

**Mémoire de Conseillère Conjugale et  
Familiale**

**A L'ECOUTE  
DU DENI DE GROSSESSE  
CHEZ LES JEUNES FILLES**



**Martine TEXERAUD (ep CAZEMAJOUR)**

**MFPF AD 33**

**Avril 2004**

*« La marque d'une société civilisée ce n'est pas seulement la valeur de l'enfant à naître, mais aussi le respect témoigné à l'égard de la femme qui le porte dans son ventre. »*

Anne Furendi



N°525

13111

Remerciements :

A Nicole, Mifa, Gatienne, Monique, Delphine, Monette, nos formatrices.

A Annette, Florence.

A toutes les copines du groupe de formation de conseillères conjugales Aquitaine 2004, Cathie, Cécile, Danièle, Dany, Eve, Françoise, Gabrielle, Marie, M.Christine, Pascale A., Pascale G., Rachida, Rose, Roselyne, Sylvie.

# **A L'ECOUTE DU DENI DE GROSSESSE**

## **I INTRODUCTION**

- ① Le choix du sujet
- ② Objectifs du mémoire

## **II LE DENI DE GROSSESSE : QU'EST-CE QUE C'EST ?**

- ① Définitions
- ② Etude

## **III AU COEUR DU DENI DE GROSSESSE**

- ① Ecoute auprès des jeunes filles
  - a) Savoir être et savoir faire
  - b) Savoirs
- ② Travail auprès des institutions

## **IV CONCLUSION**

Bibliographie

Annexes

## I INTRODUCTION

Choisir ce sujet comme « le » sujet de mon mémoire de Conseillère Conjugale et Familiale (CCF) a pris du temps, il a été revu, modifié, et précisé au fil de la formation. Nous savons qu'il n'existe pas de « vérités universelles », et tout travail d'observation se fait d'un certain point de vue. Dans une recherche d'objectivité, il me semble donc important de faire connaître, comment s'est élaboré mon choix, et le rapport que j'entretiens avec lui.

### ① Le choix du sujet

Ma première démarche vers le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) s'est faite l'année 2000, en me proposant comme bénévole. J'avais dans l'idée « d'aider » mes contemporains, et en particulier les femmes, à vivre leur vie de couple de façon plus épanouie. Je réalisais peu de temps après, que ma démarche avait peut-être été encore plus motivée par l'aide qu'elle pouvait m'apporter sur ma propre vie de couple...

Cette année là, une demande d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) d'une jeune fille en délai largement dépassé, avait soulevé une polémique au sein de l'équipe. Je m'apercevais que chacune d'entre nous avait une limite « d'acceptation », pour l'avortement, en fonction de l'âge de la grossesse. Quant à moi, je pensais (et pense toujours) qu'il fallait permettre un libre choix à la femme reçue, en lui fournissant toutes les informations quand aux différentes possibilités d'issue de l'état de grossesse.

Par ailleurs, récemment, la synthèse des groupes de travail du compte-rendu du Conseil d'Administration (CA) Confédéral des 13 et 14 décembre 2003, me conforte dans le constat fait : « *La référence à l'absence de délais reste partagée dans le Mouvement. Mais certaines militantes ont des difficultés à prendre de la distance entre le positionnement personnel et la position du Mouvement*<sup>1</sup> (...) *Il existe des délais légaux, des délais médicaux de bonne pratique et des délais psychologiques personnels.* »

Ce que j'avais repéré au niveau de mon Association Départementale (AD), avait également une dimension nationale : le CA de décembre 2003, en a fait un sujet d'actualité.

Dès le début de la formation de CCF en 2002, j'avais dans l'idée de travailler mon mémoire sur cette question « épineuse » des demandes d'IVG hors délai légal français, soit du côté des écoutant-e-s, soit du côté des femmes reçues. Mais cela restait encore à « dégrossir », ce thème n'était pas assez précis.

---

<sup>1</sup> La priorité est donnée au choix des femmes :

- Quand une femme est en demande d'IVG, c'est elle et elle seule qui est concernée. Ce n'est pas au Planning de mettre les délais acceptés.
- La conseillère se dit de donner l'ensemble des informations concernant la demande de la femme, et si elle en fait la demande, la conseillère peut éventuellement téléphoner directement à l'étranger pour explorer les possibilités de prise en charge.
- Il n'est pas question de parler d'infanticide tant que le fœtus est dans le ventre de sa mère et qu'il n'a par conséquent respiré, on ne peut parler d'infanticide.

## ② Objectifs du mémoire

Le phénomène de déni de grossesse est très curieux, tant que l'on n'a pas encore eu l'occasion de mesurer l'étendue et la force du pouvoir du psychique sur le physique.

Outre le constat fait, pour ma part, de méconnaissance du déni de grossesse, on peut facilement penser que ce soit également difficile à comprendre, pour la femme et son entourage. Grâce à ce mémoire, un des objectifs serait que ce phénomène soit plus clair pour moi, ce qui sera probablement le cas grâce aux recherches effectuées, et par conséquent, pourrait faciliter la compréhension de la personne reçue.

La jeune fille accueillie lors de l'été 2002, pour moi, avait forcément une histoire personnelle lourde (viol, inceste...) pour en arriver à nier son état.

Les formations à l'écoute du MFPP, m'ont appris, entre autre, à repérer les éventuelles idées préconçues que je pourrais avoir au sujet d'une personne ou de sa situation, afin de les « isoler » plus facilement. Cette mise à distance étant à renouveler sans cesse.

La formation de CCF m'a confirmé cette notion, tout en me donnant la possibilité d'étudier ces idées préconçues.

Souvent par manque d'information, quel que soit le thème, nous pouvons imaginer et « broder », bien au delà de la réalité du sujet concerné.

Ce travail de recherche va m'amener une meilleure connaissance de ce phénomène et peut-être dédramatiser cette notion.

Dans un premier temps, « Le déni de grossesse : qu'est-ce que c'est ? » permettra « d'emmagasiner » toutes les bases : définitions, sources ...pour en ressortir une tentative de réponses quant aux causes possibles du déni de grossesse.

Dans un deuxième temps, « Au coeur du déni de grossesse » essayera de trouver la meilleure approche, en tant que CCF au MFPP, que nous pourrions offrir aux femmes (et éventuellement leur entourage) qui ont présenté une négation du début de leur grossesse.

## II LE DENI DE GROSSESSE : QU'EST-CE QUE C'EST ?

### ① Définitions

Dans le but d'éclaircir les bases de ma réflexion, il semble primordial de définir les termes de ce sujet, ainsi que quelques notions s'y rapportant.

Déni : Le déni est un mécanisme de défense qui permet à l'individu de refuser une perception douloureuse, en niant son existence.

Le dico de la psychanalyse et de la psychologie.

Grossesse : Etat d'une femme enceinte ; durée de cet état.

Larousse

Partant de là, le déni de grossesse peut se définir comme la négation inconsciente d'un état de grossesse dans un but de protection. Sachant que tout ce que nous avons vu, pensé, vécu, ressenti, se conserve dans notre inconscient.

Cette grossesse étant mal acceptée par la mère, cela peut entraîner une ignorance de son état jusqu'à l'accouchement.

Le déni de grossesse n'engage pas seulement l'aspect psychologique. Aucun signe physiologique habituel de grossesse n'est perçu comme tel. La mère, qui ne peut ni mentaliser ni imaginer l'enfant à naître, entraîne son propre corps à participer à cette négation : la grossesse, effectivement, ne se voit pas. C'est un effet inconscient du psychique sur le physique, il concerne environ 2.5% des grossesses non désirées<sup>1</sup>.

Une femme enceinte est dans un état de lucidité psychique, elle va se trouver confrontée à un changement de statut, du statut de fille à sa mère, elle passe à celui de mère de son enfant. Cela peut réactiver un certain nombre de difficultés et entraîner un déni de grossesse.

« Le déni n'a rien à voir avec le secret ni avec le mensonge ».

« Dans le déni, ce que l'on ne raconte pas aux autres, on ne se le raconte pas non plus à soi-même. »<sup>2</sup>

Il me semble important de préciser que le déni de grossesse peut s'observer dans toutes les classes sociales, en l'absence de pathologie psychiatrique et chez des femmes d'âges différents.

La Confédération nationale du MFPP nous précise que 5000 femmes par an sont encore obligées d'avorter à l'étranger<sup>1</sup> : « Cela pour de multiples raisons (...) : manque d'information, manque de place dans les hôpitaux, manque d'argent (...) et pour les très jeunes, impossibilité d'en parler aux parents ou **négation de la réalité.** »

Tout en n'excluant pas les possibilités d'un déni de grossesse chez des femmes de plus de 20 ans, j'ai décidé de limiter mon étude aux jeunes filles.

---

<sup>1</sup> . Statistiques sur les avortements et la contraception (février 2001).

<sup>2</sup> Serge Tisseron - Psychiatre et psychanalyste.

Pour définir le contexte du déni de grossesse à travers ce mémoire de CCF au MFPPF, nous retiendrons qu'il s'agit de jeunes femmes qui tombent enceinte, et par crainte de s'avouer leur état, vont reconnaître tardivement leur grossesse (hors du délai légal d'IVG en France<sup>1</sup>).

## ② Etude

Depuis le début de la formation de conseillère conjugale, j'ai lu plusieurs documents qui pouvaient me permettre de « cibler » de manière plus précise le sujet de ce mémoire dans un premier temps, puis dans un deuxième temps, de me renseigner sur la notion de déni de grossesse. Il s'agissait de revues de presse (l'IVG, la grossesse chez les adolescentes, l'accouchement secret ...), de revues, de livres dont je donne la liste dans la bibliographie.

J'ai également assisté à des conférences qui m'ont permis de m'éclaircir sur les grands principes de l'adolescence.

Cette étude va me permettre de citer des conférences aux quelles j'ai assisté et de préciser l'apport d'informations que j'y ai trouvé sur le sujet de ce mémoire.

Puis de retranscrire un témoignage qui me semble significatif du déni de grossesse, tout en étant un cas singulier. Je préciserai par la suite et réflexions et déductions personnelles que j'ai pu tirer de mes diverses recherches.

### - Conférences

<u>DATE</u>	<u>TITRE</u>	<u>INTERVENANT-E-S</u>	<u>QUALITES DES INTERVENANT-E-S</u>
<u>2002</u>	<u>Les maux qui tuent <sup>2</sup></u>	<u>P.Baudry C.Hoffmann</u>	<u>Sociologue Psychanalyste, psychologue</u>
<u>2002</u>	<u>Adolescent cherche adultes<sup>2</sup></u>	<u>Me S. Ambry Dr P.Huerre</u>	<u>Avocat Psychiatre, psychanalyste</u>
<u>2002</u>	<u>Limites, mises en jeu, accidents<sup>2</sup></u>	<u>Dr F.Bridier Dr D.Marcelli</u>	<u>Pédopsychiatre Psychiatre</u>
<u>2004</u>	<u>Enfants victimes d'agressions sexuelles et risques prostitutionnels <sup>3</sup></u>	<u>C.Besnard</u>	<u>Psychologue, psychothérapeute, expert auprès des tribunaux.</u>

<sup>1</sup> 14 semaines d'aménorrhées. (14 SA)

<sup>2</sup> Cycle « adolescence » organisé par le CRIPS et la Fondation de France

<sup>3</sup> Conférence organisée par le Mouvement du Nid

La période de l'adolescence, de façon générale, comporte ses propres problématiques (chamboulement interne, bilan, remise en question des « principes » des générations précédentes...).

Durant cette période, les règles sont souvent irrégulières, et cela peut retarder le diagnostic ou bien par manque d'information, la jeune fille peut penser que l'on ne peut pas tomber enceinte au premier rapport sexuel...

On pourrait donc alors confondre et prendre ces cas pour des dénis de grossesse, mais il n'en sont pas.

Ces spécificités dues à l'âge (de façon générale) interfèrent à l'étude du phénomène du déni de grossesse telle que limitée dans ce travail. Il existe cependant bien une réalité de terrain, même s'il ne s'agit que de quelques cas, où les écoutant-e-s du MFPP peuvent être amenées à recevoir une jeune fille qui a présenté un déni du début de sa grossesse.

La dernière conférence m'a quant à elle permis, entre autre, de « mettre en mot » ce qui avait déjà été une réflexion de ma part : le lien entre les enfants victimes d'agressions sexuelles et le risque de reproduire des actes de violences à leurs tours (violence qui peut s'exercer sur elles mêmes ou à l'égard de son état de grossesse, ce serait le cas du déni de grossesse).

L'intervenant nous a également précisé que l'état de grossesse, était un moment de grande lucidité psychique, et ainsi certains traumatismes d'enfant, pourraient passer de l'inconscient vers le conscient durant cette période, surtout si la personne n'a pas été prise en compte en tant que victime.

Nous pouvons donc penser que la protection qu'offre le déni de grossesse, peut être aussi limitée dans le temps, donc pas toujours jusqu'à l'accouchement.

- Témoignage

*N.V., Assistante sociale dans le service maternité d'un hôpital parisien :*

*Nous avons reçu en IVG, in extremis, une fille de quatorze ans, victime d'un viol collectif, qui n'avait évidemment pas osé l'avouer à sa mère (une femme attentive pourtant). A l'hôpital, le médecin qui a soigné ses contusions et plaies n'a pas pensé à lui demander si elle avait été agressée, ou peut-être l'a-t-il fait mais d'une façon qui a effrayé cette très jeune fille. Beaucoup de médecins, surtout des hommes, oublient qu'une jeune adolescente peut se trouver enceinte. Les médecins femmes sont souvent plus sensibilisées. Souvent les adolescentes se livrent plus volontiers à une femme. Car l'examen gynécologique d'une jeune fille, réclame du temps pour rentrer dans l'intimité d'un corps.*

Cette jeune fille, victime de viols, se trouve dans l'incapacité d'envisager d'être enceinte à la suite de tels actes. Cette grossesse serait une nouvelle expérience traumatique car on peut imaginer que ce soit très douloureux pour une femme de détester le bébé (venant de l'agresseur) qu'elle porte et qui est pour moitié une partie d'elle. Cette impossibilité de concevoir son état issu d'un acte de violence est un déni de grossesse, il semble d'ailleurs si fort que le médecin passe également à côté du diagnostic. Ce déni de grossesse pourrait être une manifestation du début de la négligence exercée à l'égard de l'enfant, qui peut-être prémice de négligences futures.

Ma pratique d'entretiens d'écoute me fait également rajouter que certains facteurs extérieurs (modifications de l'adolescence, la société, les idées reçues...) peuvent conforter les jeunes filles dans leur déni.

Telles que les modifications physiques, psychologiques de l'adolescence. Les règles irrégulières.

A cela se rajoute le contexte social dans lequel nous vivons, où il semblerait que l'accès à la maternité des très jeunes filles ne soit pas concevable.

De plus, des idées fausses circulent, comme l'impossibilité de tomber enceinte au premier rapport sexuel, les propos véhiculés par les anti-IVG qui augmentent la culpabilité et peuvent laisser la jeune fille dans une impasse : pas de désir d'enfant mais pas non plus de possibilité d'IVG .

### III AU CŒUR DU DENI DE GROSSESSE

En tant que CCF au sein du MFPPF, la place à tenir serait d'après moi, d'une part, au niveau de la personne reçue, l'accompagnant durant une partie de son parcours, mais sans pour autant faire à sa place. Les différentes formations à l'écoute, sur la base du counselling<sup>1</sup>, m'ont permis d'acquérir un certain savoir être basé sur l'empathie. Ce qui suit reprend quelques notions du counselling et explique leur importance dans le cadre des accueils des jeunes filles en situation de prise de conscience tardive.

D'autre part, auprès des institutions ou de façon générale pour modifier les comportements et visions des personnes ; afin d'essayer de faire évoluer les pratiques, remettre peut-être en cause ce qui c'est toujours fait comme cela, mais qui n'est guère satisfaisant... , un travail plus engagé et militant que les attributions classiques de la CCF.

#### ① A l'écoute des jeunes filles

*"La plupart de celles qui ont connaissance de leur grossesse tardivement (...) sont brutalement confrontées à un refus et à une exclusion. Leur incapacité à se plier à la temporalité leur est renvoyée comme une incapacité personnelle, voir une faute, quelles que soient les circonstances individuelles l'ayant induite. Elle se traduit par une sanction sociale, matérielle et morale."*<sup>2</sup>

L'enquête GINE nous alerte sur les difficultés extérieures (sociale, matérielle et morale) qui se rajoutent aux difficultés personnelles de la femme. C'est pourquoi ce qui suit peut constituer certains points de repères pour l'écouter-e- afin de créer un contexte rassurant pour la personne reçue.

Les aptitudes des professionnels quelque soit le corps de métier, peuvent se regrouper en trois catégories : le savoir-faire (techniques de son métier), le savoir-être (attitude adoptée lors de l'exercice de sa profession), le savoir (connaissances techniques).

Pour la CCF, il me semble que le savoir-faire est confondu avec le savoir-être.

« savoir-être et savoir-faire » : L'écoute centrée sur la personne, l'écoute ici et maintenant, recevoir la jeune fille seule.

et

« savoirs » : Proposition de différentes issues, informations sur les droits, ce qui peut constituer des indices de personnes ayant subi des violences.

---

<sup>1</sup> *Le counselling est une forme d'intervention brève, de nature thérapeutique et/ou éducative, qui a pour objectif d'aider une personne (ou un petit groupe de personnes) à mobiliser ses propres ressources pour faire face à un événement ou à une situation qui nécessite l'adoption ou le maintien d'un ensemble d'adaptations ou de changements personnels.*

Définition de Catherine Tourette Turgis

<sup>2</sup> Enquête GINE

## a) Savoir-être et savoir-faire

### **L'écoute centrée sur la personne**

Le Dct Michèle Uzan, dans son rapport, parle de la prise en charge des grossesses des adolescentes en ces termes : « *Si les mineures retournent chez elles (après l'accouchement), une attention particulière devra être portée par les professionnels de la santé des services de PMI : sages-femmes à domicile et assistantes sociales, sur le comportement de ces jeunes mères, car leur immaturité les expose à des comportements violents vis à vis de leur enfant, ou alors totalement irresponsables, susceptibles d'entraîner des situations de maltraitance et de sévices très préjudiciables à l'état physique et psychique du nouveau-né. Dans certains cas des signalements ont été nécessaires et les enfants ont été placés en institution.* »

Il s'agit là d'une réflexion concernant les jeunes filles qui ont déjà accouché, et non pas enceintes, mais cela me semble assez représentatif de l'état d'esprit de la société dans laquelle nous évoluons en France, c'est à dire de considérer que les enfants ou les jeunes adultes ne sont pas des personnes responsables.

Sans rester indifférent aux maltraitances possibles subies par les nouveau-nés, nous pouvons nous demander qui s'occupe alors de cette jeune mère, qui de par son accouchement, n'est plus considérée comme une personne à protéger, mais plutôt à sanctionner. Quoi au sujet de violences éventuelles que ces jeunes mères auraient subies ? La répétition de ces maltraitances serait une explication plus probable quant aux comportements violents vis à vis de leur enfants, que l'immaturité que l'on veut bien accorder à leur âge.

C'est pourquoi une écoute centrée sur la personne semble indispensable, surtout si la jeune mère n'est pas "entendue" dans d'autres lieux, d'autres institutions.

### **L'écoute "ici et maintenant"**

Il ne va pas s'agir de "fouiller" dans l'enfant que la jeune fille était, à l'image de l'approche d'un psychothérapeute. La démarche serait peut-être d'approcher le sens, que revêt pour la personne accueillie, l'arrivée d'un enfant. En faisant par exemple s'exprimer l'ambivalence, si ambivalence il y a, entre désir de maternité et non-désir d'enfant <sup>1</sup>.

Il s'agirait d'une écoute qui pourrait trouver sa place en amont d'une démarche psychothérapeutique, mais qui ne s'y substituerait en aucune façon. Par ailleurs, nombre de femmes se contentent d'une écoute qu'on a pu leur amener à un moment donné, sans jamais faire une démarche thérapeutique.

### **Recevoir la jeune fille seule**

De façon générale, chacun et chacune d'entre nous doit intégrer de nouvelles situations dans sa vie. C'est le fait d'intégrer nos actes dans notre histoire, avec ses ombres et ses lumières, qui nous construit au lieu de nous détruire. Il y a parfois un choix à faire, celui qui sera le mieux vécu sera celui que la personne concernée aura pris, une fois libérée de toutes pressions de l'extérieur.

Un déni peut venir d'une fonction inconsciente de protéger l'enfant en permettant de mener la grossesse à terme.

Ce déni peut aussi être issu d'une agression sexuelle vécue, peut être incestueuse, et où le père peut s'investir de façon très présente dans les démarches pour une interruption de grossesse.

Ainsi assurer la protection de la jeune fille en la recevant seule, pourrait lui permettre de dire qu'elle souhaite par exemple garder sa grossesse, ou aborder des violences éventuelles, ce qu'elle n'aurait pas pu toujours faire si la personne qui l'accompagne, est présente.

---

<sup>1</sup> Désir de maternité : différents registres de la filiation, filiation biologique, filiation légale (reconnaissance familiale), filiation narcissique (prolongement de l'individu), filiation libidinale (enfants à aimer).

Désir d'enfant : En vue d'atteindre un certain idéal de parent, position qu'il va falloir assumer et accepter.

## b) Savoirs

Certains « savoirs » concernent de l'apport d'information comme la proposition des différentes issues ou les droits relatifs aux différents cas, d'autres sont à utiliser comme des indices, que l'écouter-e- peut avoir en tête lors des entretiens (ce qui peut constituer des indices de personnes ayant vécu des violences).

Il me semble important de préciser que l'écouter-e- devrait essayer de ne pas « tomber dans le piège » de faire uniquement de l'apport d'informations, ce qui oublierait la personne reçue et l'état dans lequel elle se trouve. L'écouter-e- nierait à son tour la personne reçue.

### **Proposition des différentes issues**

La position de la CCF serait également de pouvoir proposer différentes issues possibles, de la prise en charge éventuellement psychologique et judiciaire de la jeune fille, et sans induire de quelque sorte que ce soit, le "meilleur" choix, à la place de la personne reçue. Car ce "meilleur" choix, serait le "meilleur" choix d'un point de vue de la CCF et non pas du point de vue de la jeune fille. Cela est d'autant plus difficile à faire, que souvent les jeunes filles qui n'ont pas été respectées et reconnues en tant que personne, sont en demande de "conseils" : *"qu'est-ce que vous feriez à ma place ?"*. Nous ne pouvons que l'aider à prendre du recul en la laissant exprimer son angoisse.

Cette étape de proposition de l'éventail des possibilités, pourtant indispensable, n'est pas toujours possible lors d'un premier entretien. Si la jeune fille vient juste de prendre conscience du fait qu'elle est enceinte, elle peut se trouver dans un état de choc, et il ne serait possible alors, que de l'accompagner dans sa prise de conscience. Une écoute et un soutien solidaire lui permettra de vaincre son isolement. Le challenge qui se pose alors, est comment faire revenir la personne ?

Dans un premier temps, en espérant que lors du premier entretien, les prémices d'une relation de confiance ce soient instaurés. Cela passe par le respect de la personne reçue, de ses opinions, de la croyance inconditionnelle en ses dires (car il s'agit probablement de sa vérité à elle, et même si ce sont des fabulations, il me semble que la meilleure façon de faire réfléchir la personne, serait de la croire).

Dans un second temps, proposer un rendez-vous à un jour et une heure précise, fixé en accord avec la jeune fille, en lui assurant qu'elle rencontrera la ou les mêmes écouter-e-s. Tout en sachant que face à son choix parfois difficile, la décision doit être pourtant prise le plus vite possible (le prix de l'interruption de grossesse peut varier d'une semaine à l'autre, à l'étranger, en fonction du nombre de semaines d'aménorrhées).

Les différentes issues à lui proposer sont donc :

	<b>Lieux</b>	<b>Conditions</b>
Interruption de grossesse	Angleterre	Jusqu'à 26 SA <sup>1</sup> , Indications sociales et/ou médicales, attestations de 2 médecins
	Pays-bas	Jusqu'à 26 SA, Indications sociales.
	Espagne	Jusqu'à 22 SA, uniquement dans cliniques privées, attestation d'un psychiatre avec notion de préjudice pour la santé mentale si poursuite de la grossesse.
IMG <sup>2</sup>	Allemagne	> 14 SA, Accord de 2 médecins
	Espagne	> 14 SA, Accord de 2 médecins
	France	> 14 SA, Avis consultatif d'une équipe pluridisciplinaire, et attestation de 2 médecins.
Accouchement secret	France	Anonymat respecté, la jeune fille peut être prise en charge dans une structure dans le mois qui précède et celui qui suit l'accouchement.
Garder l'enfant	France	Aides de la Caisse d'Allocations Familiales : API <sup>3</sup> , ASF <sup>4</sup>
	France	Foyers mères/enfants

Parallèlement, on peut également proposer à la personne reçue, un autre entretien au MFPPF, sachant que l'on ne se substitue pas à un psychothérapeute, mais la jeune fille peut ne pas être en capacité, actuellement, de concevoir un autre type d'entretien.

### **Informations sur les droits**

L'informer de ses droits peut être également important car, si la personne le souhaite, déposer plainte par rapport à une agression sexuelle, peut constituer une « reconnaissance » de l'agression pour la victime.

Une victime d'agression sexuelle peut porter plainte jusqu'à 10 ans après sa majorité. Le MFPPF peut également se porter partie civile, afin que soit reconnues par la justice, de façon plus systématique, les victimes d'agressions sexuelles.

<sup>1</sup> Semaines d'aménorrhées.

<sup>2</sup> Interruption médicale de grossesse.

<sup>3</sup> L'Allocation Parent Isolé.

<sup>4</sup> L'allocation de Soutien Familial.

D'après le « collectif féministe contre le viol », nombreuses sont les femmes qui expriment une grande colère si elles se trouvent hors ce délai de prescription : « *les agressions subies sont invalidées, leur souffrance est niée* ».

Quoi qu'il en soit, une démarche visant une réparation symbolique peut être effectuée : Action civile, confrontation avec l'agresseur, courrier au procureur, et ce sans délai de prescription.

### **Ce qui peut constituer des indices de personnes ayant subies des violences.**

- La jeune fille est dyspareuniquique, c'est à dire que l'on ne peut pas l'examiner (visite gynécologique) ou/et qu'une échographie pelvienne n'a pu être effectuée.
- Le père de la jeune fille omniprésent, pressant, cela ferait penser à une situation d'inceste. Il s'agira là de faire vite, car cette jeune fille ne reviendra peut-être pas une seconde fois. Une analyse du liquide amniotique peut constituer une preuve d'inceste (sur demande du Procureur de la République).
- Si l'écoutant(e) pose la question "Quel âge a votre copain ?" ou "Votre copain vous soutient-il ?", et que le copain est un adulte beaucoup plus âgé ou que le petit copain est inexistant dans la bouche de la jeune fille, nous pouvons également questionner au sujet d'un éventuel rapport sexuel de l'ordre de l'agression.

Sans pour autant considérer cette liste comme exhaustive, ni constituant des preuves irréfutables, on peut toutefois penser que certains indices pourraient "alarmer". A la constatation de ces indices, il me semble possible de pouvoir poser, bien sûr sans jugement, des questions du type :

"N'auriez-vous pas été victime de violences ?", ce qui permettrait aux personnes reçues de penser que nous sommes en mesure d'entendre et de croire ce qu'elles auraient à révéler.

Ou bien

"J'ai l'impression que....., mais je peux me tromper". Cela laisse à la jeune fille reçue, la possibilité de dire "oui, vous vous êtes trompée", ou de profiter de la « perche ».

Toutes les personnes reçues, qui sembleraient correspondre à ce que je propose comme indices, n'ont pas été ou ne sont pas victimes de violences, mais il me semble plus intéressant de pouvoir poser ces questions à tort, que de ne pas les poser par peur de se tromper, même si cela fait forcément appel à une interprétation de la part de l'écoutant-e.

## **② Travail auprès des institutions**

### **IMG dont la poursuite de la grossesse pourrait mettre en péril la santé de la femme. (voir annexes)**

La législation intervient dans le but de protéger la mineure, en effet, la loi dispose qu'une IMG peut être pratiquée à tout moment, si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, attesté par deux médecins, dont l'un est expert.

Il s'agit en l'espèce d'un acte qui a pour but de sauvegarder la vie de la future mère que la grossesse met en danger et nous considérons que les violences sexuelles font partie des indications d'IMG. Dans le domaine des interruptions de grossesse, notre société n'a pas tendance à faciliter l'accès à cette procédure, aux femmes. Cela a probablement pour racine notre culture judéo-chrétienne, la politique plutôt nataliste de la France, l'instinct de « perpétuation de l'espèce » qui subsiste au plus profond de chacun de nous ...

Ainsi, bien que la loi existe, la pratique nous montre que ce droit n'est pas toujours évident à utiliser.

Par exemple, une de mes collègues et moi, avons eu l'occasion de rencontrer une des équipes pluridisciplinaires des commissions des IMG sur Bordeaux. Nous y allions par rapport à une femme qui avait demandé une IMG, car sa grossesse pouvait mettre en danger sa santé psychique. L'équipe pluridisciplinaire (chirurgiens, assistante sociale, psychologues, pédopsychiatres, psychiatres, psychanalystes, psychothérapeutes ...) l'a reçue et a refusé sa demande. Le psychiatre de la jeune fille qui avait fait une attestation, avait changé de point de vue par la suite en pensant que cette grossesse pouvait être bénéfique à sa patiente. La jeune fille n'ayant pas pu s'exprimer devant cette commission (assez impressionnante par sa composition), avait été perçue comme ne sachant pas ce qu'elle voulait. La décision a donc été prise à sa place !

La loi prévoyant le cas d'une possibilité d'IMG si la santé de la femme est en péril, nous pourrions par exemple, soutenir et accompagner les jeunes filles qui le souhaiteraient dans cette démarche, et surtout faire un travail en amont avec l'équipe en les rencontrant et pourquoi pas essayer d'intégrer une de ces commissions déjà bien remplies.

### **Signalement au procureur de la République et au Juge des enfants**

Les articles 434-1 et 434-3 du Code pénal, obligent toute personne ayant eu des révélations sur des violences subies, de faire un signalement au Procureur de la République. Il pourra par exemple en cas d'inceste, demander une analyse génétique du fœtus.

Un signalement, parallèlement, au Juge des enfants, peut être important dans la mesure où ce magistrat peut réagir plus vite concernant la protection de la victime.

### **Travail de prévention des violences**

De façon plus globale, toutes les interventions du MFPPF au sein de l'Association Départementale de la Gironde, intègrent un travail sur des notions telles que le respect des personnes, la réciprocité des désirs, la lutte contre les rapports de domination, la liberté de disposer de son corps.

Nos actions militantes portent également, entre autre, sur le changement des mentalités, pour que la Société puisse accepter que tout homme ou femme puisse ne pas nécessairement devenir un jour parent. Que ce que l'on nomme « d'instinct maternel » est une construction sociale... Dans notre culture, la mère est tenue à dispenser les meilleurs soins possibles à son enfant à venir, à être heureuse, pleine de joie. Tout cela ne laisse pas beaucoup de place à l'expression de la moindre souffrance !

## BIBLIOGRAPHIE

### REVUES :

- ELLE – Mars 2000 : « Le déni de grossesse »
- L'ECOLE DES PARENTS 1992 : « Cet obscure objet du déni » Odile Naudin, AS service maternité de l'hôpital de Paris.
- L'ECOLE DES PARENTS 1997 : « La grossesse vulnérabilise les femmes maltraitées » Catherine Bonnet
- LES DOSSIERS DE L'OBSTRETRIQUE 1999: « Sages-femmes et victimes d'agressions sexuelles »
- MIGRATIONS SANTE 2002 : « Infanticide et déni de grossesse, au travers du prisme de l'interculturel. Lydia Lacombe, Dct en Psychologie.
- VIE SOCIALE 1998 : « Les grossesses à l'adolescence : une pluararité d'explications » Charlotte Le Van.
- La puce à l'oreille – N°66/1999 – Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans.

### LIVRES :

- LE DICO DE LA PSYCHANALYSE ET DE LA PSYCHOLOGIE – Evelyne Caralp – Alain Gallo – Milan
- AIMER A L'ADOLESCENCE – Denise Sagnara - DUNOD

### INTERNET :

- Cours de psychologie médicale – Nov 2000 : « Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum » C.Guillaumont
- « Faut-il rétablir les tours ? » - Nadine Le Faucheur (sociologue) – janvier 2001
- « Peut-on prendre en charge les demandes d'IVG au delà de 14 SA en utilisant le nouveau texte de loi sur l'IMG ? – Ph.Faucher (service de gynécologie obstétrique)
- « Enjeux et résistances à la prise en charge des IVG dans les services publics-ANCIC- Dct ML Brival – Oct 2003

### RAPPORT :

- XIIème journées de l'ANCIC – 1998 – Florence Baruch, Psychologue clinicienne et CCF
- Rapport du Dct Uzan sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes.
- Compte-rendu CA confédéral – 13/14 décembre 2003
- Statistiques – Avortement/contraception (démographie – sexualité et religions) – MFPP février 2001
- Enquête GINE – Chapitre 8 : La poursuite d'une grossesse découverte tardivement ou le recours à l'IVG hors cadre légal français – juin 2000
- Bulletin 2003 – Collectif féministe contre le viol.
- Enquête ENVEFF 2001

IMG

autres pluridisciplinaires  
diagnostic prénatal

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE POUR LE MOTIF PRÉVU AU PREMIER ALINÉA DE L'ARTICLE L. 2213-1 ET MODIFICATIONS DES DISPOSITIONS RELATIVES AUX CENTRES PLURIDISCIPLINAIRES DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL DU DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- I. - Il est inséré à l'article R. 162-28 du code de la santé publique un premier alinéa ainsi rédigé :

« La femme concernée ou le couple est, à sa demande, par tout ou partie des membres de l'équipe pluridisciplinaire préalablement à la concertation mentionnée ci-après. »

« L'article R. 162-28 du code de la santé publique est modifié par un dernier alinéa ainsi rédigé :

« L'article R. 162-17, un médecin choisi par la femme est associé à la demande de celle-ci, à la concertation mentionnée ci-après. »

« L'article R. 162-29 du code de la santé publique est modifié :

« 1° 162-29. - Si, au terme de la concertation prévue à l'article R. 162-28, il apparaît à deux des médecins mentionnés à l'article R. 162-19 qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, et que la femme enceinte en fait la demande, ceux-ci établissent, par l'équipe pluridisciplinaire à laquelle ils appartiennent, un avis consultatif en application de l'article L. 2213-1 du code de la santé publique. Les attestations prévues au premier alinéa de ce dernier article comportent les noms et les signatures des membres mentionnés leur appartenant au centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Un exemplaire des attestations est remis à l'intéressée. »

« Le premier alinéa de l'article R. 162-30 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« L'équipe pluridisciplinaire de diagnostic prénatal conserve, sur demande d'avis relatif à une grossesse en cours, les éléments du dossier médical, les avis, conseils et conclusions du diagnostic prénatal de la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal, qui tient compte notamment de la formation, de la compétence et de l'expérience des praticiens composant l'équipe pluridisciplinaire. La décision d'agrément indique, en annexe, le nom des praticiens composant l'équipe pluridisciplinaire. Le renouvellement de l'agrément est accordé dans les mêmes conditions qu'en ce qui concerne le centre. La demande d'agrément est présentée par le directeur de l'établissement public de santé territorial de Mayotte. Elle est accompagnée d'un dossier dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé de la santé qui comporte notamment le nom des praticiens qui composeront l'équipe pluridisciplinaire de ce centre et son règlement intérieur. L'agrément du centre peut être retiré par une décision motivée du ministre chargé de la santé après avis de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal. »

Il est ajouté au code de la santé publique la partie : Décrets en Conseil d'Etat) un article 12-44 ainsi rédigé :

« 12-44. - Sous réserve d'avoir été agréé dans les conditions prévues au 7° du présent article, le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal de l'établissement public de santé territoriale de Mayotte a pour mission de donner un avis consultatif sur les interruptions volontaires de grossesse envisagées par la femme enceinte d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic : »

« L'équipe pluridisciplinaire du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal est constituée au sein de l'établissement public de santé territoriale de Mayotte. Elle est composée de praticiens exerçant une activité dans l'établissement public de santé territoriale de Mayotte dont au moins un médecin qualifié en obstétrique, un praticien ayant une expérience en diagnostic prénatal et un médecin ayant une expérience en génétique. L'équipe peut s'adjoindre d'autres personnes possédant des qualifications utiles à l'exercice de sa mission. »

« L'équipe pluridisciplinaire a pour mission de donner un avis consultatif sur les interruptions volontaires de grossesse envisagées par la femme enceinte d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ou de la demande de celle-ci, à la concertation mentionnée ci-après. »

« L'équipe pluridisciplinaire a pour mission de donner un avis consultatif sur les interruptions volontaires de grossesse envisagées par la femme enceinte d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ou de la demande de celle-ci, à la concertation mentionnée ci-après. »

le pronostic du médecin traitant. Elle indique à ce médecin ou à la patiente les éventuelles possibilités de prise en charge thérapeutique et leur propose, le cas échéant, une orientation vers des structures spécialisées. Ces propositions et avis sont présentés à la patiente ou au médecin traitant par un ou plusieurs membres de l'équipe pluridisciplinaire, après concertation au sein de celle-ci ;

« 3° A la demande de la femme, un médecin choisi par elle est associé à la concertation de l'équipe pluridisciplinaire prévue à l'article L. 2213-1 ;

« 4° Préalablement à la réunion de cette équipe pluridisciplinaire, la femme concernée ou le couple est entendu, à sa demande, par tout ou partie des membres de ladite équipe ;

« 5° Si, au terme de la concertation prévue à l'article L. 2213-1, il apparaît à deux des médecins de l'équipe pluridisciplinaire qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, et si la femme enceinte en fait la demande, ceux-ci établissent, après que l'équipe a rendu son avis consultatif, les attestations prévues à l'article L. 2213-1. Ces attestations comportent les noms et les signatures des médecins. Un exemplaire des attestations est remis à l'intéressé ;

« 6° L'établissement public de santé territorial de Mayotte conserve, pour chaque demande, l'avis relatif à une grossesse en cours, les éléments du dossier médical, les avis, conseils et conclusions de l'équipe pluridisciplinaire, la date de l'interruption volontaire de grossesse pour motif médical et, le cas échéant, le résultat des examens pratiqués à la demande de l'équipe pluridisciplinaire ;

« 7° L'agrément du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal est donné pour une durée de 5 ans par décision du ministre chargé de la santé prise après avis motivé de la section du diagnostic prénatal de la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal, qui tient compte notamment de la formation, de la compétence et de l'expérience des praticiens composant l'équipe pluridisciplinaire prévue ci-dessus et des modalités de fonctionnement du centre. La décision d'agrément indique, en annexe, le nom des praticiens composant l'équipe pluridisciplinaire. Le renouvellement de l'agrément est accordé dans les mêmes conditions qu'en ce qui concerne le centre. La demande d'agrément est présentée par le directeur de l'établissement public de santé territorial de Mayotte. Elle est accompagnée d'un dossier dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé de la santé qui comporte notamment le nom des praticiens qui composeront l'équipe pluridisciplinaire de ce centre et son règlement intérieur. L'agrément du centre peut être retiré par une décision motivée du ministre chargé de la santé après avis de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal. »

Art. 12. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre délégué à la santé, le secrétaire d'Etat à l'outre-mer et la secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 3 mai 2002.

Par le Premier ministre :

LIONEL JOSPIN

La ministre de l'emploi et de la solidarité,  
ÉLISABETH GUIGOU

Le ministre de l'intérieur,  
DANIEL VAILLANT

Le ministre délégué à la santé,  
BERNARD KOUCHNER

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,  
CHRISTIAN PAUL

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes  
et à la formation professionnelle,  
NICOLE PÉRY

NOR: MESP0221261D

Premier ministre,  
le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,  
le code de la santé publique, et notamment son  
L. 2213-3 ;  
l'avis du conseil général de Mayotte en date du 15 février

Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

ING

TITRE I<sup>er</sup>

DISPOSITIONS RELATIVES À L'INTERRUPTION MÉDI-  
CALE DE GROSSESSE PRÉVUE AU DEUXIÈME ALINÉA  
DE L'ARTICLE L. 2213-1

- 1<sup>er</sup>. - Lorsqu'une femme enceinte envisage de recourir à l'interruption de grossesse au motif que la poursuite de sa grossesse met en péril grave sa santé, elle en fait la demande à un médecin spécialiste qualifié en gynécologie-obstétrique exerçant son activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1 du code de la santé publique.
2. - Le médecin spécialiste qualifié en gynécologie-obstétrique saisi de la demande mentionnée ci-dessus constitue une équipe pluridisciplinaire prévue au premier alinéa de l'article L. 2213-1 du code de la santé publique.
3. - L'équipe pluridisciplinaire prévue au premier alinéa de l'article L. 2213-1 du code de la santé publique comprend :
  - a) un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique ;
  - b) un médecin choisi par la femme ;
  - c) un assistant social ou un psychologue ;
  - d) un ou des praticiens qualifiés pour donner un avis sur la santé de la femme.
 Le procès-verbal de la réunion de cette équipe est établi.
4. - La femme concernée ou le couple est entendu, à sa demande, par tout ou partie des membres de l'équipe pluridisciplinaire préalablement à la concertation mentionnée à l'article 5.
5. - Si, au terme de la concertation menée par l'équipe pluridisciplinaire, il apparaît à deux médecins que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, ceux-ci délivrent les attestations prévues au premier alinéa de l'article L. 2213-1 du code de la santé publique.
6. - L'établissement de santé visé à l'article 1<sup>er</sup> transmet pour chaque demande d'avis les éléments du dossier médical transmis par le médecin traitant, les attestations mentionnées à l'article 5 ainsi que le procès-verbal de la réunion de l'équipe pluridisciplinaire et, le cas échéant, les résultats des examens médicaux pratiqués. Les documents mentionnés au premier alinéa de l'article 5 sont conservés dans des conditions garantissant leur confidentialité.
7. - Les dispositions du présent titre sont applicables à