivent ces situations de déni de grossesse. Cela représente quand même le deuxième sentiment le plus exprimé par les sages-femmes. Ce qui suggère que 61,8% des sages-femmes ne se sont pas prononcées quant à l'existence ou non du phénomène. En fait, seulement 9,1% d'entre elles croient à ce phénomène.

Ecoute au début de la prise en charge en post-partum

47,3% des femmes pensent être à «l'écoute» et «soutenir» la femme. Il faut remarquer quand même que 12,7% des sages-femmes n'adaptent pas spécialement leurs attitudes de départ. Aucune n'avoue avoir connu «tension» ou «conflit», bien que cela leur était proposé.

Peu de modifications observées dans les interactions précoces mère-enfant

47,3% des sages-femmes interrogées ne voient pas de différence dans l'installation des interactions précoces mère-enfant. 25,5% observent très peu d'échanges entre la mère et son nourrisson. Aucune ne signale de «problème venant du conjoint».

Précocité des premières interactions mère-enfant observées

Le moment où s'installent les premières interactions mère-enfant confirme les remarques effectuées au paragraphe précédent. Près d'une sage-femme sur trois observe que les interactions précoces s'installent soit immédiatement au moment même de l'accouchement (34,5%), soit au cours du post-partum immédiat (32,7%). Pour 23,7% des sages-femmes, les interactions ne surviennent qu'au cours du séjour hospitalier (du premier jour à la fin du séjour) et seulement 3,6% des sages-femmes n'ont pas observé d'interaction.

Evolution favorable des interactions mère-enfant quand elles s'installent rapidement

Une sage-femme sur deux (50,9%) a observé une évolution des interactions «de façon constante positivement». 27,3% des sages-femmes affirment que les interactions mère-enfant se sont développées de façon croissante. Seulement 3,6% des sages-femmes ont observé une «absence d'interaction»: elles ont remarqué que, soit aucun lien n'apparaissait au cours du séjour hospitalier, soit il n'y avait jamais d'amélioration dans l'installation de ces contacts mère-nourrisson.

Attitude positive de la mère envers son enfant

61,8% des sages-femmes ont observé, chez la patiente, une attitude maternelle envers son enfant mais 23,6% ont pu constater une indifférence de la part de la mère pour son enfant. Aucune ne signale de cas de «violence». Après analyse, nous nous apercevons que la mère peut être fortement influencée par son entourage. Une sage-femme met en avant l'ambiguïté importante de l'attitude de la mère face à son enfant. Cette donnée doit nous interpeller dans le sens où, même si la mère semble avoir une attitude «normale» envers son enfant, elle peut parfois simultanément adopter un comportement inadéquat.

Une fois sur trois seulement, la sage-femme s'adapte au comportement de la mère

Seulement 38,2% (soit 21 sages-femmes interrogées) disent qu'elles adaptent leur attitude initiale selon le comportement de la mère. Ces sages-femmes précisent leur réponse:

- Stimulation de la mère pour entrer en contact avec son enfant, en lui expliquant les besoins de son bébé (7)
- Soutien de la mère, par la présence du personnel soignant, en l'accompagnant, en étant attentif à ses besoins et en lui apportant une aide pluridisciplinaire (7)
- Valorisation du rôle de la mère, en lui faisant prendre conscience de ses responsabilités, dans le but de lui donner confiance (3)
- Essai de créer l'interaction entre la mère et son enfant (2)
- Dans un cas particulier de grossesses rapprochées, aider la femme à faire la différence entre ses deux enfants, dans le but que la mère accepte son nouvel enfant (1)
- Hospitalisation de la mère dans un service de psychiatrie (1)

Attitude généralement positive de la part de l'enfant

Le nouveau-né paraît réactif pour 58,2% des sages-femmes interrogées et 32,7% d'entre elles affirment avoir observé un regard capteur chez le nourrisson. Nous pouvons donc conclure qu'il s'agit majoritairement d'une attitude positive. Il nous a donc paru important d'analyser le

Méthodologie

Elles racontent un déni marquant

Question de recherche

Quelle attitude la sage-femme adopte-t-elle en post-partum, dans le processus d'interactions mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse?

Données recueillies

Nous avons choisi de recueillir les connaissances des sages-femmes sur le sujet du déni de grossesse, mais également de les questionner sur leurs attitudes lors de la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum. De plus, nous souhaitions qu'elles puissent nous faire part de leurs impressions, ressentis et observations.

Questionnaire

Il s'agissait chaque fois d'un entretien auprès d'une sage-femme, en tête à tête, mais en utilisant un questionnaire pour guider le bon déroulement. Le questionnaire comprenait 19 questions fermées, 3 ouvertes et 11 semi-fermées. Pour les sages-femmes qui ont connu plusieurs situations de déni de grossesse, il était demandé de se concentrer «sur une seule situation marquante».

Echantillon

En tout, 55 sages-femmes hospitalières qui, toutes, avaient rencontré au moins un cas de déni de grossesse sur leur carrière, étaient francophones et avaient été choisies de manière aléatoire dans neuf structures hospitalières différentes. Nous avons choisi de ne pas cibler notre étude sur un hôpital en particulier, afin de ne pas influencer et homogénéiser les réponses. Nous avons interrogé des sages-femmes issues de nos lieux de stages (à la fois en Belgique et en France) entre juillet 2005 et février 2006.

Terminologie

Qu'est-ce qu'un déni de grossesse?

Selon B. Bayle (2003), il existe trois types de négation de grossesse qui ont toutes en commun le fait d'affecter la reconnaissance de la grossesse par la femme. Ces négations de grossesse témoignent d'une relation particulière au corps. «La négation de grossesse désigne le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état. A l'extrémité consciente, nous retrouvons le mensonge ou la dissimulation que l'on retrouve parfois lors des grossesses adolescentes ou en présence d'un environnement hostile, et à l'autre extrémité le déni, au sens psychanalytique du terme, qui peut accompagner parfois la grossesse chez les mères schizophrènes» (J. Dayan, 1999).

	Inconscient		Conscient	
Déni	**Dénégation**	**Méconnaissance**	**Mauvaise foi**	**Dissimulation**

1. La dissimulation de grossesse

D'après B. Bayle (2003), la dissimulation de la grossesse correspond au cas où la femme aurait connaissance de son état de grossesse mais se trouve dans l'incapacité de le dire. Elle dissimule alors activement sa grossesse et accouche dans le secret. Même si la dissimulation volontaire ne présente pas le caractère d'un trouble psychiatrique, elle manifeste les conditions défavorables dans lesquelles s'accomplit la grossesse et sont donc un facteur de risque pour son évolution. Elle précède parfois les troubles dépressifs du post-partum et/ou la survenue de dysfonctionnements des interactions mère-enfant (S. Missonnier, 2004). Selon B. Massari (2002), «certaines patientes gardent le secret, une fois l'état de grossesse connu, et la phase initiale de déni se transforme en phase secondaire de dissimulation».

2. La dénégation de grossesse

D'après B. Bayle (2003), la femme sent bien «quelque chose» mais ce «quelque chose» n'est pas possible. La dénégation est alors le mécanisme trouvé plus particulièrement par les patientes qui prennent conscience elles-mêmes de la grossesse. «La pensée principale de ces femmes est que, si elles ne déclarent pas la grossesse, elles n'auront pas d'enfant» (F. Spielvogel cité par Massari, 2002).

Il faut différencier le «déni» de la «dénégation» de grossesse. Dans la dénégation, il s'agit d'éliminer une représentation gênante en refusant de la reconnaître comme les concernant alors que, dans le déni, la réalité même de la perception liée à cette représentation est niée. La dénégation appartient à la névrose définie par S. Freud comme «affection neuropsychique ne s'accompagnant d'aucune lésion décelable dans le système nerveux». La dénégation est plus fréquente que le déni. Dans la dénégation de grossesse, la femme peut percevoir et reconnaître les modifications de son corps, mais elle les attribue à des causes non génitales. La conscience de porter un enfant est réprimée.

Selon J. Dayan et al. (1999), d'un point de vue psychanalytique, la dénégation est un processus actif. Elle est intégrée dans la conscience du sujet. Pour S. Freud, la dénégation est une façon de prendre connaissance du refoulé. Elle est une levée du refoulement mais pas une acceptation du refoulé. Ce refoulement est souvent incomplet et ne concerne que certains affects. Le sujet tente de nier la réalité d'une perception traumatisante. Le Moi est clivé en deux positions contradictoires: il reconnaît une chose et la nie. Cette attitude est proche de la perversion. Le sujet nie la réalité externe et laisse parfois subsister une forme clivée de la représentation déniée.

3. Le déni de grossesse

«Par convention, l'expression de déni de grossesse est une forme de négation de grossesse à participation principalement inconsciente, conduisant la femme souvent tardivement et brutalement à la reconnaissance pleine et entière de son état, généralement lors du travail, voire seulement de la naissance» (J. Dayan, 1999). Le «symptôme du déni de grossesse» est nommé comme tel depuis le début des années 1970, mais il était déjà décrit sous le terme de «grossesse inconsciente» en 1898. Le véritable déni de grossesse serait rare.

D'après B. Bayle (2003), «la femme méconnaît à des degrés variables ce qui se passe en elle. La méconnaissance des perceptions du corps est totale dans le cas de déni de grossesse». N. Grangaud (2001) ainsi que E. Lahaye (2004) apportent la nuance suivante: on parle de «déni total» dans le cas où la grossesse n'est découverte qu'au moment du travail – voire de l'accouchement – et de «déni partiel» quand la grossesse est découverte avant. De plus, N. Grangaud (2001) ajoute que, si nous devions donner une seule définition du déni, la plus appropriée serait une «tentative de désavouer, de renier l'existence d'une réalité déplaisante». Cet auteur précise que le déni de grossesse est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense et qu'il survient le plus souvent chez des femmes qui ne sont pas psychotiques.

C. Pierronne et al. (2002) s'appuie sur une étude de 56 cas cliniques de déni de grossesse, rencontrés en maternité, pour dire qu'aucune de ces femmes ne présentait une pathologie psychotique. Le déni est donc un mécanisme de protection contre les événements traumatisants et peut survenir chez n'importe quelle personne (Colasson, 1995). A-L. Joubert (1996) et B. Massari (2002) déclarent que «la reconnaissance tardive d'une grossesse est l'expression même d'une grossesse niée». C'est pourquoi, nous considérons – par convention – qu'il y a «déni de grossesse» lorsque la déclaration de grossesse a lieu après 14 SA.

comportement des sages-femmes face à cette réaction du nouveau-né «d'apparence normale».

Une fois sur trois seulement, l'attitude du nouveau-né influence la sage-femme

Seulement 38,2% des sages-femmes interrogées (soit 21 sages-femmes) disent qu'elles la modifient selon l'attitude du nouveau-né. Elles détaillent leur réponse ainsi:

- Cajoler le nouveau-né en le berçant, en le câlinant, en le prenant dans les bras et en lui donnant le biberon (7)
- Etre une «présence» auprès de l'enfant pour lui parler, lui expliquer la situation et le rassurer (5)
- Favoriser le lien mère-enfant en encourageant le «peau à peau» (3)
- Manifester une «compassion» envers l'enfant (2)
- Favoriser le «maternage» pour encourager le lien mère-enfant (2)
- Attitude «maternelle» envers le nouveau-né (1)
- Sentiment «protecteur» auprès des enfants (1)

3. Situations de déni de grossesse rencontrées

Des sages-femmes expérimentées

Elles ont majoritairement 10 ans ou plus d'expérience (61,6%). Dans cet échantillon, le nombre d'années d'expérience est en moyenne de 13 années et 6 mois. Il varie de 1 an à 40 ans. Le nombre de situations de déni de grossesse rencontrées tout au long de leur carrière est en moyenne de 1,6 par année. Nous ne connaissons pas la moyenne d'âge des sages-femmes.

Une aide au cas par cas

Pourtant, un nombre minoritaire de sages-femmes interrogées (10,9%) affirme travailler dans une structure hospitalière au sein de laquelle une aide est mise en place systématiquement pour les femmes qui vivent un déni de grossesse. Dans les structures hospitalières qui aident systématiquement, ce sont l'assistante sociale, le psychiatre et le psychologue qui sont les aides généralement désignées pour ce genre de situation. Quant au type d'aide proposée en cas d'absence d'aide systématique (89,1%), les sages-femmes concernées la proposent principalement au cas par cas (67,8%).

Une organisation différenciée

Pour la prise en charge d'une patiente qui a fait un déni de grossesse, près d'une sage-femme sur trois (34,5%) ne change pas l'organisation du service de post-partum. Dans 25,5% des cas, la patiente est installée dans une «chambre double» afin d'entraîner une stimulation des soins grâce à la voisine. En revanche, 23,6% des sages-femmes préfèrent l'installer en «chambre simple» afin de pouvoir prendre plus de temps pour les soins, pour que la patiente découvre seule son bébé et enfin pour permettre aux intervenants du réseau pluridisciplinaire de prendre en charge la patiente en tête à tête.

Une sage-femme sur cinq effectue des «soins globalisés» et 10,9% d'entre elles mettent une «pancarte» sur la porte, pour réguler les visites, afin de respecter le rythme d'évolution de la relation mère-enfant. Ajoutons encore que la plupart des sages-femmes interrogées (87,3%) admettent qu'il n'y a pas de protocole, au sein de leur structure hospitalière, pour la prise en charge des patientes qui ont vécu un déni de grossesse.

Pas de formation, peu d'information

Presque la totalité des sages-femmes interrogées (92,7%) n'a pas eu de formation sur le déni de grossesse. Près de deux sages-femmes sur trois (61,8%) n'ont pas eu de séance d'information sur le déni de grossesse. En revanche, 12,7% d'entre elles ont été informées sur le déni de grossesse, ce qui les a aidées à comprendre le phénomène et à se sentir plus à l'aise dans la prise en charge. Toutefois, une sage-femme sur cinq (20%) estime cependant que l'information qu'elle a reçue n'a pas eu de «répercussion» sur la prise en charge des patientes qui vivent un déni de grossesse. Notons encore que seulement 2 des 55 sages-femmes interrogées (3,6%) avouent avoir vécu un cas de déni de grossesse dans leur entourage proche. Elles affirment qu'elles se sentent «plus sensibilisées» par le sujet du déni de grossesse.

Connaissance des risques

Une sage-femme sur deux (56,4%) pense que le déni de grossesse a des conséquences pour le nourrisson et pour sa mère. Selon 16,4% des sages-femmes interrogées, il n'existe que des risques pour la mère alors que 12,7% d'entre elles estiment qu'il n'y a des risques que pour le nourrisson. En revanche, 14,5% des sages-femmes croient qu'il n'y a aucun risque, ni pour la mère, ni pour le nourrisson.

1. Risques pour la mère

La majorité des sages-femmes (72,6%), pense qu'il existe un risque pour la mère («oui pour la mère» et «oui pour les deux»). Ces sages-femmes énoncent les risques suivants:

- «rejeter son enfant» (12)
- «un risque de dépression» (10)
- «violence» (4)
- «culpabilité» (3)
- «des problèmes pour fonder une famille» (2)
- «ne se sent pas mère» (2)
- «perturbations psychologiques» (1)
- «humiliation au sein de la société» (1)
- «problèmes obstétricaux liés au non suivi de la grossesse» (1)
- «négligence» (1)
- «manque de patience» (1)
- «manque de connaissance et par conséquent un risque d'irresponsabilité» (1)
- «grande fatigue maternelle, et de gestes systématiques envers son enfant» (1)

2. Risques pour le nouveau-né

Près de deux sages-femmes sur trois (67,3%) pensent qu'il existe un risque pour le nouveau-né («oui pour le nourrisson» et «oui pour les deux»). Ces sages-femmes énoncent les risques suivants:

- «manquer d'amour» (9)
- «déprime, se laisse mourir» (7)
- «problèmes pour instaurer des relations stables avec son entourage» (4)
- «maltraitance» (3)
- «infanticide» (3)
- «un problème dans le développement psychomoteur» (2)
- «le père biologique demande la garde ce qui séparerait le couple mère-enfant» (1)
- «complications liées à la prématurité» (1)
- «problèmes sociaux» (1)
- «pleurs récurrents» (1) ◀

Références

Bayle B.: L'embryon sur le divan: psychopathologie de la conception humaine. Paris, Masson, 2003, 168 p.

Bonnet B.: Geste d'amour, l'accouchement sous X. Paris, Odile Jacob, 1990, 237 p.

Colasson I.: Leur maternité est impensable. De la grossesse niée au déni de grossesse. Poitiers, mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, 1995, 59 p.

Dayan J. et al.: Psychopathologie de la périnatalité, Paris, Masson, 1999, 544 p.

Grangaud N.: Déni de grossesse, essai de compréhension psychopathologique. Paris, thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, 2001, 133 p.

Joubert A.-L.: Les déclarations tardives de grossesse. Lyon, mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, 1996, 59 p.

Marinopoulos S.: Accouchement et abandon, Gynécologie Obstétrique, N°455/456, juin-juillet 2002, 26–27.

Massari B.: Le déni de grossesse. In: Perspectives Psy, juin-juillet 2002.

Missonnier S. et al.: La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris, PUF, 2004, 734 p.

Pierronne C. et al.: Le déni de grossesse à propos de 56 cas observés en maternité, Perspectives psychiatriques, juillet 2002, 182–188.