Université d'Abomey – Calavi
(UAC)
****
Faculté des sciences humaines et sociales
(FASHS)
****
Département de Psychologie
(DP)
****

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

Perception du déni de grossesse par la population de Calavi au Bénin

Réalisé et soutenu par :

BIO YO Latifatou

Maître de stage :

Dr Yarou GUERA
Assistant des Universités
Département de Sociologie-Anthropologie

Superviseur de stage :

Dr Michel MEHINTO
Maître-Assistant des Universités du CAMES
Département de psychologie

Membres du Jury

Président : Dr. Ornheilia ZOUNON, Maître de Conférences / CAMES

Rapporteur : Dr Michel MEHINTO, Maître-Assistant / CAMES

Examinateur : Dr Aristide AKOVOWANOU, Enseignant-Chercheur

Note obtenue : 16/20

Mention : Très bien

Soutenu le 16 /10 / 2023

Année académique : 2022-2023

Sommaire

In mémorium 3

Dédicace 4

Remerciements 5

Sigles et acronymes 6

Liste de tableau et des figures 7

Résumé / Abstract 8

Introduction 9

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE 11

Chapitre I : cadre théorique de la recherche 12

Chapitre II : Approche méthodologique 22

DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS 30

Chapitre III : Perception de la population d'Abomey-Calavi sur le déni de grossesse au Bénin. 31

Conclusion 40

Références bibliographiques 41

Annexe 44

Table des matières 45

In mémoriam

A mon feu père Karim BIO YO

Dédicace

A ma mère Bana-Yo ISSA

Remerciements

La réalisation de cette œuvre n'aurait été possible sans le concours et la participation de plusieurs personnes dont l'identité ne saurait être passée sous silence à un moment si crucial. Des mots de profonde gratitude sont donc adressés :

- Dr (MA) Michel MEHINTO mon tuteur de stage. son encadrement et ses orientations méthodologiques pour la réalisation de ce mémoire.
- Au Dr (A) Yarou GUERA, Pour son encadrement scientifique et son soutien,
- Au Professeur Titulaire Charles Lambert BABADJIDE, Vice-Doyen de la FASHS pour son accompagnement scientifique et ses conseils.
- Au Dr (MC) Azizou CHABI IMOROU, pour son soutien et ses conseils.
- Madame Denise GUERA OROU YOROU, Administrateur du travail pour son soutien indéfectible, les soins et les conseils de tous les jours.
- A la famille BIO YO de Gogounou pour l'éducation reçue.
- A tous les enseignants du Département de psychologie pour la formation reçue.

Sigles et acronymes

CA : Chef d'Arrondissement

CARDER : Centre Agricole Régionale pour le Développement Rural

CeRPD : Centre Régional pour la Promotion Agricole

CCS : Centre de Contrôle Spécialisé

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope

IST : Infection Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PDC : Plan de Développement Communal

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

Liste de tableau et des figures

Tableau I: Répartition des informateurs 28

Figure 1 : Situation géographique du milieu de recherche 23

Résumé

Le déni de grossesse est mécanisme de défense de la femme enceinte qui reste tabou et mal compris dans la société. Il est caractérisé par une grossesse invisible à l'œil nu avec absence de symptômes apparents. L'objectif de cette recherche est d'analyser la perception de la population d'Abomey-Calavi sur le déni de grossesse au Bénin. La nature de cette recherche est qualitative. 35 personnes sont interviewées pour la collecte de données. Les techniques (outils) de collectes sont l'entretien (guide d'entretien). La technique d'échantillonnage est le choix raisonné combinée à celle de la boule de neige. De l'analyse des résultats, il ressort que la perception de la population d'Abomey- Calavi sur les femmes en déni est d'ordre culturel. Il s'agit d'une totale méconnaissance du dysfonctionnement de l'organisme de la femme en attribuant une dissimulation consciente de grossesse. Et, pourtant le déni de grossesse est un problème psychologique qui mérite d'être reconnu.

Mots clés : Déni, grossesse, femme, perception, Abomey-Calavi.

Abstract

The conscious occurrence of a pregnancy in a woman is a source of happiness and joy. It is a source of desolation when the woman is unaware of her pregnancy status and discovers it later. The objective of this research is to analyze the perception of the population of Abomey-Calavi on pregnancy denial in Benin. The nature of this research is qualitative. 35 informants are interviewed for data collection. The data collection techniques (tools) are reading (reading sheet) and interview (interview guide). The sampling technique is purposive sampling combined with snowball sampling. The analysis model is the symbolic interactionism of H. Blumer (1969). From the analysis of the results, it appears that the perception of the population of Abomey-Calavi about women in denial is cultural. It is a total ignorance of the dysfunction of the woman's body, attributing a conscious concealment of pregnancy. And yet, denial of pregnancy is a psychological problem that deserves to be recognized.

Key words : Denial, pregnancy, woman, perception, Abomey-Calavi.

Introduction

La grossesse est un état physiologique de la femme enceinte qui peut s'accompagner de changement de comportement, des modifications de l'organisme maternel de la fécondation jusqu'à l'accouchement. D'après V. Swami (2006), la grossesse est un phénomène naturel. Pour son heureux déroulement, il est important que la femme se soumette à des règles d'hygiène. L'observation de ces règles permet d'éviter un grand nombre d'accidents et des troubles, parmi lesquels on peut citer l'avortement, l'enfant prématuré, Selon F. Lerch (1979), si une femme enceinte comprend le sens des modifications que subit son organisme, la plupart des ennuis seront réduits à un minimum. S. Bazelaire et R. Hersille (1973) affirment que la grossesse n'est pas une maladie mais un état normal qui nécessite des règles d'hygiène très précises pour aboutir à une grossesse sans complication.

Makamba (1988) affirme que la consultation prénatale permet à la gestante d'aborder l'accouchement dans les meilleures conditions, elle vise d'une part l'éducation de la future mère ; on lui enseigne les connaissances et les comportements dont elle doit adopter pendant la grossesse et au moment de l'accouchement puis des mesures d'hygiène pour elle et son futur bébé. Elle assure d'autre part la surveillance médicale et obstétricale. J. Courte Joie (2000) souligne que la grossesse est une période très favorable aux activités éducatives car la femme est particulièrement réceptive aux conseils qui lui sont données tant pour elle que pour son futur enfant. La femme enceinte doit être encadrée de la manière à se comporter en bonne santé pour assurer un accouchement normal. Il est important pour elle de savoir qu'elle doit inconditionnellement se soumettre au respect strict des règles d'hygiène de la grossesse.

La grossesse est vécue en Afrique comme un événement qui permet à la femme de se valoriser, de s’affirmer, de garder ou de conforter sa place au sein de la famille en donnant naissance à un nouveau-né qui est accueilli avec joie et allégresse dans la société. Il est constaté qu’au cours de la grossesse ou de l’accouchement beaucoup de femmes perdent la vie ou sont victimes de complications comme : l’anémie, les fistules vésicovaginales, l’éclampsie, ou le prolapsus.

La grossesse permet de donner la vie mais également, elle peut mettre à l’épreuve la vie de la mère et celle du nouveau-né. C’est pourquoi, suivant le nouveau modèle de l’OMS pour les soins prénataux, le nombre de consultations prénatales est passé de quatre à huit. Des données récentes indiquent que l’augmentation de la fréquence des consultations prénatales dans le système de santé pour les femmes et les adolescentes est associée à une probabilité plus faible

de survenue de mortinaissances (S. Seguin, 2013) car ces consultations offrent plus d'occasions de détecter et de prendre en charge d'éventuels problèmes. Le fait de prévoir 8 consultations au lieu de 4 permet de ramener le taux de mortalité périnatale à 8 pour 1000 naissances.

Il est constaté que certaines femmes par ignorance de leur état de grossesse ne bénéficient pas des avantages liés à la protection de leur santé et celle du fœtus. En effet, il convient de souligner que des grossesses surviennent chez ces femmes à leur insu. Il s'agit du déni de grossesse. Il est fréquemment assimilé à un trouble psychologique. Le déni est la « non reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre de grossesse et qui peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier » (N. Grangaud, 2001). Il y a différentes formes de déni de grossesse, allant de la découverte d'un fœtus pendant la grossesse, à la découverte du nouveau-né lors de l'accouchement, mais le déni peut également recouvrir l'accouchement (A. Loudenot, 2016).

Au Bénin et particulièrement à Abomey-Calavi, le déni de grossesse est un sujet controversé chez les populations. Certaines le pensent liés à des pathologies psychiatriques comme R. Slayton (1981) ou B. Bécache (1976), d'autres affirment que les femmes se savent enceintes donc que la grossesse est dissimulée comme C. Brezinka (2009). Enfin, certains annoncent qu'il est possible de faire un déni de grossesse sans aucun facteur de risque particulier. Dans la commune d'Abomey-Calavi, la survenue d'un déni de grossesse est accompagnée d'une interprétation de la population qui marginalise et porte atteinte psychologiquement à la victime. Il convient alors de savoir la « perception de la population sur le déni de grossesse à Calavi au Bénin ».

Quel est le regard de la population d'Abomey-Calavi sur le déni de grossesse ?

Ce travail comporte deux parties. La première s'intéresse aux aspects théoriques et méthodologiques qui ont structuré la recherche et la seconde présente une analyse de la perception de la population sur le déni de grossesse à Calavi.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Chapitre I : cadre théorique de la recherche

Dans cette partie, le cadre théorique de la recherche est présenté à travers la problématique, les hypothèses, les objectifs, le cadre conceptuel de la recherche, la clarification conceptuelle, la revue de littérature, la motivation liée au choix du sujet et le modèle théorique d'analyse.

1.1-Problématique

Tous les spécialistes s'accordent à dire que la grossesse, source de profonds changements physiques, est également une phase marquée de doutes et de questionnements. L. Fanchine (2012) pense que l'expérience de maturation psychologique et véritable crise identitaire pour certaines, le déni de grossesse est imprégné de troubles de l'humeur physiologiques qui témoignent d'une grande vulnérabilité chez la femme enceinte. La grossesse est un phénomène physiologique que vivent bon nombre de femmes au Bénin. C'est dans ce cadre que G. Aziagnon (2022, p. 8) affirme que « la grossesse est l'un des processus biologiques universels qui s'inscrit au sein d'une famille et d'une société ». Elle s'accompagne d'une modification physiologique chez la femme. Ainsi, on observe chez la femme enceinte une augmentation du volume du ventre et un arrêt momentané des menstrues. Dès 1858, A. Gorre -Ferragu (1858) décrit la grossesse comme « un de ces états physiologiques dans lequel le système nerveux peut acquérir une mobilité et une impressionnabilité excessive ». Une hypersensibilité croissante pendant la grossesse, que Donald Winicott rattache à la préoccupation maternelle primaire, état psychiatrique très particulier qui après la naissance, permettra à la mère de comprendre et de répondre aux besoins de son enfant de la meilleure manière qui soit.

La femme en état de grossesse est assujettie à des consultations prénatales pour prévenir les complications pendant l'accouchement et pour sauvegarder sa santé et celle du fœtus. A ce propos P. Erny (1990) affirme que dans la plupart des sociétés africaines la grossesse est une conjugaison harmonieuse du naturel c'est-à-dire du proprement physiologique et du résultat d'une action copulatoire des géniteurs favorisé par l'action providentielle des forces transcendantales.

Cependant il est constaté que les femmes sont en état de grossesse et ne présentent aucun symptôme apparent. A. Bécache et S. Bécache (1976) emploient le concept de déni de grossesse pour désigner ce phénomène. Aujourd'hui, beaucoup d'auteurs considère une femme ayant méconnu sa grossesse comme ayant été victime d'un « déni de grossesse » d'après L. Araujo-Attali (2014). Ce phénomène de déni de grossesse est observé au sein des

sociétés béninoises et particulièrement dans la commune d'Abomey Calavi. Le regard de la population de cette localité face aux victimes en déni de grossesse varie d'une aire culturelle à une autre. Dans certaines communautés, la grossesse en déni est assujettie à des interprétations surnaturelles. C'est ce que souligne C. Tabet (2009) qui pense que « Le bébé n'est pas un seul dans le ventre maternel. Des fantômes du passé y résident aussi (les éventuels enfants morts, les enfants vivants et futurs de la mère, ceux de son enfance, c'est-à-dire les enfants de la mère de la mère) ». L'auteur pense que :

> *Parce qu'il touche à l'affectif pur et au vécu de chacun, le déni de grossesse étonne, effraie, fascine ou révolte, mais ne laisse personne indifférent. Proies du scepticisme collectif, les femmes qui en souffrent sont souvent reniées : on les traite de menteuses, de dissimulatrices, on les accuse de folie furieuse ou d'idiotie caractérisée, de préméditation, de meurtre (C. Tabet, 2009).*

Seuls quelques-uns pendant les débats animés que suscite une telle question, osent parfois élever la voix et dire : « Moi, j'ai connu quelqu'un à qui s'est arrivé. On n'avait vraiment rien vu ». Comme le dit S. Marinopoulos (2011), psychanalyste et psychologue clinicienne, le déni hors contexte de grossesse est observé chaque jour dans des « situations de souffrance psychique intense » : chez le conjoint qui se refuse à voir les tromperies de l'autre tandis que tout l'entourage le sait et tente de l'alerter ; chez le parent dont l'enfant se drogue au vu et su de tous sauf du parent en question ; chez le patient qui vient d'apprendre qu'il est atteint d'un cancer et veut repousser l'intervention en urgence pour profiter d'un voyage à l'étranger. Le déni protège de l'angoisse, sert le Sujet souffrant par la défense qu'il procure : c'est une protection coûteuse et qui peut conduire au drame, mais dont la présence ne doit pas remettre en question l'intégrité d'esprit du Sujet donné. Le déni de la réalité n'est pas un signe de psychopathologie, mais bien un mécanisme de défense.

Pour A-V Mazoyer (2011), la conception et la naissance conduisent à des réaménagements identitaires et à une révision de l'empreinte des imagos parentales, ces transformations corporelles et leur vécu subjectif (représentations et affects) peuvent aller du surinvestissement des sensations et des représentations de soi enceinte jusqu'au déni de ces transformations en soi et pour autrui. Outre que le déni de grossesse atteste la difficulté d'être à l'écoute de son corps, il pose également la question du féminin dans son rapport aux autres polarités que sont le maternel, la féminité, et le masculin, le paternel (A-V Mazoyer, 2011). Phénomène observé dans la commune d'Abomey-Calavi, le déni de grossesse continu d'étonner plus d'un.

Quel est le regard de la population d'Abomey-Calavi sur le déni de grossesse ?

Pour répondre à cette question, il est élaboré des hypothèses sous la forme de réponses provisoires.

1-2-Hypothèses de recherche

Il s'agit de l'hypothèse générale et des hypothèses spécifiques

1.2.1- Hypothèse générale

L'hypothèse générale de cette recherche est formulée ainsi qu'il suit : le regard de la population envers les victimes de déni de grossesse dépend de leur niveau de connaissance sur cette pathologie psychologique.

1.2.2- Hypothèses spécifiques

- Hypothèse spécifique 1 : les réalités socio-culturelles influencent la connaissance du déni de grossesse à Abomey-Calavi ;

- Hypothèse spécifique 2 : la perception de déni de grossesse par les populations varie suivant leur niveau d'information sur cette pathologie.

De ces hypothèses se dégagent clairement des objectifs de recherche.

1-3-Objectifs de la recherche

Ils sont de deux ordres. Il s'agit de l'objectif général et des objectifs spécifiques.

1.3.1- Objectif général

Sur la base des hypothèses formulées, la présente recherche s'attache à analyser la perception de la population d'Abomey-Calavi sur le déni de grossesse au Bénin.

1.3.2- Objectifs spécifiques

Spécifiquement, il s'agit de :

- **Objectif spécifique 1 :** Expliquer l'influence des réalités socio-culturelles sur la connaissance du déni de grossesse à Abomey-Calavi ;
- **Objectif spécifique 2 :** Identifier le niveau de connaissance des populations en lien avec le déni de grossesse.

1.4- Clarification conceptuelle

Une clarification conceptuelle est indispensable dans le cadre de la présente recherche, car, un même mot peut revêtir plusieurs significations selon qu'il est employé dans des contextes différents. En outre, chaque domaine de la science a ses concepts appropriés. Ainsi est- il important d'expliciter quelques termes à utiliser dans un travail scientifique. À ce propos, R. K. Merton cité par A. A. Esiso (2006) affirme qu'une recherche ne peut passer outre la nécessité de clarifier ses concepts, car une des exigences essentielles de la recherche est que les concepts soient définis avec une clarté suffisante pour lui permettre de progresser.

1.4.1- Déni de grossesse

L'expression « déni de grossesse » est apparue pour la première fois dans la littérature psychiatrique dans les années 70 (N. Grangaud, 2001). Par définition, les dénis de grossesse concernent les femmes enceintes qui ignorent leur gestation au-delà de 20 ou 21 semaines de grossesse. (B. Bayle, 2009; J. Wessel, Endrikat et Buscher, 2002 in S.H. Friedman, A. Heneghan et R. Rosenthal, 2007). Selon C. Bonnet (1996, in Gorre-Ferragu, 2002) cependant : « La prise de conscience d'une grossesse au-delà du premier trimestre doit faire suspecter un déni de grossesse » (p. 41). Le déni peut être levé en cours de grossesse, on parle alors de déni partiel, ou à l'accouchement, ce qu'on appelle le déni total.

Déni est un terme employé par S. Freud dans un sens spécifique : mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d’une perception traumatisante (essentiellement celle du pénis chez la femme). Ce mécanisme est particulièrement

Invoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses. Ce mécanisme rend compte des psychoses avec déni d’existence et dévastateur

J. Lansac, P. O’Brien, J.M. Masson définit le déni de grossesse comme le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l’être. Il est dit partiel s’il prend fin avant et total s’il se poursuit jusqu’à l’accouchement. Il peut être accompagné ou non de la mort de l’enfant dans les 24 premières heures de vie, par néonaticide.

La psychologie

1.4.2- Perception

La perception est un concept que l'on rattache volontiers à la psychologie et dans une certaine mesure, à la philosophie. Et dans ces deux sciences, le concept de perception désigne en

général des sensations interprétées. C'est par nos cinq sens que nous percevons le monde environnant.

Pour la psychologie, la perception est précisément le processus par lequel les stimulations sensorielles sont interprétées. Ce processus consiste effectivement à transformer les messages sensoriels en les rendant compréhensibles, connus par la personne qui perçoit. J. Piaget dira d'ailleurs que «la perception est la connaissance que nous prenons des objets, ou de leurs mouvements par contact direct » (Georges Thirès, 1985, p. 203). Elle remplit donc une fonction essentiellement cognitive. C'est-à-dire que c'est par la perception que nous acquérons des connaissances du monde extérieur. Il convient de noter qu'il y a deux catégories de facteurs qui gouvernent l'activité perceptive :
La première est constituée par les facteurs objectifs, c'est-à-dire extérieurs à l'individu qui perçoit. Il s'agit en fait des caractéristiques de l'objet perçu, ses mesures, sa forme, ses couleurs, son goût etc. ;
La deuxième catégorie de facteurs est constituée des éléments subjectifs qui tiennent à la culture, à la personnalité, aux valeurs personnelles ... des individus. A titre d'exemple, lorsque nous voyons trois points non alignés, nous y percevons volontiers un triangle quand bien même ces points ne seraient pas reliés entre eux. Bref, quand un objet est perçu, il est représenté sous une forme donnée par le sujet qui perçoit. Il lui donne forme. C'est donc à la dimension représentative de la perception que nous nous intéresserons particulièrement

La perception est définie comme une représentation intellectuelle par R. Descartes qui la considère comme un acte ou une opération de l'intelligence. Le terme est donc assez subjectif et renvoie à l'intellect. Ensuite, le concept est pris comme une sensation de l'extérieur qui se fait par l'un au moins des cinq (5) sens ou le mélange de ces cinq sens. B. Spinoza nous donne quatre modes de perception : « La perception par les sens », « la perception par l'expérience », « la perception par le raisonnement déductif » et « la perception par l'intuition ».

Aussi elle peut signifier une représentation évocatrice de la réalité : chacun à sa perception des choses. La perception est une faculté bio physique ou psychologique ou bien culturelle qui relie l'action du vivant à l'environnement par l'intermédiaire des sens (Wikipédiat). C'est donc le processus de recueil et de traitement de l'information sensorielle ou sensible ou la prise de conscience qui en résulte. Elle est individuelle car on ne saurait percevoir à la place d'un autre.

En outre le recours à la perception vient de l'idée que certains jugements ne peuvent se faire que par la personne concernée par la chose à apprécier. De ce fait, A. Colin considère que la recherche sur la perception du paysage montre que les individus qui vivent un paysage en ont une connaissance plus approfondie et que leur perception est liée également aux rapports sociaux qu'ils entretiennent dans le territoire concerné. Ces individus s'inscrivent dans une appréciation de l'environnement « vécu » qui est beaucoup plus approfondi que celui « vu ». Il est de toute évidence que les populations locales décrivent mieux les différents phénomènes qui les gangrènent et les solutions les plus adaptées. Car la perception comme le souligne Ndiogosse Socé (2008, p. 125) est un acte de terrain et elle est difficilement appréhensive par une personne étrangère[19].

Opération psychologique complexe par laquelle l'esprit, en organisant les données sensorielles, se forme une représentation des objets extérieurs et prend connaissance du réel.

1.5- Revue de littérature

C. Assaba (2002) énonce que la recension des écrits constitue la pierre angulaire de l'organisation systématique d'une recherche. Aucun chercheur n'ose entreprendre une recherche sans avoir au préalable vérifié l'état de la question sur le sujet à investiguer. Cette exigence a beaucoup influencé la démarche qui s'est orientée vers l'appréciation des acquis antérieurs aussi bien sur les supports écrits que de ceux relevant de l'oralité. L'angle d'analyse des documents consultés est lié à l'émergence du concept de déni de grossesse et de la compréhension par différents auteurs.

Selon l'étude de C. Brezinka (1994), une étude autrichienne menée par des psychiatres de 1987 à 1990, il est décrit 27 femmes ayant fait un déni de grossesse, dont la situation a été étudiée. 20 femmes ont alors présenté des états de choc, d'insécurité, de peur et des « sentiments dépressifs pour une courte période ».

L'étude de C. Pierrone (2002), menée sur 7 ans, a été réalisée dans les maternités de Denain et Valenciennes. Elle a permis de faire émerger 56 cas de déni de grossesse sur 2550 grossesses. Selon cette étude, les cas de déni partiel et de déni total sont quasiment à égalité. De plus, il a remarqué que des femmes de tous milieux sociaux y sont confrontées. A noter que près de la moitié de ces femmes sont multipares. De plus, il a été montré que les pères étaient présents dans 86% des grossesses découvertes à l'accouchement, et dans 50% lors de la levée d'un déni de grossesse partiel.

L'étude prospective de J. Wessel (2002), qui a duré 1 an dans les maternités de Berlin et des alentours, a permis de valider les fréquences d'autres études, c'est-à-dire 1 cas pour 475 grossesses pour les dénis partiels et 1 cas pour 2455 pour les dénis totaux. 62 femmes ont dénié leur grossesse mais aucune caractéristique spécifique n'a été retrouvée.

L'étude de S. H. Friedman a distingué les grossesses cachées des grossesses déniées (au nombre de 61). Son étude n'a pas permis d'associer un profil à ces femmes, puisque les résultats sont en discordance avec l'étude de J. Wessel (2002). Cependant, les résultats obtenus montrent que les femmes concernées ne vivent pas seules pour la majorité d'entre elles : 46% vivent avec leur mère, 20% vivent seules et 13% avec leur conjoint.

Ainsi, concernant les caractéristiques des femmes, A, Jenkins (2011) il n'y aucun milieu social qui soit épargné. Ni la parité, ni l'âge (allant de 15 ans à 44 ans, et dont la moyenne est de 27 ans), ni la situation maritale n'interviennent et ne constituent des facteurs de « risque ». Les femmes ont, en règle générale, un emploi stable, et ont fait des études supérieures et n'ont pas de pathologie particulière, que ce soit au niveau physique ou psychique. Les données épidémiologiques ne montrent aucune caractéristique spécifique : les auteurs concluent donc qu'il n'y a pas de profil « type » de femme pouvant faire craindre un déni de grossesse. De plus, il est important de notifier que dans 95% des cas, les femmes n'ont aucun trouble mental, ni d'antécédent psychiatrique rapportés.

Pour Raige-Delorme (1865), une femme découvrant « tardivement » sa grossesse était décrite comme une « dissimulatrice ». Depuis, une autre écoute et une volonté d'ouverture à la subjectivité sont apparues. Aujourd'hui, beaucoup d'auteurs considèreront une femme ayant méconnu sa grossesse comme ayant été victime d'un « déni de grossesse ».

M. L. Attali (2011)., affirme que dès 1970, l'expression « déni de grossesse » a englobé l'ensemble des découvertes tardives. En France, ce sont A. Bécache et S. Bécache qui l'emploient pour la première fois en 1976. Dans la littérature actuelle, la plupart des auteurs ne décrivent donc que l'existence du déni. Jacques Dayan, J., Andro, G. & Dugnat, M. (1999) sont des rares à considérer une diversité de « méconnaissances » de la grossesse par la femme, diversité qu'il nomme les « négations de grossesse ».

Malgré cet intérêt, l'expression « déni de grossesse » manque de clarté. La plupart des auteurs se basent sur la définition de Catherine Bonnet : « La prise de conscience d'une grossesse au-delà du premier trimestre doit faire suspecter un déni de grossesse. ». Ces auteurs définissent

donc le déni de grossesse en rapport avec une temporalité et considèrent que toute découverte tardive de grossesse est liée à un déni.

Ce manque de clarté a des effets théorico cliniques. Par exemple, pour certains auteurs, le déni de grossesse est un symptôme, alors que pour d'autres, il est un mécanisme de défense.

Comme nous l'avons vu, la majorité des auteurs considèrent les découvertes « tardives » de grossesse comme relevant d'un déni. Notre pratique clinique nous permet d'amener des distinctions dans un ensemble hétéroclite. Elle nous permet de nommer des réalités psychiques, psychologiques et des mécanismes de défense qui sont aujourd'hui rassemblées sous l'usage du mot « déni », et ceci n'est pas sans conséquence dans la pratique de l'accompagnement des femmes et sa perception au sein de la société et surtout à Abomey-Calavi.

Dans le même registre, N. Grangaud (2001) rappelle dans sa thèse que le déni de grossesse est d'apparition récente dans la littérature française et qu'il était interprété comme mécanisme propre à la psychose. Or, actuellement, le déni de grossesse renvoie à des structures de personnalité allant de la « normalité à des formes plus graves de psychopathologie » (H. Bardou, 2006).

Cette stratégie défensive tente de maintenir l'intégrité somatopsychique, y compris chez des patients présentant des structures de personnalité non pathologiques, bien que le déni fasse partie de mécanismes de défenses dits archaïques (J. Dayan, 1999). Aucune manifestation physique de ces femmes ne laisse présager une grossesse, pour certaines, le déni peut être total, l'absence de reconnaissance de ces perceptions entravant le travail psychique de gestation que la femme enceinte opère (S. Marinopoulos, 2009)

B. Massari (2009) constate que le déni total peut se solder par la mort de l'enfant tandis que le déni partiel peut s'avérer protecteur car il permet au futur enfant d'échapper à la forte agressivité projetée, la grossesse réactivant un vécu traumatique innommable, devenant par là même impensable.

C. Bonnet (1990), N. Grangaud (2001) ainsi que J. Dayan, font du déni un facteur à risque pour l'évolution de la grossesse : dysfonctionnements de la relation avec l'enfant, émotions hostiles à l'endroit du nouveau-né, fréquence des troubles dépressifs post-partum, mortalité néonatale élevée. La capacité de la mère à investir son enfant, malgré le déni de grossesse, dépendra de son état psychologique, de son environnement affectif, dans lequel survient cette

grossesse, et enfin de facteurs de vulnérabilité. En effet, C. Bonnet (1990) relève la fréquence d'infanticides dans certaines monographies après des dénis de grossesse, ce qui est aussi évoqué par A. Guedeney et J-F. Allilaire (2001), ou encore A. Henry (2009). Certaines de ces femmes ont également vécu des maltraitances sexuelles durant leur enfance (C. Bonnet, 1990) ou des carences affectives, bien que ce passé, du fait d'une pauvreté des associations et des émotions, soit réprimé. Ainsi, confrontée à une souffrance d'altération identitaire insupportable, la femme, sans interrompre la gestation et sans aménager le « pensoir » de la grossesse, niche celle-ci dans son noyau psychotique, présent dans toute organisation psychique.

L. Sainte-Rose Fanchin (2012) pense que pour beaucoup encore, le déni de grossesse se résume toujours à certains procès qui ont marqué la dernière décennie, mettant en scène une femme, parfois déjà mère, accusée d'avoir mené dans le secret une voire plusieurs grossesses à terme, d'avoir accouché seule pour se débarrasser ensuite du nouveau-né. Des affaires complexes, exceptionnelles et souvent médiatisées à l'excès pour leur côté sordide et malheureusement vendeur. L'auteur poursuit en disant que, pourtant les cas de déni poursuivi jusqu'à la naissance de l'enfant, que certains nomment déni massif ou déni total, ne représentent que le sommet de l'iceberg. Plus rares encore sont ces accouchements inopinés donnant malheureusement suite, de manière intentionnelle ou faute de soins, au décès du nouveau-né. Bien plus nombreuses sont les femmes - entre 1500 et 2500 chaque année tous degrés de déni confondus - qui un jour consultent leur médecin, souvent pour un problème anodin telle une fatigue.

1.6- Justification du choix du sujet

Des publications, plus approfondies sur le plan psychopathologique, se sont développées à partir des années 1990 dont l'objectif est de reconnaître l'existence de cette pathologie cause de déni de grossesse. Actuellement, des tentatives de compréhension des mécanismes psychiques sont mises en œuvre pour expliquer cette pathologie. Pour autant, il reste encore du chemin à parcourir pour qu'elle soit véritablement entendue et signifiée dans toute sa subtilité et sa complexité.

C. P. de Oliveira (2013) indique le déni de grossesse a trouvé une voie de reconnaissance et d'expression publique et officielle à travers plusieurs affaires de néonaticide. Précisons que durant de très nombreuses années, ce syndrome (dans le sens où il comporte une variabilité clinique) a été considéré comme une dissimulation. Cette hypothèse est rassurante pour la

société dans la mesure où elle sous-entend que la mère se savait enceinte et donc qu'elle exerçait une forme de maîtrise sur son corps. De plus, elle laisse entendre une part mensongère. La mère est d'emblée accablée de reproches. Dans les cas cliniques où la dissimulation est absente, aborder cette question avec une patiente déniant sa grossesse, relève d'une maltraitance institutionnelle et sociale qui renforce l'isolement maternel, un des axes pourtant problématiques de cette pathologie (C. P. de Oliveira, 2013). Cette tendance est encore présente. Analyser de manière différentielle le déni de grossesse et la dissimulation suppose ainsi de dépasser ces tabous et de bien maîtriser ces notions. Les affaires de néonaticides ont permis de poser la question de l'existence du déni de grossesse, de sa légitimité et de sa signification. Le déni de grossesse est devenu alors un champ d'investigation en sciences sociales (SS) et particulièrement remet en psychologie qu'il convient d'investiguer.

1.7- Théorie d'analyse

La théorie de la perception cognitive est retenue pour analyser les résultats de cette recherche. En effet, la perception en psychologie cognitive correspond à l'activité cognitive par laquelle l'être humain prend connaissance de son environnement, c'est-à-dire par laquelle il reçoit et interprète les informations qui l'entoure. Pour M. Habib (2018), la finalité de cette prise d'information peut être diverse.

La perception est un processus par lequel chacun reçoit et interprète divers messages et sensations en fonction de son mode de pensée, de sa culture, de son expérience, de ses préjugés mais aussi de l'état d'esprit dans lequel il se trouve au moment où il reçoit l'information. Le processus de perception comporte quatre phases :

- l'attention à l'information (grâce au cinq sens) ;
- son interprétation (on donne du sens à l'information en fonction de son vécu)
- sa compréhension ;
- sa mémorisation.

Chapitre II : Approche méthodologique

La crédibilité scientifique des résultats d'une recherche dépend de l'approche méthodologique utilisée. L'approche méthodologique porte, en elle, l'esprit et dans une certaine mesure, le soubassement même de la recherche. Elle fixe les modalités de production et de traitement de l'information. Cette recherche présente une dimension transversale à visée descriptive et analytique. La transversalité s'inscrit particulièrement dans l'exploration de plusieurs paramètres pour le croisement des variables. Il est question d'appréhender cet objet de recherche à partir d'une méthode appropriée, d'identifier le cadre de la recherche, de présenter les techniques et outils de collecte de données, d'utiliser les techniques d'échantillonnage à partir desquelles les informateurs ont été approchés.

2.1- Présentation du cadre de recherche

2.1.1- Situation géographique

La commune d'Abomey-Calavi est située dans la partie sud de la République du Bénin et du département de l'Atlantique. Elle est limitée au nord par la commune de Zè, au sud par l'océan Atlantique, à l'est par les communes de Sô-Ava et de Cotonou, et à l'ouest par les communes de Tori-Bossito et de Ouidah. C'est la commune la plus vaste du département de l'Atlantique dont elle occupe plus de 20%. Elle s'étend sur une superficie de 539 Km² représentant 0,48% de la superficie du Bénin comme l'indique la figure 1.

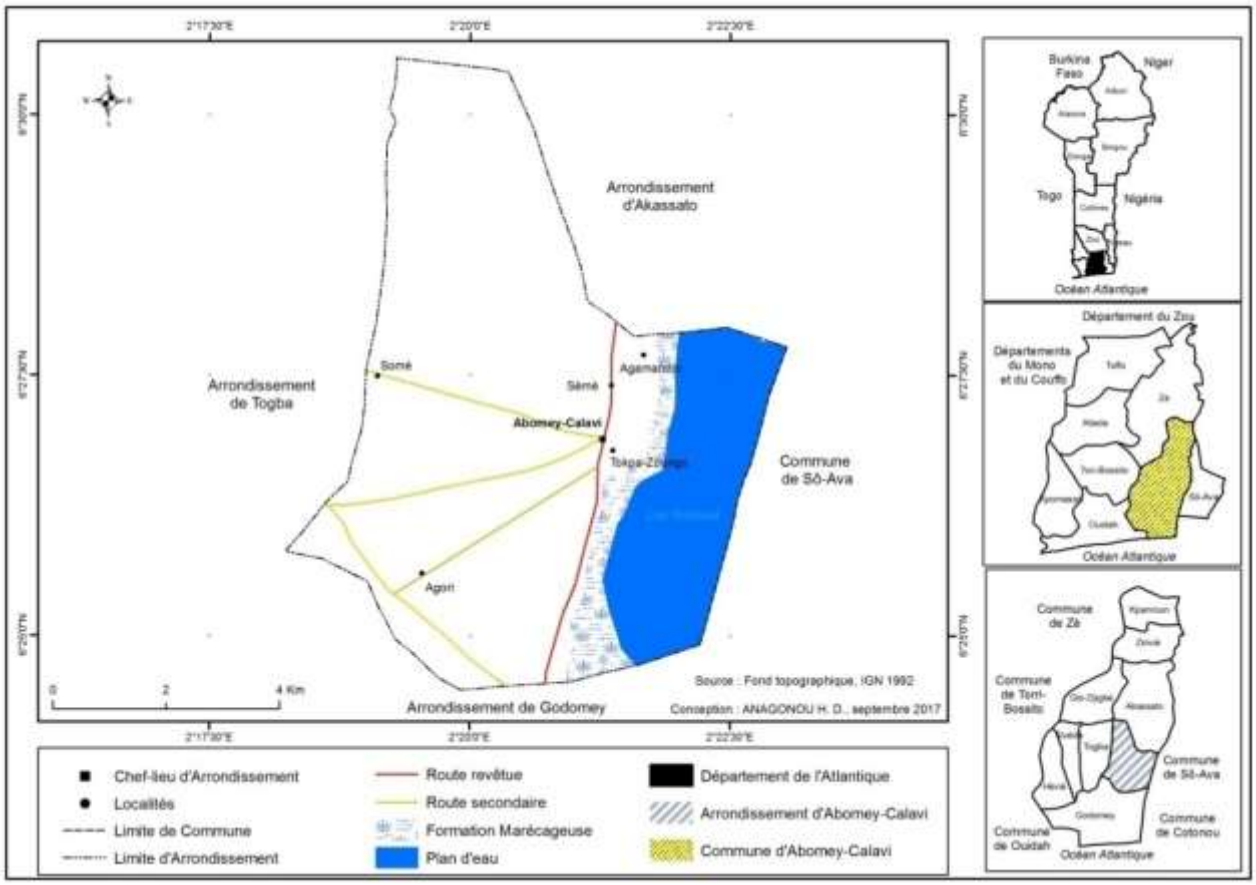

Figure 1 : Situation géographique du milieu de recherche

Source : Mairie d'Abomey-Calavi, données du terrain mai 2022.

La ville d'Abomey-Calavi enregistre au total deux saisons sèches et deux saisons pluvieuses d'inégale importance (Dossou, 2005). La quantité d'eau issue des précipitations relativement importantes durant la grande saison pluvieuse (juin-juillet) dépasse par moment la capacité d'infiltration du sol de la ville d'Abomey-Calavi par l'eau. Ces plans d'eau temporaires constituent parfois des lieux de dépôt de déchets pour les riverains. Ceci favorise l'inondation qui constitue une véritable source de maladies. L'analyse de l'occupation du sol dans la commune d'Abomey-Calavi par Dossou (2005), fait apparaitre trois grandes zones :

Zone 1 : zone marécageuse et lagunaire au Nord-est, et à l'Est de la commune. Elle correspond à la plaine côtière au Sud et à la rive Est du lac Nokoué.

Zone 2 : zone de plantations et de cultures, elle correspond au plateau de terre de barre où l'agriculture est encore pratiquée. On y retrouve les arrondissements de Hévié, Zinvié, Kpanrou et Glo et se situe au Nord et à l'Ouest (TOPANOU, 2012).

Zone 3 : zone du tissu urbain de la Commune, elle couvre les arrondissements de Godomey, de Calavi-Centre et d'Akassato. 86,90 % de la population d'Abomey-Calavi vit dans cette zone.

2.1.2- Situation administrative

L'organisation administrative la commune d'Abomey-Calavi compte soixante-dix (70) villages et quartiers de ville dirigés par des chefs de villages ou de quartiers de ville et répartis sur neuf (09) arrondissements que sont : Calavi Centre, Godomey, Akassato, Zinvié, Ouèdo, Togba, Hêvié, Kpanroun et Golo-Djigbé. Chacun des arrondissements est dirigé par un chef d'arrondissement (CA) élu. Le Conseil Communal actuel a été installé en 2015 et compte 25 conseillers. Le village ou quartier est administré par un Chef de village ou de quartier, l'arrondissement par le Chef d'arrondissement et la commune par le conseil communal (qui compte 12 membres) avec à sa tête le Maire assisté de deux (2) Adjoints.

Elle abrite plusieurs services administratifs déconcentrés de l'Etats comme la Poste, les commissariats de police

Républicaine, la direction générale du CeRPA Atlantique/Littoral, le CeRPA (ex CARDER), le centre communal de Santé, le centre de promotion sociale, la circonscription scolaire communale sur les différents services

La mairie d'Abomey-Calavi est composée de la plupart des services prévus par les textes régissant le fonctionnement des communes en République du Bénin.

2.1.3- Situation démographique

D'après le quatrième recensement général de la population et de l'habitation, réalisé en 2013, la population de la commune d'Abomey-Calavi est estimée à six-cent cinquante-six mille trois cent cinquante-huit habitants (656358hbts). Soit trois cent vingt-trois mille cinq cent soixante-quatorze hommes (323.574 hommes) et trois cent trente-deux mille sept cent quatre-vingt-quatre femmes (332.784 femmes).

74,12% de cette population vivent dans les centres urbains et 25,88% dans les milieux ruraux. Les femmes représentent 50,70% de la population totale de la commune. D'une densité moyenne de 1217 habitants par Km², cette population est inégalement répartie dans les neuf arrondissements.

L'arrondissement de Godomey concentre à lui seul plus de la moitié de la population de toute la commune. Par contre, les arrondissements de Togba et de Kpanroun sont les moins peuplés. La croissance démographique est de 5,84% en milieu urbain et de 2,89% en milieu rural. La commune d'Abomey-Calavi subit aujourd'hui l'influence de la proximité de Cotonou, la capitale économique. En effet, l'exiguïté du site de Cotonou et sa forte population conduit à une extension vers Abomey-Calavi.

La commune d'Abomey-Calavi compte une forte proportion de jeunes. On y rencontre aussi plusieurs groupes de musiques traditionnelles et modernes ainsi qu'une diversité de cultes Vodoun et autres rites cultuels.

Les principales activités économiques sont : l'agriculture, la pêche, les transformations des produits agricoles, l'élevage, l'industrie, le commerce, l'artisanat, le tourisme et l'hôtellerie etc. La commune dispose également des atouts naturels et touristiques tels que l'argile à Zinvié, la latérite à Zinvié et Zounmè, le sable à Godomey, Ouèdo, Allasankomè, Ahouato et Kpanroun. Cette étude est faite dans la commune d'Abomey-Calavi mais la recherche de façon spécifique couvre un arrondissement sur les neuf que compte cette commune. Il s'agit de l'arrondissement de Calavi dont cinq quartiers sèmèI, sèmèII, gbodjo, kansounkpa et tokpa-zoungo. L'ethnie dominante dans la commune est le Aïzo, mais les migrations récentes ont permis l'installation d'autres ethnies comme les Fon, les Toffins, les Yoruba, les Nagos, les Gouns et autres. Les religions les plus pratiquées sont le christianisme, les religions traditionnelles, l'islam et autres.

Cependant, les activités sportives, culturelles et de loisirs sont très peu développées. Cela s'explique par l'absence d'une politique de promotion du sport, de la culture, des loisirs et une faible couverture en infrastructures sportives et de loisirs de la Commune.

En effet, tous les arrondissements disposent de terrain de sports, mais ils ne sont pas aménagés, et seuls deux arrondissements sur neuf (Abomey-Calavi et Akassato) disposent d'une maison des jeunes et de la culture pour les activités de loisirs. Aujourd'hui, il y a des espaces disponibles pour la construction d'infrastructures sportives et culturelles dans la commune. Mais le retard dans la viabilisation de ces espaces et parfois leur désaffectation à d'autres fins constituent également des contraintes à l'essor de ces activités dans la commune.

Sur le plan, selon les données du plan de développement communal (PDC) et de l'Atlas monographique des Communes (2000), la commune d'Abomey- Calavi dispose de deux

hôpitaux (un hôpital de zone et l'hôpital La Croix de Zinvié), d'un centre de santé communautaire, de dix CCS, d'un dispensaire isolé et de 13 dépôts pharmaceutiques. Ce dernier montre la disparité spatiale de ces infrastructures et du personnel et sa disparité entre structures de l'Etat et structures privées. Malgré cette couverture sanitaire, il y a un médecin pour 13 380 âmes, une sage-femme pour 9701 personnes et un infirmier d'Etat pour 8548 personnes ; ratios qui largement en dessous de ceux recommandés par l'OMS. Ainsi tout cela n'empêche pas pour autant la persistance des problèmes de santé et des comportements à risque. Les maladies les plus fréquentes sont le paludisme, les maladies hydriques et les infections respiratoires et les IST/VIH-SIDA. Cette situation est liée, entre autres, au sous-équipement des centres de santé, au nombre insuffisant de personnel qualifié etc. Toutefois, l'organisation des campagnes de sensibilisation et de vaccination et la présence de structures d'appui et autres ONG contribuent un tant soit peu à soulager la population sur le plan sanitaire.

2.2- Méthodologie adoptée

2.2.1- nature de la recherche

Cette recherche est de nature qualitative. Elle est qualitative car elle cherche à analyser et à comprendre l'interpretation de la population d'Abomey-Calavi sur le déni de grossesse. Elle se propose d'analyser les données qualitatives recueillies sur le terrain. La présente recherche impose une logique qui s'avère indispensable aujourd'hui dans la mesure où, la perception de déni de grossesse dans certaines recherches en sciences sociales et notamment en psychologie.

Elle est encore qualitative, car se basant sur des actes et pratiques observables d'une part et les logiques et stratégies qui sous-tendent certains interpretations de déni de grossesse.

2.2.2- Echantillonnage

L'échantillonnage s'est déroulé à travers plusieurs étapes.

2.2.2.1- Groupes cibles

Dans le but de mieux confronter les points de vue des répondants, la population de la recherche est constituée des acteurs suivants :

- Les femmes ayant été victimes de déni de grossesse ;
- Les femmes ;
- Les sages femmes

- Les personnels de santé ;
- Les familles des victimes de déni de grossesse ;
- Les personnes ressources.

2.2.2.2- Raisons du choix des enquêtés

La perception sociale de la population d'un phénomène envers certaines personnes victimes est une affaire, non seulement des victimes, mais également de la population toute entière. Pour obtenir des informations au sein de cette institution, en ce qui concerne le déni de grossesse, les sujets du premier plan sont les femmes victimes de déni et leurs entourage ainsi que les acteurs de prises en charge des victimes et les personnes ressources. Une telle raison explique la présense des officiers.

2.2.2.3- Technique d'échantillonnage

La technique d'échantillonnage a suivi deux étapes. Il s'agit des critères qui déterminent la nature de la technique du présent travail de recherche et les localités rapprochées.

2.2.2.3.1 - Critères de l'échantillonnage

Pour avoir des informations sur la perception de la population d'Abomey-Calavi, sur le déni de grossesse, l'enquêteur se doit d'approcher les individus répondant à un certain nombre de critères bien définis. En effet, dans le cadre de cette recherche, les critères des informateurs sont : avoir été victime d'un déni de grossesse, avoir été parent/proche d'une victime d'un déni de grossesse, être agent de santé ou l'avoir été, être domicilié à Abomey-Calavi. Au regard des critères définis à l'entame, la technique d'échantillonnage est le choix raisonné.

2.2.2.3.2 – L'échantillon

C'est la sturation qui a déterminé l'échantillon qualitatif de la présente recherche comme l'indique le tableau I.

Tableau I : Répartition des informateurs

N° d'ordre	Groupe cible	Nombre
1	Femmes victimes de déni de grossesse ;	5
2	Personnels de santé	3
3	Proches des victimes de déni de grossesse	5
4	Populations d'Abomey-Calavi ;	20
5	Personnes ressources	2
Total		35

Source : Donnée de terrain octobre 2022

L'échantillon est constitué des femmes victimes de déni de grossesse, des personnels de santé, des proches des victimes de déni de grossesse, des populations d'Abomey-Calavi et des personnes ressources. L'identification a été faite pendant l'exploration et les entretiens en fonction de leur disponibilité et par consentement mutuel.

2.2.2.4- Techniques de collecte de données

Les techniques de recherche utilisées dans la présente recherche sont essentiellement les entretiens individuels.

Les méthodes d'entretien sont donc des processus fondamentaux de communication et d'interactions humaines qui instaurent un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur exprime ses perceptions, ou ses expériences. Partant de cette vocation, le choix de l'entretien, sous la forme de conversations ouvertes guidées, concentrées et ciblées entre enquêteur et informateur, semble mieux convenir à cette étude, en ce sens que l'objectif consiste à analyser les perceptions de la population sur le déni de grossesse.

2.2.2.5- Outils de collecte de données

Le guide d'entretien individuel approfondi est utilisé pour collecter les données auprès de certains acteurs clés de cette recherche. Il s'agit des acteurs choisis en fonction de leur implication dans le processus. Le guide d'entretien varie en fonction des acteurs. Les informations varient aussi d'un informateur à l'autre.

2.2.3- Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée suivant deux étapes. Il s'agit de la pré-enquête et de l'enquête proprement dite.

2.2.3.1- Pré-enquête

L'intérêt de ce travail réside dans la connaissance du milieu sur lequel porte l'enquête et la détermination des procédures de l'enquête. Elle a permis de déterminer objectivement la population cible et de constituer l'échantillon, d'analyser les facteurs institutionnels de la population d'Abomey-Calavi. Comme l'a résumé M. Grawitz (2001), la pré-enquête consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (questionnaire et analyse de documents) prévus pour effectuer l'enquête. Si l'on a de doute sur telle ou telle variable ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs.

2.2.3.1- Enquête proprement dite

L'enquête a commencé en août 2022 et a couvert une période de trois (03) semaines. Elle s'est déroulée notamment dans les arrondissements d'Abomey-Calavi, de Godomey et d'Akassato.

2.2.4- Technique de dépouillement et traitement de données

Le dépouillement est fait par l'outil informatique et du logiciel Word. Il a été procédé au regroupement des informations recueillies, puis à leur catégorisation par centre d'intérêt, puis à leur triangulation. L'analyse et l'interprétation des données s'inscrivent, pour une large part, dans des dynamiques actionnistes et déterministes. Ainsi, les approches émique et étique (D. Amouzouvi, 2004) comme outils de restitution et d'analyse ont été utilisées.

2.2.5- Difficultés rencontrées

Plusieurs difficultés ont émaillé cette recherche. Les problèmes majeurs sont liés à l'identification des patients en déni ou des femmes ayant été victime d'un déni de grossesse. Le déni de grossesse est considéré à Abomey-Calavi comme un phénomène tabou. Les personnes victimes de ce dysfonctionnement psychologique sont réticentes à aborder cette situation.

Il convient de noter que ses différentes difficultés sont contournées. Ce qui nous a permis de mener à bien la présente recherche.

DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Chapitre III : Perception de la population d'Abomey-Calavi sur le déni de grossesse au Bénin.

3.1- l'influence des réalités socio-culturelles sur la connaissance du déni de grossesse

3.1.1- Perception culturelle du déni de grossesse

La population d'Abomey-Calavi estime que chez la femme, la grossesse à des signes caractéristiques bien déterminés. Et ces signes sont liés à l'absence de menstrues chez la femme en état de grossesse. De plus, la grossesse est caractérisée par les nausées, les aigreurs d'estomac, le ballonnement abdominal et la poitrine gonflée. Pour cette population, ces signes sont révélateurs de l'état de grossesse d'une femme. Le déni de grossesse pour la population d'Abomey-Calavi ne révèle pas l'état de grossesse d'une femme et l'enfant issu d'une grossesse en déni ne doit pas être considéré comme un être normal comme les autres.

Dans la plupart des cas, la grossesse en déni est considérée par les proches comme un déshonneur. Une victime révèle que : « Parce que pour mes parents, je ne me suis pas respectée, je me suis donnée à un con qui au final aujourd'hui, ne veut pas assumer ses responsabilités » et une autre proche de dire que : « comme une attitude irresponsable et inconsciente ! Comment vous allez faire… ? »

Ainsi, l'avènement d'un déni de grossesse est source de suspicion. Le déni de grossesse soulève indignations de la population, des parents et proches parents de la victime qui pense que la victime a sciemment caché son état de grossesse à des fins inavouées. Parfois, la victime assiste à des protestations et critiques acerbes. Préjugés, procès d'intention de la part de son entourage qui jettent du discrédit sur la victime. Il est aussi noté aussi que les l'environnement professionnel est atteint par des suspicions. L'esprit de confraternité fait de bonne camaraderie, de diversité dans le lieu de travail, se fragilise et cesse d'impulser les rapports de travail et d'existence.

Le dénigrement de la victime de déni de grossesse, les sentiments de frustration et les procès d'intention polluent et vicient les relations de travail. Il est également observé la perte de confiance mutuelle, la méfiance des uns envers les autres, les manœuvres de déchirement et de sabotage. La calomnie, la médisance et les mensonges sous toutes ses formes sont collés à la femme. Ces différents maux créent et amplifient un déni, il s'agit d'un climat très peu favorable à la cohésion sociétale et qui porte atteinte à la psychologie de la femme en déni.

Le besoin de solidarité de la victime rivalise avec la calomnie. Les effets conjugués de ces attitudes engendrent tristesse et dégoût dans le cœur de la victime.

3.1.2- Dissimulation de grossesse

Pour les populations d'Abomey-Calavi, les femmes dissimulent leur grossesse car celle-ci est non désirée ou imprévue. Les femmes adaptent leur comportement, elles utilisent des anciens vêtements pour montrer qu'elles ont toujours leur règle et pratiquent des méthodes peu orthodoxes pour provoquer une fausse-couche. En cas d'infanticide, le corps du bébé est souvent jeté dans la rue. Une enquêtée M. A. (ménagère, 29 ans) affirme que :

> *« Je suis tembé enceinte sans le savoir. Pendant toute la durée de grosesse, je n'ai pas dévloppé les signes caractéristiques de grossesse. Mon ventre n'a pas changé de volume, je n'ai pas eu de nause ni un quelconque signe caractéristique de grossesse. Je retrouvais mes menstrues. J'utilisais bien mes pilules contraceptives. Un bon matin, j'ai victime d'un malaise. Admise en urgence dans une clinique et cinq minutes àprès je donne naissance à un petit garçon ».*

Il convient de souligner que la survenue de l'enfant d'une grossesse en déni n'est pas acceptée par certains parents. Une enquêtée (20 ans, étudiante) révélé que : « Mon pères a eu une réaction initiale très négative, marquée par la colère » alors que certains auteurs ont tout de suite rejeté la grossesse et la mère. Une victime affirme face au rejet « De toute manière, il n'a jamais demandé d'enfant donc c'est vrai que c'est son enfant, mais il ne l'a pas demandé, il ne l'a pas voulu, je l'assume seule ».

Toutes ces réactions montrent que le déni de grossesse n'est pas connu par les populations.

Dans quelques cas, le père a coupé tout contact avec la mère et l'enfant à naître, ne se sentant pas prêt à assumer sa paternité. Une enquêtée affirme que « Il ne m'a plus jamais rappelée... J'ai essayé de l'appeler, de lui envoyer des messages, tout ça. Et il ne répond pas ». D'autres ont été très suspicieux vis à vis de leur compagne.

A. Tillier (2005), révèle que le, déni de grossesse constitue pratiquement les seules réponses des femmes suspectées d'une grossesse illégitime aux entreprises inquisitrices de leur entourage. Par leur caractère récurrent, aussi bien dans leurs discours que dans leurs stratégies, ils peuvent même être considérés comme symptomatiques d'une intention criminelle. si difficile à démontrer dans les affaires d'infanticide. Selon la personnalité des femmes incriminées, la négation de la grossesse se traduit par des tactiques d'évitement ou d'affrontement du groupe social environnant. Ruses, menaces et injures ou, à l'inverse, dissimulation du corps et retrait de l'espace public sont autant de tentatives d'échapper au contrôle social.

Dans le même registre C. Bonnet (2001) estime quant à lui que le déni s'exprime aussi par une rhétorique dont les arguments s'articulent autour de quelques maladies liées aux aléas de l'écoulement menstruel. Elle s'appuie sur des représentations du corps humain héritées de la médecine ancienne, qui relèvent d'un savoir populaire largement partagé.

Le plus souvent, les femmes se montrent fort embarrassées par l'immixtion de leur entourage dans leur intimité. Une enquêtée (27 ans) révèle qu'elle :

> *Balançait entre le détachement et la fureur. Et qu'elle est résolue à donner la mort à son enfant. Elle s'était efforcée de cacher « autant qu'il dépendait d'elle, son état de grossesse, qui cependant était assez apparent pour que plusieurs personnes lui aient adressé des questions directes sur son état, questions auxquelles elle répondait d'une manière négative, tantôt en plaisantant, tantôt en s'emportant jusqu'à la colère et les menaces*.

À l'indiscrétion, à la violation de l'intimité répondent aussi des insultes et des injures sur la nature desquelles les dossiers sont malheureusement fort laconiques. Le comportement des femmes visées par ces interventions s'inscrit dans un univers de violence physique et verbale, où les protagonistes ne reculent ni devant les invectives, ni devant les coups**.** L'agressivité imprègne bien des conflits familiaux.

3.1.3- Perception des femmes en déni envers les professionnels de santé

Des résultats de cette recherche, il ressort que les comportements des professionnels de santé envers les femmes en déni a été un des facteurs les plus importants dans l'annonce de l'état de grossesse. Une victime de déni de grossesse décrit à cet effet :

> *J'ai été victime d'un déni de grossesse total. Je n'ai pas pu voir mon bébé après l'accouchement. J'ai seulement entendu ses cris et c'est tout. La sage-femme a emporté le bébé. Je n'ai pas pu profiter les premières secondes […] Et j'aurai aimé qu'on m'explique avant le moment d'accouchement comment je devais pousser par exemple*.

Ce verbatim montre que le manque d'information caractérise l'accouchement d'une grossesse en déni. Et, ce déficit d'information fait accroître l'inquiétude de la femme. Dans le même registre, une autre femme en déni affirme après l'accouchement :

> *j'avais tellement mal que y'a des choses qui ne se disent pas comme ça quoi. J'ai la tête entre les jambes […] alors déjà quand il y a deux personnes pour m'assister, je n'étais pas forcément la personne la plus à l'aise. Tout le monde était entre mes jambes à regarder […] sur le coup, j'étais pas bien, c'était l'incompréhension […] tout le monde me criait dessus.*

Ces propos confirment les effets de la douleur psychologique ressentis chez la femme en déni pendant l'accouchement. Le positionnement des professionnels de santé est un élément majeur mettant en jeu la prise en charge réalisée. Comme évoqué précédemment, l'annonce de la grossesse, pour toutes les femmes, a été faite par un professionnel de santé, étant échographiste, gynécologue-obstétricien, ou sage-femme.

Le comportement des professionnels est relaté par les femmes selon leur point de vue, qui ne peut qu'être subjectif. La nécessité de prise de conscience de l'attitude des professionnels de santé face à une annonce de grossesse découverte tardivement est importante. Une enquêtée pense que « le niveau humanité c'est zéro en ce qui la manière dont l'annonce est faite ». Ensuite, une victime d'une grossesse en déni a raconté que « Après le choc lié à l'annonce de ma grossesse, la sage-femme et ses camarades m'ont installé dans une salle pour accoucher ». Ces différents propos révèlent le niveau d'interaction entre les patientes et les professionnels de santé en ce qui concerne l'annonce et l'accouchement.

3.1.4- Perception des femmes en déni sur la douleur

Pour toutes les femmes, la douleur est un élément les ayant marqué, et dont la prise en charge est vivement racontée. Une enquêtée révèle que « Je savais plus comment faire pour ne plus avoir mal […] Je gérais pas du tout et puis j'ai attendu trop longtemps pour avoir la péridurale » une autre enquêtée rajouté que « j'aurai bien voulu qu'on me mette quelque chose qui soulage, même la péridurale. J'ai trainé aux urgences générales pendant un petit moment quand même, et on aurait pu me soulager un peu ».

Ces propos sont révélateurs de difficultés liées à l'accouchement des victimes de déni de grossesse. Au cours de nos recherches, il nous est apparu comme évident que le déni de grossesse est un mécanisme de protection, symbole de lutte contre une perception traumatisante que la grossesse tend à faire ressurgir. Pour se préserver d'un conflit psychique profondément douloureux et déstructurant, la psyché maternelle a été jusqu'à oblitérer complètement la notion de grossesse, et ce parfois jusqu'à l'accouchement. Cette mainmise du psychisme sur le corps humain, soumis et silencieux, est un signe d'appel criant quant à la souffrance latente qu'éprouvent ces femmes (A. Doudard, 2003).

3.2- Niveau de connaissance des populations en lien avec le déni de grossesse.

De cette recherche, il ressort que les femmes victimes déni de grossesse sont exclues de la société. Selon plusieurs sources, il s'agit d'un phénomène surnaturel conséquences d'un

mauvais sort provoqué par les divinités. Cette analyse favorise l'exclusion de la femme victime de déni de grossesse de la vie sociétale. L'un des facteurs les plus déstabilisants d'un déni de grossesse est la rupture de l'équilibre disciplinaire. La victime est perçue comme un vulgaire avide de privilèges.

Une des fonctions les plus sublimes de la vie en société est la cohésion. Il s'agit de la cohésion du point de vue de la vie communautaire des victimes de déni. Cette vie communautaire n'est pas caractérisée par la solidarité. La fierté d'appartenir à un outil et le sentiment d'être membre d'une communauté s'estompe. Malheureusement, les événements qui jalonnent les comportements quotidiens des femmes en déni confirment l'effritement progressif de cette solidarité. Ceci se manifeste par des attitudes attentistes, des actes d'indiscipline et des positions ambiguës qui nuisent à l'efficacité de l'action.

Discussion

Nos résultats montrent que le discours du déni de grossesse varie d'un individu à un autre et d'une société à une autre. Dans d'autres sociétés n'est pas accepté comme un phénomène normal et les conséquences envers la victime est son exclusion de sa société d'appartenance et qui engendre un environnement de suspicion.

Nos résultats confirment ceux de J. Wessel, (2008) et de G. Guernalec-Levy (2007) qui montrent que le déni de grossesse est un phénomène susceptible de se présenter chez n'importe quelle femme en âge de procréer, qu'elle soit primipare ou multipare, et ce, quel que soit son milieu de provenance. C'est également le cas de J-P. Deniau (2009) qui pense que déni de grossesse concerne toutes les classes sociales et tous les niveaux d'instruction. Nos résultats infirment celui de N. Gorre-Ferragu (2002) qui pense que le désir de grossesse et désir d'enfant sont des facteurs de déni de grossesse, Il convient de noter que l'un peut être observé sans que l'autre soit présent. La grossesse peut être désirée, et même planifiée, sans pour autant que le désir d'enfant soit présent, tout comme l'état gravide peut être refusé sans refus de l'enfant. Que l'on pense à une femme qui souhaite inconsciemment avoir un enfant, mais qui refuse toutes modifications sociales ou professionnelles susceptibles d'être générées par le fait d'être enceinte. Dans ce dernier cas, il arrive que la grossesse soit déniée malgré le désir d'enfant. Le bébé issu d'un non-désir de grossesse est en général bien accepté. L. J. Miller (2003) infirme nos résultats et pense qu'au moment où les femmes sont la plupart des femmes, investies émotionnellement envers le fœtus, vont modifier leurs comportements : porter des vêtements de maternité, modifier leurs activités physiques, préparer la chambre du

bébé, négocier un congé de maternité, planifier pour l'enfant à venir. Cette pratique est escamotée pour les femmes en déni.

A la croisée entre plusieurs disciplines, médicale, sociale, juridique, judiciaire, le déni de grossesse reste un sujet de controverse. Médiatisé dans les cas extrêmes, méconnu par la population générale, il est redouté par les femmes et oublié par le milieu médico-social. Pourtant son incidence est de 1 cas sur 450 grossesses (C Pierronne, 2002). Il est donc plus fréquent que les pathologies obstétricales habituellement dépistées, comme listériose, spina bifida (M, Tourdjman, 2014)), éclampsie, décompensation de troubles psychiatriques et troubles psychiques du post-partum. Ses conséquences sur le plan humain peuvent être dramatiques. Les conséquences du déni peuvent être multiples : les risques liés à une grossesse non surveillée ou à un accouchement inattendu, les répercussions sur la relation mère-enfant, avec parfois la décision d'accouchement sous X et dans les cas extrêmes les risques de maltraitance et de néonaticide. (S. Marinopoulos, 2011). La "naissance" accélérée d'une famille avec l'acceptation, l'adaptation, le bon accueil qui lui sont nécessaires, est en effet d'autant plus difficile que la découverte du déni est tardive.

Les données livresques renseignent que, dans le déni de grossesse, il y a une grossesse physique, mais pas de grossesse psychique. Cette pathologie de la gestation psychique (B. Bayle, 2009), dans les cas de déni non psychotique, se traduit de telle sorte que les modifications corporelles associées à la grossesse se trouvent minimisées et leur perception, ainsi que celle du fœtus, est empêchée ou mal interprétée. Certains auteurs (N. Gorre-Ferragu, 2002) parlent de « complaisance somatique » « dans la mesure où le refus psychique de la grossesse est auto-entretenu par un schéma corporel peu modifié » (p. 42).

La plupart des femmes expérimentant un tel déni continuent à avoir leurs règles. Selon G. Guernalec-Levy (2007), environ 10 à 15 % des futures mères issues de la population générale continuent à être menstruées durant leur grossesse. Ces saignements sont dus à une dégradation d'une partie de la muqueuse utérine où l'embryon ne s'est pas implanté. Ces pertes sanguines sont non dommageables pour l'embryon, mais évidemment, trompeuses quant à l'état de gravidité de la femme.

Plusieurs dénis de grossesse avec continuité des menstruations se manifestent aussi chez des femmes qui utilisent un contraceptif oral. G. Guernalec-Lévy (2007) explique ainsi ce qui se produit : la femme qui prend un contraceptif oral le prend généralement pendant 21 jours durant lesquels des hormones sont sécrétées dans son corps. Après ce terme, la patiente cesse

l'utilisation du contraceptif pour une période de sept jours. La chute d'hormones ainsi provoquée entraîne le délitement de la muqueuse utérine sous forme de pertes sanguines, les menstruations. Ces règles, artificielles, n'auraient en fait rien à voir avec la réalité du cycle menstruel. Néanmoins, ces saignements tendraient à perdurer durant toute la grossesse, un peu comme si le message envoyé par les hormones contenues dans le contraceptif avait préséance sur le message envoyé par les hormones de grossesse. La femme en déni, non consciente de son état gravide, prendrait ces saignements comme la confirmation de son état stérile et continuent à prendre fidèlement son contraceptif.

Les femmes en déni de grossesse ne présentent pas de « masque de grossesse », de nausées et/ou de vomissements et ne sentent généralement pas les mouvements du fœtus, qui bouge très peu (G. Guemalec-Lévy, 2007), ou confondent ses mouvements avec des symptômes gastro-intestinaux. Des échographies prolongées auprès de ces femmes démontrent d'ailleurs qu'il manque fréquemment de concordance entre la réalité des mouvements fœtaux et la perception maternelle de ces mouvements (G. Guernalec-Lévy, 2007)

> *Ne se sachant pas enceintes et ne montrant aucun des signes habituels de la gestation, les femmes atteintes de déni de grossesse continuent leur vie de façon habituelle. Si elles sont amenées à consulter un médecin, c'est généralement pour un motif autre que la possibilité d'une grossesse. Selon N. Gorre-Ferragu (2002), derrière les inquiétudes qui amènent la femme en désaveu de grossesse à consulter (pour une bosse dans le ventre, concernant une prise de poids, etc.), la patiente exprime vraisemblablement une demande inconsciente de reconnaissance de son état gravide.*

Le désaveu de grossesse constitue un problème psychologique souvent associé aux femmes ayant une structure de personnalité limite, dépendante, schizoïde ou aux psychotiques avérées (Villemeyre-Plane et Llorca, 2007 ; R.I. Slayton et P.H. Soloff, 1981), mais ce n'est apparemment pas toujours le cas (Dayan, 2008). « La proportion de femmes souffrant d'une pathologie mentale diagnostiquée parmi les cas de dénis de grossesse n'est pas significative » (G. Guemalec-Levy, 2007, p.42). Selon S. Marinopoulos (2007), le déni au moment de la grossesse est même à considérer comme une défense d'ordre névrotique.

Une femme en déni de grossesse, et donc inconsciente de sa gravidité, ne sera naturellement pas portée à se faire suivre par un médecin. Pour cette raison, il s'agit d'une problématique associée à des soins prénataux différés (C. L.Young et al., 1990), ce qui augmente les risques de travail avant terme, de mortalité périnatale, de même que les possibilités d' accoucher d' un enfant de faible poids (J. Kinzl et W. Biebl, 1991).

Certains auteurs associent aussi cette pathologie à une maltraitance envers le fœtus (S. Friedman et al., 2007). Ainsi, l'absence d'intervention professionnelle augmente les risques que la femme ne se protège pas, elle et l'enfant qu'elle porte, des produits toxiques ou autres nuisances potentielles : cigarette, alcool, médicaments, radiations, stress excessif lié au travail, exercices très vigoureux, etc. (C. Brezinca, O. Huter, W. Biebl et J. Kinzl, 1994). Il est frappant de constater que les femmes ayant vécu un déni de grossesse et qui ont accouché dans un centre hospitalier vont généralement quitter les lieux avec leur enfant sans qu'un suivi psychiatrique, psychologique ou psychosocial ne soit exigé pour elles et/ou leur famille et sans que leurs capacités parentales ne soient évaluées (S.H. Friedman, A. Heneghan et M. Rosenthal, 2007).

Les néonaticides sont fortement corrélés aux dénis de grossesses (Miller, 2003 ; Spinell i, 2001), soit pendant la gestation (ex. en se frappant l'abdomen, dans les cas de déni partiel !), soit par le fait de tuer le bébé (C. Bonnet, 1993), en omettant d'intervenir pour prévenir sa mort (ex. en le laissant mourir dans la toilette si la naissance y a eu lieu) (C.M. Green et S.V. Manohar, 1990) ou par des passages à l'acte dérivants de fantasmes homiliaires à l'égard du bébé. (L. Kent, J. Laidlaw et I. Brockington, 1997 ; C. Bonnet, 1993).

Bien souvent, ni la mère qui a vécu un désaveu de grossesse, et son entourage ne ressentent le besoin d'un suivi psychosocial, psychologique et/ou psychiatrique. Libert (2009 in France-Soir, 2009) émet l'hypothèse qu'il s'agit peut-être là d'une façon de prolonger le 9 déni. Malheureusement, toujours selon le même auteur, cette attitude peut faciliter une rechute.

3.3- Suggestion pour une meilleure prise en charge du déni de grossesseci

3.3.1- Proposer une formation à tout professionnel de santé.

Toutes les femmes ont raconté les avantages pouvant être attendus via le comportement des professionnels. Ainsi, nous pouvons premièrement inciter les professionnels de santé à une bienveillance, à un soutien auprès des femmes ; que ce soit des sage-femmes, des gynécologues obstétriciens, des médecins traitants, ou des échographistes, et ceci à tout moment, que cela soit à l'annonce de la grossesse, pendant la grossesse et même à l'accouchement. La nécessité de prendre en compte les personnes dans leur individualité est primordiale. Il est également essentiel de mettre des mots sur la situation que vit la femme. En ce sens, il ressort des résultats que la nécessité d'échange avec les professionnels permet une relation de confiance avec ceux-ci. Ainsi, la formation pourrait comprendre différents points clés, à savoir des informations sur le déni de grossesse à transmettre aux femmes, des déclarations permettant d'intégrer la femme à la réalité et en minimisant les risques

psychologiques, des protocoles afin de permettre aux professionnels de ne pas se sentir démunis face à la situation.

3.3.2- Formations de gynécologie-obstétrique sur le déni de grossesse.

Il est indispensable de mettre en place des modules de formations spécifiques sur le déni de grossesse au profit des gynécologues-obstétriciens. Cette formation doit leur permettre de renforcer leur capacité dans la prise en charge harmonieuse des patientes en déni. Dans la même optique, permettre aux autres professionnels de santé comme les sages-femmes de prendre connaissance du déni de grossesse serait un avantage. En effet, les femmes ayant vécu cette situation sont fragiles et nécessitent une attention particulière portée par les professionnels de santé. Ainsi, mettre en place des séminaires, peut permettre une meilleure appréhension de la situation.

3.3.3- Proposition de réalisation d'un dépliant à l'usage des professionnels.

Pour assurer une connaissance permanente de déni de grossesse, il est indispensable de transmettre aux divers professionnels de santé un dépliant comprenant des informations générales sur le déni de grossesse, et également des données concernant la prise en charge de celle-ci. Il est intéressant de créer un dépliant, comme outils de base, facilement consultable par les professionnels.

3.3.4- Favoriser le soutien des femmes déniant leur grossesse

Toutes les femmes ont fait part de leur pensée d'angoisse face aux réactions d'autrui, aux critiques, aux incompréhensions et face aux jugements blessants, voire agressifs, de leur entourage. Il est alors nécessaire de généraliser la situation de déni de grossesse, auprès de tous, afin de limiter au maximum les retentissements engendrés par une méconnaissance du déni de grossesse, via des compagnes publicitaires.

3.3.5-- Favoriser la relation mère-bébé

Dans le cadre d'un déni total de grossesse, la femme n'a pas préparé l'arrivée de son bébé. La présence des professionnels doit alors être conséquente pour permettre de favoriser au mieux l'établissement du lien avec le nouveau-né.

Aussi, il est primordial de mettre en place une cellule psychologique de soutien aux femmes

Conclusion

La maternité est un évènement auquel la majorité des femmes accédent à un moment de sa vie. Cependant, la situation engendrée par un déni de grossesse, qu'il soit partiel ou bien total, peut causer diverses complications touchant aussi bien les professionnels de santé, quant à la prise en charge, que les patientes, concernant leur ressenti, l'évolution de la relation avec l'enfant à venir. Ainsi, un lien entre la prise en charge réalisée par les professionnels et le vécu de la femme peut être mis en évidence. L'important est donc d'optimiser l'investissement du fœtus/ nouveau-né. L'objectif de ce travail est d'expliquer le regard de la population d'Abomey-Calavi sur les femmes déniant et les ressentis de ce regard sur ces femmes déniant leur grossesse, afin de permettre une meilleure prise en charge de celles-ci. Il est ressorti de la recherche que les femmes concernées sont fortement demandeuses d'une prise en charge plus conséquente par les professionnels, laquelle aurait des conséquences sur l'investissement de la relation avec l'enfant à venir, selon la manière dont elle a été menée. Donc, les femmes peuvent avoir besoin de verbaliser leurs ressentis à tout moment de la grossesse, et/ou de l'accouchement. C'est pourquoi il est nécessaire d'optimiser la prise en charge des femmes déniant leur grossesse. En formant des professionnels de santé au sujet du déni de grossesse, les femmes pourront être mieux entendues, exprimer leurs besoins, leurs questionnements que cela concerne l'annonce de la grossesse, le déroulement de celle-ci, l'accouchement ou même des informations relatives à l'évènement qu'elles viennent de vivre. Cette démarche contribue principalement au dépistage de situations vulnérables que ce soit concernant les femmes elles-mêmes, ou la relation avec l'enfant à venir. Il serait donc souhaitable que les professionnels de santé en prennent conscience afin d'optimiser la prise en charge. Différents moyens peuvent être mis en place afin d'améliorer le vécu de ces femmes et de diminuer le risque de complications. Les sage-femmes ont alors un rôle primordial dans les contextes de déni de grossesse. En effet, leur présence en maternité les amène à côtoyer les femmes régulièrement, que cela soit au cours de la grossesse ou bien à l'accouchement même. Permettre aux femmes de consulter régulièrement le même professionnel de santé leur permettrait de nouer une relation de confiance avec celui-ci. Ainsi, avec seulement quatre entretiens, de nombreux éléments et demandes ont déjà été mis en évidence. Ces rencontres nous ont montré la nécessité pour nous, professionnels de santé, d'avoir un regard et une approche bien différente de celle que nous avons actuellement.

Références bibliographiques

- AMOUZOUVI Dodji, 2004, Le marché de la réligion au Bénin, Verlag Dr Koster, 191p.
- ARAUJO-ATTALI Luisa, 2014 « Les découvertes tardives de grossesse - L'apport de la psychanalyse : mise en œuvre de trois mécanismes de défense », Recherches en Psychanalyse [En ligne], 18|2014, mis en ligne le 26 décembre.
- BARDOU Henri, VACHERON-TRYSTRAM Marie-Noëlle, 2006. « Le déni en psychiatrie », Annales médico-psychologiques, Poitier, 164, 2.
- BAYLE Benoit, 2009. Mises au point. «Négations de grossesse: comprendre l'inimaginable ». Journal international de médecine (J!Mfr). En ligne. 26 novembre.http://www.jim.fr/print/edocs/00/01/B7/ED/document_mise_point.phtml. Consulté le 2 décembre 2022.
- Bécache Ary. & Bécache Simone. 1976. Un déni de grossesse, aperçus psychodynamiques. Lyon Medical, 235(1), 39-45.
- BONNET Catherine, 1990. Geste d'amour. L'accouchement sous X, Paris, Odile Jacob, coll. « Opus ».
- Bonnet Cathérine, 1996. Geste d'amour : l'accouchement sous X. Paris : Odile Jacob.
- BONNET Christian, 1990, Geste d'amour. L'accouchement sous X, Paris, Odile Jacob, coll. « Opus ».
- Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J., 1994; Denial of pregnancy: obstetrical aspects. J Psychosom Obstet Gynaecol.:1-8.
- Colin O, Montiel M. Dépistage des troubles de l'attachement. La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon. Nîmes; 2006
- DAYAN Jacques, ANDRO Gwenaëlle, DUGNAT Michel, 1999. Psychopathologie de la périnatalité, Paris, Masson.
- Deniau, Jean-Pierre, 2009, «Le déni de grossesse, un mystère pour la médecine ». France Info. En ligne. 9 juin. . Consulté le 8 mars 2022.
- FAURE-PRAGIER Sylvie, 2003. « Défaut de transmission du maternel, absence de fantasme, absence de conception », dans J. André (sous la direction de), Mères et filles. La menace de l'identique, Paris, PUF, « Petite bibliothèque de psychanalyse ».
- France-Soir. 2009. En ligne. . Consulté le 22 avril 2022.
- FREUD Sigmund, 1931 . La vie sexuelle. Paris: Presses Universitaires de France.

- Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. Psychosomatics. 2007;48(2):117-22.
- GORRE-FERRAGU Annie, 2002, Le déni de grossesse : une revue de littérature. Thèse de Médecine. Département de médecine générale, Université de Rennes.
- Gorre-Ferragu Annie. 2002. Le déni de grossesse : une revue de littérature. Thèse de Médecine. Département de médecine générale, Université de Rennes.
- GRANGAUD Naïma, 2001. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique, thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, université Paris VII,
- GRAWITZ, Madeleine., 2004, Lexique des Sciences sociales, Paris: Dalloz, 8e édition, 421p.
- Green, C. M., et S. V. Manohar. 1990. "Neonaticide and Hysterical Deniai of Pregnancy". British Journal ojPsychiatry, vol. 156 Uanvier), Slayton, R. I. , et P. H. Soloff. 1981. "Psychotic Deniai ofThird Trimester Pregnancy" . Journal of Clinicat Psychiatry, vol. 42, no 12 (décembre), p. 471-472.
- GUEDENEY Antoine et ALLILAIRE, Jean.-François. 2001. Interventions psychologiques en périnatalité, Paris, Masson.
- GUERNALEC-LEVY Gaelle, 2009. Je ne suis pas enceinte. Enquête sur le déni de grossesse. Paris : Stock.
- KENT Lindsey, LAIDLAW James., BROCKINGTON Ian, 1997. "Fetal Abuse" Child Abuse and Neglect, vol. 21 , no 2 (février),
- MARINOPOULOS Sophie, 2009. « De l'impensé à l'impensable en maternité : le déni », Champ psychosomatique, 53.
- MARINOPOULOS Sophie, 009. « De l'impensé à l'impensable en maternité : le déni », Champ psychosomatique, 53.
- MASSARI Blanche, 2009. « Violence autour du bébé », enfances, PSY, 45.
- Miller, Laura, 2003 . "Deniai of pregnancy". In Infanticide : psychosocial and legal perspectives on mothers who kil!. , Spinelli, M.G. Washington, DC: American Psychiatrie Publishing.
- TABET Dupuis-Gauthier, SCHMIDT Maerten-Lesot, POREZ Delion, 2009. « Maltraitance à fœtus : comment comprendre pour prévenir », Devenir, n° 21, 4.
- WESSEL Johannes, 2008. «Quelques données épidémiologiques, maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse ». In Le déni de

grossesse : Actes du 1'" colloque français sur le déni de grossesse (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro,

- WINNICOT Donald Woods, 1989. De la pédiatrie à la psychanalyse, 2e édition. Paris: Payot.
- WINNICOT Donald Woods, 2006. La mère suffisamment bonne. Paris : Éd. Payot et Rivages.
- YOUNG Living, 1990. "Psychosocial Concerns of Women who Delay Prenatal Care" . Families in Society, vol. 71 , no 7 (septembre).
- Pierronne C, Delannoy M-A, Florequin C, Libert M. le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. Perspect Psy. 2002 ;41(3):182-8.
- Tourdjman M, Leroux B, Leclercq A, Laurent E. Epidémie d'infections à Listeria monocytogenes liée à la consommation de brie au lait cru . France ; 2014 nov
- Marinopoulos S. Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Les liens qui libèrent
- Editions Brignon; 2011. 280.

Annexe

Outils de collectes de données

Guide d'entretien

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de Licence de psychologie, nous menons des recherches sur « la perception de la population sur le déni de grossesse à Abomey-Calavi au Bénin ». Vous avez été identifié comme acteur à participer à cette activité en nous donnant des informations à cet effet. Nous vous remercions pour votre disponibilité.et votre accompagnement.

1- Agent de santé

- Compréhension de déni de grossesse
- Prise en charge d'une grossesse en déni
- Manifestations d'une grossesse en déni
- Reconnaissance médicale d'une grossesse en déni

2- Victimes de déni de grossesse

- Histoire de vie d'une victime de déni de grossesse
- Impressions des parents à la découverte du déni
- Interactions entre victimes et proches parents
- Représentations sociales du déni de grossesse
- Vie d'une femme en déni de grossesse
- Nature de la planification familiale

3- Population

- Impressions sur le déni de grossesse
- Regard sur les femmes en déni
- Croyance sur l'existence de cette maladie
- Représentations sociales des victimes
- Divers

Table des matières

Sommaire 2
In mémorium 3
Dédicace 4
Remerciements 5
Sigles et acronymes 6
Liste de tableau et des figures 7
Résumé / Abstract 8
Introduction 9
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE 11
Chapitre I : cadre théorique de la recherche 12
1.1-Problématique 12
1-2-Hypothèses de recherche 14
1.2.1- Hypothèse générale 14
1.2.2- Hypothèses spécifiques 14
1-3-Objectifs de la recherche 14
1.3.1- Objectif général 14
1.3.2- Objectifs spécifiques 14
1.4- Clarification conceptuelle 15
1.4.1- Déni de grossesse 15
1.4.2- Perception 15
1.5- Revue de littérature 17
1.6- Justification du choix du sujet 20
1.7- Théorie d'analyse 21
Chapitre II : Approche méthodologique 22
2.1- Présentation du cadre de recherche 22
2.1.1- Situation géographique 22
2.1.2- Situation administrative 24
2.1.3- Situation démographique 24
2.2- Méthodologie adoptée 26
2.2.1- nature de la recherche 26
2.2.2- Echantillonnage 26
2.2.2.1- Groupes cibles 26

2.2.2.2- Raisons du choix des enquêtés 27
2.2.2.3- Technique d'échantillonnage 27
2.2.2.3.1 - Critères de l'échantillonnage 27
2.2.2.3.2 – L'échantillon 27
2.2.2.4- Techniques de collecte de données 28
2.2.2.5- Outils de collecte de données 28
2.2.3- Déroulement de l'enquête 29
2.2.3.1- Pré-enquête 29
2.2.3.1- Enquête proprement dite 29
2.2.4- Technique de dépouillement et traitement de données 29
2.2.5- Difficultés rencontrées 29
DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS 30
Chapitre III : Perception de la population d'Abomey-Calavi sur le déni de grossesse au Bénin. 31
3.1- l'influence des réalités socio-culturelles sur la connaissance du déni de grossesse 31
3.1.1- Perception culturelle du déni de grossesse 31
3.1.2- Dissimulation de grossesse 32
3.2- Niveau de connaissance des populations en lien avec le déni de grossesse. 34
Discussion 35
3.3- Suggestion pour une meilleure prise en charge du déni de grossesseci 38
3.3.1- Proposer une formation à tout professionnel de santé. 38
3.3.2- Formations de gynécologie-obstétrique sur le déni de grossesse. 39
3.3.3- Proposition de réalisation d'un dépliant à l'usage des professionnels. 39
3.3.4- Favoriser le soutien des femmes déniant leur grossesse 39
3.3.5-- Favoriser la relation mère-bébé 39
Conclusion 40
Références bibliographiques 41
Annexe 44