

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Christopher REDD

Né(e) 18/06/1993 à Bristol, Royaume-Uni

TITRE

Le déni de grossesse : une exception française ?

Présentée et soutenue publiquement le 26/10/2022 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Thomas DESMIDT, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Jérôme GRAUX, Psychiatrie, PH, CHU – Tours

Docteur Clémence LE JOUBIOUX, Médecine Générale, Comede – Paris

Directeur de thèse : Docteur Alexandre MICHEL, Psychiatrie, CCA, Université Paris Cité

Le déni de grossesse : une exception française ?

Résumé

Le déni de grossesse est un concept qui est apparu dans la littérature scientifique autour des années 1970s. En France, ce diagnostic semble faire partie courante de la pratique quotidienne en psychiatrie et en obstétrique tandis qu'au Royaume-Uni il est absent. Cette thèse utilise une approche sociohistorique comparative pour analyser la généalogie du déni de grossesse selon le contexte national. L'objectif de la recherche est d'explorer comment en France, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, s'est construite la catégorie du déni de grossesse. Elle repose sur une recherche bibliographique en anglais et en français, exhaustive et transdisciplinaire, comprenant toute utilisation du terme « denial of pregnancy/déni de grossesse » entre 1800 et 2019. Les textes recueillis font l'objet d'une analyse quantitative bibliométrique et qualitative basée sur la théorie ancrée. Les données recueillies montrent que le déni de grossesse est apparu en lien avec plusieurs transformations sociales liées à la grossesse et la maternité : le développement des technologies diagnostiques pour la grossesse, l'arrivée des dispositifs de suivi anténatal systématique, la notion du déni provenant de la psychanalyse, la désinstitutionalisation en psychiatrie, la création de la sous-discipline de la psychiatrie de liaison ainsi que les modifications des lois sur l'adoption et l'infanticide. Les données indiquent également une « exception française », où le déni de grossesse prend une place plus importante dans la société et la littérature scientifique en France, notamment par rapport au Royaume-Uni.

Mot clés : déni de grossesse ; psychiatrie ; obstétrique ; maternité ; histoire de la médecine ; sociologie de la médecine

Titre en anglais

Denial of pregnancy: a French exception?

Résumé en anglais

According to the literature, denial of pregnancy is a term first appearing in 1967 often associated with psychosis. Today it is said to be a neglected problem in obstetrics, without any link to previous mental disorder. The term is widely used in clinical practice in France yet appears relatively unknown in the United Kingdom. This study is the first time that sociological research methods have been used to study the genealogy of denial of pregnancy. The principal objective of this thesis is to explore how the category denial of pregnancy was constructed in France, the USA and the UK. It will use a comprehensive transdisciplinary and bilingual corpus of texts pertaining to capture every usage of the term denial of pregnancy in English and French between 1800 and 2019. The methods used comprise both quantitative analysis of bibliometric data and qualitative analysis based in grounded theory. The data show that the first usage of denial of pregnancy was in 1839. The appearance of denial of pregnancy is linked to multiple social developments concerning pregnancy and maternity: the development of diagnostic technology for pregnancy; the spread of systematic antenatal screening and follow-up; the theorisation of the psychoanalytical concept of denial; the rise of liaison psychiatry; psychiatric deinstitutionalisation; and changes to the laws around adoption and infanticide. The data confirms the presence of a “French exception”: in France the denial of pregnancy occupies a greater place in both society at large and in the scientific literature than in any other country, notably the United Kingdom.

Keywords: denial of pregnancy; psychiatry; obstetrics, maternal health; history of medicine, sociology of medicine.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GUILLEUX Valérie Immunologie
HOARAU Cyrille Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

A Dr Alexandre Michel, merci d'avoir adopté un projet personnel orphelin et de m'avoir guidé dans les passerelles entre la médecine et la sociologie.

A Professeur Camus, merci d'avoir accepté d'être le Président du mon jury. Merci de m'avoir permis de poursuivre ce parcours peu typique, même si cela a impliqué de m'éloigner de Tours.

A Professeur Desmidt, merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury, et merci également d'avoir été une source infatigable de blagues lors des quelques déjeuners à Bretonneau que nous avons passés ensemble.

A Dr Graux, merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury, merci de m'avoir accueilli dans ton service, qui m'a permis de gagner en confiance. Merci également, par tes initiatives diverses, de m'avoir montré qu'il y a toujours moyen d'envisager des alternatives, des nouveaux projets.

A Dr Le Joubioux, merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Merci pour ton indignation et ton investissement, que tu sembles devoir porter pour tous ceux (comme moi) qui sont dans une acceptation passive des injustices du monde comme quelque chose d'inévitable. Merci de ton amitié qui fait de Paris un endroit où nous avons envie de rester.

A Dr Raoult, merci de n'avoir pas été membre de mon jury. Ta métaphore se trouve à côté de Calcutta ; le *Bengal abyssal fan*. Une rivière sous la baie de bengal, immense, le poids de millions de particules de matière qu'on croyait oubliés, bougeant millimètre par millimètre, tiré par des forces profondes d'attraction entre matières qui secouent les vagues de la mer au-dessus et attachent la lune à la terre.

A toutes les autres personnes que j'aime, vous n'êtes pas oubliées, mais la thèse de médecine ne me paraît pas être le lieu doté d'un pouvoir de véridiction qui ferait que c'est ici qu'on partagerait l'intime de nos vies.

Table des Matières

Introduction	12
Matériel et Méthodes.....	16
Matériel.....	16
Méthodes.....	18
Analyse quantitative	18
Analyse qualitative	19
Résultats	21
Partie 1: analyse quantitative des données bibliométriques	21
Partie 2: analyse qualitative de la littérature scientifique et littéraire 1800 - 2009.	33
La gestion de l'incertitude (1839-1940)	33
L'émergence du déni : une explication psychanalytique pour les maternités déviantes (1940-1999)	41
Le déni de grossesse comme motif pour l'IVG	44
Suivre une grossesse, trouver un déni	45
Le déni de grossesse et l'infanticide : comment expliquer l'inexplicable	48
Le déni de grossesse et l'adoption : de l'abandon à l'adaptation.....	51
Le déni de grossesse à l'intersection des pathologies psychiatriques.....	57
Le déni de grossesse comme preuve de la gestation psychique (2000-2019)..	64
Quantifier le déni de grossesse : la revendication d'un problème de santé publique	65
Le déni de grossesse et la néonaticide : une association critiquée mais une défense admissible.....	70
Le déni de grossesse psychotique : un problème plus légal que clinique	74
Le déni de grossesse comme problème à part entière.....	76
Une exception française ?	79
Les débats psychanalytiques français	82

Le déni de grossesse comme preuve de la gestation psychique.....	84
Le déni du déni : une société qui se voile la face	86
Discussion.....	88
La construction sociale	89
Comment comprendre l'émergence du déni de grossesse ?.....	92
Est-ce que le déni de grossesse est un problème français ?.....	96
Est-ce que le déni de grossesse est une maladie mentale transitoire ?	99
Limites et biais de l'étude	100
Conclusion	103
Bibliographie	104

Le déni de grossesse : une exception française ?

Introduction

Ce travail de thèse propose une exploration de la construction sociale du déni de grossesse entre la France, le Royaume-Uni et les États-Unis. L'étude utilise une approche sociohistorique pour analyser la généalogie de la catégorie du déni de grossesse dans la littérature anglophone et francophone.

Pourquoi le déni de grossesse?

Mon intérêt pour le sujet du déni de grossesse a débuté lors d'une discussion autour d'un déjeuner. Jeune interne en psychiatrie, récemment arrivé de l'Angleterre, j'étais étonné d'entendre parler de l'existence d'un diagnostic, une entité clinique bien définie, dont je n'avais jamais entendu parler pendant mes études médicales en Angleterre. J'étais incrédule quant à l'idée que c'était le déni même qui rendait indétectable la grossesse. En effet, selon mon interlocutrice, les femmes qui se trouvent dans cette situation ne montrent aucun signe physique avant qu'elles n'apprennent et n'acceptent la grossesse en cours. Certes, à l'école de médecine, j'avais entendu parler de femmes qui arrivaient aux urgences dans un contexte de douleurs abdominales et qui apprenaient qu'elles étaient enceintes de plusieurs mois et proches du terme de la grossesse. Mais à aucun moment on ne parlait du déni comme facteur explicatif principal qui regroupait ces expériences sous une catégorie bien délimitée. Je me suis alors posé la question de savoir pourquoi je n'avais jamais

entendu parler du déni de grossesse auparavant? Était-ce un phénomène connu uniquement en France? Et si oui, depuis quand? Comment expliquer son apparition?

Il y a de nombreux textes qui ont abordé l'histoire du déni grossesse, tous étant des revues de la littérature (Grangaud 2002; Carlier 2009; Seibert 2011; Bayle 2009; Seguin, Golse, et Apter 2013). Ces textes conçoivent le déni de grossesse comme un tableau transhistorique dont il s'agit de découvrir les premières descriptions. Par exemple, Seguin et al décrivent que des « *cas cliniques de déni de grossesse sont observés et connus depuis longtemps, bien que n'étant pas nommés ainsi* » (Seguin, Golse, et Apter 2013, 268). Ils citent des grossesses « méconnues », « ignorées », « inconscientes » et « dissimulées ». La question de la construction sociale n'est pas au cœur de ces études. Elles ne posent pas la question du sens des modifications de la terminologie, ni celle de pourquoi ces modifications ont eu lieu. Plusieurs auteurs notent une émergence du déni de grossesse en lien avec le néonaticide, et des cas médiatisés, sans aller plus loin. Elles ne considèrent pas non plus la possibilité que le déni de grossesse, comme on le connaît aujourd'hui, comme expérience vécue des femmes et des médecins, pourrait être qualitativement distinct des tableaux décrits avec une autre nomenclature. Autrement dit, que les catégories diagnostiques elles-mêmes peuvent avoir une incidence sur les phénomènes qu'elles sont censées décrire. Cependant, pour comprendre la construction sociale d'un diagnostic, il est essentiel de prendre au sérieux la question de la différence entre une grossesse méconnue et un déni de grossesse.

Il y a seulement deux études issues des sciences sociales qui étudient spécifiquement le déni de grossesse (Seibert 2011; Ayres et Manjunath 2012). Marion Seibert a utilisé les méthodes des sciences politiques pour étudier la publicisation du déni de grossesse c'est-à-dire le passage d'un phénomène de la sphère privé à la sphère publique dans le contexte

français. Sa recherche porte cependant plus sur l'efficacité de l'engagement des acteurs impliqués que sur le concept de déni de grossesse et son émergence. Il est également limité au contexte français, ce qui ne permet pas de d'analyse l'influence du contexte national sur l'émergence du déni de grossesse. Susan Ayres et Prema Manjunath ont analysé la manière dont deux films américains¹ traitent les discours dominants sur le néonaticide et la grossesse non désirée (Ayres et Manjunath 2012). Le déni de grossesse est ici présenté comme une forme de grossesse non-désirée, et les chercheuses s'intéressent plus sur comment ce concept est exposé dans les films et comment cela interagit avec des narratifs sociaux autour du néonaticide. Elles ne posent pas de question d'ordre sociohistorique. De plus, s'ils font référence au contexte français, elles ne s'appuient pas sur une approche comparative systématique, présumant implicitement une similarité entre les deux pays.

Mon travail de recherche se différencie de ces textes en termes d'objectifs et en termes de méthodologie. Concernant les objectifs, c'est le seul à étudier la généalogie du déni de grossesse de manière comparative, et à viser la compréhension de sa construction selon différentes contextes nationaux. Concernant les méthodes, c'est également la première fois que sont utilisées des méthodes d'analyse bibliométrique afin d'objectiver les dynamiques internationales de la construction du déni de grossesse, ainsi que l'analyse qualitative basée sur la théorie ancrée, permettant une analyse plus compréhensive de la littérature scientifique, notamment en introduisant des facteurs contextuels.

La thèse sera composée de trois sections. Dans la première, je présenterai les matériels et méthodes utilisés. Les résultats seront présentés dans la deuxième section, divisée en deux parties selon la nature quantitative ou qualitative de l'analyse. La présentation des résultats

¹ *Just another girl on the I.R.T* (1992) et *Stephanie Daley* (2006)

qualitatifs sera divisée selon une répartition chronologique et thématique débutant avec une exploration des approches de la grossesse dans le 19^e siècle, puis décrivant l'apparition de l'entité clinique du déni de grossesse au cours du 20^e siècle, et finissant avec l'explosion de l'intérêt à son égard pendant le 21^e siècle. Dans la troisième partie, les retombées de la recherche seront discutées en lien avec des travaux de Ian Hacking sur la construction sociale.

Matériel et Méthodes

Matériel

Le matériel pour cette thèse est un corpus d'articles et de livres élaboré suite à une recherche documentaire approfondie, utilisant des sources appartenant aux sciences sociales et à la médecine, en français et en anglais. Concernant les articles scientifiques, j'ai effectué une recherche systématique utilisant une équation unique dans les bases de données PubMed et Google Scholar

“Denial of pregnancy” [Title/abstract] in Pubmed, [Title] in Google Scholar.

“Déni de grossesse” [Title/abstract] in Pubmed, [Title] in Google Scholar.

Afin de compléter la recherche en langue anglaise, une recherche additionnelle en français a été conduite dans les bases de données *APA PsycInfo*, *PubPsych* et l'archive “*Bibliothèque Médicale Française*” publié par Science Direct. Une recherche supplémentaire a été faite dans les bases de données spécifiques pour les sciences humaines et sociales : *JSTOR*, *SSRN* et *CAIRN*. Pour la littérature grise² et/ou non-scientifique, une recherche a été effectuée année par année dans la base de données “*Google books*” avec les mots clés « déni de grossesse » et « denial of pregnancy ».

² La littérature grise fait référence à des textes, souvent institutionnels, qui circulent en dehors des circuits habituels d'édition et de distribution.

Tout article ou livre ayant les mots « *déni de grossesse* » ou « *denial of pregnancy* » dans le texte a été inclus. Les bibliographies des articles publiés ont été consultées pour recueillir des textes supplémentaires. Des articles publiés dans d'autres langues que l'anglais ou le français ont été exclus. Dans les situations où un article était disponible dans plusieurs langues, soit il était attribué au pays dans lequel était basée la revue en question, soit il était compté en chaque langue. Tout article correspondant aux critères étaient inclus jusqu'à 2019.

Le deuxième matériel utilisé était une base de données bibliométriques *Google Ngram Viewer*. Le *Ngram viewer* permet aux utilisateurs de comparer la fréquence relative d'une phrase (un ngram, où n = le nombre de mots dans la phrase) dans un échantillon comprenant des millions de livres (approximativement 4% de la littérature mondiale publié) dans des multiples langues (Michel et al. 2011). Les œuvres sont organisées par corpus. Les corpus utilisés étaient *English 2012*, *British English 2012* et *French 2012*. Ici, les résultats montrent le pourcentage de phrases de trois mots qui étaient "*denial of pregnancy*" en anglais et "*déni de grossesse*" en français dans l'ensemble de textes dans l'échantillon publié dans une année donnée. Les paramètres suivants ont été utilisés:

[denial of pregnancy]:eng_2012,[denial of pregnancy]:eng_gb_2012,[déni de grossesse]:fre_2012

J'ai utilisé une recherche insensible à la casse, c'est-à-dire qui inclut les formes en majuscule et minuscule.

La recherche initiale était pour tous les textes entre 1600 et 2012. Pour la représentation graphique la recherche a été réduite à 1820-2009 parce qu'il n'y avait

aucun résultat entre 1600 et 1820 et parce que les corpus se terminaient en 2009. Pour faciliter l'interprétation graphique, les résultats sont aussi présentés pour la même recherche pour la période 1940-2009

Méthodes

Cette thèse emploie une méthodologie mixte, employant des méthodes d'analyses quantitative et qualitative.

Analyse quantitative

L'analyse quantitative est essentiellement bibliométrique, s'appuyant sur les données du corpus des articles et de *google ngram viewer*.

Une base de données a été élaborée pour tous les articles publiés dans les revues indexées. Ils ont été classifiés selon la langue, la discipline du journal et le pays d'origine. Le pays d'origine était établi selon les affiliations des auteurs. Dans les cas où il y avait des auteurs de plusieurs pays, la classification était faite selon l'auteur principal. Les analyses statistiques sont principalement descriptives, une approche plus appropriée pour des études sur des populations circonscrites qui ont un sens en elles-mêmes (Gros 2017). Dans le cadre de cette thèse, la population d'intérêt était les articles scientifiques sur le déni de grossesse, dont le corpus visait à contenir la totalité plutôt qu'un échantillon représentatif. Les analyses statistiques descriptives sous forme de tri croisé ont été effectuées

exclusivement sur les articles scientifiques indexés, et non pas sur la littérature populaire ou les articles non-indexés.

Les données de *google ngram viewer* sont présentées telles que produite par l'outil, aucune analyse supplémentaire n'a été effectuée.

Analyse qualitative

Le corpus de textes a été analysé par la théorie ancrée, une méthode développée par les sociologues Anselm Strauss et Barney Glazer sous le nom de *grounded theory* (Strauss et Corbin 1990). La théorie ancrée est une méthode d'analyse empirique itérative. Les données qualitatives sont comparées de manière continue passant du codage simple, à la catégorisation puis à la conceptualisation et à la théorisation (Paillé 1994). Le processus est dit itératif parce que le chercheur est encouragé à effectuer de multiples aller-retours entre les codes, les catégories et les thèmes et les données brutes afin d'affirmer leur validité empirique. Un outil spécifique utilisé dans cette thèse est le *messy map* décrit par Adele Clark, une forme de carte conceptuelle (Clarke, Friese, et Washburn 2015). Le chercheur met sur cette carte conceptuelle la totalité des éléments pertinents associés à sa recherche, qui sont mis en relation de façon spatiale, ce qui force le chercheur à expliciter les liens et interactions entre les différents éléments. L'analyse quantitative a été poursuivie jusqu'à la saturation des données, le moment à partir duquel l'inclusion de données additionnelles ne modifie plus les catégories, les concepts et les théories produites.

Bien que non pas inclus dans le cadre formel de ma recherche, mes expériences professionnelles et personnelles m'ont amenée à avoir de multiples conversations permettant de tester certaines des hypothèses générées par la recherche. Je souhaite citer notamment les discussions avec le Dr Rahmeth Radjack, pédopsychiatre travaillant en liaison en maternité, Cigala Peirano, anthropologue et psychologue en maternité, et Dr Rebecca Lissmann, interne en obstétrique et gynécologie au Royaume-Uni.

Aucun logiciel d'analyse quantitative n'a été utilisé.

Résultats

Partie 1: analyse quantitative des données bibliométriques

La revue de la littérature scientifique a identifié 142 publications scientifiques en langue française et 63 publications scientifiques en langue anglaise pour les sujets « déni de grossesse » et « denial of pregnancy » respectivement.

La Figure 1 montre le nombre de publications par année afin de permettre une comparaison entre la chronologie des publications dans chaque langue. Les premières publications scientifiques sur le sujet apparaissent à partir de 1977 en français et 1978 en anglais. Pendant les deux décennies suivantes, la fréquence de publications ne dépasse jamais deux par année, avec une prépondérance de publications en anglais. A partir de 2000, cependant, ces deux tendances s'inversent, avec une augmentation du nombre de publications par année (jusqu'à 17 par année en français) et une prépondérance des articles en français. Les données suggèrent alors une augmentation de l'intérêt scientifique porté par les concepts de *denial of pregnancy* et déni de grossesse à partir des années 2000, et surtout en langue française.

La catégorisation des publications selon leur type (article scientifique indexé VS thèse ou mémoire) et la discipline scientifique nous permet d'obtenir une analyse plus fine de l'activité scientifique dans ce domaine.

Concernant le type de publication, les thèses et mémoires sont plus présents dans la littérature francophone, comprenant 64 publications ou 45% des résultats recensés en langue française. Comme le montre la figure 1, la grande majorité des publications en

français pendant la période 2000-2019 sont des publications en dehors des revues scientifiques indexées. La tendance générale évoquée ci-dessus reste néanmoins d'actualité; les articles scientifiques indexés francophones sur le déni de grossesse deviennent plus nombreux que leurs équivalents anglais à partir de 2000 (voir tableau 1), bien que l'écart reste discret.

Figure 1

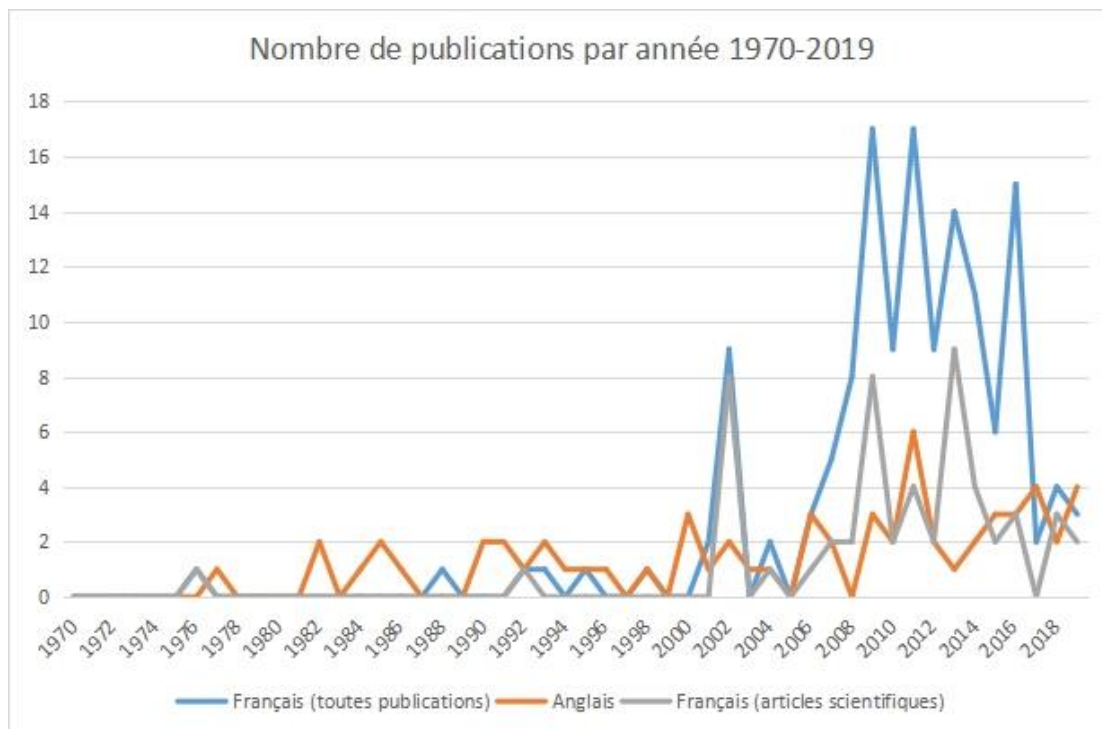


Tableau 1: nombre de publications par décennie.

	Anglais	Français (toutes publications)	Français (articles scientifiques indexés)
1970-1979	1	1	1
1980-1989	6	1	0
1990-1999	11	4	1
2000-2009	16	46	22
2010-2019	29	90	31
Total	63	142	55

Pour les articles dans les revues indexés, le tableau 2 présent le nombre d'articles par pays d'origine pour la période allant de 1970 à 1999, le tableau 3 pour la période comprise entre 2000 à 2020 et le tableau 4 pour la période de 1970 à 2000.

Tableau 2: Nombre de publications par pays d'origine dans des revues indexés 1970-1999

	Anglais	Français	Total
Allemagne	0	0	0
Australie	1	0	1
Autriche	1	0	1
Belgique	0	0	0
Brésil	0	0	0
Canada	1	0	1
France	2	2	4
Hong Kong	0	0	0
Inde	0	0	0
Italie	0	0	0

Corée du sud	0	0	0
Pays-Bas	1	0	1
Turquie	0	0	0
UK	2	0	2
USA	10	0	10
Suisse	0	0	0
Total	18		20

Tableau 3: Nombre d'articles par pays d'origine dans des revues indexées 2000-2020

	Anglais	Français	Total
Allemagne	8	0	8
Australie	2	0	2
Autriche	0	0	0
Belgique	2	3	5
Brésil	1	0	1
Canada	0	0	0
France	7	51	58
Hong Kong	1	0	1
Inde	3	0	3
Italie	1	0	1
Corée du sud	1	0	1
Pays-Bas	0	0	0
Turquie	1	0	1
UK	3	0	3
USA	17	0	17
Suisse	0	1	1
Total	47		102

Tableau 4: Nombre d'articles par pays d'origine dans des revues indexées 1970-2020

	Anglais	Français	Total
Allemagne	8	0	8
Australie	3	0	3
Autriche	1	0	1
Belgique	2	3	5
Brésil	1	0	1
Canada	1	0	1
France	9	53	62
Hong Kong	1	0	1
Inde	3	0	3
Italie	1	0	1
Corée du sud	1	0	1
Pays-Bas	1	0	1
Turquie	1	0	1
UK	5	0	5
USA	27	0	27
Suisse	0	1	1
Total	57	57	114

Quant aux disciplines, il y avait un total de 21 disciplines académiques avec des publications en français versus 14 pour les publications en anglais (tableau 5).

Tableau 5: disciplines académiques par ordre de fréquence et par langue

Français - (nombre de publications)	Anglais (nombre de publications)
Psychiatrie (31)	Psychiatrie (22)
Sage-femmes (28)	Gynécologie obstétrique (11)
Médecine (13)	Médecine (8)
Gynécologie obstétrique (12)	Abus de l'enfant (3)
Psychanalyse (12)	Psychologie (3)
Psychologie (12)	Médecine militaire (2)
Droit (6)	Médecine reproductive (2)
Santé publique (5)	Pédiatrie (2)
Etudes infirmiers (4)	Dermatologie (1)
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (3)	Economie (1)
Pédiatrie (3)	Médecine légale (1)
Médecine scolaire (3)	Pharmacologie (1)
Travail social (3)	Santé des femmes (1)
Pharmacie (2)	Travail social (1)
Science politique (2)	
Science de l'évolution (2)	
Sciences humaines (2)	
Nutrition (1)	
Journalisme (1)	
Récit personnel (1)	
Dermatologie (1)	

Les catégories qui apparaissent uniquement en français sont la psychanalyse, les maïeutiques, le droit, les sciences humaines, les récits personnels, la science de la nutrition, la science de l'évolution, les sciences politiques, la santé publique, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la pharmacie, la médecine scolaire et les études en soins infirmiers. Les

catégories qui apparaissent uniquement en anglais sont l'abus de l'enfant³, la médecine militaire, la médecine reproductive, l'économie, la médecine légale et la médecine reproductive.

Comme le montre le tableau 1, 39% des publications en langue française étaient des articles scientifiques indexés, le reste étant des mémoires ou thèses ou d'autres formes de publications. Le tableau 6 montre le nombre de publications par type de discipline académique et par type de publication pour la langue française.

Tableau 6: nombre de publications par type de discipline académique et par type de publication pour la langue française.

Discipline	Nombre de publications - dont articles scientifiques (%)	Part de articles scientifiques (%)	Part de publications (%)
Dermatologie	1 - 1 (100%)	2%	1%
Droit	6 - 0 (0%)	0%	4%
Etudes infirmiers	4 - 0 (0%)	0%	3%
Gynécologie obstétrique	12 - 11 (92%)	20%	8%
Journalisme	1 - 0 (0%)	0%	1%
Médecine	13 - 8 (62%)	15%	9%
Médecine scolaire	3	5%	2%

³ Par exemple, le journal *Child Abuse & Neglect*

	- 3 (100%)		
Nutrition	1 - 0 (0%)	0%	1%
Pédiatrie	3 - 2 (67%)	4%	2%
Pharmacie	2 - 0 (0%)	0%	1%
Psychanalyse	12 - 6 (50%)	11%	8%
Psychiatrie	31 - 18 (58%)	33%	22%
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	3 - 2 (67%)	4%	2%
Psychologie	11 - 3 (27%)	5%	8%
Sage-femmes	28 - 1 (4%)	2%	20%
Santé publique	5 - 0 (0%)	0%	4%
Science de l'évolution	2 - 0 (0%)	0%	1%
Science humaines	2 - 0 (0%)	0%	1%
Science politiques	2 - 0 (0%)	0%	1%
Récit personnel	1 - 0 (0%)	0%	1%
Travail social	3 - 0 (0%)	0%	2%

La proportion dans chaque discipline d'articles scientifiques indexés sur l'ensemble des publications étudiées varie de 0% (11 disciplines) à 100% (dermatologie et médecine scolaire). La part de l'ensemble des articles scientifiques indexés appartenant à une

discipline varie de 0% (11 disciplines) à 33% (psychiatrie), tandis que la part de toutes les publications appartenant à une discipline varie de 1% (8 disciplines) à 22% (psychiatrie). Il y a 8 disciplines qui représentent un part plus important des articles scientifiques indexés que toute publication confondue: la psychiatrie (33% vs 22%), la gynécologie obstétrique (20% vs 8%), la médecine (15% vs 9%), la psychanalyse (11% vs 8%), la psychiatrie de l'enfant de l'adolescent (4% vs 2%), la pédiatrie (4% vs 2%), la médecine scolaire (5% vs 2%) et la dermatologie (2% vs 1%).

Concernant les auteurs des publications, il y a 8 auteurs avec deux publications ou plus en langue anglaise, dont Jens Wessel (6 publications), Patrick Sandoz (4 publications) et Ulrich Buscher (3 publications). En langue française il y a 22 auteurs avec deux publications ou plus, dont Benoît Bayle (7 publications), Michel Libert (5 publications), Felix Navarro (5 publications), Sophie Marinopoulos (4 publications), Israël Nisand (4 publications), MH Delcroix (4 publications) et E Godeau (3 publications). Parmi les auteurs en français à avoir plus de deux publications, seulement Michel Libert a publié dans des revues scientifiques indexés

Données de google Ngram Viewer

Les figures 2 et 3 montrent les résultats du *google ngram viewer* pour les périodes 1800-2009 et 1950-2009 respectivement.

Figure 2

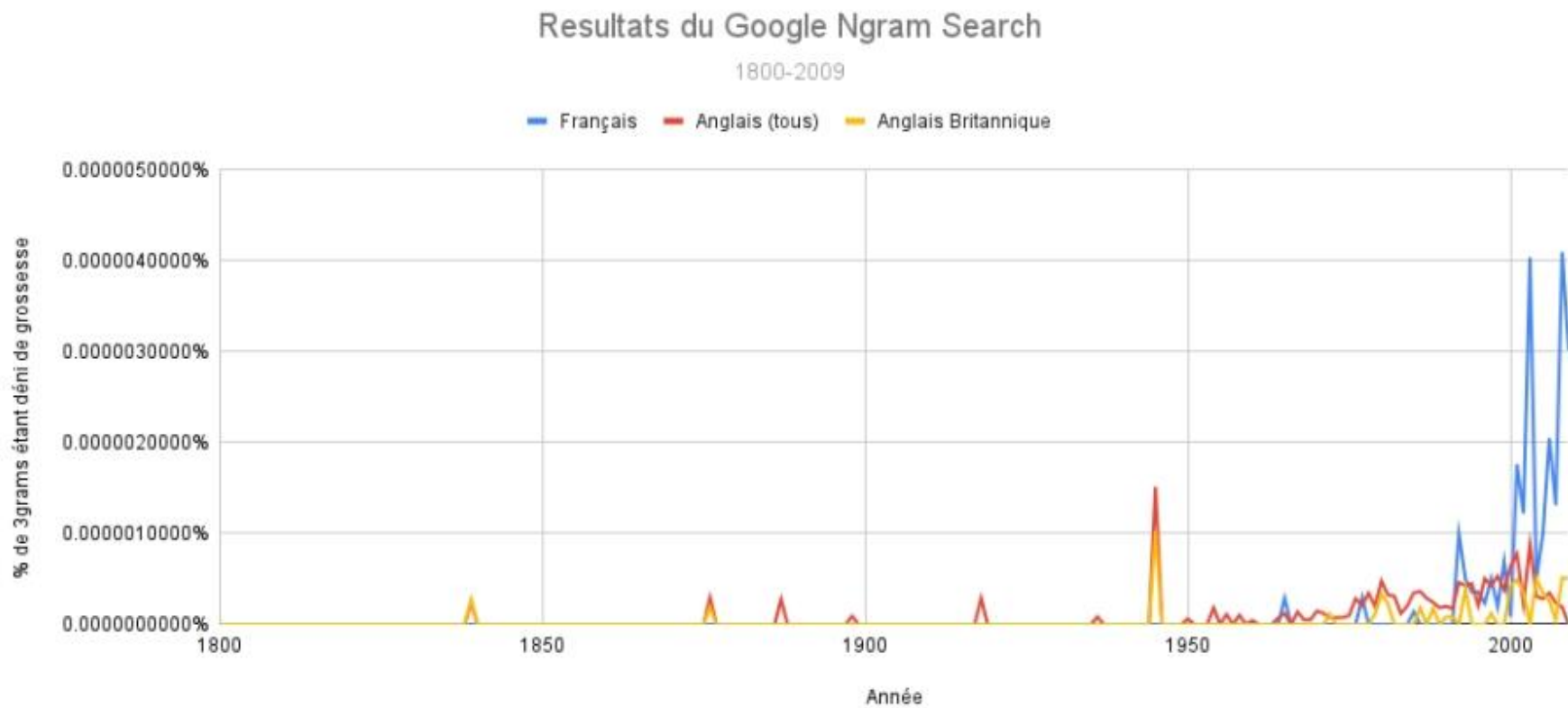
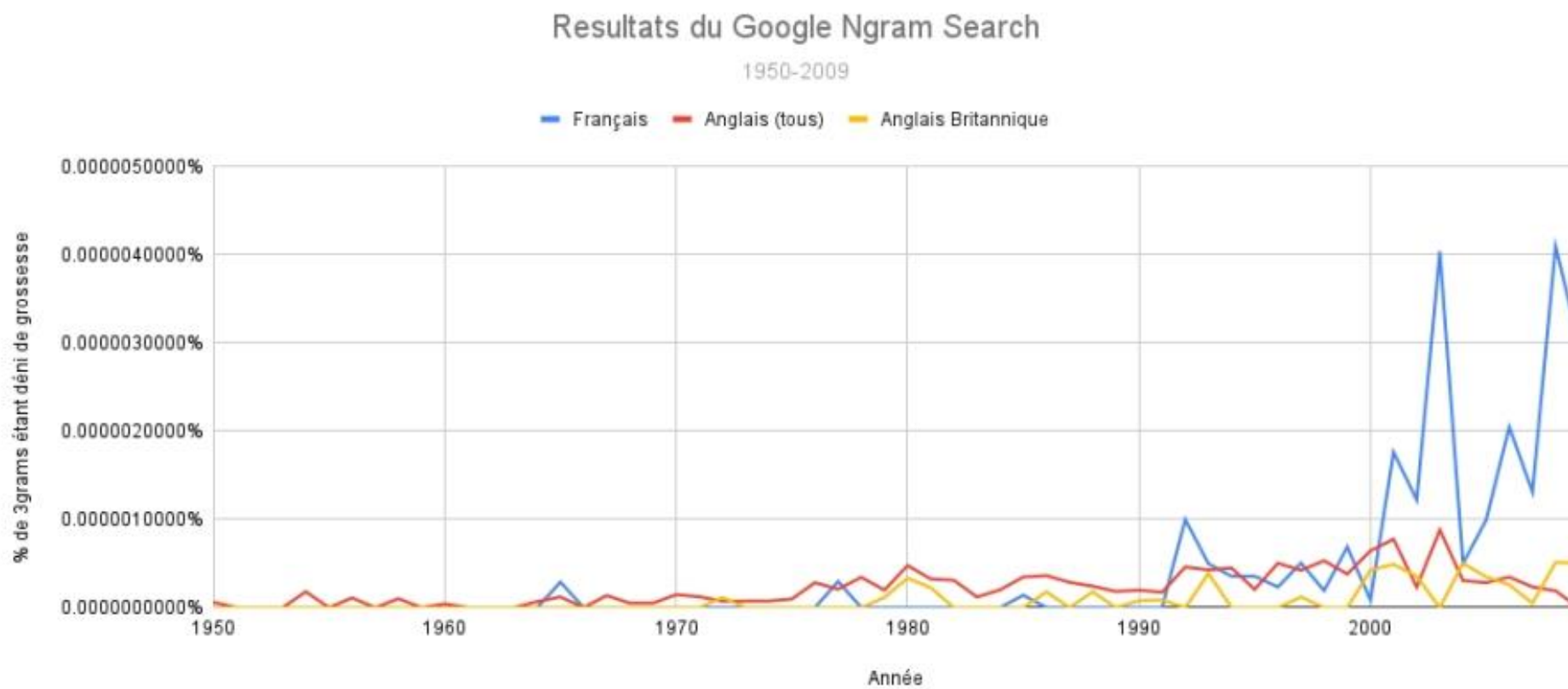


Figure 3



Selon les données de *google ngram*, le terme “déli de grossesse” est utilisé pour la première fois en français en 1965 tandis que le terme “denial of pregnancy” est utilisé pour la première fois en anglais en 1839.

La fréquence relative du “déli de grossesse” a été plus importante dans le corpus anglais que le corpus français pour chaque année entre 1800 et 1990 à l’exception des années 1965 et 1977. Entre 1990 et 2009 la fréquence relative du “déli de grossesse” a été plus importante dans le corpus français que le corpus anglais pour 14 années (i.e. 70% des fois), à l’exception des années 1990, 1991, 1994, 1996, 1998 et 2000.

Partie 2: analyse qualitative de la littérature scientifique et littéraire 1800 - 2009.

L'analyse thématique de la littérature va être divisé en trois parties, chacune correspondant à une période particulière dans le développement du problème de déni de grossesse. La première partie, débutant au cours du 19^{ème} siècle, propose d'explorer les descriptions des femmes enceintes sans le savoir antérieures à l'existence du déni de grossesse. La deuxième partie, couvrant le 20^{ème} siècle, va présenter la conceptualisation du déni de grossesse, et ses premières transformations, en lien avec de multiples enjeux sociaux et professionnels. La troisième partie, qui concerne le 21^{ème} siècle, va explorer son essor, particulièrement en France où il semble avoir pris une ampleur significative.

La gestion de l'incertitude (1839-1940)

La plupart des textes qui retracent l'histoire du déni de grossesse datent la première observation de ce phénomène en 1681 par un gynécologue Français Dr François Mauriceau, qui utilise le terme « méconnaissance », puis par Dr Etienne Esquirol en 1838, puis Dr Louis-Victor Marcé en 1858, Dr Auguste-Ambroise Tardieu en 1874, et finalement un médecin anglais George Gould en 1898 qui introduit le terme « grossesse inconsciente » (Grangaud 2002; Seguin, Golse, et Apter 2013; Bayle 2009). On propose ici de compléter ces travaux antérieurs en discutant la question du déni de grossesse en lien avec d'autres textes, moins connus de la même période. Contrairement à ce qui a été rapporté dans la littérature, les premières utilisations du terme « *denial of pregnancy* » date d'au moins 1839.

Avant de discuter les textes eux-mêmes, tous concernant le domaine médical, il est important de décrire brièvement le contexte historique de la pratique de la médecine au 19^{ème} siècle. Il est le début de la spécialisation, un processus qui va s'accélérer, de manière différencié selon le contexte et la spécialité, à la fin du 19^{ème} siècle (Weisz 2002; Goldstein 1987). Concernant l'obstétrique en particulier, les 18^{ème} et 19^{ème} siècles sont une période de transformation qui voit un nouveau groupe d'acteurs, les universitaires obstétriciens, s'imposer comme une autorité légitime dans la gestion des accouchements (Porter 1999, 382; Schlumbohm 2002). Ceci s'accompagne par une transformation des pratiques, avec la

construction des nombreuses maternités ou des femmes enceintes pourraient être prises en charge.

Un aspect essentiel à toute démarche de spécialisation est la démonstration d'un savoir et d'une expertise spécifique, c'est dans ce cadre qu'on peut voir les nombreux traités, manuels, lectures et cas cliniques publiés à l'époque. Ces textes ne sont pas simplement les observations d'un phénomène identifié dans la pratique clinique ; ils sont une manière de démontrer la supériorité d'une certaine approche. Dans ce sens, ce que les textes du 19^e siècle montrent, c'est le climat d'incertitude autour de la grossesse, un état qui a été déjà décrit comme « une réalité médical et physique » au 17^e et 18^e siècles (McClive 1999). Le déni de grossesse doit être compris dans le cadre de la montée des spécialités et du développement de l'obstétrique médicale. C'est dans ce contexte spécifique que les obstétriciens font passer aux femmes des épreuves de vérité et tentent de gérer les incertitudes liées au diagnostic de grossesse. La précision du diagnostic est indispensable à la reconnaissance de leur expertise ; l'enjeu est d'éviter les erreurs.

Les premières utilisations du terme « denial of pregnancy » se retrouvent dès le milieu du 19^e siècle. Dans ce travail de recherche, c'est dans *Lady Flora Hastings: the court doctor dissected; with observations on the statements of ladies Portman and Tavistock*, publié en 1839, qu'on le retrouve pour la première fois (Murray 1839, 37). Le texte revient sur l'affaire concernant Lady Flora Hastings, la dame d'honneur de la reine Victoria, qui a fait scandale dans la société anglaise à l'époque. L'affaire elle-même est illustrative des enjeux autour du diagnostic de la grossesse. En 1839, Lady Flora Hastings tombe malade, avec des douleurs gastriques et distension abdominale. Le médecin de la cour et plusieurs membres de la cour, y compris la reine elle-même, soupçonne une grossesse, mais Dame Hastings refuse tout examen physique (Longford 1964, 94-107). La suspicion de grossesse chez une dame, célibataire, dans la cour de la reine est scandaleuse. Quand elle est confrontée à leurs suspicions elle nie le fait d'être enceinte, il semble bien que « denial of pregnancy » fait référence à cela. Elle meurt quelques mois plus tard d'un cancer du foie (« Lady Flora Hastings » 2022).

Un an plus tard, on retrouve le terme « déni de grossesse » dans les cours magistraux de Dr John Clendenning publiés dans le *London Medical Gazette* (Clendenning 1840). Le texte, intitulé *Clinical lectures on the examination of the sick and the principals sources of fallacy attending practical diagnosis*, est un texte de médecine générale sur la question des erreurs diagnostiques. Dr Clendenning propose cinq sources d'erreurs diagnostiques: la maladie simulée, la maladie dissimulée, la maladie occultée, les maladies mimétiques, et les

maladies imaginaires (Clendenning 1840, 730). Le « denial of pregnancy » est un exemple d'une maladie « dissimulée ». Ici, le déni de grossesse est une démarche active de la part de la femme pour cacher la vérité d'une grossesse: «pour ce qui concerne la femme, les raisons pour la dissimulation et le déni, dans un grand nombre de cas, sont évidents » (Clendenning 1840, 30). Les femmes, pour dissimuler leur grossesse, refusent les examens physiques et mentent sur les symptômes physiques parce que « *la plupart des femmes savent que les suppressions des règles, les nausées matinales, etc. font suspecter une grossesse* » (Clendenning 1840, 731). Elles sont également connues pour une appétence particulière pour les déceptions: « *les cas les plus remarquables en termes d'ingénuité de la déception et de la ténacité sont retrouvés parmi les femmes. Les hommes dissimulent souvent avec une méthode et un objectif intelligible - ce n'est pas ainsi pour les femmes* » (Clendenning 1840, 731).

Un des termes essentiels ici est la notion de « vérité » évoquée de manière explicite par Dr Clendenning. Le déni de grossesse ici n'est pas une maladie en elle-même, mais la dissimulation d'un état. Devant une telle signification, on pourrait se demander pourquoi le déni de grossesse, en tant que terme pour dénoter cette entité clinique, ne devient pas plus répandu. La réponse à cette question semble se situer, au moins en partie, dans le registre de la vérité. Malgré les proclamations de Dr Clendenning, qu'on peut lire comme une démonstration de son expertise, d'autres textes contemporains attestent à la grande difficulté à établir la vérité concernant la grossesse, comme si le corps des femmes résistait aux épreuves des médecins.

En 1829, Dr Joseph-Alexis Stoltz, obstétricien destiné à devenir professeur à l'université de Strasbourg, publie une traduction en français de *Recueil d'observations sur des cas de grossesses douteuses, précédé d'une introduction critique sur la manière d'explorer* depuis une version originale publiée par un médecin allemand, Wilhelm Joseph Schmitt (Stoltz 1829). Composé d'une série des cas, le texte est destiné aux jeunes praticiens en début de carrière. Le terme « grossesse douteuse » renvoi a des situations de suspicion de grossesse sans qu'aucune grossesse ne soit finalement diagnostiquée et également à l'inverse, c'est-à-dire des grossesses inattendues. Pour la plupart des cas, le doute ou l'erreur est celui ou celle du médecin, la démarche de l'auteur étant principalement de prévenir les erreurs médicales:

« Tous les praticiens conviennent qu'on éprouve souvent des difficultés très grandes à déterminer l'existence d'une grossesse douteuse, et il y a certainement peu de maîtres de l'art qui puissent se vanter de n'avoir jamais commis des erreurs. On peut

même dire que ce sont précisément les maitres qui sont plus exposés que les autres à en commettre » (Stoltz 1829, 10).

Sa démarche, pratique, consiste à promouvoir l'existence de seulement deux signes « certains » et « objectifs » de la grossesse: « *le développement de la matrice et la palpation et la sensation des parties du fœtus* » (Stoltz 1829, 19). Il conseille une mise en garde contre l'imagination à la fois du cotes des médecins - « *que le ciel préserve le médecin d'idées fixes* » (Stoltz 1829, 12) - et des femmes, chez lesquelles l'imagination est si puissant que le médecin n'attache « *aucune importance et aucun prix* » à la sensation subjective de grossesse par ces derniers.

L'auteur propose également une mise en garde contre « *l'imagination, qui montre si souvent à l'homme ce qu'il aime voir et ce qu'il souhaite, trompe bien des femmes, en leur faisant prendre pour des mouvements du fœtus chaque mouvement qui a lieu dans les intestins, ou qui dépend du déplacement de quelque organe renfermé dans le bas-ventre. Cette illusion est quelquefois si forte et si durable, qu'elle dégénère en une idée fixe, dont beaucoup de femmes, même celles qui ont eu des enfans [sic], ne peuvent se délivrer. Chez des personnes non mariées, pour lesquelles la grossesse est une horreur, on observe le contraire; celles-ci, ou ne veulent rien savoir du tous des mouvemens [sic] d'un enfant, ou se font illusion a elles-mêmes, et s'expliquent si confusément et d'une manière si indéterminée, qu'on ne sait pas où l'on en est* » (Stoltz 1829, 27).

En 1874, le Professeur Pajot, professeur d'accouchement à la faculté de médecine de Paris, publie *Des causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse* (Pajot 1874). L'auteur réaffirme que, presque 50 ans après la publication du livre par le Dr Stoltz, le diagnostic de la grossesse reste une démarche périlleuse. Le texte est principalement une critique de la valeur diagnostique à accorder à certains signes cliniques ainsi qu'à plusieurs techniques d'examen clinique.

« Le perfectionnement des méthodes et des procédés d'exploration, l'application, relativement récente, du stéthoscope et du plessimètre, venant ajouter de nouveaux signes à ceux déjà connus et transmis par la tradition obstétricale, tout semble concourir aujourd'hui à faire du diagnostic de la grossesse un problème définitivement résolu et touchant à la banalité....Et cependant combien ce diagnostic n'est-il pas parfois difficile ! » (Pajot 1874, 1)

Le professeur explique que les erreurs peuvent être de trois types: « 1° *Affirmation de la grossesse quand elle n'existe pas*; 2° *Négation de la grossesse quand elle existe* ; 3° *Confusion d'une espèce de grossesse avec une autre* » (Pajot 1874, 4). Ici encore, il paraît que la négation ou la méconnaissance sont ceux du médecin: « *ces méprises ne sont cependant pas non plus très-rares, et les hommes parmi les plus justement considérés en médecine et en chirurgie ne les ont pas toujours évitées* » (Pajot 1874, 14), un risque d'erreur qui est accru dans « l'obscurité » des premiers 3 à 5 mois. Il fait allusion également aux erreurs chirurgicales fréquentes dans ces domaines : « *Tout le monde sait l'histoire d'un utérus gravide de huit mois ponctionné dans un grand hôpital !* » (Pajot 1874, 15). Plus tard dans le texte, le terme négation réapparaît, cette fois-ci concernant la parole des femmes, qui, comme note Seguin (Seguin, Golse, et Apter 2013, 269), est regardé avec suspicion :

« Les négations absolues de tout rapport sexuel, de la part de veuves fort honorées ou de filles appartenant à des familles notoirement honorables, ces négations sont forcément faites pour jeter de grands troubles dans l'esprit du jeune médecin, d'abord en l'empêchant de recueillir les renseignements utiles et aussi en provoquant, chez lui, de respectables scrupules. Quel accoucheur vieilli dans le métier ne s'est trouvé dans cette situation embarrassante, et combien ne faut-il pas de circonspection et de tact pour s'en tirer à son honneur? » (Pajot 1874, 20)

Devant l'incertitude et l'obscurité du diagnostic de grossesse, Professeur Pajot propose à la fois pour la santé des femmes et les réputations des médecins accoucheurs de patienter: « *Le temps est ici le meilleur de tous les moyens du diagnostic* » (Pajot 1874, 17).

On voit alors comment ce que Cathy McClive a nommé « l'incertitude corporelle », qui forme partie de la « réalité médical et physique » de l'époque empêche la cristallisation d'un concept comme le déni de grossesse (McClive 1999). En effet, pour chaque cas d'une femme qui nie être enceinte mais l'est véritablement il semble qu'il y a un cas équivalent à l'envers. Au-delà de l'incertitude corporelle, les textes médicaux attestent également à une incertitude morale associée aux forts enjeux légaux et moraux autour de la maternité et les rapports sexuels hors mariage. Ce sont précisément ces enjeux qui ont fait de la situation de Lady Flora Hastings une affaire de société, en l'occasion montrant combien un diagnostic de grossesse peut être dommageable et, surtout, erroné.

Les enjeux moraux sont particulièrement présents dans des textes de médecine légale, qui montrent par ailleurs d'autres usages pour le terme de déni. On voit, par exemple, le mot

déni qui apparaît dans un texte *Traité des enfans naturels* par l'avocat Jean Simon Loiseau en 1819 (Loiseau 1819). Dans ce texte, la notion de déni fait référence surtout à la parentalité, c'est-à-dire un déni des liens de maternité ou de paternité ainsi que à la jurisprudence correspondante.

La question du diagnostic de grossesse est traitée en détail dans le *traité de médecine légale* par Gabriel Tourdes et Edmond Metzquer en 1896 (Tourdes et Metzquer 1896). Chapitre VII qui concerne la grossesse et la natalité, commence ainsi: « la grossesse soulève les questions les plus graves en droit civil et en droit pénal, au point de vue de la déontologie médicale... Le médecin est appelé à constater si la grossesse existe ou non... Le juge lui demandera si une femme peut être grosse sans le savoir » (Tourdes et Metzquer 1896, 229). Les auteurs prennent soin de décrire comment la grossesse est au cœur des nombreux enjeux médico-légaux à l'époque. Par exemple, en termes de droit civil, une grossesse pouvait permettre un mariage avant l'âge légal; et pouvait également, en tant que preuve d'un rapport sexuel, être admis comme preuve d'adultère ou impacter la répartition de la succession et les décisions relatives à la descendance. En termes de droit pénal, le fait d'être enceinte permettait un retard de la peine de mort et/ou réduisait la responsabilité pénale. Enfin, le diagnostic de grossesse était aussi essentiel dans les cas de suspicion d'avortement et d'infanticide.

Devant ces enjeux, les auteurs conseillent une attitude de suspicion « *l'expert est en présence d'une personne qui a intérêt à tromper; les symptômes subjectifs doivent avoir pour lui peu d'importance* » (Tourdes et Metzquer 1896, 235). Concernant la question de tromperie, les auteurs décrivent des instances de « simulation » et « dissimulation » de la grossesse, toutes les deux décrites comme des démarches conscientes afin d'obtenir des bénéfices secondaires. La dissimulation serait motivée par la volonté de cacher la preuve d'un adultère et « est souvent le prélude des attentats contre le nouveau-né » (Tourdes et Metzquer 1896, 242). Plus tard dans le texte les auteurs se penchent sur la question de savoir si une femme peut être enceinte sans le savoir. Ils expliquent qu'il y a deux manières d'ignorer une grossesse: ignorer la conception (le cas des femmes violées par les médecins et chirurgiens lors des opérations) ou ignorer la grossesse. Ce qui détermine la différence entre une grossesse méconnue et une grossesse ignorée est la présence des bénéfices secondaires: « *peut-elle ignorer sa grossesse? En principe, le fait ne peut être nié: on a des observations nombreuses des grossesses méconnues, chez les femmes mariées ou qui n'avaient aucun intérêt à cacher leur état* » (Tourdes et Metzquer 1896, 252). Les auteurs affirment la possibilité d'ignorer une grossesse mais ajoute que « *si la grossesse peut être méconnue pendant les premiers mois, il est difficile que l'illusion se prolonge dans les*

derniers temps. Si la femme cherche à dissimuler dans la seconde moitié de la grossesse, si elle n'a consulté personne, le cas est suspect. L'usage de moyens abortifs, une moralité douteuse, un intérêt à dissimuler, sont des arguments réunis qui conduisent à l'évidence » (Tourdes et Metzquer 1896, 253). Concernant l'étiologie ou la physiologie de l'ignorance de la grossesse, on lit que « *diverses conditions expliquent les erreurs de ce genre, le désir de ne pas être enceinte, la mort du produit de la conception, l'état mental de la femme, son âge, primipare ou aux approches de la ménopause, l'existence d'une affection organique de l'abdomen* » (Tourdes et Metzquer 1896, 253).

Il est notable que ce traité date de la fin du 19^e siècle, il y a plusieurs autres textes de la même période qui attestent d'une persistance d'incertitude quant aux pratiques cliniques, comme par exemple *The Science and Art of Obstetrics* par Theophilus Parvin, un obstétricien américain, en 1895 (Parvin 1895). Parvin décrit l'examen et diagnostic de la grossesse dans des termes similaires que Dr Stoltz: « *non seulement peut un erreur diagnostique être très préjudiciable à sa réputation [du médecin], il peut détruire la réputation de celle [une femme], injustement accusée d'être enceinte, ou même la vie d'une autre atteinte par une maladie qui mimique la grossesse* » (Parvin 1895, 184). Il y a une incertitude pour les médecins: « *peu de praticiens d'une dizaine d'années d'expérience peuvent véritablement dire qu'ils n'ont jamais fait aucune erreur diagnostique concernant la grossesse* » (Parvin 1895, 184). Comme ailleurs il conseille une méfiance quant aux dires des femmes: « *ses dires doivent être écoutés avec une grande caution, parce que, d'un côté, une imagination forte naîtra en elle, si elle désire vivement devenir mère, des signes de grossesse; ou, si elle souhaite tromper, elle peut les affirmer, et, si elle souhaite dissimuler, elle peut les nier - oui, plus d'une femme dans l'agonie de travail, ou dans l'emprise même de la mort, a nié sa grossesse dans l'espoir futile de protéger son nom des reproches, ou, le plus souvent, dans l'objectif de sauver son séducteur d'exposition* » (Parvin 1895, 185). L'auteur insiste également sur la fréquence des erreurs diagnostics dans les deux sens: « *le temps manquerait pour donner tous les cas publiés dans lesquels un utérus enceint a été drainé, ou même une laparotomie faite pour l'enlever, parce qu'on a cru à une tumeur ovarienne, et de nombreuses patientes ont été sauvées de tels dangers grâce au report de l'opération jusqu'au travail, ce qui a heureusement empêché de faire l'opération; les cas non-publiés de telles erreurs sont beaucoup plus nombreux* » (Parvin 1895, 185).

Un des termes proposé comme une sorte de précurseur historique du déni de grossesse dans les travaux historiques récents est « *grossesse méconnue* » qui, en effet, semble être présent dans de multiples sources (Bergeret 1892; Seguin, Golse, et Apter 2013). On retrouve même une phrase - « *être enceinte sans le savoir* » - qui va être reprise comme

verbatim dans la littérature contemporain sur le sujet (Large 2009). Pour autant, l'incertitude qui règne sur la clinique empêche le développement d'un sens unique pour le terme « méconnaissance ».

En 1901, Antoine Barbouroux soutient sa thèse de médecine sur le sujet des grossesses méconnues (Barbouroux 1901). L'auteur présente une série de cas publiés tout au long du 19^{ème} siècle, le premier datant de 1812, et résume bien les principaux aspects des grossesses méconnues à l'époque.

« Parfois, les signes extérieurs, nombreux cependant, et manifestes à l'ordinaire, sont assez fugaces; les symptômes subjectifs, bien alarmantes quelquefois, passent assez inaperçus pour qu'une grossesse soit ignorée jusqu'à son terme, par des femmes de bonne foi, et soit méconnue par des médecins expérimentés »
(Barbouroux 1901, 12)

Dans cet extrait, on voit à quel point la possibilité d'ignorer une grossesse, de la part du médecin et de la femme, est une possibilité admise et largement attribuée à la subtilité des signes cliniques. L'interrogatoire est décrit comme difficile, compte tenu de la capacité supposée des femmes à mentir ou retenir certaines informations.

« Pareille enquête exige la bonne fois absolue de la personne interrogée. Or, on voit chaque jour en justice, des malheureuses nier énergiquement tout symptôme subjectif éveillant l'idée d'une grossesse possible. Et d'abord, on se heurte parfois à la négation absolue de tout rapport sexuel » (Barbouroux 1901, 13)

Une suspicion qui est liée au caractère moral des actes sexuels. L'auteur détaille également plusieurs situations dans lesquelles une femme aurait raison de croire qu'elle ne pourrait pas être enceinte. Par exemples, les femmes vierges, les femmes n'ayant pas eu de coït pénétratif, des femmes se croyant stériles, par maladie ou autre. « *Combien d'hystériques, avec la meilleur foi du monde, se croient opérées de double ovariectomie, qui n'ont jamais subi qu'un simple laparotomie de complaisance et sont parfaitement aptes à devenir enceintes* » (Barbouroux 1901, 22).

Il est, cependant, également admis que dans certains cas il y a tout simplement une absence de signes de grossesse, sans pour autant que l'imagination de la femme ne soit engagée.

« Une cause qui fait qu'une femme ne se sait pas enceinte, la plus simple de toutes, mais non pas la plus rare, c'est l'absence de symptôme ou de signe de grossesse. Ce silence absolu peut durer non seulement jusqu'au troisième et quatrième mois, chose assez commune, en somme, mais jusqu'au terme et au début du travail. »
(Barbouroux 1901, 23)

« Cette notion: "qu'une femme peut être enceinte sans le savoir" paraît évident à la lecture des observations suivantes. Nous avons parcouru à cet effet la littérature médicale et nous avons été assez heureux pour recueillir un certain nombre de cas de grossesses méconnues. De tout temps, le fait a frappé les auteurs et nous le voyons déjà signalé dans une observation de 1812. Nous y joindrons une observation, communiqué par M. le professeur Vallois, dans laquelle une grossesse fut méconnue jusqu'au huitième mois par deux sage-femmes et quatre médecins, et chez une tertipare⁴ » (Barbouroux 1901, 26)

L'émergence du déni : une explication psychanalytique pour les maternités déviantes (1940-1999)

Pendant le 20^e siècle il y a de multiples évolutions qui amènent à une transformation dans la manière dont la grossesse est appréhendée et perçue, ce qui donne au déni de grossesse une nouvelle signification par rapport aux siècles précédentes. On peut séparer les transformations en deux catégories : les transformations qui permettent de penser le « déni », les transformations qui rendent « le déni de grossesse » un sujet d'intérêt. Dans cette dernière catégorie on compte par exemple des développements autour de la santé reproductive (la stérilité, l'insémination artificielle) et les enjeux sociaux autour de la maternité (l'adoption, l'accouchement sous X).

Le « déni », comme il va être utilisé plus tard, est un terme proprement psychanalytique qui doit son présence à l'essor de la psychanalyse pendant le 20^e siècle, ainsi que le processus de « psychologisation » des sociétés occidentales (Castel 1981; Porter 1999, 516-19). Le

⁴ Une femme ayant eu trois accouchements

développement de la psychanalyse et son institutionnalisation diffère de manière selon le contexte local ou national. Sherry Turkle, par exemple, montre comment le développement de la psychanalyse se différait entre les Etats-Unis et la France (Turkle 1978). Aux Etats-Unis, la psychanalyse s'est rapidement imposée comme une théorie influente après la première visite de Freud en 1909. En France, la psychanalyse était initialement rejetée, restreint à un nombre limité des praticiens stigmatisés, avant de se répandre massivement dans la société française à partir des événements de 1968. Au Royaume-Uni la psychanalyse était également largement critiqué par la profession médical dans les années 1910s, avant de gagner en légitimité par ses explications des traumatismes associés au premier guerre mondial (Porter 1999, 516-19).

Si, selon les auteurs psychanalytiques, Freud a élaboré la notion de déni dans les années 1910 (Seguin, Golse, et Apter 2013; Pereira de Oliveira 2013), c'est Helene Deutsch qui, en 1945, en fit la première utilisation en lien avec la grossesse. Le terme apparaît dans « *The Psychology of women: à psychanalytical interpretation Vol II, Motherhood* », un œuvre en deux volumes qui tente d'analyser au sens psychanalytique l'ensemble du psyché féminin (Deutsch 1945). La maternité est le sujet de volume II. Même ici, le déni paraît être polysémique : la première utilisation du terme déni dans le texte vient en lien avec ce qu'elle appelle les « grossesses brillantes »

« la grossesse peut être niée⁵ d'une manière aussi complète que même les éléments négatifs et le fardeau physiologique ne sont pas perçus. Chez des mères très jeunes et célibataires nous observons souvent des grossesses "brillantes" provoquées par un tel déni » (Deutsch 1945, 136)

Dans cet extrait, elle semble vouloir décrire comment certaines femmes peuvent s'occuper de la grossesse d'une manière « excellente », une mise en phrase qui sous-entend un aspect superficiel à cette attitude. Plus tard dans le texte, elle décrit un déni actif de la grossesse, en lien avec des conflits psychiques

« Beaucoup de femmes prennent une attitude psychique si forte contre l'idée d'avoir un enfant que malgré la présence des changements physiques évidents elles nient leur grossesse, apparemment avec une complète bonne foi, et ainsi la rendent psychologiquement non-existante d'une manière passive. Dans beaucoup de cas cette solution est choisie pendant le conflit que la femme peut avoir avec une

⁵ En anglais, la phrase commence « pregnancy may be denied »

ambivalence forte entre le “je veux” et le “je ne veux pas” qui est donc muté ou rapporté” (Deutsch 1945, 193)

Elle offre plusieurs explications étiologiques : « *le déni de grossesse résulte d'une espèce d'inertie psychique, une manque de volonté à se confronter à des nouvelles conditions de vie* » ; « *pour d'autres, le déni est la seule manière de sauver une grossesse menacée par la réalité extérieure* » ; « *dans beaucoup de cas le déni survient d'un sentiment de culpabilité inconsciente qui s'exprime de cette manière pour permettre leur gratification dans la souffrance d'une grossesse non-désirée: le déni satisfait ce motif masochiste en rendant toute aide extérieure impossible* » (Deutsch 1945, 194).

La définition la plus succincte qu'elle offre du déni de grossesse est « *l'échec d'une femme à percevoir sa grossesse* », sans apporter de précision sur la temporalité ou sur l'existence éventuelle de signes cliniques (Deutsch 1945, 194). Le déni de grossesse est contrasté avec la grossesse imaginée, la grossesse fausse⁶ et le *pseudocyesis*⁷, qui sont vus comme des résultats d'un même conflit:

« Nous avons vu que certaines femmes nient une grossesse réelle et que d'autres se livrent à l'illusion qu'une fausse grossesse est réelle. Toutes ces femmes craignent la vérité objective parce que, en elles, la maternité est victime d'un conflit entre le désir de grossesse et l'absence de désir, entre le désir et l'incapacité de la réaliser, entre le désir et la peur, la commande interne et l'interdiction interne. En bref, dans tous ces cas des difficultés externes et internes ont empêché la consolidation d'un moi maternel » (Deutsch 1945, 201)

Si le terme déni de grossesse, compris selon une perspective psychanalytique, existe en 1945, c'est seulement à la fin des années 1950s et pendant les années 1960s qu'on commence à le retrouver dans d'autres textes. A partir de cette période, le déni de grossesse apparaît, souvent en marge, dans des textes sur l'avortement, l'infanticide, la psychiatrie et les soins prénataux.⁸

⁶ *Spurious pregnancy*

⁷ Également connu sous le terme de « grossesse hystérique », le pseudocyesis décrit des femmes qui se croient enceintes quand elles ne sont pas.

⁸ Pour la plupart de ces textes, la version intégrale n'était pas disponible.

Le déni de grossesse comme motif pour l'IVG

Une des développements les plus significatifs est l'émergence du déni de grossesse dans le contexte de la montée des débats sur l'IVG alors que la pratique se généralise. La littérature sur l'avortement débute avec Dr Harold Rosen en 1954 et concerne que la littérature anglophone. Le terme « denial of pregnancy » apparaît dans deux textes sur l'avortement par Rosen, en lien avec le « pseudocyesis » (Rosen 1954; 1967). Les autres textes recensés, peu nombreux dans le corpus, sont des études qui visent à évaluer le suivi obstétrical ou la mise en place des programmes sur l'IVG. L'IVG, généralement illégal (mais tolérée dans certaines juridictions), était progressivement légalisée à partir des années 60. Dans les années 70, entre 10 et 15% de pays dans le monde qui l'ont intégré dans la loi (Boyle, Kim, et Longhofer 2015). Les articles sur l'IVG qui font référence au déni de grossesse apparaissent alors selon la temporalité de libéralisation d'accès à l'IVG, qui varie de manière importante selon les différents contextes nationaux. Par exemple, l'acte *Roe vs Wade* qui légalise l'IVG au niveau fédéral aux Etats-Unis a eu lieu en 1973 ; peu de temps après on voit le déni de grossesse cité dans une discussion au sénat des états unis (Moore 1975). Dans ce texte, le déni de grossesse est invoqué dans une discussion autour des IVG « tardives ». L'argument contre l'IVG est que les interventions tardives « tuent un fœtus viable », tandis que figure parmi les arguments pour défendre les IVG celui du déni de grossesse, une affectation qui indépendante de la loi (Moore 1975, 458). Il paraît que cette argumentation n'est pas isolée, on a retrouvé d'autres citations similaires mais pour lesquelles le texte intégral n'était malheureusement pas disponible.⁹

Le premier article indexé du Royaume-Uni à utiliser le terme « déni de grossesse », publié dans le *British Medical Journal* en 1985, est aussi sur le problème des IVG dites « tardives ». L'article présente une série de cas d'IVG « tardives » qui, dans le contexte britannique, indique une intervention au-delà de 20 semaines d'aménorrhée. L'accès à l'IVG qui, bien que non explicitement permis par la loi, a été pratiqué par des médecins britanniques depuis au moins le milieu du 18^e siècle, puis formalisé en 1967 avec *The Abortion Act 1967* (Keown 2002). Le déni de grossesse, décrit comme « le mécanisme de défense psychologique utilisé par ces femmes pour se protéger », est invoqué comme un facteur pouvant contribuer à la présentation tardive d'une grossesse. Il n'y a pas de définition précise de ce qui constitue un déni, mais l'autrice suggère qu' « à partir du

⁹ Par exemple il paraît qu'il y a un chapitre avec le titre « Denial of pregnancy, Conflict, And Delayed Decisions to Abort » dans un texte publié en 1975 sur « La Famille » (Hirsch 1975).

moment où les mouvements fœtaux sont forts ou l'utérus atteint le niveau de l'ombilic seulement les femmes les plus jeunes ou celles qui ont des handicaps ou maladies mentaux sévères pourront continuer à utiliser le déni comme mécanisme de défense ». L'article s'inscrit dans des débats autour de l'offre de soins publique pour l'IVG, ainsi que sur les limites légales de l'avortement. L'étude, réalisée dans une banlieue défavorisée de Londres, évoque les questions de précarité et d'accès aux soins autour de l'IVG.

Les textes sur l'IVG montrent que le déni de grossesse n'apparaît pas initialement comme un problème lui-même, mais comme une explication possible à certains problèmes liés aux comportements des femmes (le recours tardif à l'IVG). L'utilisation du terme est donc conditionnée par les développements sociaux relatifs à la problématique en question. Pour l'IVG, cela concerne sa légalisation et les dates limites d'interventions légales. Une IVG « tardive » est définie exclusivement selon la loi, une « tardive » dans un pays peut être illégale dans un autre ou au contraire « normal ».¹⁰

Suivre une grossesse, trouver un déni

Dans la deuxième moitié du 20^e siècle, il y a un ensemble d'articles qui invoquent le déni de grossesse comme une possible explication au non-recours ou au recours « tardif » à soins anténataux.

Les soins obstétricaux sous forme d'un suivi de grossesse se sont d'abord développés au début du 20^e siècle, par rapport à la question de la mortalité maternelle qui devient une préoccupation sociale importante. Au départ, ce suivi consistait d'exams cliniques plus ou moins réguliers, la prise des mesures de l'abdomen gravide et des constantes ainsi que les quelques examens paracliniques disponibles (ex. radiographie, analyse d'urine) (Oakley 1982). Autour des années 1960s, cependant, l'apparition d'un ensemble de technologies, parmi lesquels l'échographie, transforment l'objectif des soins de la réduction de la morbidité maternelle vers la dépistage et prévention des affections fœtaux (Oakley 1982; Reagan 2012). Dans ce contexte, le non-recours ou le recours tardif aux soins anténataux devient « un problème de santé publique » amenant à un risque accru pour le fœtus et/ou la mère. Comme il est apparu en lien avec le développement des programmes d'IVG, le déni de grossesse apparaît alors au fur et à mesure du développement des programmes de soins anténataux.

¹⁰ Le royaume uni, par exemple, a un des dates limites pour avortement le plus souples au monde, fixant la délai limite d'intervention légale au moment de « viabilité » du fœtus, à l'époque 24 semaines.

Selon Reagan, un moment clé dans le développement des programmes de dépistage anténatal aux États-Unis, impliquant les consultations et examens systématiques, est l'épidémie de rougeole de 1963 (Reagan 2012). La préoccupation provoquée par l'épidémie concerne principalement les anomalies congénitales liées à l'infection par la rubéole lors de la grossesse, cela a généré des revendications pour le développement de programmes ayant pour but de les détecter et les prévenir. C'est dans ce contexte que Fox et al publie un article dans le journal *Public Health Reports* sur l'accès aux soins prénataux et la définition des populations prioritaires (Fox, Goldman, et Brumfield 1968). Les auteurs s'intéressent particulièrement aux femmes qui n'accèdent à aucun soin prénatal avant l'accouchement ainsi qu'aux femmes qui y accèdent peu ou tard. On retrouve le déni de grossesse, sans définition, expliquant un retard de prise en charge dans 10% des cas.

Pour donner un autre exemple, on peut citer un article publié par des membres des services d'obstétrique et psychiatrie de l'hôpital universitaire d'Innsbruck en Autriche, en 1994 (Brezinka et al. 1994). Il s'agit d'une série de cas de 27 femmes qui ont « *proclamé qu'elles ne savaient pas qu'elles étaient enceintes jusqu'au terme ou au début des contractions précoces* ». Selon les auteurs « *il y a peu d'affections plus difficiles à comprendre que le déni de grossesse chez une femme autrement saine et 'normale'* ». Selon les auteurs, l'étude a été rendue possible par un programme fédéral, visant à encourager les soins anténataux, prenant la forme d'une récompense financière pour chaque femme ayant un certain nombre de consultations obstétricales recensées dans un « passeport mère enfant ». Le contexte semble également porter sur la manière dont le déni de grossesse est perçu : bien qu'ils décrivent une forte association entre déni de grossesse et une menace sévère à la vie et la santé de l'enfant dans la littérature, les cas qu'ils présentent sont « *moins dramatiques* » d'un point de vue psychiatrique et juridique. L'intérêt porté sur le déni de grossesse et la possibilité d'étudier leur parcours obstétrical sont liés à la présence d'un programme fédéral pour des femmes enceintes. Ils définissent le déni comme un « désaveu » de la grossesse en ne précisent pas de limites temporelles à priori. Ils précisent qu'« *il n'y a pas de délimitation franche entre une adaptation consciente et des mécanismes de défense inconscients* ». Les auteurs citent Milden et al, proposant qu'il y a plusieurs groupes ou types de déni de grossesse. Dans l'article, ils présentent le déni selon la date de fin du déni, séparant les cas en 3 groupes: entre 20 et 26 SA, entre 26 et 36 SA et jusqu'au travail. Ils ne présentent pas d'analyse particulière sur les caractéristiques des 3 groupes, tels que les antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux ou encore des facteurs de risque. Ils suggèrent également que, en l'absence d'un trouble psychiatrique définit selon le DSM-III-R, la plupart des cas remplissait les critères d'un trouble d'adaptation selon le DSM-

II-R. Concernant les risques, ils affirment que « *le risque principal pour l'enfant et la mère n'est pas l'infanticide ou le suicide, mais une mésinterprétation des signes d'alarme¹¹, surtout de prématurité* ». En conséquence, la décision de la garde de l'enfant à la naissance (i.e. si l'enfant doit être confié à la protection de l'enfance) devrait être prise indépendamment d'une évaluation de la présence de déni de grossesse.

Le développement d'une norme sociale autour du suivi anténatal explique aussi la présence de textes dédiés à une forme spécifique de déni de grossesse : les femmes non-suivies se présentant à l'hôpital en travail. Milden et al, par exemple, présente une revue de la littérature et une série de 8 cas de déni de grossesse dans le *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* en 1985. Les auteurs présentent le déni de grossesse comme un phénomène peu connu et peu étudié, le définissant comme « des femmes qui sont évidemment enceintes mais que le reconnaissent pas ». Ils sous-entendent implicitement que le déni de grossesse serait pathologique ou anormal à partir de 24 SA, supposant que « *le déni ou l'ambivalence est fréquent, peut-être même normal, tôt pendant la grossesse, mais le déni de grossesse pendant le troisième trimestre est rare et peu étudié* ». Les auteurs évoquent de multiples mécanismes possibles à l'œuvre, comme des mensonges, psychoses, une difficulté à intégrer les expériences internes et externes, la suppression des signes biologiques et la répétition des événements de vie familiales antérieures. Milden et al recensent 9 cas de déni de grossesse dans 6 articles publiés entre 1971 et 1983 et propose pour la première fois dans la littérature une typologie d'ordre psychopathologique: les femmes avec une schizophrénie paranoïde, des femmes avec « *une capacité cognitive limitée et des déficits majeurs du moi qui suggèrent un trouble de personnalité borderline ou inadéquat* » et finalement un groupe avec un bon fonctionnement pour lequel le déni serait « *hystérique* ». Les cas recensés par les auteurs dans l'hôpital dans lequel ils travaillaient correspondent peu à cette typologie; les femmes sont davantage jeunes, noires, des catégories socio-professionnelles défavorisées, primipares, et avec une tendance à garder les enfants issus des grossesses. Concernant la question de l'entourage, familiale et professionnel, l'article décrit une collusion entre les mères et filles avec une « *relation symbiotique* » ainsi qu'entre les médecins et les femmes avec « *des caractéristiques borderline* ». Le mot collusion, déjà utilisé dans la littérature, est ici intéressant: le mot signifie un accord secret et explicite à des fins néfastes, tandis que les auteurs insistent, au moins pour ce qui concerne les médecins, sur un phénomène inconscient. Les auteurs concluent que « *il n'y pas une seule dynamique ni un seul type de femme qui ignore les signes et les symptômes d'une grossesse* ».

¹¹ De l'accouchement

Le déni de grossesse et l'infanticide : comment expliquer l'inexplicable

L'enjeu le plus souvent lié au déni de grossesse est l'infanticide et tout particulièrement le néonaticide à partir d'au moins 1957. L'infanticide est un problème à part entière avec un champ d'études dédié, ainsi que de nombreuses études sociologiques ou historiques (Jackson 1996; Tillier 2015; Jackson 2018). S'il ne s'agit de discuter ici en profondeur du problème d'infanticide, il est néanmoins important de souligner quelques transformations historiques. Le terme infanticide apparaît au 17^e siècle, et devient une préoccupation des autorités pendant le 18^e siècle avec un traitement largement punitif avant d'être, à partir du 19^e siècle, de plus en plus analysé par un prisme médical et clinique (Jackson 2006). Ces transformations ont conduit à des modifications du traitement juridique de l'infanticide, différent selon chaque juridiction nationale : vers la fin du 19^e siècle plusieurs pays ont modifié leurs lois¹², réduisant la peine (par exemple en supprimant la peine de mort) en cas d'infanticide qui constituait un crime spécifique (Obladen 2016).

Le lien entre l'infanticide et le déni de grossesse se développe à partir des années 1950s, dans la littérature francophone, anglophone et germanophone. La plupart des auteurs l'associent spécifiquement avec le néonaticide plutôt que l'infanticide au sens large, citant les travaux de Phillip Resnick, un psychiatre à Cleveland (Green et Manohar 1990; M G Spinelli 2001; Dayan et Bernard 2013; Zagury 2011; Bayle 2009). Pour Resnick, le néonaticide (défini comme le meurtre d'un enfant dans les premières 24 heures après sa naissance) serait un crime et une entité clinique distinct de l'infanticide: ce ne sont pas les mêmes personnes qui commentent l'acte, ni pour les mêmes raisons (Resnick 1970). Le mot « *denial* » n'apparaît que deux fois dans l'article, dont la phrase la plus complète est « *les femmes nient souvent leur grossesse ou présument que l'enfant sera mort-né* » (Resnick 1970, 1416). Un an plus tard, deux psychiatres de New York présentent deux cas de néonaticide pour lequel le déni de grossesse est explicitement invoqué comme un facteur contribuant au meurtre (Brozovsky et Falit 1971). Selon les auteurs, l'accouchement est une confrontation à la réalité brutale qui peut produire un « *accès psychotique temporaire* » dans lequel le meurtre peut avoir lieu. Il y a également plusieurs citations qui indiquent que le lien entre déni de grossesse et infanticide commençait à s'établir plusieurs années auparavant : Brozovsky et Falit évoquent un texte allemand écrit par Gerchow en 1957 (Gerchow

¹² En Allemagne en 1871, au Royaume-Uni entre 1872-1938, en France en 1901. Aux États-Unis il n'y avait pas de loi fédérale.

1957) et nous trouvons également le terme dans un article sur l'infanticide en Israël en 1961 (Winnik et Horovitz 1961). Le texte intégral n'est disponible, mais on peut trouver une revue du texte publiée la même année (Gronewold 1961). L'article de Winnik et Horovitz, sur 13 cas d'infanticide, qui, par ailleurs, ne serait pas « *une problème sérieuse* » en Israël, montrerait que « *le déni de grossesse [...] paraît typique des cas d'infanticide* » (Gronewold 1961, 65).

A partir des années 80s, la présence du déni de grossesse associé à des cas d'infanticide ou décès du nouveau-né paraît être acceptée dans la littérature (Finnegan, Mckinstry, et Robinson 1982; Mitchell et Davis 1984; Milden et al. 1985). Selon un article dans le *Canadian Journal of Psychiatry* publié en 1982, « *il est typique des patientes décrites dans la littérature sur le néonaticide qu'elles se sentent rarement enceintes, même pendant le deuxième ou le troisième semestre* » (Finnegan, Mckinstry, et Robinson 1982, 673-74). Le déni peut être associé au décès de l'enfant suite à un accouchement surprise (Finnegan, Mckinstry, et Robinson 1982; Mitchell et Davis 1984) ou par les actes de la mère lors d'un épisode psychotique provoqué par l'accouchement (Brozovsky et Falit 1971). En 1990, Green et Manohar, dans un des premiers articles à prendre comme objet principal le rapport entre le déni de grossesse et le néonaticide, évoquent l'hypothèse de l'hystérie dans le cas d'une femme qui, bien qu'informée de sa grossesse à 5 mois de gestation par son médecin généraliste et une échographie obstétricale, resta dans l'ignorance de sa grossesse jusqu'à l'accouchement (Green et Manohar 1990).

Le déni de grossesse, abordé à travers le prisme de l'infanticide, présentent certaines caractéristiques spécifiques. D'abord, le déni n'est pas clairement défini. Pour Brozovsky et Falit, le déni concerne principalement l'absence du « *ressenti* » de la grossesse accompagnée d'une « *conscience fluctuante* ». Le déni peut-être « *si puissant que les manifestations biologiques de la grossesse peuvent être affectées* » (Brozovsky et Falit 1971, 679). Green et Manohar ne présentent aucune définition du déni et concèdent que « *la ligne entre le déni conscient et inconscient n'est pas fixe* » (Green et Manohar 1990, 123). Finnegan et al le décrivent comme un « *manque de reconnaissance des symptômes* » de grossesse à partir du deuxième trimestre (Finnegan, Mckinstry, et Robinson 1982), Milden et al comme « *des femmes qui sont évidemment enceintes mais ne reconnaissent pas le fait* » (Milden et al. 1985).

Si les premiers articles concernent le néonaticide, et donc des cas de déni de grossesse qui se terminent systématiquement avec le décès d'un nouveau-né rapidement, les articles à

partir des années 80s présentent des situations alternatives. On voit alors des tentatives de différenciation, sur le versant du déni, mais également sur le côté du néonaticide. Green et Manohar, proposent que les femmes infanticides puissent être séparées dans deux groupes distincts: « *des femmes sexuellement et émotionnellement immature, soumises à des pressions sociales ou parentales fortes contre un enfant illégitime, qui ne prévoient aucunement la mort de l'enfant mais qui paniquent suivant l'accouchement* » et « *des femmes de fort caractère qui planifient la mort de l'enfant longtemps avant sa naissance, avec peu de préoccupation morale pour leurs actions* ».

Catherine Bonnet, psychiatre et psychanalyste française, propose de séparer encore les auteures de néonaticide. Bonnet a mené un projet de recherche sur des femmes « abandonnantes », celles qui donnent leurs enfants pour adoption de manière anonyme, connu en France sous le nom « accouchement sous X » (Bonnet 1990; 1992; 1993). Sur les 22 femmes incluses dans son étude, 4 ont commis des meurtres. Elle propose une distinction entre « néonaticide actif » et « néonaticide passif », tous les deux facilités par une forme de « déni extrême ». Dans le déni actif, les femmes concernées ne reconnaissant pas qu'elles sont en train d'accoucher et sont tellement surprises par l'apparition de l'enfant que « *dans un moment de panique extrêmement brief mais intolérable, elles ont tué l'enfant pensant que cela pouvait supprimer leurs pensées... cela implique une violence directe contre la personne du nouveau-né, souvent par coups ou étranglement* » (Bonnet 1993, 507). Le néonaticide passif concerne un déni « *si extrême qu'elles n'ont même pas reconnu le nouveau-né comme un enfant. Elles ont éjecté le nouveau-né comme si c'était une masse sans forme... Alors le nouveau-né est tombé par terre en public, ou dans des toilettes... la cause de décès était donc la non-assistance, c'est-à-dire la négligence* » (Bonnet 1993, 507). Bonnet, comme Green et Manohar, suggère également des méthodes de prévention. Pour elle, le dispositif de l'accouchement sous X est lui-même une forme de prévention, offrant une manière pour des femmes de protéger leur enfant contre leurs « fantasmes violentes ». Green et Manohar suggèrent que des médecins devraient porter une attention particulière aux effets psychosociaux de l'annonce d'une grossesse sur la mère, afin d'éviter un effet traumatique qui peut conduire à un déni.

Les interactions entre le déni de grossesse et l'infanticide ont lieu dans un contexte de préoccupation grandissante autour du traitement des enfants, ou la maltraitance de l'enfant devient « *la pire vice possible* » (Hacking 1999b, 125-62). Citons, Resnick, par exemple, qui écrit « *il n'y aucun crime plus difficile à comprendre que la meurtre d'un enfant par ses propres parents* » (Resnick 1970, 1414). Le déni, alors, devient une manière d'expliquer l'inexplicable, surtout chez des femmes qui ne montrent par ailleurs pas d'autre signe de

pathologie psychiatrique. D'après une perspective psychologique, le déni dans ces situations est un mécanisme de défense lié à une relation défailante avec leurs propres mères (Brozovsky et Falit 1971, 680), des traumatismes dans l'enfance (Bonnet 1993) et des personnalités hystériques (Green et Manohar 1990). Bien qu'aucun article n'aborde directement la question du traitement pénal, la classification du néonaticide comme une entité clinique, et l'identification d'une différence entre les néonaticides avec et sans déni, semblent importants pour le jugement du crime. Il est à noter, que les textes cités ci-dessus proviennent des États-Unis (Resnick 1970; Brozovsky et Falit 1971; Mitchell et Davis 1984), le France (Bonnet 1993), l'Allemagne (Gerchow 1957), Canada (Green et Manohar 1990) et Israël (Winnik et Horovitz 1961). Parmi ces pays, les États-Unis n'ont aucune statut spécifique pour l'infanticide, l'Allemagne supprime le statut pour la néonaticide en 1997 et la France fait de même en 1994 (Obladen 2016).

Le déni de grossesse et l'adoption : de l'abandon à l'adaptation

Une autre situation dans laquelle le déni de grossesse est abordé est la mise en adoption à la naissance, essentiellement aux États-Unis et en France. Aux États-Unis, la première fois que le lien est fait remonte à 1982 par Jacqueline Berns, une travailleuse sociale à l'hôpital communautaire d'Indianapolis. Berns publie un article dans le journal *Health and Social Work* sur « *un petit groupe de femmes célibataires qui réussissent à dissimuler leur grossesse, ne consomment aucun soin prénatal et demandent l'adoption toute de suite après l'accouchement* » (Berns 1982). Dans son hôpital, il y avait cinq cas pour un total de 2 488 accouchements en 1981. Bien que l'article appuie la notion de déni comme un mécanisme de défense, celle-ci est utilisé de manière différente que les articles précédents. Partant du constat que souvent les enfants sont en bonne santé et que les procédés d'adoption sont relativement simples, elle décrit les cas de déni de grossesse comme « des exemples importants de quand le corps et l'esprit fonctionnent bien ensemble » (Berns 1982, 319). Elle décrit des nombreux comportements des femmes qui effectivement « dissimulent » la grossesse, tels que la poursuite des activités quotidiennes sans modification ou un déménagement, et qui sont « inconscients et continus ». Elle atteste également de la présence d'une différence des « manifestations externes de la grossesse ». En ce qui concerne les facteurs explicatifs, elle réfute la possibilité d'une psychose et décrit une absence d'anxiété ou de panique chez les patientes qu'elle a rencontrées. Concernant le profil-type l'autrice explique d'abord que les mères célibataires n'ayant eu aucun soin prénatal et qui souhaiteraient faire adopter leur enfant « n'ont aucun profil type » qui les distinguent des mères célibataires qui ont eu accès aux soins. Néanmoins, les femmes qui ont réussi à dissimuler leur grossesse pendant neuf mois « *présentent quelques*

caractéristiques spécifiques. Cette jeune mère ne se présente pas comme anxieuse ou hostile. Elle a de l'estime de soi et un désir à contrôler sa vie à travers le secret... elle paraît incapable d'admettre en révélant sa grossesse qu'elle a été sexuellement active » (Berns 1982, 315-16). Ici encore, la présentation est liée à un contexte particulier, autour de la possibilité de donner son enfant rapidement à la naissance. Pour Berns « l'économie des soins et l'ignorance des femmes enceintes sur les options disponibles », tels que la couverture maladie et des lois fédérales sur l'avortement et l'adoption, sont d'autant des facteurs qui peuvent expliquer la présence d'un déni de grossesse (Berns 1982, 318). De plus, le fait que le déni paraisse « adapté » et une solution appropriée à une situation compliquée ne peut pas être séparé du fait que les accouchements ont lieu dans un hôpital. Les femmes qui accouchent et souhaitent faire adopter leur enfant peuvent le faire de manière anonyme, dès l'accouchement avec ou sans couverture maladie.

Cependant, l'article de Berns est le seul dans le contexte états-unien à placer au premier plan le rapport entre le déni de grossesse et l'adoption. C'est en France où on trouve un lien plus fort entre les deux phénomènes, surtout lié aux discours autour de l'accouchement sous X et les travaux de Bonnet cités précédemment. Les discussions ont lieu dans un contexte où la famille se trouve bouleversée en France par des transformations technologiques et politiques (Lenoir 1992; Déchaux et Pape 2021). Les réformes, bien qu'étalées sur une période de plusieurs décennies, concernent la parentalité, l'égalité des sexes, la protection de l'enfance, la légalisation de la contraception (1967) et de l'IVG (1975), la disparition de la peine d'infanticide (1994) et la procréation médicalement assistée (disponible de manière non-règlementée dès 1973 et finalement encadré en 1994). Tous ces réformes amènent à des questions de savoir pourquoi on devient enceinte ainsi que comment on investit la grossesse et l'enfant. Comme nous allons voir, le déni de grossesse est utilisé dans ce contexte comme un exemple pendant des explorations de la psychologie de la parentalité et la reproduction, ou son rôle paraît être d'attester au poids des facteurs psychologiques. Il est également un contexte dans lequel le viol et l'inceste sont de plus en plus reconnus comme catégories juridiques, apparaissant ainsi de manière plus présente dans la littérature scientifique.

Les liens entre le déni de grossesse et des préoccupations sur les transformations de la famille sont explicites avec les travaux de Bonnet qui se présente comme « pédopsychiatre et mère adoptive ». En 1990 elle publie *Gestes d'amour, l'accouchement sous X*, un livre à destination du grand public (Bonnet 1990). Dans la préface de l'édition de 1990, elle explique comment est né son intérêt pour ce livre. Depuis longtemps intéressée, grâce à son vécu, à l'adoption elle écrit que « *l'explosion récente des naissances par procréation*

médicalement assistée bouleversa les modèles de liens familiaux. Les fondements de la maternité et de la paternité s'en sont trouvés ébranlés » notamment concernant les dynamiques de liens affectifs de paternité en l'absence des liens biologiques. Le Dr Bonnet a alors conduit une recherche sous l'égide de l'INSERM sur comment *« les mères adoptives, qui n'ont connu ni la grossesse, ni l'accouchement, ni l'allaitement, 'reconstruisent' le contact du sein à la faveur d'échanges multisensoriels »*. Pendant cette recherche, elle a également constaté comment *« les fantasmes des mères qui refusent l'allaitement au sein montrent également combien la vie imaginaire peut parfois bloquer l'échange sensoriel avec leur bébé. Si donc le sentiment maternel peut naître en l'absence du vécu biologique naturel à la procréation, il peut également se trouver entravé par une vie fantasmatique perturbée »*. Elle s'est donc intéressée à *« la dynamique du sentiment maternel, chez les femmes dit 'abandonnantes', autrement dites des femmes soumettant leur enfant pour adoption, dont l'accouchement sous X semble être l'exemple paradigmatique »*. Elle décrit le déni de grossesse comme *« un symptôme psychique »*: *« le déni est généralement un mécanisme de défense qui, pour reprendre la définition du vocabulaire de la psychanalyse, consiste en 'un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante' »*.

Ses travaux sont cités dans l'avis rendu par le conseil économique et social sur l'adoption, publié dans le journal officiel en octobre 1990 (Conseil économique et social 1990). On le retrouve dans une section sur les enfants adoptables, en particulière ceux et celles abandonnées à la naissance à travers l'accouchement sous X, en citant les travaux du Dr Bonnet :

« La plupart des mères qui abandonnent à la naissance leur enfant sont le plus souvent très jeunes, victimes de conditions et situations individuelles ou sociales très lourdes (rejet absolu de leur milieu, viols ou incestes, dénuement, appartenance à des cultures qui refusent l'enfant illégitime). La majorité de ces femmes accouchent sous X. A Paris, une accouchée sous X sur deux est d'origine maghrébine... Le docteur C Bonnet note que dans tous les cas, au-delà des conditions matérielles c'est le poids de causes psychologiques qui conduit ces femmes à l'abandon. Partageant ce jugement, Pierre Verdier parle alors de véritable "déni de grossesse" . Dans 93 p. 100 des cas, ces femmes semblent découvrir leur état de grossesse après quatre ou cinq mois » (Conseil économique et social 1990, 47)

Le déni de grossesse est alors lié au risque d'infanticide :

« Le docteur Bonnet considère ces grossesses déniées ou très tardivement reconnues comme des grossesses à risques, pouvant conduire à des pulsions infanticides, voir à des maltraitements antérieurs » - (Conseil économique et social 1990, 47)

« Tous les médecins et assistantes sociales qui ont eu à connaître des cas parfois dramatiques et toujours douloureux de femmes déniaient leur grossesse soulignent la nécessité du maintien de l'accouchement sous X si l'on veut la recrudescence des suicides et des infanticides. Il semble que l'accouchement sous X constitue la seule issue et le seul recours pour des femmes en profonde détresse. » (Conseil économique et social 1990, 69)

Le déni de grossesse est également présent, cependant brièvement, dans le livre issu de l'émission de télévision *le bébé est un combat*, qui porte sur des questions de grossesse et maternité de manière générale (Martino 1995). Dans le texte, le déni de grossesse est lié à l'accouchement sous-X, via le cas de « Marine » qui « décide de venir accoucher anonymement à Nantes.... Accoucher sous X comme l'ont dit parce qu'il est trop tard pour avorter et qu'elle a décidé d'abandonner à la naissance, ce bébé illégitime dont il lui est impossible de révéler existence ». Il y a alors une tentative publique de nuancer la question d'accouchement anonyme, notamment avec une réinterprétation du déni de grossesse. L'autrice, et les deux professionnelles avec lesquelles elle a collaboré pour cette séance, Sophie Marinopoulos (psychologue) et Sylvie Babin (assistante sociale), sont d'ailleurs explicites sur ce point, disant qu'elles avaient « *en commun, une idée simple, faire changer le regard que l'on porte sur les femmes qui abandonnent* ».

« Ces mères, contrairement à ce que l'on aurait pu penser, n'étaient absolument pas des infanticides en puissance; sur ce point Sylvie et Sophie disaient contredire Catherine Bonnet... Elles insistaient sur le fait que ces mères s'étaient arrangées pour ne pas se rendre compte qu'elles étaient enceintes tant qu'une interruption de grossesse était légalement possible. Une preuve s'il en était besoin qu'elles voulaient que cet enfant vive » (Martino 1995)

Il est également, dans ce texte, question des pratiques médicales, liés à une "stigmatisation" des « mères abandonnantes » qui "fait du mal aux bébés qu'elles portent". On peut lire, par exemple "de la violence des réactions de certaines sage-femmes, des réflexions désobligeantes, de l'absence totale de la moindre compassion". Sophie Marinopoulos

continuera dans sa tentative d'offre une autre vision des « femmes abandonnantes », en publiant en 1997 *D'une à l'autre: de la grossesse à l'abandon*

L'association avec l'accouchement sous X, l'infanticide, l'abandon et les antécédents traumatiques invoqués précédemment situent le déni de grossesse dans le domaine de la maltraitance de l'enfant à savoir un champ, comme on l'a évoqué ci-dessus, alors en plein développement. Les travaux de Bonnet apparaissent ainsi dans un texte collectif *Secret maintenu, secret dévoilé: à propos de la maltraitance* publié par l'Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée (AFIREM) en 1994 (AFIREM 1994). Dans cet œuvre, elle consacre un chapitre sur les enfants nés de viols incestueux ou non écrivant « *il est donc nécessaire de savoir suspecter un viol devant toute femme ayant un déni de grossesse intense qui s'accompagne de mutisme, de tentatives d'auto-avortements et d'idées de suicide* » (AFIREM 1994, 158). A la même période, l'INSERM publie l'*Enfance menacée* sous la direction de Ginette Raimbault et Michel Manciaux, dans lequel est évoqué le déni de grossesse en lien avec l'infanticide (Raimbault et Manciaux 1992, 204-7). Il y a de multiples autres textes qui font référence au déni de grossesse dans le cadre de l'adoption ou de la protection de l'enfance. En 1992, Simone Chalon, présidente de la fédération des Comités Alexis Danan pour la Protection de l'Enfance, publie un livre qui vise à défendre l'adoption au nom du bien-être des enfants, notamment ceux pris en charge par l'Aide Social à l'Enfance (ASE): « *un enfant qui reste trop longtemps sans parents est un enfant cassé* » (Chalon 1992, 12). Le déni de grossesse paraît une fois dans le texte, pour catégoriser le cas de "Marguerite" une femme de 40 ans qui tente de faire adopter son (Chalon 1992, 56-58).

Pendant les années 80, le terme déni de grossesse apparaît dans des textes liés aux sujets concernant la famille et la reproduction, souvent en filigrane, et toujours à travers un regard psychologique. En 1983, nous pouvons lire dans *Aspects psychologiques de l'insémination artificielle* comment le déni de grossesse est un « mécanisme de défense »: « *Gerstel interprète ce déni des limites et contraintes de la grossesse comme un déni de la grossesse elle-même et un refus inconscient de la grossesse* » (Manuel et Cyzba 1983, 127). En 1984, un chapitre sur « *le devenir obstétrical des patients aménorrhéiques (complément d'une étude socio-psychosomatique)* » apparaît dans le livre *Les enfants des couple stériles* (de Sernarclens 1984). Le chapitre présente l'aménorrhée comme « *un véritable modèle d'étude psychosomatique* » et s'intéresse tout particulièrement « *à l'imaginaire des aménorrhéiques à propos de la maternité et de l'enfant* ». La notion de déni concerne des patients aménorrhéiques ayant eu une grossesse « involontaire »:

« L'idée de grossesse durant la maladie a engendré un vécu d'angoisse ou de déni (parmi les six femmes de ce groupe, deux ont exigé une interruption, les autres ont conservé leur grossesse). D'ailleurs le fait que la femme n'utilise pas les contraceptifs prescrits, illustre sa conviction d'être infertile ou dénote des problèmes plus profonds concernant sa capacité à se voir mère » (de Sernarclens 1984, 54).

Si les deux textes n'élaborent peu sur la notion de déni de grossesse, ils partagent une approche qui les inscrit dans une exploration psychanalytique de la maternité et la grossesse. En 1994, Roger Teboul, psychiatre travaillant dans des maternités, publie un livre explorant les processus psychologiques associés avec le fait de devenir père à l'aune de *« l'évolution sociale, en partie grâce à l'influence du féminisme, [qui] a vu la naissance du nouveau père »* (Teboul 1994, 12). Ici, un cas de déni de grossesse est décrit qui montre *« l'importance, pour un père, que revêt la transmission de son nom, importance qui peut parfois s'imposer à la future mère, à son insu »* (Teboul 1994, 32). Le déni de grossesse est décrit comme la situation *« ou une femme enceinte ne veut pas reconnaître son état »* et révèle *« souvent une pathologie du registre de la psychose »* (Teboul 1994, 33). Dr Teboul se dit perplexe, parce que rien dans le cas qu'il présente *« ne permet de porter un tel diagnostic »* (Teboul 1994, 33). La femme en question *« tente d'expliquer les raisons de son déni: elle a eu ses règles tout le temps de sa grossesse, a bien vu qu'elle prenait du poids mais un test de grossesse négatif, pratiqué au début, l'a confortée dans son idée qu'elle n'était pas enceinte. Elle ressentait bien quelques sensations étranges dans son ventre et a consulté sans pour cela qu'un diagnostic de grossesse soit jamais porté »* (Teboul 1994, 33). Des éléments qui font rappel à ceux décrits dans des cas de grossesse méconnue au 19^e siècle. L'auteur, cependant, trouve l'explication du déni dans les enjeux autour de la nomination d'un enfant né de parents en union libre: *« pour cette seconde grossesse, qu'elle a voulu ignorer, cette procédure n'a pas pu se faire, ce qui a permis au père du petit garçon de le déclarer lui-même à l'état civil, juste après la naissance, et de lui donner ainsi son nom à lui »* (Teboul 1994, 34).

Bien que les textes cités ci-dessus sont tous en français et s'inscrivant dans le contexte français, il y a un grand nombre de textes en anglais, pour lesquels le texte intégral n'était pas disponible, ce qui suggère des transformations similaires aux Etats Unis. Par exemple, le déni de grossesse apparaît dans des textes avec des titres comme *« How to be happy though pregnant : a guide to understanding and solving the normal emotional problems of pregnancy and postpartum blues »* (Spotnitz et Freeman 1969), *« The Family »* (Hirsch 1975), *« Women's health: crisis and illness in childbearing »* (Sonstegard, Kowalski, et

Jennings 1987) « *Motherhood and Mental health* » (Brockington 1996), et « *The Ethics of Sex and Genetics* » (Reich 1998).

Le déni de grossesse à l'intersection des pathologies psychiatriques

Le déni de grossesse apparaît alors lié à de multiples autres problématiques et enjeux sociaux au cours de la deuxième moitié du 20^e siècle. Pendant cette période, il devient également un objet d'intérêt psychiatrique, apparaissant dans de multiples journaux dans de multiples pays, et soulevant des débats sur des mécanismes psychopathologiques ainsi que nosographiques. Le déni de grossesse est discuté à l'intersection à presque tous les troubles psychiatriques significatifs de l'époque : la schizophrénie, le trouble de la personnalité multiple, les troubles d'adaptation, l'état de stress post-traumatique, les troubles de la personnalité et des troubles conversifs. Il faut souligner que le déni de grossesse porte ici son propre intérêt psychiatrique au-delà de ses associations avec la néonaticide et l'adoption, qui sont cités qu'en filigrane voir pas de tout.

Nous pouvons postuler que l'intérêt pour le déni de grossesse tient à trois développements au sein de la discipline. D'abord, le développement à partir des années 1970s de la psychiatrie de liaison (aussi connu sous le terme psychiatrie psychosomatique) comme une sous-spécialité légitime de la psychiatrie (Semple et Smyth 2019, 840) : ce qui favorise la présence des psychiatres dans les services des hôpitaux généraux, tels que la maternité. Deuxièmement, certains auteurs ont évoqué la désinstitutionalisation comme favorisant l'accès à la maternité des patientes suivies en psychiatrie de longue date ainsi que leur fréquentation des services d'obstétrique (L. J. Miller 1990). Dernièrement, la fin du 20^e siècle est une période de débat intense autour de la nosographie psychiatrique, avec l'arrivée notamment de la troisième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) en 1980 et le déplacement progressif de la psychanalyse de sa position dominante (Coutant et Wang 2018, 139-41). Il y a de multiples textes qui discutent si le déni de grossesse devrait être inclut dans ces classifications internationales ainsi que sur comment le classer.

Le lien entre le déni de grossesse et la psychose apparaît dès 1965, dans le «Synopsis of Contemporary Psychiatry», dans le chapitre sur des «syndromes organiques cérébraux» sur la relation entre psychose et grossesse (Ulett et Goodrich 1965). Le déni est inclus dans une série de délires fréquents, ce qui fait qu'il ne semble pas nécessiter plus d'élaboration sur

les mécanismes pathologiques. Un des textes le plus cités dans les études françaises est un cas de déni de grossesse délirant rapporté par Ary et Simone Bécache, respectivement psychiatre et psychologue travaillant à l'hôpital Vinatier à Lyon (Bécache et Bécache 1976). Le texte, s'étalant sur 3 pages, est publié dans *Lyon Médical*, un journal de médecine général, et ne comporte aucune bibliographie. D'emblée l'intérêt pour les auteurs n'est pas la difficulté ou non de diagnostiquer une grossesse mais la présence d'un « *thème délirant assez peu courant, le déni de grossesse* » et la manière par laquelle « *les manifestations les plus spectaculaires sont liées à l'état gravidique... avec les facteurs mettant en jeu la fonction maternelle, la maternalité, dans la mesure ou les problèmes des relations de la malade avec sa propre mère constituent des conflits intrapsychiques non résolus et réactivés par la grossesse* » (Bécache et Bécache 1976, 39). Dans la présentation du cas, il y a également une description biographique qui n'est pas présente dans les textes précédents, qui sert à trouver la source du conflit intrapsychique: « *Mme G est prise entre deux feux: sa mère qui lui recommande de ne pas céder aux demandes de son mari; et son mari aux fortes exigences conjugales* » (Bécache et Bécache 1976, 40). À noter également que la patiente en question a également subi une opération gynécologique qui fait qu'« *elle est enceinte pour le 4^e fois, n'ayant pris aucune précaution particulière, puisque les médecins lui avaient affirmé qu'il n'y avait que peu de chances pour qu'elle ait encore un enfant* » (Bécache et Bécache 1976, 40). L'explication du phénomène ne se fonde nullement sur la difficulté à interpréter les signes de grossesse, mais plutôt sur l'application des concepts psychanalytiques à la vie des femmes. Il est question de déni, « *un mécanisme de défense psychotique, mécanisme archaïque qui procède d'une idéalisation croissante de l'objet de l'amour puis d'un clivage. Le clivage a pour but de tenir l'objet d'amour éloigné de l'objet persécuteur et de le rendre inaccessible au mal... C'est ce qu'a fait Mme G. quand elle a dénié sa grossesse, pour échapper au persécuteur, en l'occurrence sa mère introjectée* » (Bécache et Bécache 1976, 41). Cela s'inscrit dans un modèle général des « *accidents psychiatriques de la vie génitale des femmes psychotiques* », notamment « *des difficultés dans la relation avec la mère, des difficultés avec le milieu familial, des difficultés d'appréhension du schéma corporel... des difficultés avec l'enfant par contre-coup* » (Bécache et Bécache 1976, 41).

La relation entre psychose et déni de grossesse est poursuivie par Miller, s'appuyant sur une série de cas recueillis au sein d'une unité spécialisée pour la prise en charge des femmes enceintes avec des maladies mentales comorbides (L. J. Miller 1990). Elle propose de considérer la distinction nette entre le déni de grossesse psychotique et non-psychotique. Le déni de grossesse non psychotique serait caractérisé par « *l'absence de réponse émotionnelle à la grossesse, l'absence de plaintes somatiques associées et une incidence*

anormalement élevée d'une absence des changements somatiques, tels que pas d'augmentation significatif dans la largeur abdominale ou la continuité des saignements vaginaux cycliques » (L. J. Miller 1990, 1235). Le déni psychotique alternerait entre des périodes de déni et reconnaissance, il y aura des facteurs de stress identifiables, les changements somatiques et les plaintes seraient présents, les signes physiques ne sont pas « cachés » alors « *les membres de la famille et les autres ne partagent pas le déni* » et le déni « *peut persister devant tout preuve, y compris la naissance éventuelle du bébé* ». La présence de déni, « *un des mécanismes de défense le plus pathologique et immature* », serait associé à un conflit entre « *les sentiments d'attachement anténataux en développement et la probabilité significative qu'elles seraient incapables de prendre soins de leurs enfants après la naissance* ». Miller suggère que ce groupe de patientes a besoin de services spécifiques dédiés pour prévenir le risque de « *refus de soins prénatales, accouchement dangereusement subi et le néonaticide* » associés particulièrement avec le déni de grossesse psychotique.

L'augmentation du nombre d'études sur le déni de grossesse s'accompagne d'une diversification des tableaux décrits et des mécanismes pathologiques invoqués, ce qui conduit à l'identification de plusieurs catégories de déni de grossesse, comme le montre d'ailleurs l'article de Miller.

Un des premiers articles publiés dans une revue scientifique avec comme objet principal le déni de grossesse, et sans référence à l'infanticide ou l'adoption, est « *Women who refuse to believe: persistent denial of pregnancy* » en 1977 dans *The American Journal of Maternal/Child Nursing* (Bascom 1977). L'article, sous la forme d'un témoignage professionnel, décrit le cas d'une jeune femme qui découvre sa grossesse une semaine avant le terme d'accouchement. L'article décrit le déni comme à la fois « *une phase initiale de la grossesse* » et une forme de « délire » si celle-ci est prolongée, sans pour autant définir la distinction entre les deux. L'explication donnée est que la grossesse est « une période de crise » et que le déni « *est une tentative à se protéger contre une expérience traumatique* » pour « *celles qui manquent des capacités d'adaptation suffisantes et/ou de soutien* ».

En 1982, Finnegan et al. publie un article sur trois cas de déni de grossesse dans le *Canadian Journal of Psychiatry*. Les trois cas portent sur des femmes qui ont jusqu'au jour de leur accouchement, ignoré leurs grossesses. Les auteurs citent la littérature sur l'infanticide et la psychologie de la grossesse, expliquant que si « beaucoup de femmes ignorent les signes très précoces de grossesse », à partir du deuxième ou troisième trimestre « *cela n'est plus une question d'inattention mais du déni* ». Ils invoquent plusieurs

facteurs comme contribuant au déni. Une femme est décrite comme « *naïve* » ignorant des informations basiques sur la biologie de la reproduction, une autre est « *d'intelligence limitée* » et « *à peine capable de s'occuper d'elle-même* » ; la dernière comme « *plus comme une fille dépendante qu'une femme capable d'accepter le rôle de mère* » et toutes font preuve d'un isolement social et toutes n'ont pas un « *mari soutenant* ». Dans chaque cas, il y a des tierces personnes décrites comme étant « *en collusion* » avec le déni, soit des proches, des médecins ou des membres de la communauté. Le déni est décrit comme un mécanisme de défense contre des conflits œdipiens ainsi que des « *conflits généraux* » comme « *des peurs de la mort ou du défigement [...] culpabilité autour des activités sexuelles* ». Ils évoquent également la question des changements biologiques estimant que « *il est toujours incertain que des femmes expérimentent peu de changements physiques et donc ne perçoivent pas qu'elles sont enceintes, ou plutôt qu'elles répriment ces changements physiques. Il est plus probable que la majorité de ces femmes perturbées, particulièrement aux stades avancés, ont les changements physiques et qu'elles les rationalisent* ». Les auteurs notent également une « *dissociation marquée* » dans chacun des trois cas.

Les notions de dissociation et de trauma, citées aussi par Green et Manohar (Green et Manohar 1990), rapprochent le déni de grossesse au trouble de personnalité multiple¹³ une nouvelle entité diagnostique qui s'impose de manière spectaculaire pendant cette période (Hacking 1992). Le rapport est suggéré explicitement en 1991 dans un article écrit par des cliniciens du Pays-Bas, de la France et des États-Unis évoque un lien entre le déni de grossesse et le trouble de personnalité multiple (van der Hart et al. 1991). Ils proposent un mécanisme jusqu'alors pas évoqué dans la littérature: la possibilité d'une conception et d'une grossesse reconnue par un alter mais nié par les autres. Les auteurs présentent 4 cas, dont deux sont des cas décrits dans le 19^{ème} siècle en France, qui sont peu semblables à ceux décrits dans le reste de la littérature. Dans chaque cas, il y a au moins un alter qui est conscient de la grossesse et au moins un alter, mais souvent plus, qui n'est pas et cela jusqu'à l'accouchement et même après. Une grande partie de la description clinique concerne les conflits entre les différentes alters¹⁴ et la tentative du thérapeute de communiquer avec l'ensemble. Les auteurs, s'appuyant sur plusieurs textes de Pierre Janet, suggèrent alors que les cas sont principalement un manque de conscience lié à la non-

¹³ Ou trouble d'identité dissociatif

¹⁴ L'alter est une personnalité ou identité, autre que le principal, chez quelqu'un atteint de trouble de personnalité multiple ou de trouble d'identité dissociatif.

réalisation, parce que « *afin de nier une expérience ou un fait... on doit réaliser son existence dans un certain degré avant* » (van der Hart et al. 1991, 70). Cette distinction, que pour nier quelque chose il est d'abord nécessaire d'être conscient de son existence, est peu présente dans la littérature scientifique sur le déni de grossesse. La question du trauma amène également certains auteurs à proposer l'hypothèse d'un état de stress post-traumatique, préconisant l'exploration systématique des antécédents d'agression sexuelle et physique pour chaque patiente admise pour grossesse (Stotland et Stotland 1998).

En 1995, deux psychiatres publient un article sur un cas de déni de grossesse dans *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Décrivant le phénomène comme peu étudié et « stupéfiant » ils expliquent néanmoins qu'il serait plus fréquent chez les adolescentes, qu'il serait associé avec un risque important de néonaticide, qu'il peut survenir en présence ou absence d'un trouble psychotique, et qu'il pourrait être associé à des facteurs de stress environnementaux. Concernant la notion de déni elle-même, ils constatent « *qu'il y a peu de consensus sur la définition de déni, quels sont ses caractéristiques essentiels et la distinction entre le déni adaptatif/sain et le déni mal-adaptatif/pathologique* ». Dans la discussion, les auteurs suggèrent que le déni de grossesse est plus fréquent qu'actuellement admis, et qu'il serait facilité par l'idée que la menstruation régulière est incompatible avec une grossesse notamment dans un contexte d'utilisation croissante de la pilule contraceptive. Proposant de considérer le déni de grossesse comme un trouble conversif, ils cautionnent que « *toute explication de cette condition résistent à une conceptualisation facile et ne peut pas être expliquée par référence à un seul modèle psychologique* ».

Devant la multiplicité des situations cliniques décrites, plusieurs auteurs disent « il n'y pas un seul type de déni de grossesse » proposant alors de le regrouper dans de nombreuses catégories. Milden et al proposent de nombreux groupes : des femmes souffrant de schizophrénie paranoïde pour lesquelles le déni les protègent des pulsions violentes envers l'enfant ; des femmes présentant un déficit cognitif et une personnalité borderline pour lesquelles le déni résultent de « *déprivation maternelle significative* » dans leur enfance ; des femmes avec un fonctionnement plus élevé pour lequel le déni, d'allure hystérique, serait produit par le conflit psychique autour des pressions sociales et familiales (Milden et al. 1985). Dans leur étude rétrospective Brezinka et al utilisent une catégorisation du déni en fonction de la date de fin de déni (jusqu'à l'accouchement ; entre 26 et 36 semaines de gestation ; entre 21 et 26 semaines de gestation) sans pour autant proposer une nomenclature précise. Devant des cas hétérogènes et l'absence de trouble mental avéré,

les auteurs propose un diagnostic de trouble d'adaptation, comme Miller l'avait proposé pour inclusion dans le DSM (L. J. Miller 1991).

Stotland et Stotland définissent le déni comme « *un processus psychique inconscient ou une observation ou fait établi est ignoré ou sa reconnaissance refusée afin d'éviter l'anxiété ou la douleur* ». Ils proposent une distinction primaire être le déni de grossesse psychotique et non-psychotique. Le déni de grossesse non-psychotique peut être ensuite séparée en plusieurs sous-groupes: des femmes sans antécédents addictologiques, les femmes avec des antécédents addictologiques et les adolescentes.¹⁵ Pour les femmes non-psychotiques sans mésusage des substances, les auteurs évoquent plusieurs facteurs contribuant: absence de symptômes physiques, stress psychologique (précarité, mœurs religieux, conflit autour de la sexualité, la relation avec le père), et des antécédents de traumatismes physiques et sexuels. Pour la femme avec un mésusage des substances, le déni est « *un de leurs mécanismes d'adaptation principaux* » bien qu'elles soient rarement en « déni complet » de la grossesse. Le déni pour ces femmes se manifeste principalement dans leur attitude envers le suivi pré et post natal. Les adolescentes présenteraient également une forme de déni spécifique lié à leur « *niveau de développement cognitif* » et les conflits qu'elles peuvent ressentir au regard du rôle de mère. Ils estiment qu'un jeune âge est un facteur de risque significatif pour le déni de grossesse. Le déni de grossesse psychotique, d'intérêt à cause du nombre grandissant des patients psychotiques vivant dans la communauté et ainsi adressé aux services obstétriques généraux, présente également ses propres caractéristiques. Le déni est fluctuant, associé à des idées délirantes, une désorganisation et des hallucinations. Il y a un risque accru de tératogénicité iatrogénique et les patientes rencontrent souvent des difficultés (en lien avec une marginalisation et un manque de ressources internes et externes) à soutenir leur enfant. Une difficulté supplémentaire serait l'accès aux soins obstétriques de qualité, les équipes étant souvent mal à l'aise avec des patientes psychiatriques.

A la fin du 20ème siècle, le déni de grossesse semble devenir un problème reconnu. Cette reconnaissance est, cependant, polysémique, provenant de contextes divers. Pour les professionnels s'intéressant à l'obstétrique et à l'IVG, le déni de grossesse apparaît comme un motif pouvant expliquer le recours tardif à l'IVG, voir l'impossibilité de la procédure, ainsi qu'une absence de soins anténataux. Ces femmes sont alors une population à risque. Pour les auteurs s'intéressant à la question de l'infanticide, le déni de grossesse apparaît comme

¹⁵ Les mêmes distinctions sont aussi proposé par Spielvogel et Hohener (Spielvogel et Hohener 1995)

un mécanisme pouvant expliquer l'inexplicable, identifiant ainsi une population de femmes dangereuses qui pourtant, nécessitent une approche thérapeutique plus que pénale. Dans ce contexte, son association avec l'adoption apparaît contradictoire. Pour Berns, l'adoption réussie est la preuve que le déni de grossesse peut-être tout à fait banal, sans gravité pour les femmes ou les enfants (Berns 1982). Pour Bonnet, l'accouchement sous X est nécessaire pour protéger les enfants contre le risque de néonaticide (Bonnet 1990; 1993). Pour les psychiatres, le déni se présente comme une forme de psychose, d'hystérie, de trouble de la personnalité, de trouble conversif, de trouble de personnalité multiple, d'état de stress post-traumatique, de mésusage des substances et de trouble d'adaptation. Dans l'ensemble des articles, il n'y a pas de délimitation nette entre le déni pathologique et le déni normal, malgré la description systématique du déni de grossesse comme mystérieux, remarquable et incroyable. Dans tous les cas, il paraît établi qu'une femme ne devrait pas se présenter à l'hôpital pour un accouchement sans savoir qu'elle est enceinte, qu'elle doit avoir reconnu sa grossesse et instauré un suivi anténatal.

Le déni de grossesse comme preuve de la gestation psychique (2000-2019)

Au début du 21^e siècle le déni de grossesse se diffusent dans le monde et devient, notamment en France, un véritable sujet de société. Les données quantitatives sur les publications scientifiques montrent une augmentation en français (22 articles entre 2000 et 2009 ; 31 articles entre 2010-2019) et en anglais (16 articles entre 2000 et 2009 ; 29 articles entre 2010 et 2019). Les articles proviennent de pays plus variés aussi : entre 1970 et 1999 on retrouve des articles en provenance de 7 pays ; entre 2000 et 2020 ce chiffre passe à 12. Il se répand dans d'autres spécialités, apparaissant dans des revues de médecine militaire, pédiatrique, de nutrition, de pharmacologie, de médecine reproductive, et de médecine scolaire. S'il paraît y avoir une augmentation globale de l'activité scientifique autour du déni de grossesse, il apparaît une dynamique particulière en France. D'abord, l'augmentation des publications est nettement plus importante que dans d'autres pays. En termes absolus, même excluant les travaux de thèse et les mémoires, la quantité des publications provenant de la France dépasse tout autre pays. Entre 2000 et 2020 ils comprennent 57% de toutes les publications dans les revues indexées. L'intérêt pour le déni de grossesse paraît également être plus répandu, apparaissant dans un éventail de revues provenant d'un nombre de disciplines ou spécialités plus diverses. Les résultats de *Google Ngram Viewer* suggèrent que le terme devient plus prévalent dans la littérature générale, comme en témoignent de nombreux livres écrits autour du déni de grossesse ; chose qu'on n'observe pas en anglais, ni aux États-Unis, ni au Royaume Uni.

Comme l'analyse des textes va le montrer, le concept de déni de grossesse va se transformer également, avec des nouvelles précisions diagnostiques ainsi que des théories étiologiques. Parmi les usages spécifiques décrits ci-dessus, le déni de grossesse psychotique restera un phénomène à part et minoritaire ; il y aura également une poursuite des recherches qui tentent d'analyser le lien entre déni de grossesse et néonaticide ; mais le déni de grossesse apparaîtra également, plus que pendant les décennies précédentes, comme une entité clinique à part entière, et ceci plus dans le contexte français qu'ailleurs. Parmi les éléments favorisant ce dernier développement serait la publication de plusieurs études qui tentent d'établir une prévalence du déni de grossesse, l'inscrivant ainsi parmi un ensemble d'affectations obstétriques.

Pour la première fois, il y a un mouvement, essentiellement français, pour la reconnaissance du déni de grossesse comme un problème de santé publique. Cette démarche vise à émanciper le déni de grossesse des jugements moraux antérieurs ainsi que le stigma associé aux maladies mentales. Si les acteurs réussissent à créer un consensus sur le fait que le déni de grossesse peut arriver à « n'importe quelle femme », les tentatives de normalisation de ce phénomène amènent plusieurs auteurs à suggérer l'abandon de la catégorie au profit de termes plus « neutres » et « moins culpabilisantes ». C'est uniquement en France que le déni de grossesse peut s'établir comme un trouble de la gestation psychique. Cependant, dans aucun contexte le déni de grossesse obtient la reconnaissance des pouvoirs publics, ni des classifications nosographiques internationales.

Quantifier le déni de grossesse : la revendication d'un problème de santé publique

Dans les années 1990, des médecins entreprennent à quantifier le phénomène du déni de grossesse pour en faire reconnaître l'existence et l'ampleur, publiant leur recherche dans les années 2000. Le déni de grossesse est décrit comme un problème fréquent qui peut arriver à n'importe quelle femme dans la population et qui entraîne des conséquences importantes pour la santé de la femme et l'enfant. Ces études permettent une vision de ce que Seibert a décrit comme l'image de la femme « victime » de déni de grossesse ; une femme lambda, frappée des forces en dehors de son contrôle. Cette vision renverse les jugements moraux attachés précédemment aux femmes faisant un déni de grossesse : elles sont innocentes et le déni n'est pas la signe d'une anormalité.

Il y a 7 différents projets de recherche qui emploient des méthodologies jusqu'à alors peu utilisés pour le déni de grossesse, ce qui génère une série de données qui permet une description statistique du déni de grossesse. Deux des projets proviennent d'Allemagne (Jens Wessel et Buscher 2002; Jens Wessel, Endrikat, et Buscher 2003; Jens Wessel, Gauruder-Burmester, et Gerlinger 2007), trois de France (Pierronne et al. 2002; Vellut, Cook, et Tursz 2012; Chaulet et al. 2013), un des pays de galles (Nirmal et al. 2006) et un d'Australie (M. J. Schultz et Bushati 2015). Toutes les études, sauf celle de Wessel, qui est prospective, sont des études de cohorte rétrospectives, ou cas-contrôle.

Pendant les années 2000, Jens Wessel, obstétricien à Berlin, publie une série d'articles¹⁶ provenant d'une étude prospective sur l'incidence du déni grossesse entre 1995 et 1996 (Jens Wessel et Buscher 2002; Jens Wessel, Endrikat, et Buscher 2002; 2003; Jens Wessel, Gauruder-Burmester, et Gerlinger 2007). L'étude recense chaque cas d'accouchement sans suivi anténatal et chaque cas de début tardif de suivi (au-delà de 20 SA) dans 19 hôpitaux obstétricaux, un hôpital général, deux cabinets obstétricaux et deux cabinets des sage-femmes, couvrant l'ensemble des établissements où les accouchements sont possibles dans le territoire métropolitain de Berlin. Un des critères d'exclusion de cette étude était la perception subjective de la grossesse avant 20 SA par la femme enceinte. La période de l'étude était d'un an. Les auteurs ne proposent aucune définition préalable du déni ; le diagnostic était établi lors des entretiens cliniques réalisés à J+3 de l'accouchement et à trois mois. Ils proposent une différence entre le déni avéré, défini simplement comme un cas « *sans doute* », et la dissimulation, défini comme des femmes sans suivi anténatal mais qui avaient d'« *autres raisons* » de non-recours aux soins et/ou qui montraient « *une certitude subjective précoce* » sur la présence de la grossesse. Sur les 94 cas inclus remplissant les critères d'inclusion il y avait 65 cas de déni, 25 de grossesse dissimulée et 4 cas où il n'y avait pas de certitude. Parmi les 65 cas de déni avéré, l'âge moyen était de 27 ans (rang: 15 - 44), 54 avaient un compagnon, 21 étaient nullipares et il y avait 12 cas de révélation de grossesse lors de l'accouchement (Jens Wessel, Endrikat, et Buscher 2002). Ils ont calculé une incidence d'un cas pour 475 accouchements pour tout cas de déni de grossesse confondu et un cas pour 2455 accouchements pour un déni persistant jusqu'à l'accouchement. Les chiffres permettent une comparaison avec l'incidence d'autres complications obstétricales: le déni de grossesse est ainsi plus prévalent que l'appendicite pendant la grossesse, mais moins fréquent que le placenta prævia. Il y avait une prévalence significativement plus élevée de petite taille et poids de naissance, d'accouchement prématuré et de transfert en service néonatal pour les enfants nés après un déni de grossesse. En conclusion, Wessel écrit « *l'idée commune que les grossesses déniées sont des événements rares et exotiques doit être définitivement caractérisé comme n'étant plus valide. En contraste, pseudocyesis, qui représente l'inverse du déni de grossesse, a perdu son importance précédente; aujourd'hui c'est véritablement une condition rare* ».

Plus tard, les auteurs affirment un risque néonatal élevé suite à des dénis de grossesse, y compris en comparaison à une population de contrôle à haut risque obstétrical (Jens Wessel, Endrikat, et Buscher 2003). Cependant, les évaluations d'état néonatale suite à l'accouchement (ex. le score APGAR) ne montrent pas de différence, et l'étude ne suit pas

¹⁶ L'étude avait été l'objet d'au moins une publication précédente en allemand (J Wessel 1998)

les enfants au long cours. Ils décrivent également une mortalité néonatale plus élevée que l'ensemble de la population berlinoise. Les facteurs de risque n'étant pas recensés, ils proposent des études supplémentaires pour mieux comprendre cette association. En 2007, Wessel et al présentent une comparaison entre les caractéristiques des femmes faisant un déni de grossesse et celles en population générale berlinoise (Jens Wessel, Gauruder-Burmester, et Gerlinger 2007). D'après cette étude, il semble significativement plus probable d'être mineure ou âgée de plus de 40 ans et d'être célibataire en cas de déni de grossesse. Cette étude révèle une différence significative dans la distribution de statut socio-économique entre les deux groupes, le déni de grossesse apparaissant significativement associé avec le fait de recevoir des allocations sociales. Ils ont également trouvé que la proportion des femmes immigrées était moins importante dans le groupe de déni de grossesse. Les auteurs identifient ainsi trois facteurs de risque associés avec le déni de grossesse: un âge reproductif jeune ou âgé, une relation « instable » et « une situation sociale critique ». Ils précisent cependant, compte-tenu du faible nombre de cas remplissant ces critères dans leur échantillon, que « *la majorité des femmes avec un déni de grossesse ne peut pas être identifiée en se basant sur des facteurs de risque statistiquement significatifs* ». Les auteurs insistent sur le fait qu'il n'y a pas de « profil type » associé avec le déni de grossesse.

La première étude de cohorte française est publiée en 2002. Pierronne et al présente une série de cas qu'ils avaient pris en charge pendant une période de 7 ans dans les maternités de Denain et Valenciennes (Pierronne et al. 2002). Ils expliquent avoir débuté leur travail dans les années 1993, face à un phénomène « incroyable » qui défiait le sens commun. Ils présentent une analyse rétrospective de l'ensemble des cas « de méconnaissance plus ou moins active de la grossesse » pour lesquels ils ont été sollicité pour la prise en charge. Ils proposent une distinction entre déni partiel (découverte de grossesse à partir de 20 semaines) et déni total (découverte de grossesse lors de l'accouchement). Rapporté au nombre d'accouchements dans la même période, cela donne une incidence de 2 cas pour 1000 accouchements. Comparant des cas de déni partiel et déni total ils ne retrouvent pas de différence socio-démographique. Ils proposent, cependant une typologie selon les mécanismes psychopathologiques à l'œuvre: dans les cas où un tiers, ou l'accouchement, révèle la grossesse on parlerait de déni; dans les cas c'est la femme elle-même qui le découvre on parlerait de dénégation ou refoulement. L'article contient aussi un des premiers témoignages à une augmentation du nombre de cas :

« Nous avons été frappés par l'augmentation de la fréquence des situations de grossesse déniées à partir du moment où nous nous y sommes intéressés. Ces cas

étaient auparavant étiquetés sous l'appellation 'grossesse non suivi non déclarée' et traités uniquement dans leur dimension sociale » (Pierronne et al. 2002, 182)

En 2006 Nirmal et al publie un étude rétrospective cas - contrôle sur des grossesses dissimulées (utilisé comme synonyme de déni de grossesse) dans *Journal of Obstetrics and Gynaecology* (Nirmal et al. 2006). L'étude, s'appuyant sur une base de données de toutes les grossesses dans le département de *South Glamorgan* dans les pays de Galles, recense tous les cas de grossesse dissimulée entre 1989 et 1999, définit comme « *des femmes qui disaient qu'elles ne se savaient pas enceintes jusqu'à l'admission pour le travail et donc n'ont reçu aucun soins anténataux* » (Nirmal et al. 2006, 118). Ils ont recensé 24 cas parmi 58 530 accouchements pendant cette période, ce qui suggère une fréquence d'un cas pour 2500 accouchements. L'article ne présente pas de comparaison des caractéristiques socio-démographiques entre les deux cohortes. L'âge moyen des femmes avec une grossesse dissimulée était 24,8 ans; 21% des femmes étaient mariées; 58% étaient multipares; 50% étaient sans emploi; 71% étaient caucasiennes; 54% étaient des fumeuses; 8% avaient déjà eu un cas de grossesse dissimulée et 20% avaient des affectations médicales nécessitant des soins anténataux. Les grossesses dissimulées étaient significativement associées avec un accouchement en hiver. Ce, que les auteurs suggèrent est en lien avec une plus grande facilité à dissimuler les modifications physiques avec des vêtements hivernaux. Ils décrivent également une prévalence significativement plus élevée de prématurité parmi les grossesses dissimulées. Dans la discussion, ils estiment que, malgré le faible taux de morbidité maternelle, la grossesse dissimulée doit être considérée comme haut risque pendant l'accouchement. Les auteurs suggèrent également sur la nécessité d'un suivi psychiatrique pour ces femmes. L'article, un de seulement trois travaux provenant du Royaume-Uni au cours du 21^e siècle, semble en léger décalage avec la littérature associée : en plus de l'amalgame entre grossesse dissimulée et déni de grossesse il ne cite pas les études de Wessel, et contient que deux citations qui font directement référence au déni de grossesse.

En 2013, Sophie Chaulet publie les résultats d'une étude rétrospective sur le déni de grossesse menée dans le cadre de sa thèse de médecine. L'étude recense 75 cas de déni de grossesse sur une période de 5 ans au CHU d'Angers. Les dénis de grossesse étaient définis comme « la non-reconnaissance de la grossesse par la femme enceinte au-delà du premier trimestre »; ils ont analysé chaque dossier ayant mention d'une « découverte tardive de grossesse ». Sur 392 « découvertes tardives » ils ont recensé 75 cas de déni; ils ne détaillent pas comment cette classification a été faite. Si la plupart des résultats de l'étude

sont en concordance avec les études précédentes, elle rapporte, pour la première fois, une augmentation de la fréquence du déni lors de la période de l'étude, suggérant que celle-ci pourrait être liée à l'ouverture d'un Unité Medico-Psycho-Social en Parentalité dédiée ou à la médiatisation du déni de grossesse depuis 2006. Ils suggèrent également que le terme « *découverte tardive de grossesse* » serait plus approprié parce qu'« *il s'approche de la réalité somato-psychique du déni de grossesse, sans préjuger de sa causalité* ».

En 2015, Schultz et Bushati, deux obstétriciens d'Australie, publient un article sur les complications physiques maternelles associées au déni de grossesse (M. Schultz et Bushati 2015). Ils présentent une étude cas contrôle rétrospective de toutes les naissances au-delà de 20 semaines d'aménorrhée dans un hôpital australien. Le déni de grossesse était défini comme un accouchement sans suivi anténatal et avec un des termes « grossesse niée », « grossesse non-diagnostiquée », « grossesse inconnue » ou « inconscience de grossesse » dans les observations cliniques. Ils trouvent 6 naissances par 5 femmes, qui donne une incidence de 1 cas de déni jusqu'à l'accouchement pour 1 420 naissances. Le déni de grossesse persistant jusqu'à l'accouchement était significativement associé avec le risque de complications physiques, éclampsie et admission en réanimation. Les résultats, qui montrent une augmentation de la morbidité maternelle, sont en contradiction avec la plupart des travaux sur le sujet, ce que les auteurs suggèrent révèle un taux de sous-diagnostics et de sous déclaration.

Concernant l'évolution de déni de grossesse, les études de cohorte peuvent paraître paradoxales. D'un côté, dans une période où la vérité du chiffre occupe une place importante, surtout dans le domaine médicale, l'utilisation de grands effectifs jusqu'alors absents dans des études, semble apporter une preuve incontestable de la présence du déni de grossesse comme un « véritable problème de santé publique ». Tous les auteurs identifient les femmes faisant un déni de grossesse comme une population à risque qui est ignoré par le corps médical. Ils revendiquent une reconnaissance institutionnelle pour le déni de grossesse et sa prise en charge psychologique classique. Les études sont influentes : à ce jour celui de Wessel a été cité 111 fois, celui de Nirmal 59 fois, celui de Pierronne 60 fois et celui de Chaulet 18 fois.¹⁷ D'un autre côté les études semblent banaliser le déni de grossesse par l'utilisation de définitions peu précises et dans lesquels l'élément essentiel est l'absence de suivi de grossesse. Les études apportent également peu d'éclairage sur l'étiologie ou les facteurs de risque. Ils semblent alors alerter sur une maladie tout en le vidant de son caractère pathologique. Dans ce cadre, il n'est pas surprenant que Chaulet et

¹⁷ Selon Google scholar le 10/09/2022

al ait fini par proposer l'abandon du terme de déni de grossesse au profit de la dénomination suivante : « découverte tardive de grossesse », un terme plus en adéquation avec la méthodologie de l'ensemble de ces études.

Le déni de grossesse et la néonaticide : une association critiquée mais une défense admissible

L'association entre le déni de grossesse et l'infanticide établie à partir des années 60 perdure tout au long du 21^e siècle, apparaissant dans les nombreux cas publiés dans la littérature scientifique, ainsi que dans des affaires médiatiques, surtout en France (M G Spinelli 2001; Lacombe 2002; Massari 2002; Simmonot 2002; Lee et al. 2006; Tronche et al. 2007; Tursz et Cook 2011; Vellut, Cook, et Tursz 2012; Seigneurie et Limosin 2012; Dayan et Bernard 2013; Josset et Reynaert 2016; Pelladeau, Marchand, et Pommier 2018; Stenton et Cohen 2020). Comme pour le déni de grossesse de manière générale, il y a des tentatives d'investigation systématique du lien entre l'infanticide et le déni de grossesse à travers les études avec les effectifs plus importants que des simples études de cas.

En 2001, Spinelli publie une série de 16 cas de néonaticide dans *American Journal of Psychiatry* (M G Spinelli 2001). Elle explique que bien que l'infanticide ait été associé avec le déni de grossesse, la psychose, des symptômes dissociatifs et des troubles de la personnalité, aucune étude n'a réalisé d'évaluation systématique selon les critères diagnostiques contemporains. Spinelli a conduit des entretiens psychiatriques avec des femmes dans le cadre d'une expertise psychiatrique et a administré le *Dissociative Experiences Scale* à chacune. Elle décrit un « spectre de déni » similaire à celui décrit dans d'autres études, un haut degré de symptômes dissociatifs, une haute prévalence d'abus sexuel ou physique et note que 13 des 16 patients étaient « *des 'bonnes filles' sans sociopathie* » (M G Spinelli 2001, 812). Elle suggère que l'accouchement est une période de « *vulnérabilité biologique... qui inclut le potentiel pour changements d'état mental lié à la chute des concentrations hormonales, la cascade de l'axe hypothalamo-pituitaire-ovarien et une alternation dans le fonctionnement des neurotransmetteurs au sein du système nerveux central* » (M G Spinelli 2001, 812). Par rapport au déni, « *pour nier un fait, une connaissance préalable de cette réalité doit exister* » ce qui implique des mécanismes psychodynamiques en lien avec des traumatismes sexuels, physiques ou familiaux (M G Spinelli 2001, 812). Quelques années plus tard, elle présente une théorie psychopathologique d'inspiration psychanalytique du déni de grossesse s'appuyant sur les mêmes cas (Margaret G Spinelli 2010). Elle explique que chaque cas présentait des symptômes dissociatifs (dépersonnalisation, hallucinations, amnésie rétrograde, la belle indifférence, psychose

dissociatif/hystérique), un faible niveau cognitif, l'absence d'un partenaire romantique, un «désordre» familial qui servait à renforcer le déni (ex. « aucune femme n'avait connue de relation réussie avec un homme qui pourrait assumer le rôle du père ») et des antécédents d'abus ou de carence parentale. Spinelli inscrit la discussion des symptômes dissociatifs dans la lignée des travaux de Freud et Janet sur l'hystérie et le traumatisme psychologique. La dissociation est vue comme étant fondamentalement liée au traumatisme, dont l'exemple le plus extrême est le trouble d'identité dissociatif. Elle suggère que le déni de grossesse est un symptôme conversif négatif qui peut se manifester comme une psychose hystérique lors de l'accouchement. Les facteurs psychopathologiques liés à cet état sont une personnalité hystérique, le niveau limite d'intégration personnelle, des traumatismes développementaux et actuels, l'immaturité psychosexuelle et le manque de soutien familial.

En 2006, Beier, Wille et Wessel publient un article proposant une comparaison entre une cohorte de déni de grossesse et une cohorte de cas de néonaticide dans *Journal of Psychosomatic Research* (Beier, Wille, et Wessel 2006). La cohorte de déni de grossesse vient de l'étude précédente par Wessel; la cohorte de néonaticide vient d'un article publié en allemand en 1994. La cohorte était construite à travers une étude rétrospective recueillant tous les cas d'infanticide à la naissance dans l'ensemble des établissements de médecine légale dans la république fédérale d'Allemagne entre 1980 et 1989. Un cas était défini comme un déni de grossesse sur la base de 8 critères : la certitude qu'elle n'est pas enceinte, l'absence de signes de grossesse, des comportements « innocents » comme la natation, la poursuite des rapports sexuels, l'absence de considération d'une IVG, l'absence de préparation pour la naissance et la mésinterprétation des douleurs des contractions (Beier, Wille, et Wessel 2006, 724)¹⁸. Les auteurs proposent une comparaison statistique des caractéristiques socio-démographiques entre les deux groupes aussi qu'entre les cas de grossesse dissimulée et de déni de grossesse au sein du même groupe. Selon les auteurs, les résultats confirment «*qu'il n'y a pas de 'profil type' spécifique de femme qui ignore les signes et symptômes de grossesse... des femmes fertiles de toute âge, de toute appartenance sociale, tout niveau d'éducation confondu, niveau d'emploi et statut marital sont touchées*» (Beier, Wille, et Wessel 2006, 727). Ils ne trouvent aucun facteur de risque socio-démographique significatif pour le néonaticide ou le déni de grossesse. De surcroît, «*la similarité entre les deux groupes en termes des variables en tableau 1 indiquent que le déni et la dissimulation ne sont pas des «entités» distinctes. Ils représentent plutôt des niveaux d'intensité différents d'une rationalisation psychologique interne erroné d'une grossesse qui peuvent avoir des multiples explications* » (Beier, Wille, et Wessel 2006, 726).

¹⁸ Les auteurs ne précisent pas si tous les 8 critères devraient être remplis ou seulement une partie.

Devant l'absence de facteur de risque ou cause spécifique identifiée, les auteurs proposent le regroupement du déni et de la dissimulation sous le terme « négation », qui serait « le chemin final des étiologies multiples » (Beier, Wille, et Wessel 2006, 727). Ainsi, devant un trouble qui se situe dans le domaine d'un processus non-pathologique (la grossesse) les auteurs proposent que la négation de grossesse soit incluse dans les classifications internationales dans les chapitres sur des Troubles de la sexualité et l'identité de genre comme un trouble reproductif (DSM) et sur les troubles de la personnalité et du comportement adulte comme un « trouble psychologique et comportementale associé à la reproduction sexuelle ». Pour finir, ils concluent « *qu'il y a nulle autre condition aussi dangereuse et potentiellement létale pour la mère et le fœtus qui est ignorée à tous les niveaux de la littérature sur les complications et les urgences obstétriques* » (Beier, Wille, et Wessel 2006, 729).

Dans les années 2010 une équipe dirigée par Anne Tursz et Jon Cook, deux chercheurs affiliés au CNRS, présentent les résultats d'une étude rétrospective conduite avec 26 parquets dans 3 régions de la France, un territoire couvrant 34,6% des accouchements en France, entre 1996 et 2007 (Tursz et Cook 2011; Vellut, Cook, et Tursz 2012). L'étude recense 27 cas de néonaticide dont 17 où la mère a été identifiée, ce qui correspond à 2,1 cas de néonaticide pour 100 000 accouchements (Tursz et Cook 2011). Ils décrivent un profil de femmes caractérisé par un faible estime de soi, une immaturité, une dépendance à l'autre, une peur de l'abandon et une incapacité à gérer leur fertilité. Concernant le déni, ils expliquent que pour l'infanticide, il s'agit entre 90 et 100% des cas de dissimulation et pas de déni. De plus, ils proposent que les études épidémiologiques avec un recrutement fait par des centres hospitaliers ignorent les accouchements dissimulés à domicile et donc surestiment l'incidence de déni de grossesse. Dans un deuxième article basé sur les mêmes données, ils vont plus loin dans la critique également du lien entre néonaticide et déni de grossesse, la précision du concept de déni de grossesse et son éventuelle utilité pour les dispositifs de prévention du néonaticide (Vellut, Cook, et Tursz 2012). Selon eux, en France le déni de grossesse « est souvent utilisé par des juges et particulièrement par des avocats - parfois avec l'aide des experts eux-mêmes - sans être suffisamment basé sur des preuves scientifiques. Selon les auteurs « il n'y aucune définition consensuelle du déni de grossesse ni sur la relation entre la dissimulation volontaire et le déni de grossesse » (Vellut, Cook, et Tursz 2012, 554).

Ils présentent les données pour 24 cas de néonaticide « prouvé » commis par 22 femmes. Il y avait 3 cas de grossesse méconnue, découvertes à l'accouchement, dont deux avaient des expertises psychiatriques suggérant un déni de grossesse; le déni de grossesse était

évoqué dans 15 des 22 cas. Analysant les témoignages des femmes concernés, les auteurs trouvent que les femmes présentaient rarement tous les critères de déni, avec une tendance à des discours contradictoires ou ambivalents concernant la conscience de la grossesse. Cependant, ils décrivent un autre mécanisme de défense omniprésent, « le secret », qui se manifeste par une impossibilité de parler aux autres ainsi que de planifier et anticiper l'accouchement. Devant l'utilisation hétérogène du terme dans les procès et le fait qu'aucun cas ne présente tous les critères de déni de grossesse, les auteurs écrivent :

« Le concept de 'déni de grossesse' a peu de validité opérationnelle. Il n'y a pas de consensus sur sa définition... c'est un concept utilisé par des acteurs juridiques dans une manière confuse et même contradictoire... il n'y a aucun signe qu'il est un facteur de risque de néonaticide... le terme ne peut pas rendre compte de la complexité des émotions qui troublent des femmes autrices de néonaticide. Il polarise l'attention seulement sur la femme, lui attribuant une étiquette de 'maladie mentale', tandis que son entourage est libéré de responsabilité et rarement incriminé malgré le peu de soutien social qu'ils lui accordent durant sa grossesse difficile » (Vellut, Cook, et Tursz 2012, 562).

Ils proposent que le terme « grossesse secrète » soit utilisé pour la dissimulation, et « grossesse ignorée » pour déni de grossesse parce qu'« on ne peut nier quelque chose dont on n'avait pas connaissance préalable » (Vellut, Cook, et Tursz 2012, 563).

Les recommandations d'abandonner le terme de déni de grossesse ne semblent pas cependant être suivies dans la majorité des articles sur l'infanticide, qui conservent l'utilisation du terme même en citant les études en question (Seigneurie et Limosin 2012; Dayan et Bernard 2013; Josset et Reynaert 2016; Pelladeau, Marchand, et Pommier 2018). Un trait commun de toutes ces études est qu'elles sont centrées autour de cas, soit médiatisés (Seigneurie et Limosin 2012; Dayan et Bernard 2013) soit cliniques (Josset et Reynaert 2016; Pelladeau, Marchand, et Pommier 2018), pour lesquels le déni de grossesse est invoqué comme facteur expliquant l'acte et donc comme élément de la défense juridique.¹⁹ L'article de Josset et Reynaert cite le cas de Jessica Bily, la première fois en Belgique que l'argumentaire d'un déni de grossesse a obtenu un acquittement pour infanticide. Ils décrivent le déni de grossesse comme « un grand mystère médical » et préconisent que « *le déni de grossesse devrait constituer une entité clinique à part entière,*

¹⁹ Les articles ici font référence au cadre juridique français ou belge, qui, comme expliqué ci-dessus n'attribue pas de circonstances atténuantes pour l'infanticide ou néonaticide, le traitant comme un homicide.

dans laquelle serait intégré le risque de néonaticide» (Josset et Reynaert 2016, 35). Les articles français font référence à des affaires hautement médiatisées où le déni de grossesse était partie intégrante de la défense (Seigneurie et Limosin 2012; Dayan et Bernard 2013) et il paraît également constituer un argument aux États-Unis et en Australie (Barnes et Buist 2021). Il y a, cependant, un article du Royaume Uni qui utilise la notion de déni de grossesse dans le cadre du néonaticide alors même qu'il s'agit d'un pays qui a des provisions légales spécifiques pour l'infanticide (Stenton et Cohen 2020). Le diagnostic de déni ne semble pas avoir d'importance pour la poursuite ou non d'une accusation de crime ; l'absence d'accusation semble plus liée à la difficulté à directement établir la cause de décès.

Le déni de grossesse psychotique : un problème plus légal que clinique

Le déni de grossesse psychotique, qui s'est établi comme une catégorie à part au 20^e siècle, semble attirer moins d'attention au siècle suivant. Entre 2000 et 2020, il y a 8 articles en anglais et 1 seulement en français avec comme objet principal le déni de grossesse psychotique, même si la plupart des articles y font référence. Les articles sont un mélange d'études de cas qui soulèvent soit un tableau clinique particulier, soit des questionnements autour de sa prise en charge, surtout au niveau éthique et légal. Le déni étant expliqué par la présence d'un trouble psychotique, il semble y avoir peu d'études explorant la psychopathologie du phénomène. Également, il n'y a aucune étude qui tente de recruter des effectifs plus importants, comme ça a été le cas pour le déni de grossesse et l'infanticide.

Les articles sur la prise en charge se focalisent surtout autour des enjeux éthiques et légaux concernant la traitement psychiatrique et obstétrique sans consentement. La prise en charge sans consentement étant un standard accepté dans la plupart des pays, c'est la prise en charge obstétrique qui est le sujet d'intérêt pour les auteurs. Sur quatre articles explorant cette question, trois proviennent des États-Unis où il paraît y avoir une jurisprudence complexe, notamment en lien avec des cas autour des droits du fœtus.²⁰ En 2004, Coverdale et al publient des recommandations concernant l'accompagnement des grossesses pour les patientes atteintes d'une schizophrénie, sans aborder le déni de grossesse psychotique spécifiquement (Coverdale, McCullough, et Chervenak 2004). Si de

²⁰ Dont la plupart sont liés aux débats autour de l'IVG.

manière général les auteurs recommandent la prise de décision assistée²¹ dans le cas des idées délirantes autour de la grossesse, le déni de grossesse psychotique élimine définitivement la possibilité pour le patient de prendre des décisions de manière informée. Ils suggèrent qu'une décision par procuration est nécessaire parce que la patiente est incapable de participer de manière autonome. Dans le cas d'un fœtus non-viable, les décisions doivent être prises qui priorisent la santé de la femme.

Quelques années plus tard, trois psychiatres de l'université de Californie publient un article explorant les questions légales associées à la prise en charge du déni de grossesse psychotique quand le fœtus est viable (Nau, Bender, et Street 2011). Une des questions centrales est de savoir si le fœtus détient des droits distincts de la mère, ce qui semble différer de manière importante selon la jurisprudence des différents états. Les auteurs cherchent également à établir les conditions légales qui permettront l'état d'agir dans les intérêts du fœtus malgré les souhaits exprimé par la femme (psychotique ou non).²² Le contexte anglais paraît différent avec moins de précédents jurisprudentiels et des différences claires avec le contexte médico-légal américain (Jenkins, Millar, et Robins 2011). S'il y a une possibilité de prendre des décisions par procuration concernant le fœtus dans des cas où la mère est jugée non-autonome, ceci n'est pas permis pour une femme gardant son autonomie. Également, il n'y a aucun cadre légal permettant une hospitalisation involontaire en dehors de la psychiatrie, ce qui exclut de fait une hospitalisation involontaire pour des complications obstétriques.

Il n'y a peu de développements sur l'étude de la sémiologie ou la psychopathologie du déni de grossesse psychotique, à part deux articles décrivant le déni de grossesse comme une manifestation d'un syndrome de Cotard (Walloch et al. 2007; Kuppili et al. 2017), un autre qui décrit l'utilisation d'électroconvulsivothérapie (ECT) (Dua et Grover 2019) et une description d'un épisode psychotique se déclarant par un déni de grossesse dans une femme qui avait précédemment reconnu sa grossesse (Chase et al. 2021)

Le seul article français au sujet du déni de grossesse psychotique a été publié Anne Lise Diet, psychologue et psychanalyste, sur une patiente qu'elle a suivie pendant plusieurs années (Diet 2018). Le style et contenu de l'article est radicalement différent aux autres

²¹ La prise de décision assistée fait référence à des situations où la patiente est affectée par des limites réversibles à son autonomie. L'assistance comprend les actions pour aider la patiente à récupérer cette autonomie.

²² Il y a notamment des cas où des femmes enceintes, et sans maladie mentale, ont été contraintes de subir certains soins au nom des droits du fœtus.

textes. D'abord, elle suggère, prenant la métaphore des témoignages d'holocauste, que si la grossesse peut être vue comme « indicible » ou « impensable », elle doit être interrogée à travers la condition sociale des femmes. La condition en question est celle d'une domination masculine où « *toute femme est traversée et dominée, sans même qu'elle le sache consciemment, par des injonctions à être, à faire, à se conduire, selon des principes qui lui échappent, et sous le coup de menaces possibles concernant leur intégrité* » (Diet 2018, 139). Les questions de domination s'étendent vers la maternité et la grossesse: « *Tout se passe alors comme si l'environnement de ces femmes les contraignait à une ignorance d'elle-même... sauf à avoir une conception de l'intrapsychique comme un espace confiné sans lien aucun avec l'extérieur, il nous faut penser que leurs perceptions de leurs corps, de ses changements sont aussi tributaires de ce qui leur est autorisé à croire ou penser les concernant* » (Diet 2018, 140). La critique ici est que trop souvent des auteurs décrivent le déni de grossesse « *comme l'avatar d'un problème intrapsychique* », quand on pourrait le voir autrement comme le résultat des contraintes et injonctions sociales exercées sur les femmes. Dans ce sens, elle suggère que le terme déni de grossesse inhibe « *le sens clinique des professionnels qui s'en occupent* » (Diet 2018, 142). Pour illustrer ces propos, elle présente le cas d'une patiente qu'elle suit depuis environ 20 ans et « *comment son histoire et son environnement familial la condamnent au silence et à la folie, redoublé massivement dans et par une institution psychiatrique* » (Diet 2018, 143). Dans son cas, elle se dit en conflit avec les psychiatres dans son établissement, qu'elle dénonce pour leur manque de formation en psychanalyse:

« Son hospitalisation en hôpital psychiatrique, le diagnostic de déni de grossesse et la dangerosité 'avérée' de cette mère vis-à-vis de son enfant déclenchent une procédure juridique. Ce sont alors les psychiatres de l'établissement qui sont en première ligne. Le déni est acté, et engage une attitude faite de jugements et de mise à distance, qui sont autant d'indices de contre-transferts inanalysés. L'identification au nourrisson en danger est massive et vient justifier une disqualification de sa mère d'autant plus forte qu'elle met en question l'image idéale de la dyade originaire. (Ce sont des psychiatres femmes et mères elle-mêmes, qui ne s'intéressent pas à la psychanalyse, et n'ont pas éprouvé la nécessité, malgré la lourde tâche qui est la leur de s'occuper pour l'essentiel de la psychose, de faire une démarche pour elle-mêmes) » (Diet 2018, 146)

Le déni de grossesse comme problème à part entière

Le déni de grossesse non psychotique continue son développement au cours du 21^e siècle, avec des débats constants sur son étiologie, sa définition et le sens à donner au phénomène. Bien que les débats français prennent une ampleur particulière, je propose ici d'aborder les transformations de manière globale (le contexte français serait traité dans la section suivante). La transformation la plus importante est l'arrivée des revendications du déni de grossesse comme un problème qui peut arriver à n'importe quelle femme, qui constitue un vrai problème de santé mentale mais qui n'attire pas l'attention sur sa gravité ou son incidence mérite.

En langue anglaise, le premier développement important est proposé par Laura Miller dans un livre sur l'infanticide sous la direction de Spinelli (L. Miller 2003). Elle propose de diviser le déni de grossesse dans trois types selon des différences sémiologiques. Le déni affectif est quand « une femme reconnaît intellectuellement être enceinte mais ressent très peu ou aucun des changements émotionnels ou comportementaux associés » (L. Miller 2003, 83). Le déni dans ce cas est « normatif et ne constitue pas du déni cliniquement significatif » (L. Miller 2003, 83). Le déni envahissant est décrit comme « une forme plus extrême... quand non seulement l'importance émotionnelle mais l'existence même de la grossesse est privée de reconnaissance » (L. Miller 2003, 84). Ce type de déni est particulièrement disposé à perdurer jusqu'à l'accouchement et au-delà. Le troisième et dernier type de déni est le déni psychotique. Pour tous les trois, elle ne propose pas de délimitation en termes de temps. Elle propose également des « modèles cognitifs » pour expliquer le phénomène : des tendances à refouler, des stratégies d'adaptions centrées sur les émotions et la dissonance cognitive. Elle propose également un rôle pour la culture : « Sociétés dans lesquelles des femmes sont sévèrement punies ou rejetées quand elles deviennent enceintes, cherchent un avortement ou abandonnent les enfants sont plus probables à produire le déni de grossesse et la néonaticide » (L. Miller 2003, 101). La distinction entre déni affectif et déni envahissant va être ensuite reprise dans plusieurs études (Lee et al. 2006; Friedman, Heneghan, et Rosenthal 2007; Jenkins, Millar, et Robins 2011; Seigneurie et Limosin 2012; Barnes et Buist 2021).

Les études se basant sur de plus grands échantillons ont, comme on l'a vu, introduit une catégorisation par la période de reconnaissance de grossesse, séparée entre déni partiel (découverte entre 20 semaines d'accouchement et terme) et déni total (découverte lors de l'accouchement) (Pierronne et al. 2002). Selon Grangaud, la distinction vient d'un texte de Sophie Marinopoulos publié en 1997, pour lequel le déni partiel se termine autour du deuxième semestre (Grangaud 2002). Pourtant, dans la littérature anglophone la distinction n'est pas reprise systématiquement apparaissant que dans quelques articles, dont seulement

deux en provenance des États-Unis (Ayres et Manjunath 2012; Schauburger 2014; Sar et al. 2017; Oddo-Sommerfeld et al. 2017; Auer et al. 2019).

Il y a également une persistance des débats autour de la classification appropriée du déni de grossesse. Certains auteurs continuent de le voir comme un trouble d'adaptation (Neifert et Bourgeois 2000; Schauburger 2014), d'autres proposent de l'inclure comme un trouble reproductif (Beier, Wille, et Wessel 2006) et d'autres souhaitent souligner les aspects dissociatifs (Sar et al. 2017). En 2013, des membres de l'unité psychosomatique du CHU de Mont-Godinne en Belgique publient une étude de cas dans *Psychiatria Danubina*. Ils présentent le cas d'une femme de 44 ans inculpée pour infanticide et envoyée dans leur service pour obligation de soins psychiatriques. Ils suggèrent, s'appuyant sur la littérature francophone, que le déni de grossesse s'opère souvent par un déni de fertilité: « *l'association entre les rapports sexuels et la possibilité de grossesse ne paraît pas être reconnu* » (Struye et al. 2013).

Les discussions sur la psychopathologie sont relativement peu nombreuses et limitées au domaine de la psychanalyse ou la psychodynamie.²³ On a déjà noté la théorie de Spinelli, formulée en 2010, suggérant que le déni de grossesse est un syndrome hystériforme.²⁴ En 2017, des membres du service d'obstétrique et gynécologique du CHU de Francfort publie un cas de déni de grossesse dans une femme de 13 ans (Oddo-Sommerfeld et al. 2017). Afin d'éclairer les débats sur l'étiologie du déni de grossesse, ils ont fait un bilan psychométrique complet. Spécifiquement, les auteurs souhaitent tester des hypothèses dans la littérature scientifique sur la dysrégulation émotionnelle, des relations dysfonctionnelles, symptômes dissociatifs et stratégies maladaptatives de gestion du stress. L'anamnèse ne révèle aucun facteur de stress, aucun traumatisme et aucun dysfonctionnement familial. Le bilan psychométrique montre une absence de psychopathologie, une bonne capacité de gestion des émotions et une personnalité équilibrée, hormis « un haut degré de réactivité social (dépendance sur les récompenses) ». Ils suggèrent que le cas pourrait être expliqué par un modèle de « *refoulement et identification projective* »²⁵ composé de 3 étapes: 1) la femme est convaincue de l'impossibilité d'être enceinte, 2) la femme communique cela à son entourage familial qui, par l'identification projective, adopte le point de vue de la femme et 3) l'entourage

²³ Le texte de Miller paraît un de seules ou un perspectif cognitif est appliqué.

²⁴ Cf la section sur le déni de grossesse et la néonaticide.

²⁵ *Repression and projective identification*

professionnel et social « *commence à montrer l'expérience et comportement interne* »²⁶ qui conforme aux attentes de la femme. Ils suggèrent que l'absence de réaction traumatique est un signe de la reconnaissance « inconsciente » de la grossesse.

Parmi les textes les plus remarquables on retiendra ceux écrits par Patrick Sandoz, un ingénieur français spécialisé dans la mécanique appliquée (Sandoz 2011; 2015; 2016; Sandoz et Wessel 2018). Dans un premier temps, il propose un modèle cybernétique pour expliquer l'absence de modification de la taille de l'abdomen pendant le déni de grossesse (Sandoz 2011). Il s'intéresse exclusivement dans des cas où le gonflement abdominal est absent pendant le déni mais apparaît après la reconnaissance de la grossesse. Selon Sandoz, la révélation de la grossesse ne produit pas directement le gonflement abdominal, puisque cela impliquerait un lien direct entre « l'esprit conscient » et les muscles abdominaux, qui sont pourtant régulés par le système nerveux neurovégétatif. Pour lui, l'annonce rompt une « homéostasie réactive »²⁷ induite par le système nerveux central. Il suggère que le déni de grossesse puisse être considéré comme un autre type de troubles fonctionnels somatiques qui deviennent de plus en plus fréquents avec les modifications des modes de vie humaine. Ils peuvent être vus comme des troubles cybernétiques. Plus tard, il présente un modèle systématique pour le déni de grossesse s'appuyant sur des théories de conflit interpersonnel et la psychologie sociale et évolutionnaire (Sandoz 2015; 2016; Sandoz et Wessel 2018). Pourtant, ses idées semblent peu reconnues dans la littérature scientifique : bien qu'un des articles soit co-écrit avec Jens Wessel, auteur connu dans le domaine, ses trois derniers articles sont tous enregistrés sur un site de prépublication où ils attendent toujours une relecture par des pairs.

Une exception française ?

Pendant le 21^e siècle, le déni de grossesse semble prendre une dynamique en France non constatée dans d'autres pays. D'abord, il y a de multiples signes suggérant que le déni de grossesse occupe une place plus importante dans la société et les domaines professionnels. La production de littérature scientifique en est un, avec plus de la moitié des articles recensés écrits par des auteurs français sur le contexte français. Deux fois le déni de grossesse est le sujet d'une édition spéciale d'une revue scientifique : *Perspectives Psy* en

²⁶ *Start showing inner experience and behaviour*

²⁷ Il n'y a pas de définition proposée

2002 et les *Dossiers de l'obstétrique* en 2009.²⁸ La France est également le seul pays où sont publiés, à ma connaissance, des livres traitant spécifiquement du déni de grossesse, ces publications étant destinées à la fois aux professionnels et au grand public. Au début des années 2000, le déni de grossesse apparaît dans les livres sur les soins néonataux²⁹, la psychologie de la grossesse et la maternité³⁰, l'adoption et l'accouchement sous X³¹, l'IVG³² ainsi que sur d'autres sujets tels que, par exemple, la précarité.³³ Sans nécessairement faire l'objet d'un traitement long dans ces textes, le déni de grossesse sert comme un témoignage de la force des facteurs psychologiques, devenant ainsi non seulement une question professionnelle mais aussi un débat social. L'intérêt médiatique spécifiquement porté sur le déni de grossesse début autour de 2006, moment quand éclate l'affaire Courjault : Véronique Courjault est incriminée pour homicide volontaire suite à la découverte des corps de deux enfants dans son congélateur ; le déni de grossesse est invoqué comme défense (Seibert 2011, 34-44). A partir de 2007 on voit l'apparition des textes dédiés au déni de grossesse avec *Je ne suis pas enceinte* par le journaliste Gaelle Guernalec-Lévy, *Les bébés congelés de Séoul* par la journaliste Marie-Pierre Courtellemont en 2009, *Elles accouchent et ne sont pas enceintes: le déni de grossesse* par Sophie Marinopoulous, psychologue, et Israël Nisand, Professeur d'obstétrique, en 2014 et *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation physique* par Benoît Bayle en 2017 (Guernalec-Lévy 2007; Courtellemont 2009; Marinopoulos et Nisand 2014; Bayle 2017). Il y a également, pour la première fois, des textes qui proposent des témoignages directs des femmes concernées (Luna 2009, 99; Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse 2010; Masseaux 2019).

La France est également le seul pays à avoir une association professionnelle spécifique pour le déni de grossesse. Ceci est un marqueur fort de l'institutionnalisation d'un problème public : un groupe institutionnalisé vise à promouvoir la catégorie et y apporter des réponses sociales. L'association française de reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG) est créée à Toulouse en 2004 par Félix Navarro, un médecin de santé publique. Navarro est motivé pour créer l'association après qu'« *une jeune femme de son entourage a été victime*

²⁸ Le numéro des *Dossiers de l'Obstétrique* est issu du 7^e Congrès de l'Association Française de Maternologie en 2008 qui discute en détail le déni de grossesse.

²⁹ Golse, B; Gosme-Seguret, S; Mokhtari, M. *Bébés en réanimation: naître et renaître*. 2001

³⁰ Dayan, J. Maman, pourquoi tu pleures? *Les désordres émotionnels de la grossesse et de la maternité*. 2002. Tillard, B. *Des familles face à la naissance*. 2002

³¹ Ensellem, C. *Naître sans mère: accouchement sous X et filiation*. 2004. Cahen, M. *Accouchement anonyme et adoption plénière, une dialectique des secrets. Essai historique et politique*. 2004. Marinopoulos, S. *9 mois et caetera*. 2007

³² Mytnik, B. *IVG, fécondité et inconscient*. 2007

³³ Tap, P; de Lourdes Vasconcelos, M. *Précarité et vulnérabilité psychologique*. 2004.

d'un déni de grossesse total suite à quoi elle a tenté de tuer le nouveau-né. Elle a ainsi été inculpée de tentative d'homicide volontaire » (Seibert 2011, 33). L'AFRDG tente de diffuser le concept de déni de grossesse en France à travers une site web, des interventions dans la presse ainsi que l'organisation de deux congrès en 2008 et en 2009. Les congrès vont être aussi l'opportunité de pouvoir créer un réseau des acteurs « engagés » autour du déni grossesse, Christoph Brezinka, Jens Wessel et Michel Libert sont tous présents par exemple lors de ces congrès avec l'objectif de s'accorder sur une délimitation temporelle pour l'étude du déni de grossesse (Seibert 2011, 89-90).

Une dernière différence entre la France et les autres pays est le contenu des discussions. Les débats psychopathologiques paraissent plus vifs, avec l'utilisation des concepts, tels que la « gestation psychique » qui n'ont que peu de place dans la littérature anglophone. Dans les autres pays, la catégorie est progressivement vidée de ses connotations psychopathologiques, qui fait que plusieurs auteurs suggèrent d'abandonner le terme au profit des dénominations moins « culpabilisantes ». En France, le débat se poursuit, le déni trouvant sa place dans des discussions sur les nuances entre négation et dénégation dans la théorie freudienne ainsi que sur la notion de la gestation psychique. Loin de proposer d'abandonner le terme, les acteurs français l'érigent en « cause » avec l'apparition d'un nouveau concept « le déni du déni » qui sert à décrire le manque de reconnaissance apportée à ce sujet.

Les articles publiés sont très majoritairement des revues de la littérature, qui présentent tous un certain consensus sur le déni de grossesse, qui représente un réel problème de santé publique». Les articles sont dans des revues appartenant à des multiples spécialités, médecine interne, obstétrique et gynécologie, psychiatrie et médecine générale. Vers la deuxième moitié des années 2000, les articles s'appuient sur un certain nombre de «faits établis» sur le déni de grossesse. Le déni de grossesse est décrit comme la non-reconnaissance du fait d'être enceinte à partir du deuxième trimestre, avec la catégorisation entre déni partiel et déni total. Les articles décrivent une rationalisation des symptômes et une absence de signe de grossesse, mais ceux-ci peuvent réapparaître dès la levée du déni. Il y a un taux de prévalence fréquemment cité entre 0,5 à 3 cas pour 1000 grossesses, ce qui permet une comparaison à d'autres problématiques obstétriques. Généralement, on décrit qu'il n'existe pas de « femme type », bien que certains profils aient été évoqués. Il persiste du débat sur les mécanismes psychopathologiques, mais il y a une acceptation du terme de « grossesse psychique ».

Les débats psychanalytiques français

Le numéro des *Dossiers de l'Obstétrique* expose nombreux des débats théoriques qu'on peut voir dans la littérature française. Le numéro, se divise en deux parties « le désir de l'enfant » et « l'énigme du déni de grossesse », prenant le déni de grossesse comme sujet clé car il « *remet en question la compréhension générale de la grossesse humaine* ». La première partie sert à décrire « *la spécificité de la grossesse humaine* » dans une manière générale, avec cinq articles: « *introduction générale: évolution des mythes et des mœurs* », « *spécificités humaines de l'engendrement* », « *l'image du corps selon Françoise Dolto* », « *Fondements du désir d'enfant* » et « *Liens parents/enfants: haptonomie et image inconscient du corps* ». Le premier article sur le déni de grossesse « *déni de grossesse: quand le corps porte une grossesse dont le psychisme ne perçoit aucune trace* » propose de le situer en comparaison à ce que les auteurs appellent « *le surinvestissement de grossesse* » (Panel et Prigent 2009). Il n'y a pas de définition nette du surinvestissement, mais il est invoqué spécifiquement par rapport à la possibilité juridique de déclarer des actes de naissances pour des enfants nés sans vie « *quel que soit le terme* ». Cette démarche est décrite comme un « *surinvestissement de la vie fœtale qui tente de bousculer le clivage vie/mort* » (Panel et Prigent 2009, 30). Le déni de grossesse est présenté comme révélateur de plusieurs aspects de la psyché humaine. Il « *rappelle combien l'humain, notamment en matière de conception, peut n'être en rien maître de son inconscient et de son corps* » ainsi que « *la maternité n'est pas le paradis rose de mamans épanouies serrant contre elles leurs précieux bébés. La grossesse, l'accouchement renvoient aussi au bain de pulsions brutes où flotte la filiation humaine, risquant souvent le naufrage* » (Panel et Prigent 2009, 31-32). Au niveau psychopathologique, les auteurs suggèrent que le déni de grossesse soit lié à une difficulté à intégrer de manière harmonieuse les courants « narcissiques » et « œdipiens » de la grossesse.

Les débats théoriques continuent, exclusivement dans le domaine de la psychanalyse, s'appuyant souvent sur les textes de Freud et proposant des terminologies ou psychopathologies différentes. Darchis, par exemple, décrit le déni de grossesse, vu sous l'angle de la thérapie familiale psychanalytique, comme « *une maladie groupale contagieuse* » qui, bien que définie en termes de non-reconnaissance par la mère, implique souvent d'autres personnes (Darchis 2007). Elle l'inclut dans un ensemble d'autres situations (des refus de maternité ou paternité, « des stérilités psychogènes... des IVG à répétition... les abandons sous X, voire des infanticides ») qui témoignent d'un ordre familial « figé » et « pathologique ». Contrairement à d'autres textes, elle explique que « *généralement, c'est le groupe familial qui est l'instigateur inconscient du déni* » parce que l'acceptation d'un nouvel

enfant risque de perturber l'organisation familiale et réveiller des souvenirs ou «non-dits» traumatiques et douloureux. Zagury, psychiatre, critique la notion de déni de grossesse à partir de 3 vignettes cliniques qu'il a rencontré dans son travail d'expertise pour infanticide (Zagury 2011).³⁴ Le point de départ est l'affaire Courjault, dans lequel il a été nommé expert, et qui a provoqué une « cacophonie expertale ». A partir des cas présentés, Zagury propose qu'il existe rarement un déni de l'existence d'une grossesse, mais plutôt d'un élément associé: « *tout se passe comme si la femme avait une perception fugace et intermittente de sa nouvelle condition, tout en repoussant perpétuellement l'échéance* » (Zagury 2011, 320). Il propose alors les termes comme « *d'un déni d'inéluctabilité du terme de la grossesse* » (i.e. un déni de la possibilité d'accoucher), un « *déni de la viabilité de l'enfant* » et « *un déni de la conception* » (Zagury 2011, 320).

En 2013, Céline Pereira de Oliveira critique la notion de déni de grossesse, elle aussi principalement d'un point de vue psychanalytique, dans une contexte qu'elle décrit comme « conflictuel » sur le plan théorique (Pereira de Oliveira 2013). Elle écrit « *cette terminologie manque de pertinence, puisque cette clinique revêt un caractère très variable et polymorphe* » (Pereira de Oliveira 2013, 191). Pour elle il s'agit de négations de grossesse qu'on peut classer dans trois sous-groupes: la dénégation (quand une femme doute sur son état de grossesse, mais le pense impossible), le déni (« *l'enfant est un objet de jouissance et le père est exclu de la relation mère-enfant. L'enfant et la mère sont tous deux dans une position phallique* ») et la forclusion (« *il y a une absence de représentations psychiques. La grossesse est en dehors de l'univers symbolique* ») (Pereira de Oliveira 2013, 200-201). Les discussions sur le déni de grossesse soulèvent des questions importantes sur le sens spécifique du déni en termes psychanalytiques, notamment dans les textes de Freud et Lacan.

Séguin, Golse et Apter reprennent les mêmes questions dans une revue de la littérature publiée en 2013 *La psychiatrie de l'enfant*, qui introduit notamment la thèse de psychologie de Sarah Seguin (Seguin, Golse, et Apter 2013). Le constat, comme dans les articles de Pereira et Zagury, est que l'hétérogénéité des situations décrites dans la littérature ne peut pas être résumé dans le terme « déni », surtout quand ce dernier est reporté à son sens strictement psychanalytique. Au niveau de la psychopathologie, les auteurs le décrivent comme un « trouble de la représentation » pour lequel la question essentielle est « quel est véritablement l'objet du déni? ». La non-reconnaissance d'une grossesse peut être

³⁴ Ce texte sera republié verbatim en 2013, sans les 3 cas cliniques.

révélateur d'un déni de sexualité, de l'enfant, d'un acte sexuel, et du rôle de la mère entre autres.

En 2014, Alby et al, dans un article dans *Annales Médico-Psychologiques*, appuyant sur un ensemble de textes psychanalytiques, suggère que non seulement le déni de grossesse n'est pas une maladie, mais qu'il fait également partie courant de la grossesse (Alby, Quaderi, et Védie 2014). Le déni est 'normal' parce que « *concevoir un enfant confronte à l'inconnu, au surgissement de quelques choses de tout à fait nouveau dans l'expérience d'une femme, qui dépasse toutes les représentations qui en sont faites. La période périnatale concerne à la fois la sexualité, la fécondité, la procréation, la gestation et la grossesse. C'est une période très délicate où des équilibres fragiles peuvent se briser* » (Alby, Quaderi, et Védie 2014, 384). La grossesse est alors vu comme une menace psychologique : « *l'enfant dans le ventre de la mère est toujours pour une part un étranger, un parasite, au moins dans un premier temps... face à l'inconnu et à l'étranger, le sujet n'a d'autre choix que de mettre en places des défenses* » (Alby, Quaderi, et Védie 2014, 384) .

En 2015, Professeur Sylvain Missonnier, psychologue et psychanalyste, propose un développement de la distinction freudienne entre déni et négation, suggérant qu'ils ont des mécanismes de « clivage » très différents (clivage fonctionnel et structurel) et qui nécessitent des approches cliniques distinctes . Un élément essentiel est la différence entre la façon dont ces deux mécanismes de défense protègent des femmes de « leur propre ambivalence » définie comme « la simultanéité équilibrée des sentiments d'amour et de haine à l'égard de l'enfant à naître » (Missonnier 2015).

Le déni de grossesse comme preuve de la gestation psychique

Un des concepts centraux dans la littérature française autour du déni de grossesse est la notion de gestation ou grossesse physique. Le terme semble être utilisé pour la première fois par Benoît Bayle dans un article dans le numéro spécial des Dossiers de l'Obstétrique en 2009 (Bayle 2009). Il inclut le déni comme une forme spécifique de négation de grossesse, avec la dénégation et la dissimulation (« *si le processus est d'apparence conscient, il n'en est pas pour autant clairement volontaire* ») (Bayle 2009, 40). Le déni de grossesse « *nous met en face d'une réalité incontournable: à côté de la gestation somatique, il existe une gestation psychique* » (Bayle 2009, 40). Il s'appuie sur les travaux de Winnicott, Racamier et Bydlowski qui analysent la façon dont le fonctionnement psychique est modifié pendant la grossesse, la femme devient « hypersensible » devant « *un véritable raz de marée* »

émotionnel» où « *l'inconscient est comme à nu* » (Bayle 2009, 41). Il décrit également un processus de « nidification » qui correspond aux modifications psychiques nécessaires pour pouvoir représenter l'existence de « l'être en gestation » qui est le fœtus. Les différents types de négation peuvent être tous compris comme des perturbations de ce développement normal. Il propose, cependant, la possibilité de multiples mécanismes psychiques: une perturbation dans la capacité à percevoir les transformations du corps; une impossibilité à dire sa grossesse à autrui; des modifications du désir de l'enfant; un enfant « inconcevable » par la signification de sa conception (i.e. viol); ou une perturbation de la sexualité.

Ce concept va être repris dans des multiples textes, dont un des exemples le plus significatifs est le livre de Sophie Marinopoulos et Israël Nisand, se voulant « le premier manuel » sur le sujet (Marinopoulos et Nisand 2014). Concernant la définition du phénomène, ils proposent un « nouveau consensus ». Pour eux le déni de grossesse est défini par le fait qu'une femme ne soit pas conscient qu'elle est enceinte, ce qui doit être séparé de la dénégation (quand une femme reconnaît être enceinte puis « annule cette réalité ») et le clivage (« *la personne coupe sa personnalité en deux : l'une sait et l'autre ne sait pas* »), qui toutes les trois font partie « *d'une même et seule problématique... de l'interruption, ou de l'inexistence, de la grossesse psychique* » (Marinopoulos et Nisand 2014, 20-27). La notion de « la grossesse psychique », nullement métaphorique, est essentielle pour leur compréhension du phénomène et la manière dont il doit être traité. Par exemple, le déni de grossesse devient « pathologique » à partir de 14 SA, parce que pendant le premier trimestre « *l'IVG est possible et légale. L'enfant n'est pas encore dessiné dans la tête de sa mère* » (Marinopoulos et Nisand 2014, 31). Également, ils proposent que des femmes faisant un déni, c'est à dire avec une découverte tardive, ont une grossesse en « prématurité psychique » qui doit bénéficier des soins supplémentaires au même titre que la prématurité physique. « *Là c'est notre demande principale: prenez conscience qu'une grossesse psychique écourtée est une grossesse à risque... Le bébé a autant besoin du ventre de sa mère que de ses pensées* » (Marinopoulos et Nisand 2014, 36).

Le déni de grossesse fonctionne ici alors comme la preuve d'une vérité clinique plus large, celle de la gestation psychique, ce qui rappelle à son tour l'inséparabilité du corps et du psyché. C'est peut-être pour cette raison, en plus que son association avec l'infanticide, que le déni de grossesse attire tant d'intérêt. Pour des professionnels présents lors du 8^e congrès de maternologie, le déni de grossesse sert comme la justification de l'utilité de leurs pratiques.

Le déni du déni : une société qui se voile la face

Le livre de Marinopoulous et Nisand présente un bon exemple d'un autre concept qui prend une présence particulière dans le contexte français : le déni du déni (Marinopoulos et Nisand 2014). L'importance du « déni du déni » tient moins à son utilisation dans la littérature scientifique qu'à sa valeur symbolique pour expliquer l'engagement des acteurs-clés pour la « cause » du déni de grossesse. En effet, le terme est presque exclusivement employé par des personnes qui s'engagent explicitement dans une démarche à publiciser et diffuser la notion de déni de grossesse dans la France et ailleurs (Seibert 2011).

Le concept s'inscrit dans une critique générale du corps médical et de la société au sens large. Par exemple, ils dénoncent des experts « n'ayant jamais travaillé en maternité » et défendent leur expérience : « *il ne suffit pas d'avoir fait des études de psychiatrie pour devenir expert... une expérience clinique est indispensable... c'est dans les lieux de naissance qui s'ancre une connaissance intime de la maternité* » (Marinopoulos et Nisand 2014, 25). Ils décrivent également l'ignorance des professionnels et du grand public sur le sujet, qu'ils voient comme symptomatique des maux sociétaux. Par rapport aux femmes qui font plusieurs dénis de grossesse, ils expliquent : « *La répétition est l'échec de la pensée collective sur la femme enceinte. Plus profondément, c'est l'échec d'une société qui ne supporte plus la souffrance psychique, qui ne veut ni la voir ni l'entendre* » (Marinopoulos et Nisand 2014, 40). Pour parler du supposée désintérêt pour le déni de grossesse, ils emploient le terme « *le déni du déni* » suggérant que celui-ci est révélateur de deux aspects de la société. D'un côté, la représentation de la maternité comme quelque chose d'instinctive est erronée : « *il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant, et il ne suffit pas d'accoucher pour devenir mère... c'est une réalité un processus complexe et fragile qui s'est déroulé, si loin de la nature et si près de la culture* » (Marinopoulos et Nisand 2014, 300). Deuxièmement, que la vision cartésienne du corps et de la psyché, qui est surtout celle des professionnels de santé, est définitivement mis à mal par « *l'inconscient et sa force sur les corps humains* » (Marinopoulos et Nisand 2014, 300).

L'attitude des professionnels vis-à-vis du déni de grossesse a aussi été étudiée en France. En 2014, Janati Idrissi, Dany et Libert publient un article, unique dans la littérature, sur « les représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futures professionnels de maternité de la métropole lilloise » (Janati Idrissi, Dany, et Libert 2014). À partir d'un questionnaire rempli par 244 professionnels sur une période de 3 semaines, les auteurs souhaitent interroger les dynamiques entre les caractéristiques

socioprofessionnelles, l'expérience clinique et personnel, la formation et les avis concernant le déni de grossesse et sa prise en charge. Les auteurs font plusieurs constats. D'abord, que les idées autour du déni de grossesse semblent « peu structuré » ce qui indique « *un 'objet' émergent d'un point de vue psycho-social* » (Janati Idrissi, Dany, et Libert 2014, 200). Ils décrivent un manque de consensus entre les professionnels mais, en même temps indiquent que la plupart des répondants étaient en accord avec la littérature scientifique. Deuxièmement, si la formation et harmonisation des pratiques pourraient être favorisées par l'inclusion du déni de grossesse dans les classifications internationales, ils sont défavorables à cette démarche qui risque la « dérive » des « guidelines »³⁵, quand l'essentiel de la pratique est « *de se laisser interroger par la clinique* » (Janati Idrissi, Dany, et Libert 2014, 200). Troisièmement, ils décrivent la présence d'un « vécu paradoxal » des professionnels face à des femmes faisant un déni de grossesse, qui confronte un sentiment d'être à l'aise avec la situation avec le fait de l'appréhender d'une manière « négative » (Janati Idrissi, Dany, et Libert 2014, 200). Les auteurs suggèrent qu'il est alors important que « les psys » puissent soutenir les équipes des maternités. Finalement, les auteurs décrivent qu'il y a également un décalage entre l'évaluation que les professionnels font de la capacité d'être mère des femmes faisant un déni de grossesse (généralement favorable) et l'inquiétude qu'ils expriment pour les enfants issus de la grossesse. Les auteurs proposent que ce décalage dévoile « *une certaine forme de culpabilité inconsciente de l'équipe soignante* » du fait du « contagion » du déni, renforcé par la position « fantasmatique » et « idéalisée » du bébé (Janati Idrissi, Dany, et Libert 2014, 201). Pour aider les professionnels, ils préconisent la possibilité « *d'accorder une place à l'ambivalence amour/haine* » qui est à l'œuvre dans les processus non superposables d'investissement de la grossesse et de l'enfant.

³⁵ Le mot est en anglais dans le texte original.

Discussion

Cette thèse a utilisé une approche sociohistorique pour tracer la généalogie de la catégorie de déni de grossesse dans la littérature anglophone et francophone. Elle a montré comment le terme déni de grossesse était présent dans la littérature anglophone dès le 19^{ème} siècle, contrairement à ce qui été décrit dans d'autres études historiques sur ce sujet. Cependant, je suggère que les conditions d'exercice de l'obstétrique à cette époque, notamment une forte incertitude diagnostique, entravaient l'utilisation du terme au sens contemporain. Le déni de grossesse s'établit à partir du 20^e siècle, facilité par de nombreux développements sociétaux ainsi que des fondements théoriques ancrés dans la psychanalyse. Le déni de grossesse devient un problème lié à l'infanticide, l'adoption, les IVG tardives, le non-recours au suivi de grossesse dans une période où chacun de ses aspects est un enjeu sociétal important. Au sein de la profession psychiatrique, le déni de grossesse psychotique provoque des débats autour de sa catégorisation nosographique, s'associant brièvement à la plupart des pathologies actuelles.

Au cours du 21^e siècle, une série d'études épidémiologiques présentent le déni de grossesse comme un problème de santé publique : une affection dangereuse qui peut arriver à n'importe quelle femme. Il y a une tentative de dissocier le déni de grossesse de ses jugements moraux attachés à son caractère pathologique ainsi que des conduites annexes comme l'infanticide. Si l'association causale entre déni de grossesse et néonaticide est mise en cause dans de nombreuses études, il se trouve renforcé par l'utilisation du déni de grossesse comme un argumentaire de défense légal. En effet, l'intérêt scientifique et médiatique autour du déni de grossesse est majoré par une série de cas de néonaticide avec des débats vifs sur la possibilité d'un déni de grossesse. Ailleurs, le déni de grossesse perd son intérêt clinique pour la psychiatrie, en dehors des débats psychanalytiques qui sont essentiellement restreints au contexte français.

Les dynamiques du développement du déni de grossesse au cours du 21^e siècle sont fortement dépendantes du contexte national. Il y a des développements tout à fait particuliers en France. L'activité scientifique est plus importante et l'intérêt

médiatique plus intense. La France est le seul pays à avoir un mouvement organisé pour la reconnaissance institutionnelle du déni de grossesse, le seul à avoir des monographies sur le sujet ainsi que le seul où des témoignages de femmes concernées commencent à apparaître.

La construction sociale

Le déni de grossesse a déjà été le sujet d'études historiques (Grangaud 2002; Carlier 2009), politiques (Seibert 2011) et culturelles (Ayres et Manjunath 2012). L'objectif de mon étude a été de porter un regard différent sur le phénomène, notamment en adoptant une démarche comparative jusqu'alors peu utilisée. On souhaite répondre à la question, notamment, de savoir si le déni de grossesse peut prendre une ampleur différente selon le contexte et, le cas échéant, pourquoi. Avant de répondre à cette question, il est important de détailler les outils théoriques qui permettent une telle analyse, notamment ceux d'Ian Hacking.

Les travaux d'Hacking s'inscrivent, même s'il préfère utiliser d'autres termes, dans le champ de recherche sur la construction sociale (Hacking 1992; 1999b; 1999a). En étudiant la construction sociale d'un objet, on espère le « dévoiler », en s'intéressant à son historicité et au contexte social dans lequel il s'inscrit. La thèse constructionniste de base, selon Hacking est :

« X n'est pas inévitable. X était produit ou formé par des événements et forces sociaux, de l'histoire, qui auraient tous pu être différents » (Hacking 1999b, 7)

De manière générale, X fait référence à une idée, qui existe dans ce qu'il appelle « une matrice », c'est-à-dire un environnement social composé d'institutions, pratiques, idées et des objets matériels. Mais X peut aussi faire référence à un objet et également ce qu'il appelle un « fait ». Ce qu'Hacking appelle des objets peuvent être de plusieurs types : des personnes (ex. les enfants), des états (ex. l'enfance), conditions (ex. autisme infantile), des pratiques (ex. abus de l'enfant), des actions,

des comportements, des expériences (ex. d'être handicapé), des rapports (ex. genre) ainsi que des objets matériels. Pour les discussions par rapport au constructionnisme, il propose que certains objets soient « ontologiquement subjectif », c'est-à-dire qu'ils dépendent des pratiques humaines pour exister, mais « épistémologiquement objectif », c'est-à-dire leur existence ne dépende pas de l'individu. Les distinctions entre objets, idées et faits est cependant plus complexe qu'il n'y paraît, à cause des interactions entre ces différents niveaux. Hacking suggère que les idées peuvent elles-mêmes modifier les pratiques qui peuvent elles-mêmes modifier les faits et vice-versa. La question des interactions est d'autant plus importante, et complexe, quand X concerne une catégorie de personne. Selon Hacking, les humains interagissent avec les classifications qui leur sont appliquées, tout en pouvant y résister, les modifier, ou les adopter. Il propose alors une distinction entre des objets qui sont conscients de leur classification (de type interactif) et qui ne sont pas (de type indifférent). Dans les situations où ces interactions sont particulièrement fortes, il utilise le terme « effet de boucle »³⁶ pour décrire la manière dont ces interactions peuvent former des types de personne (Hacking 1999b, 33-34). Il propose que la critique constructionniste puisse être gradée dans son intensité (Hacking 1999b, 20). A un extrême, il y a simplement le constat que X, est historique et contingent ; à l'autre extrême il y a l'idée que X, en plus d'être construit est mauvais, et que le monde serait mieux avec une alternative.

Les maladies mentales sont un exemple d'un terme qui peut renvoyer à la fois à un type interactif (ex. une personne avec un diagnostic de dépression) et à un type indifférent (ex. la physiologie d'une personne déprimée). Dans certaines situations, l'effet de boucle associé avec le type interactif peut modifier le type indifférent (ex. en prenant un antidépresseur), et pas nécessairement à travers une réaction consciente. Il propose le terme « effet de boucle biologique »³⁷ pour cette situation précise. Selon Hacking, différentes pathologies mentales peuvent avoir des tendances interactives différentes, ce qui se manifeste dans une stabilité sociale variable. Il utilise le terme « maladies mentales transitoires » pour catégoriser une classe de maladie qui, particulièrement interactive, apparaît seulement dans un

³⁶ « Looping »

³⁷ Biolooping

certain contexte dans une période historique : des exemples classiquement donnés sont l'hystérie, le trouble de personnalité multiple et la fugue (Hacking 1992; 1999a). Une question souvent posée, devant l'hypothèse d'une maladie mentale transitoire, est de savoir s'il y avait des tableaux similaires pendant d'autres périodes. Pour Hacking, même si des symptômes similaires peuvent être constatés au cours de l'histoire, ils ne constituent pas des manières identiques d'être fou (Hacking 1999a, 54-55). La question n'est pas alors de savoir si un tel type de maladie mentale est « réel » ou pas, mais de déterminer les conditions ont rendu son existence possible.

Le concept de « niche écologique » est utilisé pour explorer les conditions qui permettent l'existence d'un certain type de folie : une maladie existe tant que son « habitat » est présent. La niche est composée de quatre forces principales, qui interagissent ensemble pour rendre un diagnostic (et tous qui va avec) possible :

1. La taxonomie médicale : un diagnostic doit être à la fois abordable selon les catégories diagnostiques courants et intéressant (i.e. lié à un débat actuel)
2. La polarité culturelle : un diagnostic doit se situer sur une gamme de comportements ou phénomènes qui occupent des positions contrastées dans une hiérarchie morale.
3. Une observabilité : il doit y avoir des dispositifs sociaux en place qui permet le rencontre et l'observation du diagnostic
4. Une échappatoire : il doit pouvoir permettre la libération d'une certaine contrainte sociale. (Hacking 1999a, 81-82)

Ce projet de recherche se distingue des autres cités ci-dessus par la position qu'il prend par rapport au déni de grossesse. Premièrement, il reste ouvert sur la possibilité que le déni de grossesse est une entité qui a existé de manière transitoire. Le déni de grossesse dans ce sens peut renvoyer à une étiquette diagnostique, une maladie ou un type de personne malade. Deuxièmement, il cherche moins à comprendre la vérité ou l'utilité du déni de grossesse relative à des alternatives catégories, mais plutôt de décrire les conditions qui rendent possible son utilisation. L'intérêt est alors ce que le déni de grossesse dit de la société dans lequel il existe plus que de savoir ce que la société dit sur le déni de grossesse.

Comment comprendre l'émergence du déni de grossesse ?

Les recherches précédentes ont déjà montré que le déni de grossesse à son propre histoire, débutant pour le plupart entre elles dans les années 1970 (Grangaud 2002; Carlier 2009; Seibert 2011). Les données présentées ici montrent que le terme a été utilisé dès le 19^e siècle en langue anglaise et que la première utilisation connue en français est en 1976. On constate que le concept lui-même était « prêt » des 1945 et les travaux d'Helene Deutsch, mais son déploiement est saccadé dans le temps. Il arrive dans les années 1950 en lien avec l'infanticide et, de manière distincte, avec l'IVG, dans les années 1960 avec les soins anténataux, dès les années 1970 avec la psychiatrie de liaison et la psychiatrie générale et finalement dans les années 1980 avec l'adoption. Ces développements ne sont uniformes géographiquement : le déni de grossesse est présent d'abord aux États-Unis, puis Allemagne, Israël et la France et le Royaume-Uni. Les données présentées ici suggère que ces développements correspondent aux différents contextes dans lequel il était possible de « rencontrer » le déni de grossesse.

Est-ce que le déni de grossesse est socialement construit ? Une des recommandations d'Hacking est d'apporter la plus de précision que possible sur la chose en question. En effet, le déni de grossesse peut renvoyer à multiples choses :

1. La catégorie diagnostique du déni de grossesse
2. L'état d'être en déni de grossesse
3. L'expérience d'un déni de grossesse

Pour ce qui concerne le diagnostic du déni de grossesse, il est relativement évident, et banal, de constater qu'il est socialement construit. Nous savons que les catégories diagnostiques sont historiques et qu'ils sont produits par des êtres-humain. Si les analyses historiques ont toute leur valeur sans nécessité d'invoquer la construction sociale, je souhaite aller plus loin. Je propose que les données recueillies dans ce texte permettent de penser l'expérience et la catégorie du déni de grossesse comme des phénomènes récents.

Pour la plupart des auteurs, la manière la plus objective et la plus simple de décrire le déni de grossesse est dire qu'une femme est enceinte sans le savoir. En effet, plusieurs textes le montrent, des cas de femmes enceintes sans le savoir sont rapportés depuis au moins le 17^e siècle. La preuve alors d'un phénomène psychobiologique transhistorique. Cependant, de regarder de plus près, la situation est plus complexe. Premièrement, il paraît assez clair que l'expérience, tant pour les femmes concernées que pour les professionnels qui les entouraient, s'est considérablement modifiée au cours d'histoire. Pour les professionnels à partir de la deuxième moitié du 20^e siècle, le déni de grossesse est une énigme, un mystère médical, et une épreuve émotionnelle. Pour les médecins accoucheurs du 19^e siècle il n'y a point de mystère pour une femme qui ne se sait pas enceinte ; le terme le plus approprié serait difficulté ou incertitude. Diagnostiquer la grossesse est difficile au 19^e siècle, il y a une incertitude corporelle importante : s'il constitue une épreuve émotionnelle, c'est surtout à travers la pression que peut ressentir le praticien, devant ses clients et ses pairs, d'apporter un diagnostic juste. C'est d'ailleurs tout le sens du terme « grossesse méconnue », qui fait justement référence à la fois de la méconnaissance des femmes et des médecins. Dans ce contexte la notion contemporaine du déni ne peut pas être opérationnelle pour deux raisons, qui diffèrent sur l'intensité de leur portée critique. La première, plus « faible », est de constater que le déni est relationnel. Certains auteurs ont fait le constat que pour « nier » quelque chose, il faut avoir une conscience préalable. Ce que l'on constate avec le déni de grossesse, c'est qu'il faut que *quelqu'un d'autre* ait une certitude préalable ; une situation qui était moins possible et moins crédible au cours du 19^e siècle. La deuxième interprétation, la plus « forte », vient de la définition du déni comme l'ignorance d'une réalité externe : est-ce que la « réalité » que représente la grossesse s'est pas modifiée au cours de l'histoire ? C'est la thèse de McClive, de penser que la « réalité » de la grossesse dans les 17^e et 18^e siècles était une réalité *particulière*, marquée par l'incertitude et le doute comme conditions existentielles. Est-ce que la « réalité » de la grossesse ne fait pas référence à l'état biologique d'être enceinte ? Le fait de porter un fœtus dans l'utérus. Peut-on dire que la réalité physique de la grossesse était différente pendant cette période ? Les méthodes de cette recherche ne permettent pas d'apporter une réponse définitive, mais il montre qu'on peut au moins poser la question. C'est d'ailleurs une des thèses les plus

répandues concernant le déni de grossesse : que les pensées modifient la biologie (un exemple parfait de « l'effet de boucle biologique » !).

L'apparition du déni de grossesse paraît bien être liée à l'existence d'une niche écologique qui se développe dans la deuxième moitié du 20^e siècle. On peut le démontrer par le biais des quatre forces identifiées par Hacking.

Au cours du 20^e siècle, le concept psychanalytique du déni permet des nouvelles réflexions au sujet des femmes enceintes sans le savoir. Selon les psychanalystes, le déni est évoqué assez tôt dans les écrits de Freud, et permet ensuite la conceptualisation des « mécanismes de défense ». Après quelques décennies, Deutsch applique ces idées à la femme et la grossesse. La description de Deutsch est assez proche des descriptions contemporaines : comment se fait-il qu'il n'y ait pas plus de débat dans les années 1940. Au-delà des hypothèses, non négligeables, autour du faible développement de la professionnalisation en santé mentale et la lenteur de la diffusion des idées scientifiques à cette époque, peut-être que l'explication vient également de l'intérêt du déni de grossesse pour les enjeux de taxonomie médicale. En effet, la montée en nombre des publications correspond également à la montée en puissance des débats sur son attribution diagnostique. Le débat entre déni psychotique et déni non-psychotique est certainement intéressant, mais ne recoupe pas un enjeu majeur. Les deux enjeux avec lesquels le déni de grossesse interagit sont la question de traumatisme psychologique, qui traverse toute la société (Fassin et Rechtman 2007), et la question de la délimitation entre le normal et le pathologique et la définition de la maladie mentale associée au développement des DSM (Demazeux 2013).

La polarité culturelle qui porte le déni de grossesse se forme à partir de plusieurs développements vers la fin du 20^e siècle. Le déni de grossesse vient modifier le regard porté sur le meurtre de l'enfant, à l'adoption, à l'IVG, qui sont tous vus à des degrés différents comme des actes néfastes. L'infanticide suite à un déni de grossesse, dans la panique et le désarroi, se distingue d'un acte calculé et détaché. L'adoption après un déni de grossesse est adaptée voir, pour Bonnet, un « geste d'amour ». L'IVG tardive due à un déni de grossesse est expliquée par le poids des mœurs et injonctions sociales, plutôt que par une incompétence de la femme. Par

rapport au suivi anténatal et l'investissement de la grossesse, le déni de grossesse se situe entre la femme « surinvestis » et la femme négligente. Pour certains auteurs il vient même brouiller les normes autour de la maternité, montrant sans doute l'absence de tout « instinct maternel » (Marinopoulos et Nisand 2014).

Le développement du déni de grossesse correspond également à son observabilité, tant sur le côté du diagnostic que sur les dispositifs sociaux qui permettent sa rencontre. Au niveau du diagnostic, la première augmentation des descriptions des cas de déni de grossesse correspond aux développements qui permet de diagnostiquer sans doute une grossesse. L'échographie se développe à partir des années 1950, et devient plus répandue vers les années 1970 ; le premier teste du niveau urinaire de beta HCG est développé en 1927 et le premier autotest à domicile est commercialisé en 1977 aux États-Unis. Il y a également de nombreux dispositifs sociaux qui permet de constater le phénomène. La médicalisation de la grossesse, l'accouchement et la mise en place des soins obstétricaux permet d'identifier un groupe de femmes sans suivi de grossesse. La désinstitutionnalisation psychiatrique confronte plus de professionnels à la problématique des femmes enceintes souffrant de maladies psychotiques chroniques. Les expertises psychiatriques et le développement de la psychiatrie médico-légale permettent la rencontre des femmes ayant tué leurs enfants suite à un déni de grossesse. On peut noter que la psychiatrie légale semble avoir joué un rôle moins important dans sa contribution à l'observabilité du déni, puisque le développement de l'expertise psychiatrique précède la montée en puissance du déni de grossesse de plusieurs décennies.

Dans le cas de l'infanticide, le déni de grossesse présente également une échappatoire, bien que limité à certains territoires juridiques. On l'a vu, le déni de grossesse a été invoqué, est accepté comme un facteur atténuant dans le cas de meurtre d'un nouveau-né. Dans les cas où cette explication est acceptée par le jury, on voit une atténuation de la durée et de la sévérité de la peine, aussi qu'une modification de l'évaluation moral de l'acte en question. Les femmes se transforment de « monstres » en « victimes ». Les données présentées dans cette étude suggèrent que l'échappatoire a été une force significative dans l'essor du déni de grossesse : les trois pays avec le plus de publications sont l'Allemagne, la France et les États-Unis, tous des pays dans lesquels le déni de grossesse est une possible

défense légale. De plus, pour l'Allemagne et la France, les articles sur le déni de grossesse apparaissent autour du période quand le crime d'infanticide est enlevé du code pénal, ce qui implique un durcissement de la peine. De l'autre côté, dans le Royaume-Uni, un des pays avec une quantité de publications étonnement faible, l'infanticide bénéficie de la présomption générale de circonstances atténuantes.

Est-ce que le déni de grossesse est un problème français ?

Plusieurs éléments témoignent d'une place exceptionnelle donnée déni de grossesse en France. Au début du 21^e siècle, le déni de grossesse polarise un intérêt en France qui est sans précédent dans le monde contemporain. Au niveau des données quantitatives, on retrouve un nombre de publications, de tout type, plus important et dans une diversité de domaines plus grande qu'ailleurs. La France est le seul pays à avoir de multiples monographies dédiés sur le sujet ainsi que le seul pays à avoir un mouvement formalisé pour la diffusion du concept.

On peut proposer l'hypothèse que la France présente, ou a présenté, une niche écologique plus propice à l'implantation du déni de grossesse qu'ailleurs. D'ailleurs, la France est un milieu où les professionnels portent un plus grand intérêt pour les enjeux de taxonomie autour du déni de grossesse. Cela tient probablement à la place de la psychanalyse dans la société française ainsi que dans les professions de santé mentale. D'abord, la date de la première utilisation du terme déni de grossesse (1967) correspond étroitement au période du bourgeonnement de la psychanalyse en France (Turkle 1978). De plus, la psychanalyse occupe toujours une place importante dans la France contemporaine, avec un réseau de praticiens, des centres de formation, de revues et des colloques (Fansten 2018). La psychanalyse est notamment très présent dans la psychiatrie périnatale, qui se développe en France à partir des années 1960 et obtient un cadre légale a partir des années 1990 (Sutter-Dallay et Guédeney 2010). C'est pour cette raison qu'il y a probablement plus de personnes en France avec les connaissances théoriques nécessaires pour des discussions pointues sur que le déni de grossesse nous apprend sur les notions de déni dans les textes de Freud. Mais la psychanalyse

n'est pas simplement plus présente en France qu'ailleurs, elle s'inscrit aussi davantage au sein des conflits contemporains autour de la psychiatrie (Redd 2021). Le déni de grossesse a alors une importance pour des débats plus larges sur la façon dont on conceptualise l'humain, ses maladies et la manière de la soigner. C'est justement un des arguments principaux de la littérature française, que le déni de grossesse montre l'inséparabilité du corps et du psychisme et que la société française serait elle-même « dans le déni » de ce lien. Le déni de grossesse montre également à quel point les soins « protocolaires » sont inappropriés ; pour le traiter, il faut une clinique singulière du sujet. La polarité culturelle paraît plus prononcée en France, mais ceci tient moins à la place du traitement de l'infanticide, qui occupe une place similaire aux États-Unis, qu'à d'autres facteurs. Un élément crucial est l'accouchement sous X ; le déni de grossesse permet de reclassifier un dispositif spécifique de l'abandon. Mais on voit également des signes d'un large intérêt autour de la psychologie de la reproduction en France. La première vague de textes français à parler du déni de grossesse concerne l'infertilité et l'adoption, entre autres. C'est par le biais d'une enquête sur des couples stériles que Gaëlle Guernalec-Levy, une des acteurs clés pour la médiatisation du phénomène en France, rencontre le déni de grossesse (Seibert 2011, 29-30). L'intérêt générale pour la psychologie de la reproduction explique possiblement une plus grande observabilité du phénomène, avec des davantage de professionnels en capacité de le reconnaître, et y trouver un intérêt, dans leur pratique clinique. Par exemple, on peut citer le congrès de l'Association Française de Maternologie en 2008.

Finalement si on regarde la temporalité, comment expliquer l'augmentation des articles autour de l'affaire Courjault en 2006 ? Pour Seibert, cela tient en partie aux caractéristiques de l'affaire : Il y a une intrigue internationale (est-ce que c'était un coup monté par les Corréens) et autour de l'autrice des actes qui est une bonne mère, blanche, « normale » et issue des classes moyennes supérieures (Seibert 2011). Cependant le crime d'infanticide a été aboli en 1994 et, si on croit les textes, il y a eu de multiples cas d'infanticides antérieures à 2006 (Guernalec-Lévy 2007). Si la force échappatoire a été aussi présent avant, comment expliquer l'explosion d'articles et textes après 2006 ? En plus de la caractère « médiatisable » de l'affaire Courjault, je propose qu'on témoigne ici d'un exemple de « l'effet de boucle ». Comme on l'a déjà montré, la France est le seul pays à avoir un mouvement autour

du déni de grossesse. La pierre angulaire de ce mouvement est l'AFRDG, créée en 2004, qui débute rapidement un travail de sensibilisation des femmes et des professionnels. Des auteurs acteurs clés de la médiatisation autour du déni de grossesse commencent leur engagement dans la même période : Michel Libert commence à s'intéresser dans les années 1980 (Seibert 2011, 13) Sophie Marinopoulos dès les années 1990 et Guernalec-Levy débute son enquête (avec l'aide de Libert) en 2003 et finit le manuscrite en 2005 (Seibert 2011, 30-32). L'effet de boucle paraît également être présent sur des femmes elles-mêmes. Le livre de l'AFRDG comporte des multiples témoignages du déni de grossesse, dont certains datent de plusieurs années avant la publication du texte, et comporte une reclassification de l'événement par des personnes concernées (Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse 2010).

Pour répondre à une des questions posées au départ de cette étude, il semble qu'il y ait véritablement une différence nette dans la présence du déni de grossesse entre le Royaume-Uni et la France. Compte tenu de la paucité des textes provenant du Royaume-Uni, il est difficile d'élaborer sur les raisons de cette différence, mais on constate néanmoins quelques différences clés : la présence d'une législation plus clémentine à l'égard de l'infanticide et n'ayant pas besoin de la présence d'un déni de grossesse pour justifier une moindre peine ; l'absence d'un dispositif tels que l'accouchement sous X ; une date-limite pour l'IVG parmi les plus tardives au monde et la moindre présence de la psychanalyse. Pour analyser ses différences de manière plus profonde, il serait nécessaire de tracer l'histoire de ces éléments propres au contexte anglais. S'il y a une différence objective dans la littérature, qu'en est-il pour l'expérience des femmes, ou pour l'état d'être enceinte sans le savoir ? Cette question mériterait une enquête spécifique. Il y a une étude qui semble suggérer que la fréquence des femmes venant aux urgences lors d'un accouchement en proclamant de ne pas être au courant de leur grossesse est similaire entre le Royaume-Uni et les autres pays (Nirmal et al. 2006). Cette étude ne dit rien, cependant, sur comment cette expérience était vécue et classifiée par les femmes et soignants concernés à l'époque. Elle applique le diagnostic de manière rétrospective, mais n'explique pas comment ces situations ont été diagnostiquées sur le moment. On peut émettre l'hypothèse l'expérience des femmes dans cette étude n'étaient pas pareil que l'expérience des femmes dans les études de cohorte

françaises. Si toutes subissent un accouchement qu'elles n'attendaient pas, la similarité arrête là : les femmes françaises sont informées qu'elles ont fait un déni de grossesse et qu'elles doivent voir le « psy » et l'assistante sociale avant de partir tandis que les femmes britanniques n'ont aucune étiquette appliquée à leur conduite et sont libres de partir de l'hôpital comme d'habitude.³⁸ L'expérience des professionnels dans ces différents contextes ne paraît pas identique non plus : les soignants français se chargent de trouver le conflit psychique derrière un déni de grossesse tandis que les soignants britanniques peuvent dire « c'est étrange mais ça peut arriver ».

Est-ce que le déni de grossesse est une maladie mentale transitoire ?

Le mot transitoire dans l'appellation « maladie mentale transitoire » renvoie au caractère épidémique de la maladie en question, c'est-à-dire sa délimitation dans une espace (ex. la France) et un temps (ex. 1960-1990). J'ai déjà proposé que le déni de grossesse existait davantage en France, et à un moindre degré aux Etats-Unis et en l'Allemagne, que dans d'autres pays. On a également montré que le déni de grossesse a un début, placé quelque part dans la deuxième moitié du 20^e siècle. Il ne reste pour l'identifier comme une maladie mentale transitoire que de trouver une fin. Les données présentées ici, qui vont jusqu'à 2020, ne permettent pas de répondre de manière définitive à cette question. Il y a, cependant, quelques indices suggérant qu'on déjà vu le « pic » de déni de grossesse. La période avec le plus de publications par an en français était 2009-2016 et 2009-2013 pour les publications dans des revues indexées. Pour les publications en anglais c'est relativement constant, avec un pic de 6 articles en 2011. Au-delà des données quantitatives, il y a aussi le sort de l'AFRDG. Les seuls congrès proposés étaient en 2008 et 2009, les seuls textes dans la même période. Aujourd'hui, leur site est non-fonctionnel et l'organisme semble avoir arrêté ses fonctions. Encore, à ce stade il est trop tôt pour répondre, mais au moins on peut poser la question : « est-ce que l'ère du déni de grossesse est déjà révolue ? ».

³⁸ Dans l'étude de Nirmal, aucun cas de déni de grossesse a eu un suivi psychothérapeutique ou social.

Limites et biais de l'étude

Cette étude a plusieurs limites, que je propose de détailler ici ainsi que les positionnements prises à leur égard.

Premièrement, étant basées exclusivement sur des sources documentaires, les données de cette sont très dépendantes de l'accès aux textes. Des biais dans l'accès aux textes peuvent alors produire des biais dans les données et l'analyse. Une première barrière a été celle des langues. La recherche a été faite en français et anglais seulement ; il est probable que des textes dans d'autres langues existent mais n'ont pas pu être inclus dans l'analyse. On a retrouvé de multiples textes en allemand, par exemple, qui n'ont pas été inclus. Pour répondre à ce biais, la démarche principale est de restreindre l'étendue de l'analyse et la certitude des hypothèses. Ici, cela implique une caution dans la discussion des contextes autre que les États-Unis, le Royaume-Uni et la France où on a recensé très probablement la grande majorité des textes scientifiques sur le sujet. Au-delà de la question de langue, il y a également la question des sources bibliographiques qui peuvent donner un accès différentiel à certains types de texte. La question des thèses en est un bon exemple. L'indexation systématique des thèses de médecine, de pharmacologie et des mémoires de sage-femme en France ne semble pas avoir de parallèle ailleurs, ce qui fait que les résultats en *Google scholar* pour de publications en français, provenant de deux types de textes, peuvent être augmentés. En réponse, il s'agit d'abord de comparer des choses comparables, on a alors clairement différencié les thèses des autres articles ; on a également décidé de prioriser la lecture des articles indexés. Il ne s'agit pas, cependant de les ignorer. Les thèses sont une source de données uniques, qu'il faut prendre dans leur contexte plutôt que de chercher les équivalents auxquels on peut les comparer.³⁹ Un autre exemple est l'accès aux sources non-indexées ou en dehors du champ de la

³⁹ A ma connaissance, les thèses français n'ont pas d'équivalent dans le monde anglophone. Au Royaume-Uni, des mini-mémoires peuvent faire partie des modalités d'évaluation pendant le cursus, mais l'obtention du titre de Docteur en Médecine ne correspond nullement à une la publication d'une thèse.

médecine. On pourrait se demander si la prépondérance des articles psychanalytiques est liée à leur plus grande visibilité en France, ou par l'accès à la base de données *Cairn*. La réponse à ce risque a été de multiplier les sources bibliographiques dans chaque langue, consultant notamment *JSTOR* et *SSRN* en anglais pour les sciences sociales et humaines. *Google scholar* et *google books* sont également transdisciplinaires, ce qui rend ce type de biais moins probable. S'il y a plus de textes psychanalytiques, il est plus probable que ceci soit le reflet de la position de la psychanalyse dans le monde académique français. Finalement, il y a un certain nombre de textes, en français et anglais, dans de multiples disciplines, qui n'ont pas été disponibles en intégralité. Ces textes viennent principalement du 20^e siècle. Dans ce cas, une approche intertextuelle permet de renforcer la validité des données : aucun des textes qui étaient non accessibles n'a été signalé comme particulièrement significatif par les citations dans d'autres textes.

Une deuxième limite tient à l'étendue chronologique et géographique de l'étude. En priorisant une large fourchette chronologique, on a restreint le phénomène étudié, se concentrant exclusivement sur le déni de grossesse. Cependant, comme on a vu, l'émergence du déni de grossesse interagit avec un nombre d'autres objets, dont chacun à sa propre histoire sociale. On risque, alors d'avoir une compréhension moins approfondie des liens entre tous ses objets. D'une certaine manière, ceci est une limite inévitable écoulant de la méthodologie, elle-même dérivée des questions de recherches précises. Dans la limite de possible, on peut faire référence à des travaux qui ont eux-mêmes des domaines annexes. S'il y a des projets de recherche dans l'avenir, une recommandation serait de restreindre la période chronologique ainsi que le nombre de pays afin d'explorer plus en détail les contextes nationaux. Selon les résultats présentés ci-dessus, il y a ample raison pour proposer une étude se concentrant exclusivement sur le Royaume Uni et la France, par exemple, entre 1940 et 2010.

La dernière limitation est l'absence d'observation de pratiques ou d'entretiens. Ici encore, il s'agit d'un choix méthodologique que je crois est adapté pour les objectifs délimités de l'étude. D'autres auteurs ont montré qu'il est tout à fait possible d'enquêter sur l'existence d'une maladie en s'appuyant exclusivement sur des données historiques. Néanmoins, il y a sans doute plusieurs aspects du phénomène

du déni de grossesse qui échappe à cette étude. Par conséquent, les propos sur l'expérience du déni de grossesse sont limités à l'échelle d'une hypothèse.

L'absence d'observation fait également que tous les aspects pratiques s'échappent, ce qui rend moins visible les enjeux politiques à l'œuvre, dans deux sens. D'abord, plusieurs écrits ont noté comment, particulièrement dans le domaine de la santé, le corps est politique, car il est lieu où sont actés et incorporés les concepts et les idées. Deuxièmement, l'action sur le corps est différenciée ; le traitement médical est discriminatoire (Paillet 2021). Malgré le fait que les études insistent sur le fait que le déni de grossesse « peut arriver à n'importe qui » et est indifférent à la race, l'âge ou la classe sociale, il est éminent possible que cette étiquette soit appliquée de manière inégale dans des situations de pratique clinique. Ces éléments, invisibles dans cette enquête, méritent d'être explorés dans des recherches ultérieures.

Conclusion

Cette thèse a utilisé une approche sociohistorique comparative pour analyser la généalogie du déni de grossesse selon le contexte national. L'objectif de la recherche était d'explorer comment en France, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, s'est construite la catégorie de déni de grossesse. Il a montré que les premières utilisations du terme datent du 19^e siècle dans la littérature anglophone, sans pour autant prendre leur forme contemporaine. Pendant le 20^e siècle le déni de grossesse est théorisé d'abord dans des travaux psychanalytiques et devient ensuite une manière de comprendre des multiples enjeux sociaux dont les plus significatifs sont l'IVG, l'infanticide et l'adoption. Les dynamiques de ces débats sont étroitement liés aux contextes nationaux. De manière concomitante, le déni de grossesse est retrouvé en lien avec des nombreuses pathologies psychiatriques, suscitant des débats sur son classification. Au cours du 21^e siècle, le déni de grossesse est construit comme un véritable problème de santé publique. La France et le Royaume-Uni sont contrastés à cet égard. En France, il y a une hausse importante dans le nombre de publications sur le sujet, un grand intérêt médiatique et un mouvement professionnel pour la reconnaissance institutionnelle du déni de grossesse. Au Royaume-Uni il n'y a rien d'équivalent. Les explications possibles pour cette divergence sont le contexte légal (les questions d'infanticide, accouchement sous X et IVG) ainsi que la place particulière qui tient la psychanalyse en France.

Bibliographie

- AFIREM. 1994. *Secret maintenu, secret dévoilé: à propos de la maltraitance [actes du congrès de Lyon, octobre 1993]*. Editions Karthala.
- Alby, Virginie Jacob, André Quaderi, et Christian Védie. 2014. « Le déni de grossesse relève-t-il d'une maladie mentale ? » In .
- Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse. 2010. *Déni de grossesse: 99 Histoires vécues*. Nantes: Amalthée.
- Auer, Julie, Coralie Barbe, Anne-Laure Sutter, Dominique Dallay, Laurianne Vulliez, Didier Riethmuller, Violaine Gubler, et al. 2019. « Pregnancy Denial and Early Infant Development: A Case-Control Observational Prospective Study ». *BMC Psychology* 7 (1): 22.
- Ayres, Susan, et Prema Manjunath. 2012. « Denial and concealment of unwanted pregnancy: "a film Hollywood dared not to do" ». *Journal of Civil Rights & Economic Development* 26 (2): 197-221.
- Barbouroux, Antoine. 1901. *Des grossesses méconnues : étude clinique et diagnostique*. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Montpellier. <https://archive.org/details/b22403309/page/n1/mode/2up?q=dissimuler>.
- Barnes, D, et A Buist. 2021. « Understanding the Mysteries of Pregnancy Denial ». In *Infanticide and Filicide: Foundations in Maternal Mental Health Forensics*, édité par G Wong et G Parnham, 153-78. Washington, D.C: American Psychiatric Association Publishing.
- Bascom, L. 1977. « Women Who Refuse to Believe: Persistent Denial of Pregnancy ». *The American Journal of Maternal Child Nursing* 2 (3): 174-77.
- Bayle, Benoît. 2009. « Du déni de grossesse à la gestation psychique ». *Les Dossiers de l'Obstétrique* 381: 40-44.
- . 2017. *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. Eres.
- Bécache, A, et S Bécache. 1976. « Un déni de grossesse; aperçus psychodynamiques ». *Lyon Médical* 1 (235): 39-41.
- Beier, Klaus M, Reinhard Wille, et Jens Wessel. 2006. « Denial of Pregnancy as a Reproductive Dysfunction: A Proposal for International Classification Systems ». *Journal of Psychosomatic Research* 61 (5): 723-30.
- Bergeret, Louis François Etienne. 1892. *Étude clinique, médico-légale et morale sur les grossesses fausses, méconnues, provoquées ou calculées, recherchées ou mendiées, supposées ou simulées, et sur les grossesses dissimulées*. Besançon.
- Berns, J. 1982. « Denial of Pregnancy in Single Women ». *Health & Social Work* 7 (4): 314-19.
- Bonnet, Catherine. 1990. *Geste d'amour: l'accouchement sous X*. Paris: Odile Jacob.
- . 1992. « Le déni de grossesse et ses risques : l'intérêt de l'accouchement secret et ses limites ». *Gynécologie* 43 (2): 108-13.
- . 1993. « Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide ». *Child Abuse & Neglect* 17: 501-13.
- Boyle, Elizabeth, Minzee Kim, et Wesley Longhofer. 2015. « Abortion liberalization in World Society, 1960-2009 ». *American Journal of Sociology* 121 (3): 882-913.

- Brezinka, C., O. Huter, W. Biebl, et J. Kinzl. 1994. « Denial of Pregnancy: Obstetrical Aspects ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 15 (1): 1-8.
- Brockington, I. F. 1996. *Motherhood and Mental Health*. Oxford University Press.
- Brozovsky, Morris, et Harvey Falit. 1971. « Neonaticide: Clinical and Psychodynamic Considerations ». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 10 (4): 673-83. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61765-9](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61765-9).
- Carlier, L. 2009. « La complexe émergence du déni de grossesse ». *Les Dossiers de l'Obstétrique* 381: 34-39.
- Castel, Robert. 1981. *La gestion des risques: De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Les Editions de Minuit.
- Chalon, Simone. 1992. *L'Enfance retrouvée*. Paris: le Pré aux clercs.
- Chase, T, A Shah, J Maines, et A Fusick. 2021. « Psychotic pregnancy denial: a review of the literature and its clinical considerations ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 42 (3): 253-57.
- Chaulet, Sophie, Anne-Sophie Juan-Chocard, Stéphanie Vasseur, Jean-François Hamel, Philippe Duverger, Philippe Descamps, et Serge Fanello. 2013. « Le déni de grossesse: étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse ». *Annales médico-psychologiques* 171 (10): 705-9.
- Clarke, Adele, Carrie Friese, et Rachel Washburn, éd. 2015. *Situational analysis in practice: mapping research with grounded theory*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- Clendenning, John. 1840. « Clinical lectures on the examination of the sick and the principal sources of fallacy attending practical diagnosis ». *London Medical Gazette: Or, Journal of Practical Medicine* 25: 711-18, 730-34.
- Conseil économique et social. 1990. « L'adoption: rapport présenté au nom du conseil économique et social par Monsieur Roger Burnel ». Avis et rapports du Conseil économique et social 13. Journal Officiel de la République Française.
- Courtellemont, Marie-Pierre. 2009. *Les bébés congelés de Séoul*. Paris: Jean-Claude Lattès.
- Coutant, Isabelle, et Simeng Wang, éd. 2018. *Santé mentale & souffrance psychique: un objet pour les sciences sociales*. Paris: CNRS Editions.
- Coverdale, John H, Laurence B McCullough, et Frank A Chervenak. 2004. « Assisted and Surrogate Decision Making for Pregnant Patients Who Have Schizophrenia ». *Schizophrenia Bulletin* 30 (3): 659-64.
- Darchis, Élisabeth. 2007. « Déni de grossesse : la part des ancêtres ». *Le Divan familial* N° 18 (1): 105-21.
- Dayan, Jacques, et Alix Bernard. 2013. « Déni de grossesse, infanticide et Justice ». *Annales médico-psychologiques* 171 (7): 494-98.
- Déchaux, Jean-Hugues, et Marie-Clémence Le Pape. 2021. *Sociologie de la famille. La Découverte*.
- Demazeux, Steeves. 2013. *Qu'est-ce que le DSM?* Le Kremlin Bicêtre: Editions d'ithaque.
- Deutsch, Helene. 1945. *The psychology of women : a psychoanalytic interpretation. / Vol. 2, Motherhood*. New York: Grune & Stratton.
<http://archive.org/details/psychologyofwome0002unse>.
- Diet, Anne-Lise. 2018. « Le déni de grossesse ». *Connexions* n° 109 (1): 137-50.
- Dua, Devakshi, et Sandeep Grover. 2019. « Delusion of Denial of Pregnancy: A Case Report ». *Asian Journal of Psychiatry* 45: 72-73.

- Fansten, Maia. 2018. « La psychanalyse: une exception française? » In *Santé mentale et souffrance psychique: un objet pour les sciences sociales*, 247-65. Paris: CNRS Editions.
- Fassin, D, et R Rechtman. 2007. *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion.
- Finnegan, P, E Mckinstry, et G E Robinson. 1982. « Denial of Pregnancy and Childbirth ». *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie* 27 (8): 672-74.
- Fox, R, J Goldman, et W Brumfield. 1968. « Determining the target population for prenatal and postnatal care ». *Public health reports* 83 (3): 219-37.
- Frank, A. 2013. « From sick role to practices of health and illness ». *Medical Education* 47: 18-25.
- Friedman, S H, A Heneghan, et M Rosenthal. 2007. « Characteristics of women who deny or conceal pregnancy ». *Psychosomatics* 48 (2): 117-22.
- Gerchow, J. 1957. *Die ärztlich-forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen*. Halle: Carl Marhold Verlag.
- Goldstein, J. 1987. *Console and classify: the french psychiatric profession in the nineteenth century*. Cambridge University Press.
- Grangaud, Naïma. 2002. « Psychopathologie du déni de grossesse: revue de la littérature ». *Perspectives psychiatriques (Paris)* 41 (3): 174-81.
- Green, C M, et S V Manohar. 1990. « Neonaticide and Hysterical Denial of Pregnancy ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 156: 121-23.
- Gronewold, David. 1961. « British Journal of Criminology ». *Federal Probation: A Journal of Correctional Philosophy and Practice* 25 (1): 64-65.
- Gros, Julien. 2017. « Quantifier en ethnographe. Sur les enjeux d'une émancipation de la représentativité statistique ». *Genèses* 108 (3): 129-47.
<https://doi.org/10.3917/gen.108.0129>.
- Guernalec-Lévy, Gaëlle. 2007. *Je ne suis pas enceinte*. Stock.
- Hacking, Ian. 1992. « Multiple personality disorder and its hosts ». *History of the Human Sciences* 5 (2): 3-31.
- . 1999a. *Mad travellers: reflections on the reality of transient mental illness*. London: Free Association Books.
- . 1999b. *The Social Construction of What?* Harvard University Press.
- Hart, Onno van der, Henri Faure, Marko van Gerven, et Jean Goodwin. 1991. « Unawareness and denial of pregnancy in patients with MPD ». *Dissociation* 4 (2): 65-73.
- Hirsch, Herman. 1975. *The Family*. S. Karger.
- Jackson, Mark. 1996. *New-Born Child Murder: Women, Illegitimacy and the Courts in Eighteenth-Century England*. Manchester University Press.
- . 2006. « Infanticide ». *The Lancet* 367 (9513): 809.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68323-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68323-2).
- . 2018. *Infanticide: Historical Perspectives on Child Murder and Concealment, 1550–2000*. Routledge.
- Janati Idrissi, M., L. Dany, et M. Libert. 2014. « Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 62 (4): 195-202.

- Jenkins, Angela, Simon Millar, et James Robins. 2011. « Denial of Pregnancy: A Literature Review and Discussion of Ethical and Legal Issues ». *Journal of the Royal Society of Medicine* 104 (7): 286-91.
- Josset, A, et C Reynaert. 2016. « Déné de grossesse et néonaticide, une association mal connue ». *Louvain Médical* 135: 32-36.
- Keown, John. 2002. *Abortion, Doctors and the Law: Some Aspects of the Legal Regulation of Abortion in England from 1803 to 1982*. Cambridge University Press.
- Kuppili, Pooja Patnaik, Rishab Gupta, Raman Deep Pattanayak, et Sudhir K Khandelwal. 2017. « Delusional Denial of Pregnancy: Unique Presentation of Cotard's Syndrome in a Patient with Schizophrenia ». *Asian Journal of Psychiatry* 30: 26-27.
- Lacombe, L. 2002. « Infanticide et déni de grossesse, au travers du prisme de l'interculturel ». *Migrations Santé* 110-111: 19-36.
- « Lady Flora Hastings ». 2022. In *Wikipedia*.
https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Lady_Flora_Hastings&oldid=1106430077.
- Large, Amélie. 2009. « Enceinte sans le savoir: vécu et prise en charge du déni de grossesse ». Lyon, France.
- Lee, A C W, C H Li, N S Kwong, et K T So. 2006. « Neonaticide, Newborn Abandonment, and Denial of Pregnancy--Newborn Victimization Associated with Unwanted Motherhood ». *Hong Kong Medical Journal = Xianggang Yi Xue Za Zhi* 12 (1): 61-64.
- Lenoir, Rémi. 1992. « L'Etat et la construction de la famille ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 91 (1): 20-37. <https://doi.org/10.3406/arss.1992.3003>.
- Loiseau, J S. 1819. *Traité des enfants naturels*. Paris.
<https://books.google.fr/books?id=1UtHAAAACAAJ&pg=RA1-PA124&dq=d%C3%A9ni+de+grossesse&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjp6JWHpJrAhWM3YUKHQpVD1cQ6AEwAHoECAAQAg#v=onepage&q=d%C3%A9ni%20de%20grossesse&f=false>.
- Longford, Elizabeth. 1964. *Victoria R.I.* London : Weidenfeld and Nicholson.
http://archive.org/details/victoriari0000unse_n5t4.
- Luna, Sheryfa. 2009. « T'étais déjà là mon fils, mais » : histoire d'un déni de grossesse. Paris: M. Lafon.
- Manuel, C, et JC Cyzba. 1983. *Aspects psychologiques de l'insémination artificielle*. Villeurbanne: SIMEP.
- Marinopoulos, Sophie, et Israël Nisand. 2014. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes: Le déni de grossesse*. Paris: Les liens qui libèrent.
- Martino, Bernard. 1995. *Le bébé est un combat*. Paris: J'ai lu.
- Massari, Blanche. 2002. « Intérêt de l'accompagnement du déni de grossesse: à propos de deux observations après infanticide puis une nouvelle naissance ». *Perspectives Psy* 41 (3): 208-16.
- Masseaux, Justine. 2019. *Une maternité impensée: Devenir mère suite à un déni de grossesse*. Academia.
- McClive, Cathy. 1999. « The hidden truths of the belly: the uncertainties of pregnancy in early modern Europe ». *Social History of Medicine* 15 (2): 209-27.
- Michel, Jean-Baptiste, Yuan Kui Shen, Aviva Presser Aiden, Adrian Veres, Matthew K. Gray, THE GOOGLE BOOKS TEAM, Joseph P. Pickett, et al. 2011.

- « Quantitative Analysis of Culture Using Millions of Digitized Books ». *Science* 331 (6014): 176-82. <https://doi.org/10.1126/science.1199644>.
- Milden, R, M Rosenthal, J Winegardner, et D Smith. 1985. « Denial of pregnancy: an exploratory investigation ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 4: 255-61.
- Miller, L. 2003. « Denial of Pregnancy ». In *Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*, édité par M G Spinelli, 81-104. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
<http://archive.org/details/infanticidepsych0000unse>.
- Miller, L J. 1990. « Psychotic Denial of Pregnancy: Phenomenology and Clinical Management ». *Hospital & Community Psychiatry* 41 (11): 1233-37.
- . 1991. « Maladaptive Denial of Pregnancy ».
- Missonnier, S. 2015. « Dénier et négation de grossesse: des plans de clivage pluriels? » *Le Carney PSY* 190: 38-43.
- Mitchell, EK, et JH Davis. 1984. « Spontaneous births into toilets ». *Journal of Forensic Sciences* 29 (2): 591-96.
- Moore, Emily. 1975. « "The major issues and the arguments in the abortion debat", take from the appendix of the author's article, "Abortion and public policy: what are the issues?", New York Law Forum, vol XVII, No.2, 1971, reprinted by the National Association for Repeal of Abortion Laws. » In *Hearing before the subcommittee on constitutional amendments of the committee on the judiciary, United States Senate, Ninety-Third Congress, second session on S.J. Res. 119 Proposing an amendment to the constitution of the United States for the protection of unborn children and other persons and S.J. Res. 130 Proposing an amendment to the constitution of the United States guaranteeing the right of life to the unborn, the ill, the aged, or the incapacitated. Part 3.*, 457-63. Washington: US Government Printing Office.
- Murray, John Fisher. 1839. *Lady Flora Hastings. The Court Doctor Dissected; with Observations on the Statements of Ladies Portman and Tavistock*. William Edward Painter.
- Nau, Melissa, H Eric Bender, et Judith Street. 2011. « Psychotic Denial of Pregnancy: Legal and Treatment Considerations for Clinicians ». *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 39 (1): 31-39.
- Neifert, P L, et J A Bourgeois. 2000. « Denial of Pregnancy: A Case Study and Literature Review ». *Military Medicine* 165 (7): 566-68.
- Nirmal, D, I Thijs, J Bethel, et P S Bhal. 2006. « The Incidence and Outcome of Concealed Pregnancies among Hospital Deliveries: An 11-Year Population-Based Study in South Glamorgan ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* 26 (2): 118-21.
- Oakley, Ann. 1982. « The Origins and Development of Antenatal Care ». In *Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care*, édité par M. Enkin et I. Chalmers, 1-21. Cambridge University Press.
- Obladen, Michael. 2016. « From crime to disease: laws on infanticide in the modern era ». *Neonatology* 109: 170-76.
- Oddo-Sommerfeld, S, S Schulze, S Sommerlad, AK Kämpf, H Cholemkery, et F Louwen. 2017. « Psychological aspects of pregnancy denial in a 13-year-old girl ». *Clinical Case Reports and Reviews* 3 (10): 1-4.
- Paillé, Pierre. 1994. « L'analyse par théorisation ancrée ». *Cahiers de recherche sociologique*, n° 23: 147-81. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>.

- Paillet, Anne. 2021. « Valeur sociale des patient.e.s et différenciations des pratiques des médecins: redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 236-237: 20-39.
- Pajot, Charles. 1874. *Des Causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse*. Paris. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5803865z/f13.item.r=meconnue>.
- Panel, P, et G Prigent. 2009. « Dénier de grossesse: quand le corps porte une grossesse dont le psychisme ne perçoit aucune trace ». *Les Dossiers de l'Obstétrique* 381: 29-33.
- Parvin, Theophilus. 1895. *The Science and Art of Obstetrics*. Philadelphia : Lea. <http://archive.org/details/scienceartofobst00parviala>.
- Pelladeau, Élise, Jean-Baptiste Marchand, et François Pommier. 2018. « Du déni de grossesse à l'infanticide : quand l'enfant renaît en psychothérapie ». *La psychiatrie de l'enfant* Vol. 61 (1): 3-18.
- Pereira de Oliveira, Céline Pereira de. 2013. « « Le déni de grossesse » : une entité clinique valide ? » *Topique* 123 (2): 189-207.
- Pierronne, Colette, Marie-Annick Delannoy, Carole Florequin, et Michel Libert. 2002. « Le déni de grossesse: à propos de 56 cas observés en maternité ». *Perspectives psychiatriques (Paris)* 41 (3): 182-88.
- Porter, Roy. 1999. *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity (The Norton History of Science)*. W. W. Norton.
- Raimbault, Ginette, et Michel Manciaux, éd. 1992. *Enfance menacée*. Analyses et prospective. Paris: INSERM.
- Reagan, Leslie J. 2012. *Dangerous Pregnancies: Mothers, Disabilities, and Abortion in Modern America*. Univ of California Press.
- Redd, Chris. 2021. « Les mouvements sociaux dans la psychiatrie française au 21ème siècle: une lutte en rapport avec le travail psychiatrique? » Mémoire de M2 sociologie, Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Reich, Warren T. 1998. *The Ethics of Sex and Genetics*. Macmillan Reference USA.
- Resnick, Phillip. 1970. « Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide ». *American Journal of Psychiatry* 126: 1414-20.
- Rosen, Harold. 1954. *Therapeutic Abortion: Medical, Psychiatric, Anthropological, and Religious Considerations*. Julian Press.
- . 1967. *Abortion in America: Medical, Psychiatric, Legal, Anthropological, and Religious Considerations*. Beacon Press.
- Sandoz, P. 2011. « Reactive-homeostatis as a cybernetic model of the silhouette effect of denial of pregnancy ». *Medical Hypotheses* 77 (5): 782-85.
- . 2015. « A systemic explanation of denial of pregnancy fitting clinical observations and previous models ». *PeerJ PrePrints*.
- . 2016. « To transmit genes without becoming mother: An evolutionary conflict behind denial of pregnancy ». *PeerJ PrePrints*.
- Sandoz, P, et J Wessel. 2018. « Evolutionary-rooted models for denial of pregnancy, concealment of pregnancy and pseudocyesis ». *PeerJ PrePrints*.
- Sar, Vedat, Nazan Aydin, Onno van der Hart, A Steven Frankel, Meriç Sar, et Oguz Omay. 2017. « Acute Dissociative Reaction to Spontaneous Delivery in a Case of Total Denial of Pregnancy: Diagnostic and Forensic Aspects ». *Journal of Trauma & Dissociation*, 1-10.
- Schauberger, C. 2014. « Denial of pregnancy ». *Gundersen Medical Journal* 8 (2): 124-27.

- Schlumbohm, Jurgen. 2002. « Comment l'obstétrique est devenue une science: la maternité de l'université de Gottingen, 1751-1830 ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 143 (3).
- Schultz, M, et T Bushati. 2015. « Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy ». *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 55: 559-64.
- Schultz, Meleesa J, et Tony Bushati. 2015. « Maternal Physical Morbidity Associated with Denial of Pregnancy ». *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 55 (6): 559-64.
- Seguin, S, B Golse, et G Apter. 2013. « Dénis et négations de grossesse: une revue de la littérature ». *La psychiatrie de l'enfant* 56 (1): 267-92.
- Seibert, Marion. 2011. « Processus de publicisation du déni de grossesse ». Mémoire d'études politiques, Université de Strasbourg.
- Seigneurie, A-S, et F Limosin. 2012. « Déni de grossesse et néonaticide: aspects cliniques et psychopathologiques ». *La Revue de médecine interne* 33 (11): 635-39.
- Semple, D, et R Smyth. 2019. *Oxford Handbook of Psychiatry*. 4^e éd. Oxford: Oxford University Press.
- Sernarclens, M de. 1984. « Le devenir obstétrical des patients aménorrhéiques (complément d'une étude socio-psychosomatique) ». In *Les enfants des couples stériles*, édité par W Pasini, F Beguin, M Bydlowski, et E Papiernik. Paris: Les éditions ESF.
- Simmonot, Anne-Laure. 2002. « Infanticide à l'adolescence et déni de grossesse ». *Perspectives Psy* 41 (3): 195-99.
- Sonstegard, Lois J., Karren Kowalski, et Betty Jennings. 1987. *Women's Health: Crisis and Illness in Childbearing*. Grune & Stratton.
- Spielvogel, A M, et H C Hohener. 1995. « Denial of Pregnancy: A Review and Case Reports ». *Birth (Berkeley, Calif.)* 22 (4): 220-26.
- Spinelli, M G. 2001. « A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide ». *The American Journal of Psychiatry* 158 (5): 811-13.
- Spinelli, Margaret G. 2010. « Denial of Pregnancy: A Psychodynamic Paradigm ». *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 38 (1): 117-31.
- Spotnitz, Hyman, et Lucy Freeman. 1969. *How to Be Happy Though Pregnant: A Guide to Understanding and Solving the Normal Emotional Problems of Pregnancy and Postpartum Blues*. Coward-McCann.
- Stenton, S, et M C Cohen. 2020. « Assessment of neonaticide in the setting of concealed and denied pregnancies ». *Forensic Science, Medicine and Pathology* 16 (2): 226-33.
- Stoltz, J A. 1829. *Recueil d'observations sur des cas de grossesses douteuses, précédé d'une introduction critique sur la manière d'explorer*. Traduit par W J Schmitt. Strasbourg.
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5804417t/f6.image.r=grossesse%20mecnue>.
- Stotland, Naomi, et Nada Stotland. 1998. « Denial of pregnancy ». *Psychiatry Update* 5 (5): 247-50.
- Strauss, A, et J Corbin. 1990. *Basics of qualitative research*. Vol. 15. Newbury Park, CA: Sage.

- Struye, Adèle, Nicolas Zdanowicz, Chady Ibrahim, et Christine Reynaert. 2013. « Can denial of pregnancy be a denial of fertility? A case discussion ». *Psychiatria Danubina* 25: 113-17.
- Sutter-Dallay, A.-L., et N Guédeney. 2010. « Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. » *EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, n° 37-200-B-20.
- Teboul, Roger. 1994. *Neuf mois pour être père: Chronique d'une attente*. Calmann-Lévy.
- Tillier, Annick. 2015. *Des criminelles au village: Femmes infanticides en Bretagne (1825-1865)*. Presses universitaires de Rennes.
- Tourdes, Gabriel, et Edmond Metzquer. 1896. *Traité de médecine légale théorique et pratique*. Paris. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k767959/f254.image>.
- Tronche, A-M, M Villemeyre-Plane, G Brousse, et P-M Llorca. 2007. « Du déni de grossesse au néonaticide: hypothèses diagnostiques autour d'un cas ». *Annales médico-psychologiques* 165 (9).
- Turkle, S. 1978. *Psychoanalytic Politics: Freud's French Revolution*. New York: Basic Books.
- Tursz, Anne, et J M Cook. 2011. « A population-based survey of neonaticides using judicial data ». *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition* 96 (4): 259-63.
- Ulett, George Andrew, et Donald Wells Goodrich. 1965. *A Synopsis of Contemporary Psychiatry*. Mosby.
- Vellut, Natacha, Jon M. Cook, et Anne Tursz. 2012. « Analysis of the Relationship between Neonaticide and Denial of Pregnancy Using Data from Judicial Files ». *Child Abuse & Neglect* 36 (7-8): 553-63.
- Walloch, Judith Esther, Christian Klauwer, Mario Lanczik, Ian Frazer Brockington, et Johannes Kornhuber. 2007. « Delusional Denial of Pregnancy as a Special Form of Cotard's Syndrome: Case Report and Review of the Literature ». *Psychopathology* 40 (1): 61-64.
- Weisz, G. 2002. « Regulating Specialties in France during the First Half of the Twentieth Century ». *Social History of Medicine* 15 (3): 457-80. <https://doi.org/10.1093/shm/15.3.457>.
- Wessel, J. 1998. « Die nicht wahrgenommene (verdrängte) schwangerschaft: Eine prospektive untersuchung aus geburtsmedizinischer sicht unter berücksichtigung endokrinologischer, psychosomatischer und epidemiologischer aspekte ». Habilitation, Berlin: Humboldt University.
- Wessel, Jens, et Ulrich Buscher. 2002. « Denial Of Pregnancy: Population Based Study ». *BMJ: British Medical Journal* 324 (7335): 458-458.
- Wessel, Jens, Jan Endrikat, et Ulrich Buscher. 2002. « Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin ». *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 81 (11): 1021-27. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2002.811105.x>.
- . 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* 31 (1): 29-35.
- Wessel, Jens, Annett Gauruder-Burmester, et Christoph Gerlinger. 2007. « Denial of Pregnancy--Characteristics of Women at Risk ». *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 86 (5): 542-46.
- Winnik, H, et M Horovitz. 1961. « The problem of infanticide ». *The British Journal of Criminology* 2 (1): 40-52.

Zagury, Daniel. 2011. « Quelques remarques sur le déni de grossesse: Regards sur l'infanticide: du néonaticide au filicide ». *Perspectives psychiatriques* 50 (4): 314-21.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. L. MICHEL". The signature is written in a cursive style with a large initial "J" and a long horizontal stroke extending to the right.

Vu, le Doyen

**De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Résumé

Le déni de grossesse est un concept qui est apparu dans la littérature scientifique autour des années 1970s. En France, ce diagnostic semble faire partie courante de la pratique quotidienne en psychiatrie et en obstétrique tandis qu'au Royaume-Uni il est absent. Cette thèse utilise une approche sociohistorique comparative pour analyser la généalogie du déni de grossesse selon le contexte national. L'objectif de la recherche est d'explorer comment en France, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, s'est construite la catégorie du déni de grossesse. Elle repose sur une recherche bibliographie en anglais et en français, exhaustive et transdisciplinaire, comprenant toute utilisation du terme « denial of pregnancy/déni de grossesse » entre 1800 et 2019. Les textes recueillis font l'objet d'une analyse quantitative bibliométrique et qualitative basée sur la théorie ancrée. Les données recueillies montrent que le déni de grossesse est apparu en lien avec plusieurs transformations sociales liées à la grossesse et la maternité : le développement des technologies diagnostiques pour la grossesse, l'arrivée des dispositifs de suivi anténatal systématique, la notion du déni provenant de la psychanalyse, la désinstitutionalisation en psychiatrie, la création de la sous-discipline de la psychiatrie de liaison ainsi que les modifications des lois sur l'adoption et l'infanticide. Les données indiquent également une « exception française », où le déni de grossesse prend une place plus importante dans la société et la littérature scientifique en France, notamment par rapport au Royaume-Uni.

REDD Christopher

117 pages – 6 tableaux – 3 figures –

Résumé : Le déni de grossesse : une exception française ?

Cette thèse utilise une approche sociohistorique comparative pour analyser la généalogie du déni de grossesse selon le contexte national. L'objectif de la recherche est d'explorer comment en France, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, s'est construite la catégorie du déni de grossesse. Elle repose sur une recherche bibliographique en anglais et en français, exhaustive et transdisciplinaire, comprenant toute utilisation du terme « denial of pregnancy/déni de grossesse » entre 1800 et 2019. Les textes recueillis font l'objet d'une analyse quantitative bibliométrique et qualitative basée sur la théorie ancrée. Les données recueillies montrent que le déni de grossesse est apparu en lien avec plusieurs transformations sociales liées à la grossesse et la maternité : le développement des technologies diagnostiques pour la grossesse, l'arrivée des dispositifs de suivi anténatal systématique, la notion du déni provenant de la psychanalyse, la désinstitutionalisation en psychiatrie, la création de la sous-discipline de la psychiatrie de liaison, ainsi que les modifications des lois sur l'adoption et l'infanticide. Les données indiquent également une « exception française », où le déni de grossesse prend une place plus importante dans la société et la littérature scientifique en France, notamment par rapport au Royaume-Uni.

Mots clés : déni de grossesse ; psychiatrie ; obstétrique ; maternité ; histoire de la médecine ; sociologie de la médecine

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Docteur Alexandre MICHEL

Membres du Jury : Professeur Thomas DESMIDT
Docteur Jérôme GRAUX
Docteur Clémence LE JOUBIOUX

Date de soutenance : 26 octobre 2022