



Mémoire
Conseillère Conjugale et Familiale

DECOUVERTE TARDIVE D'UNE GROSSESSE
OU
DENI DE GROSSESSE

Corinne BACLE
Session 2010-2011

Sommaire

<u>Introduction</u>	p. 4
<u>Première partie</u>	p. 7
I - Définitions et notions générales	p. 8
A - Qu'est ce que l'on entend par déni ?	p. 8
B - Qu'est ce que le déni de grossesse ?	p. 8
a - Le déni de grossesse total	p. 9
b - Le déni de grossesse partiel	p. 10
c - Le déni de grossesse psychotique	p. 10
C - Grossesses adolescentes : différencier déni et dissimulation ...	p. 10
II - Historique d'un point de vue médical	p. 12
III - Statistiques	p. 13
A - Fréquence du déni	p. 13
B - Le déni de grossesse : un problème de santé publique	p. 13
<u>Deuxième partie</u>	p. 15
IV - Caractéristiques des femmes concernées par le déni de grossesse..	p. 16
A - La femme	p. 16
B - L'entourage	p. 17
V - Eléments pouvant provoquer un déni de grossesse	p. 18
A - Désir de grossesse	p. 18

B - Désir d'enfant.....	p. 19
VI - Les facteurs du déni de grossesse	p. 20
A - Déni de grossesse à la suite d'une agression sexuelle	p. 20
B - Déni de grossesse et stérilité	p. 21
C - Déni de grossesse et contexte socioculturel et familial	p. 21
VII - Le déni de grossesse, symptômes psychiques et physiques	p. 22
A - Quels sont les symptômes physiques lors d'un déni ?	p. 22
B - Quels sont les symptômes psychiques mis en jeu lors d'un déni ?	p. 22
VIII - Réactions face au déni de grossesse	p. 25
A - La mère	p. 25
B - Le père	p. 26
C - La famille	p. 26
D - Les professionnels	p. 27
IX - Comment se passe l'accouchement lors d'un déni ?	p. 29
A - L'acceptation	p. 29
B - L'abandon	p. 30
C - Néonaticide ou infanticide	p. 31
X - Que dit la loi dans les pays occidentaux, et plus précisément en France ?	p. 33
<u>Troisième partie</u>	p. 35
XI - Situation rencontrée	p. 36
A - Première rencontre avec Emma	p. 36
B - Deuxième rencontre avec Emma	p. 37

C - Quelles sont les différentes étapes à envisager pour Emma ?	p. 40
Etape 1 : recherche d'informations	p. 40
Etape 2 : Réflexion personnelle	p. 40
Etape 3 : Décision	p. 42
➤ Accepter la grossesse et par conséquent le bébé	p. 42
➤ Confier le bébé à l'adoption	p. 43
<u>Conclusion</u>	p. 46
<u>Bibliographie</u>	p. 49

INTRODUCTION

**« Ce qu'on ne veut pas savoir de soi-même finit
par arriver de l'extérieur comme un destin » JUNG**

Lorsqu'on nous a demandé de choisir un sujet de mémoire pour clôturer notre formation de conseillère conjugale et familiale, plusieurs me sont venus à l'esprit. Mais je devais faire un choix et en y réfléchissant de plus près, un me tenait vraiment à cœur, celui de la découverte tardive d'une grossesse.

Cette jeune femme, que l'on nommera ici, Emma, rencontrée lors d'un entretien en centre de planification pour un retard de règles d'à peine une semaine et, finalement, enceinte de sept mois.

En effet, dans une société qui expose sans cesse la grossesse dans les magazines et les émissions de télévision et qui commercialise des tests détectant la grossesse trois jours avant la date présumée des règles, il est difficile de croire aujourd'hui qu'une femme puisse réellement ignorer qu'elle est enceinte.

Ce fait semble paradoxal face aux progrès médicaux et à la maîtrise de la fécondité, que ce soit par la contraception ou l'interruption volontaire de grossesse.

Comment une femme peut-elle dénier un état qui représente, en général, une étape attendue et désirée de son existence ?

Le déni est l'action de dénier un fait, de soutenir qu'une chose n'est pas vraie.

Le déni de grossesse est un phénomène psychologique, mais il s'exprime également sur le versant physique comme le disait une psychologue hospitalière rencontrée : « Le déni de grossesse c'est ça : je sais, sans savoir, tout en sachant, et donc surtout je ne veux pas savoir ce que je sais ».

Or, mère de deux enfants et me sachant enceinte avant même de le vérifier médicalement, ce phénomène m'a interpellée car pouvoir tout ignorer d'une réalité que l'on vit dans son corps, voilà qui peut surprendre, interroger et même parfois choquer.

En effet comment une femme peut-elle vivre tant de mois de grossesse en ignorant la présence d'un fœtus dans son corps, alors que d'importantes modifications physiques sont attendues pendant cette période ? Comment l'entourage, et même parfois certains professionnels de la santé, peuvent-ils participer au maintien de ce déni ? J'ai donc trouvé intéressant et pertinent d'en parler.

La question qui s'est alors posée à moi lorsque j'ai reçu Emma la première fois, c'est comment dans ce lieu neutre dans lequel je travaille je peux au mieux l'accompagner dans cette découverte tardive.

En quoi l'entretien de la conseillère conjugale et familiale en centre de planification va-t-il influencer sur le choix de cette jeune femme ?

Pour cela je définirai dans un premier temps ce qu'est le déni, son historique et son émergence puis dans un deuxième temps, je tenterai d'apporter des hypothèses d'explication face à cette découverte tardive pour ensuite parler d'Emma et de son accompagnement.

PREMIERE PARTIE

I - Définitions et notions générales

A - Qu'est-ce que l'on entend par déni ?

Le déni est l'action de dénier un fait.

Dans le Petit Larousse 2005, la définition spécifique du déni en psychanalyse est la suivante : « *mécanisme de défense qui consiste à nier une perception traumatisante de la réalité extérieure, en particulier l'absence de pénis chez la femme.* »

Autrement dit, le déni est « *l'action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi.* »

Le Dictionnaire de la psychologie le définit comme : « *la non-reconnaissance de certains aspects de la réalité (qui sont pourtant) parfaitement évidents pour autrui.* ».

(1)

Cette « *non-reconnaissance* » est extrêmement forte et se produit à l'insu du sujet. D'ailleurs, plus qu'une simple négation, le déni est une attitude de refus catégorique à l'égard d'une perception, de la réalité extérieure ;

Le déni correspond donc au refus d'accepter une réalité étant perçue comme déplaisante, choquante. Ainsi, le déni peut être défini comme le refus, l'incapacité de reconnaître un fait extérieur risquant de traumatiser.

Pour Freud, le déni était apparenté à une psychose se caractérisant par un rejet de la réalité.

Selon lui, il s'agissait d'un mécanisme permettant de protéger le moi du petit enfant contre l'angoisse provoquée par la découverte de la différence des sexes : pour se protéger de l'angoisse de castration, l'enfant continue à croire que le sexe féminin dispose également comme le petit garçon, d'un pénis.

D'une manière générale, le terme déni est utilisé pour signifier le refus de la réalité, d'une maladie ou d'un handicap.

La définition du déni, dans son sens général, est donc ici assez éloignée de la définition que je vais donner du déni de grossesse.

B - Qu'est-ce que le déni de grossesse ?

Même si le Larousse définit le « *déni* », l'expression « *déni de grossesse* » n'est définie dans aucun des dictionnaires spécialisés grand public.

Le déni de grossesse est considéré comme un « *symptôme psychique* » par un certain nombre d'auteurs. Il ne diagnostique pas une pathologie mentale particulière, mais recouvre un ensemble de situations psychiques.

H.Deutsch 1949), dans son tome II de « *maternité* » consacré à la psychologie des femmes, décrit le déni de grossesse, sans le citer, en ces termes :

« *La lutte de la femme contre une grossesse qu'elle ne désire pas se sert d'autres moyens encore que l'avortement provoqué ou spontané. Bien des femmes prennent, contre le fait d'avoir un enfant, une attitude psychique si arrêtée qu'en dépit de modifications physiques évidentes, elles nient leur grossesse. Elles la rendent, en toute bonne foi semble-t-il, d'une manière passive, psychologiquement inexistante.* » (2).

Le déni de grossesse se définit comme le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être. C'est ce que rappelle le Dr N. Grangaud pédopsychiatre, dans une thèse qui fait référence : « *Par convention, le déni de grossesse désigne la non reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre de la grossesse et peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier.* »(3)

Il s'agit d'un processus à la fois psychique et physique, qui se définit par le fait qu'une femme est enceinte sans avoir conscience de son état. Aucun signe extérieur de grossesse n'est visible, même en fin de grossesse (lors du huitième ou neuvième mois) dans le cas d'un déni total. L'aménorrhée (absence de règles), qui est l'une des caractéristiques physiques qui apparaissent lors d'une grossesse normale, est, dans la majorité des cas, totalement absente. Le déni n'a donc rien à voir avec la dissimulation consciente d'une grossesse. La femme ne se doute réellement pas de son état.

Cependant, il existe différents dénis de grossesse qui ont chacun leurs particularités et notamment en ce qui concerne la durée du déni et ses facteurs, et en fonction de chaque femme.

a- Le déni de grossesse total.

Parmi les différents types de déni de grossesse, il y a le déni total. Il s'étend de la conception de l'enfant jusqu'à l'accouchement, moment où la femme prend conscience qu'elle est enceinte. Lors d'un déni de grossesse total, les modifications

physiques et psychiques de la femme peuvent être mineures, entraînant alors son entourage et même le corps médical dans ce déni.

Ce n'est qu'au moment de l'accouchement que la femme constate qu'elle a été enceinte durant neuf mois. Cet accouchement qui est totalement inopiné a lieu dans des circonstances les plus diverses et peut conduire au décès du bébé. La venue de l'enfant entraîne donc un puissant choc émotionnel de la femme, qui n'était au courant de rien.

b - Le déni de grossesse partiel.

L'autre type de déni de grossesse est le déni partiel. Dans ce cas, la femme prendra conscience de son état avant l'accouchement, parfois tardivement, entre le cinquième et le huitième mois de grossesse. Et dès qu'elle aura connaissance de son état, les signes physiques caractérisant une grossesse « normale » apparaîtront : prise de poids, augmentation de la taille du ventre et des seins...

L'accouchement a alors lieu dans des conditions normales.

c - Le déni de grossesse psychotique.

Il existe un troisième type de déni de grossesse mais c'est la seule fois où je l'aborderai dans ce dossier car il est plus spécifique. C'est le déni psychotique de grossesse. Il survient chez des femmes présentant une psychose chronique. La désinstitutionnalisation des patients psychotiques depuis environ 30 ans leur a permis d'accéder à une vie de couple ; cependant, la plupart de ces femmes n'utilisent pas de contraception malgré leur non désir d'enfant.

Ces grossesses surviennent, également, souvent dans un contexte économique et social très fragile.

C - Grossesses adolescentes : différencier déni et dissimulation

Les grossesses adolescentes sont souvent des grossesses de découverte tardive.

La maternité chez une femme adolescente semble parfois générer une réprobation sociale ; elle apparaît contraire à des normes véhiculées par notre société.

L'adolescente aurait, dans cette logique, « *transgressé un interdit* », non pas celui de la relation sexuelle, mieux accepté actuellement, mais celui de la grossesse.

L'adolescente enceinte est, parfois encore, marginalisée et exclue du groupe familial. La maternité adolescente, encore souvent perçue comme une « *incongruité* », peut entraîner une exclusion familiale et sociale.

Une circulaire de l'éducation nationale souligne le fait que l'état gravide ne justifie pas son exclusion scolaire, ni un refus d'accueil ultérieur dans l'établissement.

Ces grossesses adolescentes peuvent être des grossesses à risques car elles sont susceptibles d'être déniées. En effet, beaucoup de diagnostics de grossesses ne sont portés qu'au troisième trimestre et 10% ne sont découvertes qu'à terme (4). Malgré l'existence des symptômes de grossesse et des modifications physiques de l'adolescente, la possibilité d'une grossesse peut ne pas être évoquée par la jeune fille ni même par ses proches.

L'adolescence est une période où le corps se transforme et où le psychisme évolue ; la jeune fille est en pleine phase d'identification. Ceci peut en partie expliquer un certain nombre de déni car l'adolescente confond symptômes de grossesse et changements corporels dus à la puberté. Un des mécanismes semble alors être la méconnaissance et la confusion de ces changements corporels, attribués à la puberté. Mais l'ignorance ne suffit pas à expliquer ce retard de diagnostic.

La grossesse peut ne pas être déniée par l'adolescente mais plutôt dissimulée (la grossesse adolescente semble souhaitée dans 50% à 75% des cas, et serait la conséquence d'un acte réfléchi). La jeune fille craint la réaction négative de sa famille à l'annonce de la grossesse. Elle préfère donc la dissimuler et la différer.

L'adolescente a conscience qu'elle est enceinte mais elle veut éviter les conflits que cela pourrait engendrer avec ses parents. Ceci entraîne une déclaration tardive, une grossesse mal suivie (deux tiers des adolescentes de moins de 15 ans n'ont aucun soin prénatal durant le premier trimestre), une situation de secret. Elle manifeste également le désir inconscient de ne pas savoir.

II - Historique d'un point de vue médicale

Le terme de déni est d'utilisation assez récente. Cependant, la réalité médicale qu'il constitue a été observée de longue date.

Dès le XIX^{ème} siècle en effet, le Dr Marce, élève d'Esquirol observe que certaines femmes hospitalisées pendant leur grossesse n'ont pas conscience d'être enceintes (5). Il n'est pas indifférent de constater que cette observation a été faite par un disciple de Jean-Etienne-Dominique Esquirol, qui, avec Philippe Pinel figure parmi les fondateurs de la psychiatrie en France. Jusqu'à eux, les maladies mentales étaient assimilées à de la simulation ou à des conduites délictueuses (et antérieurement encore, à de la sorcellerie). Les malades étaient emprisonnés, enchaînés (au sens propre), battus. Esquirol et Pinel réussirent à mettre fin aux violences les plus brutales, que les malades mentaux subissaient. Mais on mesure encore aujourd'hui sur ce plan que du chemin reste à parcourir ! Si le Dr Marce avait vu juste, son point de vu fut contesté par les tenants d'une médecine rétrograde qui ne voyaient dans le déni qu'une « *dissimulation* » (Tardieu, 1874).

Malgré ces obstacles, le concept de « *grossesse inconsciente* » selon les termes de Gould (1898) continue de s'imposer auprès de tous ceux qui étudient soigneusement la question.

A partir de 1970, la littérature médicale rapporte régulièrement des cas cliniques de jeunes femmes ayant méconnu leur grossesse. Les médias en font l'écho lorsque le déni de grossesse conduit à un infanticide. Ainsi, l'amélioration des conditions socio-économiques, des méthodes anticonceptionnelles, de la prise en charge des femmes enceintes médicalement et socialement, ont permis de dégager le concept de psychologie de maternité. On a commencé progressivement à s'interroger sur les grossesses ignorées par la femme elle-même et sur ses conséquences, dont l'infanticide.

Avec les progrès de la psychiatrie, le concept de « *déni de grossesse* » apparaît donc à partir de 1970. Il tend à s'affirmer comme une entité nosographique, c'est à dire comme une maladie au même titre que toutes les autres connues en psychiatrie. C'est ainsi que dans les années 1990, des spécialistes internationaux proposent qu'il figure dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM), « *bible* » de la nosographie psychiatrique , alors en révision.

Cette proposition n'a pas été retenue, mais les travaux menés depuis vont dans le sens de la spécificité de cette entité psychopathologique. On peut penser que le déni entrera dans le DSM lors d'une de ses prochaines révisions.

III - Statistiques

A - Fréquence du déni

Selon les différentes études, le déni de grossesse (partiel ou total) touche deux à trois femmes enceintes pour mille. D'après les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), au cours des dix dernières années, il est né un peu plus de six millions d'enfants en France. Ce sont donc de 600 à 1800 femmes qui sont victimes de ce syndrome chaque année. La moitié présente un déni total.

On peut d'ailleurs estimer qu'en France 12 000 à 36 000 femmes ont souffert de ce syndrome au cours des vingt dernières années.

De tels chiffres, font du déni un problème de santé publique.

B - Le déni de grossesse : un problème de santé publique

Le déni de grossesse constitue une question émergente de santé publique. Bien qu'il commence à être assez largement documenté sur le plan obstétrical et psychiatrique, bien que, en particulier, les travaux du Professeur Christophe Brezinka et du Docteur Jens Wessel- (corroborés depuis par l'ensemble des travaux épidémiologiques publiés dans le monde) - aient établi son incidence à environ 1 cas sur 450 grossesses (ce qui situe le déni de grossesse bien au-dessus des principales pathologies obstétricales graves ; Cf. éclampsie : 1/2500 grossesses), le déni de grossesse continue à être méconnu de nombreux professionnels (quand il n'est pas totalement inconnu) et aussi ignoré des politiques de santé publique.

Ce sont finalement des cas statistiquement marginaux mais dramatiques sur le plan humain (ceux qui se sont soldés par le décès du nouveau-né) qui ont attiré l'attention

de l'opinion publique sur ce sujet. Et, s'il y a, bien entendu, des chercheurs et des praticiens qui travaillent de longue date sur le sujet - l'équipe du Dr Michel Libert, celle du Professeur Nisand - équipes qui ont déjà produit un corpus de connaissances solides, c'est l'action de l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse (AFRDG) qui a commencé à donner à cette importante question sa visibilité sociale et à la faire émerger comme ce qu'elle est : une réelle question de santé publique.

Cette association a une action multiple, à la fois auprès des femmes concernées, en direction des pouvoirs publics, mais aussi auprès des médias.

C'est grâce à elle qu'a pu avoir lieu en octobre 2008, le premier colloque français sur le déni de grossesse. Les perspectives en étaient multiples. Elles concernaient à la fois la recherche médicale et la santé publique, et cela dans les domaines les plus variés (épidémiologie, obstétrique, néonatalogie, psychiatrie...) car de nombreuses questions demeurent autour du déni de grossesse.

Mais au-delà de ces champs, le déni interroge également les sciences sociales, le droit, et bien sûr l'éthique.

DEUXIEME PARTIE

IV - Caractéristiques des femmes concernées par le déni de grossesse

A - La femme

L'idée fausse circule, qui est que le déni de grossesse touche les jeunes femmes adolescentes issues de milieux défavorisés, ou des femmes « *dérangées* » psychiquement, ou encore socialement démunies.

Une étude française prouve le contraire (6).

En effet, cette étude récente fut menée pendant sept ans auprès de 2550 femmes ayant été hospitalisées dans les maternités de Denain et Valenciennes. Il a été observé et décrit 56 cas de déni qui se partagent pratiquement à égalité entre ceux qui prennent fin avant le terme de la grossesse (« *déni partiel* ») et les dénis qui se poursuivent jusqu'à l'accouchement (« *déni total* »: 29 cas). Cette étude fait surtout ressortir que près de la moitié des femmes victimes d'un déni est déjà mère d'un ou deux enfants (26 femmes sur les 56 étudiées, dont 11 parmi les 29 femmes présentant un déni total). Le fait d'être déjà mère ne protège donc pas contre le déni, et ne permet pas à la femme de « *reconnaître* », d'avoir conscience de son état de grossesse.

Autre information de poids : tous les milieux sociaux sont concernés. Cette étude montre que le déni n'a pas une explication « *sociale* » (misère) mais est répartie au hasard de la population.

L'âge moyen est de 26 ans, mais, les femmes concernées vont de 14 à 46 ans.

Leur corps ne présente pas de signe de grossesse. L'aménorrhée est absente ou transitoire (il y a des règles ou des saignements génitaux pendant la grossesse). Elles ne sentent pas bouger le bébé. Elles n'ont pas pris de poids ou pratiquement pas.

Des exemples significatifs sont rapportés dans cet article comme celui de cette femme, militaire de carrière, arrivée à terme, qui déclare que non seulement elle n'a éprouvé aucun des signes qu'elle avait ressentis lors des deux grossesses précédentes (elle en est donc à sa troisième grossesse) mais surtout, qu'elle ne peut être enceinte puisqu'elle n'a pas pris de poids et « *est rentrée* » dans son treillis habituel jusqu'à l'accouchement.

Le déni ne touche donc pas une population « type » que l'on pourrait déterminer.

B - L'entourage

Ce qui est surprenant dans le déni de grossesse, c'est que la future mère n'est pas la seule à ne pas être consciente de son état. On aurait tendance à croire que les proches, la famille, et surtout, le mari, remarqueraient, au bout d'un certain temps, que la femme est enceinte. Mais il n'en est rien. Personne n'est alerté, personne ne se doute de quelque chose.

Il n'y a aucun signe physique, aucun changement d'humeur chez la future mère pour alerter qui que ce soit. En même temps, cela se comprend assez bien : la femme n'ayant elle-même aucune raison de penser qu'elle pourrait être enceinte, l'entourage non plus.

Mais, cette contagion du déni va encore plus loin : même le corps médical se voit frappé d'invisibilité.

C'est ce que nous explique Gaëlle Guernalec-Levy : « *Au-delà de la cécité involontaire du conjoint et de l'entourage proche, il y a celle du corps médical. Elles sont nombreuses à raconter avoir passé une visite médicale annuelle dans le cadre de leur activité professionnelle, à six ou sept mois de grossesse, auprès d'un médecin qui ne décèle rien. Un grand classique aussi, le diagnostic de colites néphrétiques posé pour des femmes qui sont en plein travail. En général, lorsque la poche des eaux se rompt, le praticien revoit son premier jugement* ». (7)

Comment se fait-il que les médecins ne se rendent compte de rien ? A croire que le déni de grossesse ne soit pas intégré chez tous les praticiens.

Ce n'est pas un sujet répandu, et le manque d'informations ne favorise pas la prise de conscience de la réalité de l'existence du déni de grossesse.

V - Éléments pouvant provoquer un déni de grossesse

Le déni de grossesse est multifactoriel. Il n'y a pas vraiment d'études approfondies qui ont été menées pour en déterminer toutes les causes. On ne peut définir de profil particulier des femmes susceptibles de développer un déni de grossesse.

La grossesse est une étape importante dans l'accès au statut de femme et renvoie à deux principaux désirs : celui de la grossesse, et celui d'avoir un enfant.

Désir de grossesse et désir d'enfant ne sont pas toujours corrélés, et se réalisent à un niveau inconscient chez la femme.

A - Désir de grossesse

Le désir de grossesse renvoie à l'image mentale de la fonction reproductrice. La femme vérifie ses capacités de fécondité, surtout si elle a bénéficié d'une contraception prolongée. Elle souhaite s'assurer de l'intégrité de son corps et de son bon fonctionnement sur le plan physiologique (8).

Le déni de grossesse peut provenir du fait que la femme, inconsciemment, souhaite un enfant mais refuse toutes les modifications sociales ou professionnelles que va entraîner sa grossesse. Le déni peut alors permettre à la femme de continuer ses activités comme si elle n'était pas enceinte. Il permet également à la femme d'éviter les transformations physiques et les symptômes de la grossesse (nausées, vomissements...).

Ce déni est généralement levé au bout du quatrième ou du cinquième mois, lorsque la mère commence à ressentir les mouvements fœtaux et surtout accepte de les reconnaître comme tels. Elle va alors consulter un médecin afin qu'il lui confirme sa grossesse.

Les médecins émettent comme hypothèse que la femme, inconsciemment, sait qu'elle est enceinte mais refuse de l'admettre tant que sa grossesse se passe correctement. Dans ce cas de déni, l'enfant est en général bien accepté car, malgré le déni de grossesse, la mère avait un réel désir d'enfant.

B - Désir d'enfant

Le désir d'enfant qui peut paraître comme le sentiment le plus naturel et le plus universel est en réalité un processus complexe.

Le désir d'enfant est lié à des caractéristiques individuelles et culturelles.

Le désir d'enfant serait un désir féminin en soi.

Le désir d'enfant sous entend d'autres envies, notamment celle de donner un enfant à l'homme qu'on aime, de s'accomplir dans sa féminité, de continuer la filiation et de trouver une identité dans ce statut de mère.

Le désir d'enfant est quelque chose qui se construit, ce n'est pas inné. Selon Sophie Marinopoulos, « *La maternité n'est pas instinctive mais historique. En effet, elle prend sens dans la construction de l'histoire de l'enfant, dans des repères de filiation où père et mère occupent des places centrales* » (9).

C'est durant l'enfance que vont se jouer les enjeux de la maternité psychique à venir. C'est à ce moment-là que le sujet développera des ressources qu'il utilisera dans ses rapports aux autres mais également des défenses qui pourront, ultérieurement, prendre la forme de déni lors d'une grossesse.

Etre mère ne va pas de soi, cela remet en cause l'histoire de la jeune mère avec sa propre mère. Chaque future mère porte son enfant mais elle porte également en elle, l'enfant qu'elle a été, accompagnée des parents qu'elle a eus et intériorisés. Le déni peut alors apparaître en raison de l'altération, par la future mère, de son identité maternelle et féminine.

L'ambivalence du désir d'enfant est présente chez toutes les femmes dont la grossesse débute mais cela disparaît généralement lorsque la femme ressent les premiers mouvements de son bébé. Cependant, si ce conflit psychique continue, la femme peut alors commencer un déni de grossesse. Dans ce cas, le déni de grossesse est généralement levé lorsque la femme prend conscience qu'elle va accoucher. Quand un enfant n'est pas pensé par son parent, il « *décède* », ce qui peut engendrer une fausse-couche ou la naissance d'un enfant mort.

Cependant, je vais essayer de définir certains facteurs pouvant déclencher un déni de grossesse et montrer l'influence que peut avoir le contexte socioculturel et familial dans le développement d'un déni de grossesse.

VI - Les facteurs du déni de grossesse

Les femmes victimes d'un déni de grossesse sont comme vous et moi. Mais alors pourquoi certaines sont-elles des cibles potentielles à ce genre d'événement ? Qu'ont-elles de si singulier qui pourrait nous permettre de comprendre et d'expliquer ce phénomène pour le moins insensé ?

Il reste difficile d'essayer d'établir des causes communes aux différents cas de dénis qui existent, d'autant que les situations, les personnalités, et les manières d'appréhender la découverte du déni sont très disparates d'une histoire à l'autre.

D'après Gaëlle Guernaec-Levy, il y aurait plusieurs pistes à envisager. (3).

A - Déni de grossesse à la suite d'une agression sexuelle

Une grossesse survenant à la suite d'une agression sexuelle (viol ou inceste) est toujours difficile à accepter pour la victime. Elle porte en elle un enfant qu'elle n'a aucunement désiré. Elle peut alors demander une Interruption Volontaire de Grossesse en urgence (IVG).

Si le délai légal de l'IVG (c'est à dire avant la fin de la 14^{ième} semaine après le premier jour des dernières règles) est dépassé, la victime peut avoir recours à une Interruption Médicale de Grossesse (IMG). Cependant cette IMG n'est possible que si la grossesse menace la santé de la mère, si elle a par exemple développé une névrose post-traumatique à la suite de l'agression et que cette névrose s'aggrave avec la grossesse. Dans le cas où la grossesse se passe bien, la victime n'a aucun recours pour interrompre sa grossesse après le délai légal pour une IVG ;

La victime peut alors entrer dans un processus de déni de grossesse. La femme, par honte ou culpabilité, ne se confie ni à son entourage, ni à son médecin. Le déni lui permet d'enlever de sa conscience le traumatisme et sa conséquence, la grossesse étant considéré comme un « *traumatisme additionnel* ». Lorsque sa grossesse survient à la suite d'un inceste, la victime préfère se taire et, inconsciemment, dénier sa grossesse pour ainsi protéger ce secret familial ;

D'après Catherine Bonnet, psychanalyste et psychiatre, le déni a bien souvent pour origine des traumatismes sexuels récents ou des maltraitances de l'enfance (maltraitance physique, sexuelle ou émotionnelle). Elle explique que la grossesse vient alors réactiver le traumatisme subi par la mère. Catherine Bonnet parle

d' « *enfant impensable* ». Ne voulant pas revivre ce traumatisme, la femme préfère dénier cette grossesse qui lui rappelle trop de souffrances.

B - Déni de grossesse et stérilité

Une grossesse peut survenir chez une femme se pensant stérile ; la femme a essayé pendant des années d'avoir un enfant mais elle n'y est jamais parvenue. Elle est donc convaincue de sa stérilité et du fait qu'elle ne sera jamais enceinte. Lorsque finalement la femme est enceinte, elle peut commencer un déni de grossesse qui viserait, inconsciemment, à la protéger d'une nouvelle déception. Elle a déjà trop souffert de ces échecs précédents et ne veut plus que cela se reproduise.

Autre explication possible, elle est dans l'incapacité d'interpréter les signes de grossesse comme tels.

C - Déni de grossesse et contexte socioculturel et familial

Une femme peut développer un déni de grossesse en raison du poids des traditions familiales. Si la femme est enceinte hors mariage, cela peut être très mal perçu par sa famille. La femme peut alors développer un déni pour se protéger du rejet de sa famille.

Cela peut également se produire si la femme pense que son conjoint va la rejeter car cette grossesse n'était pas planifiée.

Le déni de grossesse peut aussi faire en sorte de « *masquer* » un bébé conçu lors d'une liaison extraconjugale. La grossesse, vécue comme une preuve de trahison, de péché et d'amoralité, est donc considérée comme impossible. Découverte souvent trop tard, lorsqu'il n'est plus possible d'avorter, elle fait l'objet d'un conflit intérieur impossible à résoudre, sauf par le déni.

Le déni de grossesse peut survenir chez des femmes ayant déjà eu plusieurs enfants et qui n'en veulent plus. L'enfant à naître serait considéré comme « *le bébé de trop* ». Ce sont souvent des femmes qui n'ont pas eu vraiment le temps de vivre leur vie de femmes. Elles sont passées du foyer parental au domicile conjugal très rapidement et ont, en quelque sorte, toujours eu le charge de quelqu'un (frère, sœur, puis enfant). Elles n'ont jamais été juste des femmes, ne se sont jamais occupées d'elle.

VII - Le déni de grossesse, symptômes psychiques et physiques

A - Quels sont les symptômes physiques lors d'un déni

La plupart des modifications corporelles et hormonales sont absentes ou très faibles. S'il y en a, la femme les attribue à des causes autres que la grossesse. C'est donc l'absence de la prise de conscience de la transformation du corps.

Les signes sympathiques de la grossesse (l'asthénie, les nausées, les vomissements, la somnolence, la prise de poids...) sont rarement éprouvés par la femme enceinte.

L'aménorrhée secondaire n'est pas prise en compte par la femme, elle décrit souvent la présence de métrorragies régulières attribuées à des menstruations (= écoulement sanguin des voies génitales survenant en dehors des règles). De plus, elle ne ressent pas d'augmentation du volume des seins, ni de tension mammaire.

Parfois, il y a une très faible augmentation du volume abdominal (pas de changement de taille de vêtements), et la femme méconnaît les mouvements fœtaux, elle ne sent pas bouger le bébé (si c'est le cas : elle pense qu'il s'agit du péristaltisme digestif = contractions musculaires permettant la progression du bol alimentaire de la bouche au rectum).

Lorsque la femme apprend qu'elle est enceinte, cela provoque un effet immédiat sur le corps. Peu à peu, le ventre s'arrondit et commence à apparaître certaines transformations corporelles. Le corps laisse place à l'enfant, la femme se l'imagine et le ventre prend forme comme si de rien n'était. La future mère et ses proches sont alors consternés. C'est une grossesse qui semble naître à l'instant.

B - Quels sont les symptômes psychiques mis en jeux lors d'un déni ?

Il faut neuf mois à une femme pour créer le lien mère-enfant qui est essentiel à la construction psychologique de l'enfant. Les femmes victimes de déni de grossesse n'ont pas ce temps pour se préparer.

Dans le cas du déni de grossesse, l'enfant à naître va être pauvre dans l'imaginaire de la mère de l'enfant et peu construit. L'enfant réel sera ici peu investi. En effet, la mère qui n'a pas conscience de son état, ne s'imaginera donc pas son futur enfant. Ce dernier va se développer en secret et le psychique de la mère ne saura rien de

cet autre petit humain qui vit en elle. Il n'y a donc ici aucune adoption psychique possible.

Les muscles de la paroi abdominale sont contrôlés par le cerveau, ainsi que la silhouette musculaire. Lors d'un déni de grossesse, on assiste à une lutte inconsciente contre la paroi abdominale, suite à tout cela elle devient plus dure.

Pendant le déni, la femme ne voit pas ce qu'elle devrait voir. Ceci est difficile à comprendre, cependant on retrouve ce comportement dans de nombreuses situations.

Je prends l'exemple des parents d'un enfant addict, ils ont les preuves sous les yeux (symptômes...). Cependant ils le déniaient inconsciemment en trouvant des excuses. L'expression qui définit le mieux cette situation est « *se voiler la face* ».

L'inconscient a ses raisons, très diverses, souvent la peur ou la souffrance sont au cœur de tout cela. Ce qui est important c'est de ne pas confondre dissimulation ou déni.

Le déni est considéré comme un trouble psychique, elles ne cachent pas être enceintes, elles n'en ont pas conscience.

Une dissimulation, c'est le savoir et ensuite le cacher.

Ces femmes sont enceintes certes, elles ont un enfant dans le ventre cependant, il n'existe pas dans leur psychisme. Le déni est un mécanisme de défense, une occultation. Le psychisme « *dit* » au corps de ne pas se modifier.

La femme n'accepte pas son état gravide, elle veut un enfant, mais elle refuse inconsciemment toutes modifications corporelles, sociales et professionnelles.

Le déni permet alors de résoudre ce conflit intrapsychique. Elle attend un enfant sans subir les désagréments de la vie quotidienne.

À la levée du déni, la femme a un grand sentiment de culpabilité. Elle pense avoir mis la vie du fœtus en danger. La femme se dévalorise et s'identifie à une « *mauvaise mère* », car elle n'a pas su reconnaître la présence du fœtus in utéro. Il importe de la rassurer.

Plusieurs mécanismes inconscients de défense (FREUD, 1995) sont en jeu tels que :

Le déni : la femme évacue les affects, les pensées et les désirs liés à la grossesse qui sont considérés comme dangereux pour évacuer l'anxiété.

La dénégation : la femme est dans l'incapacité à gérer l'ambivalence du désir ou du caractère insupportable de la représentation de l'enfant à naître (sentiments qui ne peuvent être admis à la conscience).

« Non ! Je ne suis pas enceinte. »

« Je ne me suis pas rendu compte que j'étais enceinte. »

« J'ai bien pensé que j'étais enceinte, mais je n'y ai pas cru. »

« Je savais que j'étais enceinte, mais je n'y pensais pas. »

La rationalisation : la femme attribue les transformations corporelles à toute autre chose qu'à la grossesse :

« J'avais pris du poids, je pensais que j'étais en train de devenir grosse. »

« Je pensais que je débutais une ménopause précoce. »

L'annulation : la femme a connaissance de sa grossesse et espère secrètement que quelque chose va intervenir pour la faire disparaître : mort, accident, avortement...

important que d'habitude. Et quand elle perçoit les mouvements de l'enfant, pour elle ce sont des problèmes gastriques ou d'autres symptômes qui entraînent son entourage, aussi bien personnel que professionnel dans son déni avec elle.

B - Le père

Le père est présent dans 50% des cas, selon les études.

Le futur père est sous le choc de l'annonce, se sentant trahi par sa femme puisqu'il refuse de croire que sa femme ne se savait pas enceinte. Les dénis de grossesse partiels ou même totaux créent un climat de doute, de suspicion et de perte de confiance en soi et en l'autre.

Le père n'arrive pas à comprendre que sa femme ne se savait pas enceinte puisque pour lui, la transformation du corps est la preuve qu'elle aurait dû « *se sentir enceinte* ».

Le père en veut à la mère mais non au bébé. Pour lui, cet enfant est innocent dans tout ça, c'est la femme qui est fautive. En effet, comme le dit le professeur Israël Nisand, la plupart des pères rencontrés n'étaient pas contre l'arrivée d'un enfant et pensent que leurs femmes leur ont volé le moment de cette grossesse qu'ils auraient aimé vivre avec leurs femmes.

De plus, le père se sent coupable de ne pas avoir vu que sa femme était enceinte. L'incompréhension de l'entourage vient également se poser sur lui. En effet, beaucoup pensent que si le père n'a rien vu, c'est que lui et sa femme n'ont plus d'intimité et qu'il ne regarde plus sa femme. Le regard des gens le rend d'autant plus mal à l'aise.

Pour toutes ces raisons un suivi psychologique est proposé également au père, afin qu'il comprenne ce qu'est un déni de grossesse. Cela peut éviter la séparation du couple. En effet, beaucoup de pères acceptent l'enfant mais n'arrivent pas à dépasser ce qu'il prend lui pour une trahison et cela peut entraîner la séparation du couple. Même si cela reste rare, la séparation peut être l'une des conséquences d'un déni de grossesse.

C - La famille

La famille a la même réaction que le père. Elle se sent bernée et ne comprend pas comment elle a fait pour ne pas voir sa fille, sa sœur, sa cousine, ou sa belle-sœur enceinte. Elle pense dans un premier temps que cette femme a volontairement

dénis de grossesse). Cette affaire médiatique a levé le voile sur un événement peu connu, est beaucoup plus courant que ce qu'on pense.

Cette affaire nous montre la complexité du déni de grossesse et la suspicion qu'il peut engendrer. En effet, le père n'était pas au courant et ne pensait pas sa femme capable de pouvoir faire une telle chose.

Les juristes, aussi, ont beaucoup de difficultés à comprendre ce phénomène.

Cependant ce ne sont pas les seuls, de nombreux médecins ne comprennent pas le déni de grossesse et restent perplexes et suspicieux à l'égard des femmes l'ayant vécu.

IX - Comment se passe l'accouchement lors d'un déni ?

L'accouchement pourrait se définir comme la finalité d'une grossesse tant attendue par toutes les futures mères. L'accouchement serait peut-être même un des plus beaux moments de la vie d'une femme, du moins quand l'enfant est désiré. Mais lors d'un déni, l'accouchement n'a plus du tout ce rôle, cette finalité, mais serait plutôt le début de quelque chose que l'on ne prévoyait pas du tout, une sorte de retour foudroyant à la réalité.

Darchis affirme que : « *Le choc de l'annonce est un trauma et ce peut être pour la future mère un véritable cataclysme ou le début d'une grande tempête psychique.* »(12).

Plusieurs solutions s'offrent à ces femmes.

A - L'acceptation

Suite à un déni de grossesse, la femme est dans une situation particulière au moment de l'accouchement. Lors d'un déni de grossesse total la femme doit accepter le fait d'avoir été enceinte, l'enfant est présent : elle doit choisir ce qu'elle doit faire. Elle n'a pas eu les neuf mois pour l'imaginer, s'imaginer avec, faire des projets de prénom...

Cependant, une fois l'enfant présent, elle choisit en règle générale de le garder, car ces femmes malgré ce déni ont toujours voulu un enfant, seulement le moment n'était pas propice. Une fois l'enfant présent elle l'aime, c'est une partie d'elle même, elle le garde. Régulièrement, le père reconnaît l'enfant malgré la situation du couple, ce qui favorise l'acceptation de cet enfant.

Les modes de « *garde* » suite à un déni partiel peuvent plus diverger. Aucune statistique n'existe cependant, on ne trouve que des constats professionnels rencontrant ces situations.

Lorsqu'un déni est levé relativement tôt (premier trimestre) la femme a beaucoup plus de temps pour se faire à l'idée, imaginer l'avenir avec cet enfant. Dans ces cas-là, la grossesse se déroule de manière « *classique* ».

Quand le déni est levé plus tard (vers six sept mois) lors d'une visite de routine chez un médecin par exemple, la femme finira normalement sa grossesse. Mais ce sont généralement ces femmes-là qui accouchent sous le secret.

Développer un déni de grossesse ne sous-entend pas que la femme n'est pas un désir d'enfant, de maternité, cela n'a rien à voir. Les professionnels estiment qu'une grande part de ces femmes accepte correctement l'enfant, le lien se fait rapidement. Peu d'entre elles acceptent un suivi psychologique afin de les aider à accepter la situation et l'enfant.

En effet, accepter son enfant ne veut pas dire que la femme a accepté le déni.

Très fréquemment, la femme qui garde son enfant et qui refuse une prise en charge psychologique peut avoir plus de difficulté à accepter le déni ; elle culpabilise, ne comprend pas pourquoi, a peur d'être une mauvaise mère même si elle garde cet enfant.

Dans certains cas elles refusent le suivi, car elles estiment qu'elles ne sont pas « folles », elles ne veulent plus entendre parler de ce déni, cela devient tabou. Elles ne voient pas l'intérêt car l'enfant est accepté au sein de la famille, le déni n'est qu'un détail.

B - L'abandon

Le choix d'abandonner son enfant n'est pas fréquent à la suite d'un déni de grossesse.

En effet, ce choix se retrouve essentiellement chez des femmes ayant eu conscience de leur grossesse au cours du deuxième trimestre de leur grossesse.

Ceci peut s'expliquer par le fait que ces femmes ont plus de temps pour prendre une décision. Elles peuvent, entre autres, se renseigner sur l'accouchement sous le secret, il n'est pas trop tard.

Une étude française confirme que les femmes ayant eu recours à l'accouchement sous le secret ont fait un déni de grossesse partiel de cinq, six ou sept mois.

Je ne parle pas d'avortement car bien entendu les délais sont dépassés pour recourir à cette solution.

Une autre raison qui explique que cette possibilité reste rare, est le fait que ces femmes ne sont, pour la plupart, pas contre l'envie d'avoir un enfant. Comme je l'ai expliqué précédemment, les causes entraînant un déni de grossesse sont très variées, et ces femmes peuvent avoir le désir d'enfant malgré tout.

Les neuf mois importants pour tisser le lien mère enfant n'étant pas présent, les mères peuvent se sentir incapables de le créer et préfère donc confier l'enfant à l'adoption. La cause de ce déni peut entraîner cet abandon.

fréquent que la situation, aussi inimaginable soit-elle, se solde par le décès du nourrisson. Ce cas constitue évidemment pour la femme un drame d'une extrême gravité. Les femmes confrontées brutalement au terme de leur grossesse au corps de leur enfant, ne le considèrent pas comme un être, mais comme une chose et à ce titre commettent le pire : le néonaticide. Le choc émotionnel provoqué par la naissance étant trop lourd à porter, la mère cacherait le bébé mort dans un placard ou encore sous son lit.

Ces femmes gardent « *une part* » de l'enfant dans le but d'exprimer leur souffrance.

La mort de l'enfant peut être due au manque de soins à la naissance. En effet, la femme accouchant seule, et ne se sachant pas enceinte, est dans un état de sidération entraînant un manque d'actions ou bien des actions incohérentes.

Mais la plupart des bébés ne décèdent pas à la suite d'un acte volontaire de la mère, c'est à dire une action décidée de la mère ayant pour but d'entraîner la mort du nourrisson.

Pourtant, on parle de néonaticide dans ce genre de cas alors qu'il s'agirait plutôt de « *non-assistance à personne en danger* » (Gaëlle Guernalec-Levy, page 126), (11).

D'autres mères, elles, se libèrent de la présence non souhaitée de leur bébé en les jetant par la fenêtre. « *Pour celles-ci, les psychiatres mettent en avant, l'orage émotionnel qui survient au moment de l'accouchement, la sidération, la panique, la perte de contrôle.* » « Gaëlle Guernalec-Levy, page 127), (11).

A ce jour, la compréhension de ce phénomène est encore difficile.

X - Que dit la loi dans les pays occidentaux, et plus précisément en France ?

La médiatisation de l'affaire Courjault, également surnommée « *l'affaire de bébés congelés* », montre à la France entière qu'il existe bel et bien des dénis de grossesse suivis d'infanticides.

Selon les informations, pendant sa garde à vue, du 12 octobre 2006, Véronique Courjault sera mise en examen après avoir tué trois de ses enfants peu après leurs naissances, dont un qu'elle aurait brûlé. D'autres femmes seront quant à elle laissées en liberté pour des faits semblables.

Les suites judiciaires des mères ayant provoqué un infanticide seraient donc très aléatoires et incertaines pour des faits similaires. En effet, la loi française reste très floue sur les peines encourues dans le cas d'un infanticide. Il n'y a pour le moment encore aucune décision pénale qui fasse l'objet d'une jurisprudence.

Le terme d'infanticide a actuellement disparu du nouveau Code pénal. Du coup, aujourd'hui, une mère qui tue son enfant à la naissance rentre dans le cadre d'un meurtre « *basique* ». Le meurtre est puni par l'article 221-1 du Code pénal qui stipule « *le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre, il est puni de trente ans de réclusion criminelle* », et pour la préméditation c'est l'article 221-3 : « *le meurtre commis avec préméditation constitue un assassinat, il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.* ».

Avec toutes ces histoires qu'il y a eu dans les faits divers ces derniers temps, il y a eu beaucoup de débats à propos du fait qu'il n'y ait pas de dispositions spécifiques pour les infanticides dans le Code pénal. Je rappelle que l'infanticide était présent dans le Code pénal de 1810, mais il a été supprimé par la réforme de ce dernier en 1992.

Mais alors, avec une loi si peu précise sur le sujet, quelles sont les suites judiciaires les plus courantes ?

Selon Gaëlle Guernalec-Levy : « *elles sont considérées comme pénalement responsables. Elles sont poursuivies pour homicide volontaire sur mineur de moins de quinze ans et risquent la réclusion à perpétuité. Dans les faits, aux assises, elles sont acquittées ou condamnées à une peine qui couvre la détention provisoire, où elles sont placées 24 ou 48 heures après l'accouchement...* »

« De nombreux experts psychiatres posent comme une évidence l'inanité du recours à la prison pour des femmes qui ne sont pas dangereuses, qui présentent un risque de récidive quasi nul et qui ont besoin d'un intense suivi psychiatrique. Leur mise sous écrou quelques jours à peine après leur accouchement, alors qu'elles ont failli elles-mêmes mourir d'une grave hémorragie, s'apparente au mieux à de l'ignorance, au pire, à de l'acharnement. ».

Il semblerait fort judicieux pour la mère qu'elle ne soit pas emprisonnée après avoir subi un tel choc émotionnel, mais qu'elle soit plutôt suivie psychologiquement pour qu'elle puisse parler de son traumatisme. Le législateur en France ne pense malheureusement pas de la même façon. Il faudrait arriver à faire évoluer les mentalités, qu'on ne parle pas de meurtre, mais de souffrance et d'incompréhension psychique entraînant la mort.

La réponse judiciaire serait donc inadéquate. Mais d'un autre côté, l'incarcération permettrait à la mère de se retrouver face à la réalité, de comprendre les conséquences de son acte.

Les psychiatres, comme les législateurs ont des points de vue très différents, voire opposés entre eux. Certains pensent que l'incarcération aurait un aspect *« bénéfique »* (Massary B. citée par Guernalec-Levy, page 216) pour la mère. D'autres disent que *« ces femmes vont en prison, car il faut bien satisfaire l'opinion publique. Au plan médical et social, ça ne résout rien. Le prix que ces mères paient est de toute façon beaucoup plus lourd que n'importe quelle peine de prison »* (Schneider B. citée par Guernalec-Levy, page 217).

A ce jour, donc, le déni de grossesse n'est pas reconnu par la justice, les peines appliquées actuellement sont variables. Un constat peut cependant être fait, dans ces affaires juridiques les hommes (pères) ne sont pas poursuivis ou sont relaxés.

Afin de lutter contre ces peines variables, l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de grossesse intervient à travers toute la France et explique le plus clairement possible cette maladie et ce qu'elle engendre au niveau psychique.

TROISIEME PARTIE

XI - Situation rencontrée

Nous avons constaté que le déni de grossesse est un phénomène beaucoup plus courant qu'on ne l'imagine. Il fait parler de lui dans des situations très compliquées telles que celles de néonaticides. Avec cette médiatisation le sujet est étudié de plus près, on lui porte une nouvelle attention.

La découverte tardive d'une grossesse n'est pas simple, et malgré une information plus conséquente, il reste évident que tout se joue dans le psychique de la future mère, et particulièrement dans son inconscient. Le déni de grossesse est un sujet vaste et passionnant, bien que ses mécanismes de mise en œuvre restent assez flous.

Cela corrobore mon questionnement mené auprès de cette jeune fille, Emma, reçue au centre de planification dans lequel je travaille.

A - Première rencontre avec Emma

Emma est une jeune fille de 13 ans, bientôt 14 dans 4 mois. Elle se présente à moi, accompagnée de son copain, Julien, âgé de 17 ans et de sa mère. Elle dit vouloir me rencontrer car elle est inquiète, elle a un retard de règles de 15 jours. Je la reçois seule en entretien, laissant son copain et sa maman en salle d'attente.

Après m'être présentée et présenter les règles de fonctionnement du centre de planification, je reformule la demande d'Emma tout en instaurant un climat de confiance et en exprimant le souhait qu'elle m'en dise plus, dans un respect de confidentialité.

Emma a un retard de règles de 15 jours, elle aurait dû les avoir en début de mois, « *comme les autres fois* » me dit-elle. Elle a des cycles réguliers, a été réglée la première fois elle avait 10 ans. Elle a des rapports sexuels protégés avec son copain sauf une fois mais ça remonte à plusieurs mois et depuis, elle a eu ses règles. Elle n'utilise pas de moyens de contraception. Elle a commencé cette histoire sentimentale avec Julien il y a 11 mois. Ils sont très amoureux. Elle est en cinquième et veut exercer plus tard auprès des enfants. Julien est en apprentissage qu'il termine dans trois mois. Ensuite, il cherchera du travail car ils ont pour projet de s'installer ensemble.

Emma vit chez sa maman. Ses parents sont divorcés. Elle a deux frères et une sœur mais qui ne vivent plus au domicile. L'entente au sein de la famille paraît bonne.

Emma est une jeune fille de corpulence normale, elle est vêtue d'un jean serré et d'un polo.

Je la rassure en lui disant que parfois on peut avoir du retard et vus ses rapports protégés et s'il n'y a pas eu rupture de préservatif, le test de grossesse devrait être négatif.

Emma me dit que si le test s'avérait positif, elle ne voulait pas de cette grossesse car trop jeune et avec d'autres projets en tête.

Je lui explique que pour l'instant, elle n'en est pas là, qu'il faut faire un test de grossesse et qu'en fonction du résultat, je serai là pour l'accompagner dans ses choix, dans ses décisions ; lui proposer un moyen de contraception si le test est négatif, lui donner toutes les informations et possibilités si le test est positif.

Je lui tends un test de grossesse urinaire, tout en lui confirmant qu'ensuite, on fera un test sanguin. Elle semble apaisée et esquisse un sourire.

De retour dans mon bureau, elle est effondrée, le test urinaire est positif.

Je lui laisse du temps, du temps pour prendre conscience du résultat, et lui propose de confirmer ce résultat avec une échographie de datation de grossesse. Elle veut sa mère et son copain à ses côtés ; Ils entrent, elle leur annonce le résultat. Nous prenons ensemble rendez vous pour l'échographie. Elle aura lieu le lendemain matin et je propose de la revoir en suivant.

B - Deuxième rencontre avec Emma

Emma ne vient pas au rendez vous donné, c'est sa maman qui est là devant moi. Elle est triste, effondrée en même temps, se sent coupable de ne pas avoir vu, ne comprend pas. Elle exprime de la colère contre Emma car avait discuté à plusieurs reprises avec Emma de contraception. Cette dernière avait fui la discussion, « *elle n'était pas prête à avoir une relation pour le moment* » lui avait-elle répondu.

L'échographie d'Emma révèle une grossesse de 31 semaines d'aménorrhée.

-« *Que faire ?* » me demande-t-elle.

-« *Ce n'est pas possible, elle n'a pas encore 14 ans, elle commence juste sa vie de jeune fille, elle ne peut pas être maman.* »

Il est important à ce moment là d'établir une relation de confiance avec cette femme complètement perdue et de ne pas se porter juge. Je valide ce qu'elle me dit et

demande à nouveau à rencontrer Emma pour ensemble apporter l'aide nécessaire et l'accompagner dans cette grossesse.

Je reçois à nouveau Emma deux heures après la rencontre avec sa maman. Julien est là aussi.

Je vois physiquement une autre jeune fille face à moi, une jeune fille enceinte de 7 mois, avec un ventre qui s'est arrondi, un bébé qui a pris sa place, qui ose se montrer.

Il semble que ce soit la reconnaissance par autrui qui autorise cette transformation corporelle et la reconnaissance de la grossesse.

D'emblée, Emma me parle d'IVG, me dit qu'il faut se dépêcher car elle ne veut pas de ce bébé.

J'ai pu rattacher un passage du livre « Geste d'Amour » de Catherine Bonnet (pédopsychiatre et psychanalyste) à ses propos :

« Ces femmes n'ont pas eu de mots pour décrire ce moment de stupeur, de stupéfaction, de surprise effrayante à la découverte inattendue du foetus. Cette confrontation a toujours été vécue de manière brutale. Le choc a parfois été si grand qu'elles se sont trouvées dans l'incapacité de compter les mois de grossesse et, en urgence elles se sont précipitées dans un centre de planification dans l'espoir d'obtenir encore une IVG ».

Je lui rappelle la loi par rapport à l'IVG, le délai légal pour avorter et que ce délai est dépassé dans sa situation. Je lui explique que je comprends que ce qu'elle vit, n'est pas facile car elle est, dans un premier temps dans une poursuite de ce déni en se disant que « *ce n'est pas possible, ce ne peut pas être elle, qu'elle ne peut pas être enceinte* ». Cependant je lui souligne que maintenant elle n'aura pas d'autres choix que d'accoucher, qu'elle peut envisager d'autres solutions pour l'avenir de ce bébé mais pas dans la précipitation.

Le fait de nommer et d'expliquer le symptôme du déni, comme un mécanisme de défense que chaque personne peut utiliser à un moment de sa vie pour se protéger d'émotions, de sentiments et de pensées complexes ouvre l'accès à un

travail psychique. Je dois amener Emma à accepter que, cette grossesse n'a pas d'autre issue que la naissance d'un enfant.

Mieux vaut anticiper que mettre sa vie en danger. Le soutien apporté peut permettre une certaine prévention de comportements maltraitants.

Je lui laisse le temps d'exprimer ses émotions, la possibilité de ne rien dire ou au contraire crier, l'aider à prendre conscience de son état affectif : quelles sont ses émotions, ses sentiments et quel sens y donner ?

Crainte, fierté, joie, panique, peur, honte, culpabilité...

Mon objectif à ce moment, c'est comment être la plus professionnelle possible, la plus aidante et la plus respectueuse dans l'intimité d'Emma ? Il est important pour moi d'ouvrir un espace de temps, un espace émotionnel, un espace de parole afin de faire émerger un sens à cette grossesse et de lui permettre de prendre place dans son histoire de femme, dans son histoire de couple.

La conseillère conjugale et familiale (CCF) ne doit pas vouloir contrôler la situation mais plutôt se positionner en tant qu'aide pour la personne, elle se doit d'être cohérente et compétente pour établir une relation de confiance.

Le désir ou non d'enfant, (conscient ou inconscient) pourrait être interrogé, comme le désir ou non d'être mère, celui du père de l'enfant, et sa place.

« On ne naît pas parent, on le devient. On doit donc parler de transition vers la parentalité. Si l'imaginaire qui conduit au désir de mettre au monde un enfant se prépare déjà durant la prime enfance et l'adolescence du futur parent, la période décisive où se met en place la capacité d'être parent se situe certainement durant la grossesse, et tout au cours des premiers mois de l'enfant. » (Gauthier Y., 1999), (13).

Je lui expose les différentes étapes que l'on va aborder ensemble et avec son copain, sa famille si elle le veut bien.

Comme le dit Gaëlle Guernalec- Levy lors d'une interview de mise au point en septembre 2007 :

« C'est tout un travail de reconstruction pour que la femme, lors du lever du déni de grossesse, arrive jusqu'à l'existence de cet enfant. L'accompagnement va être de soutenir beaucoup plus la grossesse psychique que la grossesse physiologique. Il faut un accompagnement soutenu. Pas simple car on a pour habitude quand le déni

est levé de bousculer la femme pour qu'elle mette son dossier grossesse à jour (déclaration de grossesse, examens sanguins,...). On n'a pas trop pour habitude de prendre ça comme un signal, un signal qui peut avoir des effets, des répercussions sur la fin de la grossesse, dans le lien parents enfant, dans le lien mère enfant, et à la naissance de l'enfant. On a tendance à banaliser le dernier trimestre de la grossesse. »

C - Quelles sont les différentes étapes à envisager pour Emma ?

Etape 1 : recherche d'informations

Echanges avec Julien, ses parents, les parents de Julien, puisqu'ils sont au courant de la grossesse, les professionnels et plus particulièrement la sage femme de PMI (Protection Maternelle Infantile), la gynécologue du centre de planification, les travailleurs sociaux...

Etape 2 : réflexion personnelle

Prise de conscience de son état affectif, celui de Julien, ce qu'elle sent, ce qu'elle ressent, par rapport à elle-même, Julien, son entourage familial, amical.

Pour l'aspect économique, quel sera l'impact d'un enfant sur son niveau de vie, sa qualité de vie, sa scolarité, en tenant compte de son environnement proche et d'éventuelles aides communautaires matérielles et pécuniaires.

D'un point de vue médical, dans quel contexte survient cette grossesse ? Est-ce qu'elle a une bonne condition physique ? Y-a-t-il présence d'une maladie particulière et d'un traitement particulier ? Quelles sont ses habitudes de vie, cigarettes, alcool..., son hygiène alimentaire (à 14 ans, elle est en pleine croissance) ? Son milieu de vie est-il propice au bon déroulement de la fin de sa grossesse ?

L'aspect moral représente la dimension éthique : les valeurs morales et les croyances religieuses. Quelle est sa définition de la vie ? : Quelle importance accorde-t-elle à la vie prénatale, post natale ? Quelles règles de conduite s'est elle établies ? Comment est-ce qu'elle se juge ?

L'aspect social correspond aux relations entretenues avec les gens qui l'entourent : Julien, amis, famille, classe sociale, milieu scolaire, voisinage... Quelles règles, normes, conventions sociales l'influencent, l'aident, ou la desservent.

Poser le diagnostic de déni de grossesse :

Permet d'établir un suivi de grossesse et prévoir les conditions d'accouchement dans le but de protéger l'enfant.

Prévient la détresse maternelle sociale et psychique, conduisant la femme à une négligence responsable de l'augmentation des risques de santé pour l'enfant.

Pour parler de la grossesse avec la future mère, ici avec Emma, car il s'agit d'un moment d'extrême fragilité psychique. En effet, la découverte tardive de la grossesse est traumatique et il est donc essentiel de ne pas quitter la femme à ce moment là.

La conseillère conjugale et familiale (CCF) doit être capable de mettre des mots sur les émotions, les sentiments, les pensées qui ont accompagné l'effacement du déni, afin d'aider la femme à briser le silence. Le fait de réaliser qu'elle n'est pas la seule à découvrir tardivement sa grossesse, diminue son sentiment d'isolement. Il ne faut pas oublier de la déculpabiliser sur le fait qu'elle découvre sa grossesse tardivement et que ce phénomène peut survenir chez n'importe quelle femme, à tout moment de la vie.

La prise en charge doit être adaptée et réalisée en fonction du rythme de son travail psychique. En effet, ce n'est pas à partir du moment où l'on nommera et expliquera le symptôme du déni, qu'elle débutera sa démarche psychologique.

Il faut lui laisser parler de l'enfant elle-même lors des premières entrevues. Ceci dans le but qu'elle se dirige spontanément et volontairement vers son bébé sans que ça lui soit imposé et si c'est son choix.

Elle doit se sentir reconnue, écoutée et soutenue dans le choix et la manière dont elle va entrer en contact avec son enfant.

Il est nécessaire d'établir une relation de confiance afin de faire accepter à cette dernière une prise en charge adaptée à son histoire. Pour cela, il est important de la

rassurer, de répondre à ses questions, de l'informer sur ses droits et d'envisager les solutions en fonction de sa situation et ses désirs.

La CCF doit évaluer la situation obstétricale, sociale, professionnelle, scolaire dans la situation d'Emma, la place du père, l'entourage affectif, le contexte dans lequel survient la grossesse et les facteurs de vulnérabilité préalables.

Cette anamnèse est adaptée à la situation et réalisée au moment le plus opportun afin de ne pas la culpabiliser.

Ainsi dès l'annonce de sa grossesse, dès le lever du déni, un suivi interdisciplinaire se doit d'être instauré. En effet, une collaboration étroite entre l'assistante sociale, la sage femme de PMI, l'équipe obstétricale de la maternité, la gynécologue du centre de planification s'impose.

Afin que la grossesse se poursuive dans les meilleures conditions, un suivi régulier de la grossesse lui ait proposé (avec la gynécologue du centre de planification ou à la maternité) mais toujours en fonction de ses souhaits.

Il faut que le réseau soit une ressource, la confiance est donc à construire pas à pas. Cela n'est pas facile car les situations de négligence prénatale génèrent des représentations négatives. Il faut donc établir une confiance relationnelle avec Emma pour assurer un véritable suivi et l'articuler à un réseau constructif.

Il faut également proposer un suivi psychologique, psychothérapie liant passé et découverte tardive de cette grossesse afin de permettre un avenir possible pour un autre bébé.

Etape 3 : Décision

Deux possibilités s'offrent à Emma : Accepter cette grossesse et par conséquent le bébé ou confier le bébé à l'adoption à l'accouchement.

➤ Accepter la grossesse et par conséquent le bébé

Qu'ils soient éthologues (Cyrulnik B., 1993), pédiatre (Berry Brazelton T., 1991) ou encore psychanalyste (Lebovici S., 1983), ils ont tous conclu que l'origine de la relation mère enfant prenait racine au cours de la grossesse.

D'après Cyrulnik B. (1993) « *Le monde embryonnaire n'est pas clos, il communique avec le monde extérieur. L'histoire du bébé commence bien avant sa naissance. Les interactions perçues par l'embryon participent à son développement.* » (14)

Selon Delfieu F. (1988), « *bien avant sa naissance, l'enfant partage avec sa mère le secret de la conception et le mystère de la fécondation. Une communication secrète s'établit entre eux, dont l'enfant gardera une mémoire enfouie dans l'inconscient, bien au-delà de sa naissance, peut être jusqu'à sa mort. Ce discours s'exprimera dans son histoire personnelle, dans son caractère même, comme un secret de famille* ». Ainsi, « *les attitudes et les sentiments de la mère peuvent laisser une empreinte définitive sur la personnalité de l'enfant à la naissance. C'est alors que l'on se rend compte de l'importance du rôle maternel : elle suscite, avant la naissance, l'élaboration et l'orientation de la personnalité de son enfant* » (Verny T., 1982). (15)

Plusieurs organismes peuvent accompagner les femmes, en particulier Emma, tant sur le plan matériel (aide financière, logement, couverture sociale...) que psychologique ou juridique. Il faut solliciter l'ensemble du réseau : Services sociaux du Conseil général, Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), Caisse d'Allocations familiales (CF), Service d'Aide à l'Enfance (ASE), le centre de planification avec la gynécologue et la conseillère conjugale et familiale.

Toutes ces informations sont données à Emma, en présence de sa maman car mineure et donc sous l'autorité parentale de sa maman mais tout en étant dans l'écoute, la confiance.

Si Emma décide de confier son bébé à l'adoption, elle sera accompagnée par l'ASE.

➤ Confier le bébé à l'adoption à l'accouchement

En 1638, Saint Vincent de Paul a créé « *l'œuvre des enfants trouvés* » pour lutter contre les infanticides et les avortements clandestins. On plaçait l'enfant dans une sorte de tourniquet dans le mur de l'hospice, et on sonnait une cloche pour avertir d'une nouvelle arrivée. Alors, quelqu'un à l'intérieur recueillait ce nourrisson. (16)

Dès 1793, la convention prend en compte la possibilité d'accoucher dans le secret. Une loi en juin 1904 instaure le système du « *bureau ouvert* » qui permet d'accueillir secrètement son enfant tout en lui indiquant les conséquences de l'abandon et la possibilité de secours.

Le gouvernement de Vichy a adopté une loi en septembre 1941 sur la protection de la naissance. Celui-ci organisait la prise en charge de la femme un mois avant et un mois après l'accouchement. Modifié en 1953 et 1959, ce texte devient l'article 47 du code de la famille et de l'aide sociale en 1986 puis l'article L.222-6 du code de l'action sociale et des familles.

Aujourd'hui lors de l'accouchement, la mère peut demander de garder secret son admission et son identité. (Loi du 8 janvier 1993). (17).

Les frais sont pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance du département. Les liens de filiation sont inconnus de la mère et l'enfant.

La mère a deux mois pour revenir sur sa décision de garder le secret (loi du 5 juillet 1996). Le père a les mêmes droits, dans la mesure où il connaît l'identité sous laquelle l'enfant a été déclaré.

Après ce délai, l'enfant devient adoptable. A la naissance le nouveau né reçoit trois prénoms (ils peuvent être choisis par ses parents), le troisième faisant office de nom en attendant une éventuelle adoption.

La loi fait obligation aux professionnels de tenir les femmes au courant de leurs droits et de prévoir un accompagnement psychologique et social.

Il est proposé à la mère d'établir un dossier dans une enveloppe cachetée où elle indiquera les éléments qu'elle souhaite transmettre à l'enfant : histoire, contexte de naissance, identité du père et de la mère... sachant qu'elle peut décider de lever le secret à tout moment.

Il sera gardé officiellement par le Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (loi de mai 2001), afin de mieux répondre aux droits des enfants (Convention Internationale des Droits de l'Enfant 20 novembre 1989).

A sa majorité, l'enfant peut légalement avoir accès aux informations laissées par ses parents, en suivant les procédures administratives : l'intervention d'un organisme neutre pouvant faciliter la prise de contact.

accès à sa demande ne pourra se faire que si ses parents de naissance ne s'y sont
formellement opposés.

Le choix a beaucoup évolué en France : 560 enfants par an sont nés sous le secret
en 2000 contre 10 000 par an il y a 20 ans.

Bien informée, il sera plus facile pour Emma de faire des choix en accord avec
elle-même, son copain, sa famille même si son projet de départ n'était pas de garder
la grossesse.

Le temps lui sera donné, nous prenons ensemble les différents rendez vous pour le
suivi de la grossesse. Son choix s'oriente vers l'obstétricien de la maternité avec un
suivi avec la sage femme de PMI. Je lui rappelle qu'à tout moment elle peut me
rencontrer si elle le désire pour échanger sur ses émotions, la grossesse, ses
inquiétudes, ses doutes, son choix, ses questionnements.

Emma accouchera par césarienne à 38 semaines d'aménorrhée d'une petite
fille qu'elle prénommera Camille. Elle a fait le choix de continuer avec elle.

Il est nécessaire, sur le plan psychologique de proposer systématiquement un suivi
régulier de façon progressive, adéquate et positive à Emma.

Il est essentiel d'évaluer sérieusement avec l'ensemble des professionnels de santé
la qualité de l'investissement affectif de Camille, de rester à l'écoute des signaux
émis par le bébé et de repérer l'ambivalence et la façon dont Emma l'élabore.

Il est nécessaire de favoriser la relation mère enfant en aidant Emma à devenir la
mère de Camille qu'elle n'a pas ou peu imaginé.

À son retour au domicile de la maman d'Emma où il est prévu que le jeune couple
s'installe, un relais d'accompagnement est établi par les services de PMI et service
social. Ce suivi, à distance de l'accouchement, permettrait de porter une attention
particulière au développement psychoaffectif de Camille.

Cependant, il est nécessaire que les professionnels soient cohérents et
compétents dans la prise en charge d'Emma et de Camille pour ne pas risquer de
compromettre les capacités d'attachement d'Emma.

CONCLUSION

Il n'existe pas de définition consensuelle du déni de grossesse et beaucoup d'interrogations sur sa psychopathologie persistent encore.

Comme nous l'explique Gaëlle Guernalec-Levy, en dehors de l'infanticide, le déni de grossesse pose un réel problème de santé publique dans la mesure où ces grossesses ne font l'objet d'aucun suivi médical : pas d'échographies, pas de suivi et aucune possibilité de limiter les conduites à risques... Ainsi l'accouchement présente un risque élevé de mortalité aussi bien pour l'enfant que pour la mère.

Déceler rapidement les femmes susceptibles de faire un déni de grossesse, ou en tout cas, qu'elles puissent avoir connaissance de la réalité bien présente du déni permettrait de remédier à de telles situations.

Le rôle de la conseillère conjugale et familiale prend alors toute sa place auprès de ces femmes, par sa présence, ses connaissances, ses valeurs, son identité et son ouverture d'écoute, éléments importants pour accompagner avec compétence.

La prévention passerait aussi par une plus grande connaissance de ce risque au sein de l'ensemble de la population. Bien que l'information ait évolué à ce sujet au cours des cinq dernières années, elle reste aujourd'hui trop insuffisante.

Par exemple, la mise en place de spots publicitaires ou encore une plus grande médiatisation de ce phénomène permettraient à chacun de nous d'avoir conscience ce que cette réalité aussi surprenante soit-elle existe.

Pour une meilleure compréhension du sujet donc, il faudrait sensibiliser l'opinion publique en communiquant sur le sujet et en le rendant vraisemblable, crédible, et acceptable.

Sensibiliser l'opinion publique mais aussi sensibiliser et former les professionnels aussi bien du milieu médical que juridique, afin d'obtenir une meilleure connaissance du symptôme, dans le but d'apporter un soutien efficace à ces femmes en situation de grande vulnérabilité.

La création de groupes de paroles parmi les soignants pourrait permettre aussi de mieux appréhender et encadrer les situations difficiles.

Des professionnels comme Sophie Marinopoulos ou Israël Nisand avec l'aide de l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse défendent les femmes victimes d'un déni de grossesse afin que cette maladie soit reconnue juridiquement parlant et dans le but de faire évoluer les mentalités.

Je pense que toute personne qui connaît une situation de déni de grossesse doit en parler.

Bibliographie

- (1) WERNER D. FROLICH Dictionnaire de la psychologie, Encyclopédies d'aujourd'hui 2001.
- (2) DEUTSCH, La psychologie des femmes, Maternité, tome II, Paris : PVF, 1949
- (3) Dr GRANGAUD N., pédopsychiatre, « déni de grossesse, essai de compréhension psychopathologique », Faculté de médecine, Paris, 2001.
- (4) SULTAN C., BLANC M., Gynécologie de l'adolescente, Paris, 1998.
- (5) LVMARCE, traité de la folie des femmes enceintes, baillères, Paris, 1958.
- (6) PIERRONNE, DELANOY, FLOREQUIN, LIBERT, Le déni de grossesse à propos des 56 cas observés en maternité. perspectives psychiatriques, juillet 2002, vol. 41.
- (7) GURNALEC-LEVY GAËLLE, Je ne suis pas enceinte, enquête sur le déni de grossesse, 2007
- (8) DAVID D., Le diagnostic prénatal : aspects psychologiques, Paris, 1996.
- (9) MARINOPOULOS SOPHIE, Déni de grossesse, Bruxelles : Yapaka, 2007.
- (10) STERN D., « La naissance d'une mère », Edition Odile jacob, Paris, 1998
- (11) GUERNALEC-LEVY GAËLLE, Je ne suis pas enceinte, Enquête sur le déni de grossesse, 2007.
- (12) DARCHIS E., L'accouchement anonyme en amont de l'adoption, la part du transgénérationnel, 2006.

- (13) GAUTHIER Y., « Facteurs de protection dans la transmission de l'attachement », DUGNAT M., « Devenir père, devenir mère. Naissance et parentalité », Ed. Erès, Toulouse, 1999.
- (14) CYRULNIK B., « Sous le signe du lien, une histoire naturelle de l'attachement », Edition hachette, Collection Pluriel, novembre 1993.
- (15) VERNY T., « La vie secrète de l'enfant avant sa naissance », édition Grasset, Paris 1982.
- (16) <http://fr.wikipedia.org/wiki/Accouchement> sous X.
- (17) http://www.planning-familial.org/thèmes/theme13-famille/fiche_02.php.

Découverte tardive d'une grossesse

ou

Déni de grossesse

Comment une grossesse peut-elle demeurer invisible ?

Comment des femmes peuvent-elles ignorer qu'elles sont enceintes ?

Aucun profil type de femme ne se démarque. La découverte tardive d'une grossesse ou déni de grossesse touche toutes les femmes ou jeunes filles pouvant procréer ayant déjà eu ou non des enfants.

Le déni de grossesse s'affirme comme une problématique émergente de santé publique qui interroge à la fois les professionnels et l'opinion.

Il convient par conséquent de toujours soupçonner une grossesse chez toute femme en âge de procréer afin de les accompagner et apporter un soutien efficace.