

Le déni de grossesse



9

© Monkey Business/Fotolia.com

Nouveau-né mort ou vivant, découvert dans une poubelle ou tout autre lieu aussi incongru, le déni de grossesse fait périodiquement irruption dans la rubrique des faits divers, avec une violence qui ébranle l'opinion publique. Au-delà de ces cas dramatiques, le déni de grossesse constitue un réel problème de santé publique encore insuffisamment pris en compte. En France, de 1 500 à 3 000 femmes sont pourtant concernées chaque année, et quelque 320 accouchent sans avoir connu antérieurement leur état de grossesse.

Ce dossier se propose de synthétiser les connaissances actuelles sur le déni de grossesse, puis de cibler, dans un deuxième temps, le déni de grossesse à l'adolescence. Cette approche sera complétée par des réflexions psychiatriques, pédagogiques et juridiques.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Nathalie Gomez

Sociologue, association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), 28 rue Bertrand-de-Born, 31000 Toulouse, France
ngomez@afrdg.info

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

14 Déni de grossesse à l'adolescence

18 Déni de grossesse : le point de vue du psychiatre

22 L'école et le déni de grossesse

24 Déni de grossesse et droit pénal

Qu'est-ce que le déni de grossesse ?

Félix Navarro
Michel Delcroix

Le déni de grossesse est méconnu en France malgré une fréquence de l'ordre d'une grossesse sur 500 (incluant sa forme partielle, découverte en cours de gestation, et sa forme totale, plus rare, qui se solde par un accouchement inopiné). L'absence d'aménorrhée, la prise d'une contraception, la faible augmentation du périmètre abdominal, l'absence de prise de poids (ou une prise très modérée) sont autant de signes qui induisent en erreur la femme elle-même, son entourage et parfois les praticiens. Mieux connaître le déni de grossesse est indispensable pour accompagner ces femmes et leurs proches dans un épisode délicat de leur vie.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS

What is pregnancy denial? Pregnancy denial is little known in France despite a frequency of around one pregnancy in 500 (including its partial form, discovered during pregnancy, and its total form, rarer, which results in an unexpected birth). The absence of amenorrhea, the use of contraception, a very small increase in the abdominal circumference, the absence of weight gain (or a very slight gain) are all signs which mislead the woman herself, her friends and family and sometimes medical professionals. Knowing more about pregnancy denial is essential in order to support these women and their families during a difficult period of their lives.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS

10

Mots clés

- Complication
- Déni de grossesse
- Épidémiologie
- Grossesse
- Symptôme

Keywords

- Complication
- Epidemiology
- Pregnancy
- Pregnancy denial
- Symptom

Auteur correspondant

Félix Navarro
président de l'association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG)
felix.navarro@ac-toulouse.fr

Par convention, le déni de grossesse (ou DDG) se définit comme le fait d'être enceinte sans avoir conscience de l'être au-delà du troisième mois de grossesse [1]. Il est dit "partiel" s'il disparaît après le troisième mois de grossesse mais avant le terme (et donc, s'il ne couvre que partiellement la durée de la grossesse). Il est qualifié de "total" s'il persiste jusqu'au terme (et couvre donc en totalité la durée de la gestation). Cependant, dans certains cas, l'accouchement lui-même ne suffit pas à lever le déni qui peut persister pendant des périodes plus ou moins longues après la naissance.

◆ Outre la durée, la profondeur du déni nous semble un paramètre à prendre en compte dans de prochaines études, "profond" et "durée" n'étant pas deux notions strictement superposables¹. En effet, même dans des dénis couvrant la totalité de la grossesse, la réalité peut affleurer à la conscience par moment : il n'est pas rare qu'*a posteriori* des mères nous disent : « À un moment, je me suis demandée si je n'étais pas enceinte » ou, pour prendre un autre exemple, aient consulté des sites internet en lien avec la naissance tout en continuant à ne pas se penser enceintes [2].

Il y a déni pour toute grossesse restant non consciente au-delà du 3e mois

◆ Le diagnostic différentiel du DDG est la grossesse cachée, situation dans laquelle la femme est consciente d'être enceinte mais prend toutes précautions utiles pour le dissimuler à son entourage. Le distinguo est parfois difficile à établir car il existe des cas dans lesquels, à un déni véritable, succède une période de grossesse devenue consciente mais non exprimée.

◆ Dans une perspective purement didactique, on pourrait dire très grossièrement que la grossesse nerveuse est l'antonyme du DDG.

Épidémiologie

Il existe assez peu d'études épidémiologiques, mais elles donnent des résultats largement congruents. Alors que, par définition, il y a déni pour toute grossesse restant non consciente au-delà du troisième mois, les études épidémiologiques portent sur des dénis persistant au-delà de 5 mois. Les fréquences retrouvées alors vont pour les dénis partiels de 1 pour 375 naissances [3] à 1 pour 500 naissances [4]. L'enquête majeure dans ce domaine est l'étude prospective conduite par Jens Wessel [5] qui fixe le taux de déni partiel à 1 pour 475 naissances. Les données

concernant les dénis totaux sont moins nombreuses, mais les cas peuvent être estimés à 1 pour 2 500 naissances, les deux grandes études disponibles à ce jour donnent des résultats extrêmement proches [5,6]. Si l'on rapporte ces taux au nombre de naissances survenant annuellement en France (822 000 naissances en 2012) [7], les dénis partiels au-delà de cinq mois concerneraient plus de 1 600 femmes chaque année. Ceux entre le troisième et le cinquième mois probablement au moins le double et quelque 330 femmes accoucheraient sans avoir jamais su qu'elles étaient enceintes.

Dans notre expérience, qui rejoint celle de Wessel, un quart environ de ces dernières accouchent dans un lieu inapproprié, non médicalisé (essentiellement dans les toilettes ou dans d'autres pièces de leur domicile, mais également sur leur lieu de travail, dans leur voiture, dans des lieux publics...), soit plus de 80 femmes par an.

Tableau clinique

La grande question que se posent tous ceux qui découvrent un déni de grossesse est bien entendu de savoir : « *Comment cette femme a pu faire pour ne pas s'en rendre compte ?* ». C'est bien sûr une des grandes affaires du DDG. Sans vouloir clore le débat, nous voudrions mettre ici l'accent sur les aspects physiques, particulièrement trompeurs, du DDG.

◆ **L'aménorrhée est le premier symptôme évocateur d'une grossesse.** Ce symptôme est fréquemment absent dans le DDG. Bien souvent des femmes qui nous ont déclaré, comme indiqué plus haut, « *À un moment, je me suis demandée si je n'étais pas enceinte* » ajoutent « *mais le lendemain, j'avais mes règles* ». En effet, dans de nombreux DDG, les règles persistent. Ainsi, dans 10 dossiers de déni total pour lesquels nous disposons de l'information, 6 femmes avaient conservé leurs règles. Dans 36 dossiers de déni partiel que nous avons repris, 22 femmes étaient dans le même cas. De plus, les 6 premières femmes prenaient un contraceptif tout comme 15 des 22 autres femmes [8].

Reste le cas des femmes chez lesquelles une aménorrhée apparaît en cours de grossesse déniée, les deux phénomènes n'étant pas nécessairement concomitants (la grossesse peut démarrer et l'aménorrhée n'apparaître que des mois plus tard). Chez des femmes habituellement bien réglées, l'apparition de l'aménorrhée est de nature à provoquer la prise de conscience (ce qui se solde par un DDG partiel). Il en va autrement chez des femmes qui peuvent trouver une raison de ne pas se croire enceintes malgré l'aménorrhée : les plus âgées



© Burger/Phanie

La quasi absence de symptômes, habituellement identifiables, ne permet pas à la femme et à son entourage de prendre conscience de son état de grossesse.

pensent démarrer leur ménopause, les femmes irrégulièrement réglées sont habituées à ces variations, les femmes qui allaitent ou celles chez lesquelles le diagnostic de stérilité a été imprudemment posé (et qui, parfois, sont dans une démarche de procréation médicalement assistée) ne peuvent se penser enceintes.

◆ **L'accroissement du périmètre abdominal** est l'autre grand symptôme qui rend la grossesse visible pour tous, mais ce signe peut être totalement absent. Plus généralement, il est très modéré. *A posteriori*, quand on regarde des photos de cette période, il est assez souvent possible d'identifier une voussure abdominale plus ou moins discrète dans des DDG, surtout si l'on sait qu'une grossesse a eu lieu² [9].

◆ **Autre signe majeur de la grossesse : la prise de poids.** Dans les dénis de grossesse, il arrive – rarement – qu'une perte de poids soit observée. Plus habituellement, soit le poids reste stable, soit la prise est modérée et généralement expliquée par d'autres circonstances : « *J'ai pris à peine deux kilos et j'ai mis ça sur le compte de mon régime "rapide" avec perte de 10 kilos avant mon mariage en juin ! Reprendre deux kilos me semblait normal* » [10].

Notes

¹ Nisand I. Déni de grossesse, le rôle de l'expert obstétricien, 2008. Communication orale au cours du premier colloque français sur le déni de grossesse – communication non publiée.

² La tendance à sur-interpréter le moindre signe est alors forte. Une surinterprétation « historique » a été rapportée lors d'un des procès les plus retentissants : « *une image projetée sur les écrans de la cour d'assise a soulevé l'incrédulité. Une photo de Véro retrouvée pendant l'instruction. En short et tee-shirt, sur une plage, de profil. La façon dont le tee-shirt épouse son ventre ne laisse aucun doute. Elle est enceinte. Ça se voit comme le nez au milieu de la figure. Que son mari, auteur du cliché, n'ait rien remarqué est impensable* », sauf que la photo en question a pu être datée très précisément et qu'elle était postérieure de deux ans à une hystérectomie totale subie par l'intéressée [10].

³ Sur 29 dénis totaux 11 femmes avaient antérieurement connu une grossesse, de même que 15 mères en déni partiel sur 27.

⁴ Taux de mortalité total pendant la période de gestation : 5,8 % [3].

⁵ Navarro F. Un coup de tonnerre dans un ciel serein ? À propos des dénis de grossesse à répétition. Communication du colloque AFRDG, Montpellier, 2009 (non publié).

La persistance des règles, l'absence d'augmentation du périmètre abdominal et la prise de poids sont des signes d'autant plus trompeurs qu'entre un tiers et la moitié des femmes qui présentent un DDG sont, selon les diverses études³ [11], des multipares qui ont antérieurement vécu des grossesses "normales" et qui savent donc par expérience « *ce que c'est qu'être enceinte* ».

♦ **Ajoutons que les mouvements fœtaux ne sont pas perçus**, ou du moins ne sont pas identifiés comme tels (ils sont alors interprétés comme des douleurs), et que les autres signes habituels (chloasma, tension mammaire, hyperlordose, sensation de jambes lourdes, respiration courte...) sont absents ou très atténués.

♦ **Globalement, la femme en DDG continue sa vie « comme si de rien n'était »**, poursuivant pour certaines des activités intenses jusqu'au terme : plusieurs cas de sportives de haut niveau, enceintes sans le savoir alors même qu'elles subissaient un entraînement intensif, ont été rapportés.

L'état paucisymptomatique, aux symptômes atténués, isolés (surtout quand il est associé à la persistance des règles), ne permet habituellement pas à la femme et à son entourage de prendre conscience de la grossesse ; tout comme il peut induire le médecin – y compris le plus compétent – en erreur (*encadré 1*) [12].

Références

[1] Gorre Ferragu N. Le déni de grossesse: une revue de littérature. Rennes: Université de Rennes 1; 2002.

[2] Dayan J. Psychopathologie de la périnatalité. Paris: Masson; 1999.

[3] Wessel J. Quelques données épidémiologiques, maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse. In: Navarro F (dir.). Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse: Éditions universitaires du Sud; 2009:25-35.

[4] Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics*. 2007;48(2):117-22.

[5] Wessel J, Endrikat K, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81(11):1021-7.

[6] Nirmal D, Thijs I, Bethel J, Bhal PS. The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: an 11-year population-based study in South Glamorgan. *J Obstet Gynaecol*. 2006;26(2):118-21.

[7] Pla A, Beaumel C. Bilan démographique 2009. Insee, 2010, www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1276

[8] Navarro F. Déni de grossesse : la persistance des règles est un signe trompeur. *Le Concours médical*. 2012;134(2):147.

[9] Courjault JL. Je ne pouvais pas l'abandonner. Le choix de comprendre. Paris: Michel Lafont; 2010.

[10] Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse. *Déni de grossesse, 99 histoires vécues*. Nantes: Éditions Amalthée; 2010.

Complications

Répercussions du DDG sur le fœtus

De manière statistiquement significative, les paramètres classiques de risque sont altérés : prématurités, faibles poids de naissance (inférieur à 2 500 gr), retards de croissance..., le tout se traduisant, plus fréquemment que dans les grossesses conscientes, par des hospitalisations en néonatalogie mais aussi par un risque léthal important⁴ : fœtus non viables (fausses couches et décès intra-utérin), interruptions thérapeutiques de grossesse tardives (anomalies importantes sur des dénis partiels) [13].

Complications liées à la naissance

La naissance inopinée faisant suite à un DDG total lorsqu'elle a lieu dans un milieu non médicalisé (rapportons qu'environ 80 femmes sont annuellement concernées en France) est une situation à risque pour la mère et pour l'enfant.

Accoucher sans savoir qu'on était enceinte, dans la solitude, dans la douleur, dans l'incapacité de comprendre ce qui se passe, est un moment sidérant qui constitue un drame véritable. Le décès du nouveau-né – que nous estimons à une ou deux dizaines par an en France dans le cadre d'un DDG – peut survenir soit du fait d'une complication de l'accouchement, soit par défaut de soins, soit encore par néonaticide [14]. Le décès de la mère (hémorragie,

Encadré 1. Vignette clinique

Dorothea, institutrice de 26 ans, est hospitalisée à la suite d'une perte de conscience avec convulsions épileptiformes. Après deux heures d'hospitalisation, elle reprend conscience.

L'anamnèse retrouve une sensation de malaise depuis plusieurs jours, des douleurs abdominales et des vomissements. Dorothea prend la pilule. Elle rapporte des menstruations régulières au cours des derniers mois. Le médecin hospitalier qui l'examine note une morsure linguale, des vergetures abdominales. Il soupçonne une tumeur abdominale. Les résultats de laboratoire mettent en évidence une thrombopénie, une anémie, des LDH et SGOT élevées. Elle est alors transférée en urgence dans un CHU, avec le diagnostic de purpura idiopathique thrombocytopénique, pour y bénéficier d'une plasmaphèrese.

Au CHU, le diagnostic rectifié et s'oriente vers celui de microangiopathie thrombotique. Une

très forte céphalée apparaît. C'est alors qu'un acte radiologique est pratiqué. Le radiologue identifie un fœtus. Le gynécologue de garde, appelé en consultation, diagnostique une grossesse de 28 semaines avec HELLP syndrome¹ et éclampsie. Une césarienne est pratiquée en urgence.

Dorothea donne naissance à une petite fille de 980 grammes, qui est hospitalisée en néonatalogie. Elle s'y développera normalement. En quelques jours, thrombocytes et enzymes hépatiques se normalisent.

Brezinka C.

À propos des données épidémiologiques [12].

¹ Le syndrome HELLP (pour *Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count*) est un ensemble de complications de la prééclampsie sévère intéressant plusieurs organes : décollement placentaire, hémorragie cérébrale, coagulation intravasculaire disséminée, nécrose rénale, hématome hépatique et entraînant l'interruption de la grossesse. In: Dictionnaire médical, Paris: Elsevier Masson, 2001.



© Libre comme l'art

L'incapacité de comprendre ce qui se passe constitue un drame véritable pour les femmes ayant vécu un déni de grossesse.

suicide...) est bien plus rare.

Dans tous les cas – que le déni soit partiel ou total, que l'enfant soit vivant ou décédé – les conséquences psychologiques peuvent se révéler lourdes.

Révélation du déni

Revenons aux situations plus habituelles, celles où un diagnostic est posé à temps et pour lesquelles les suites sont heureuses. Les réactions de la mère face à la réalité vont alors de l'incrédulité la plus totale à son acceptation rapide comme le montrent ces deux exemples.

♦ **Le premier exemple est rapporté par l'intéressée elle-même.** Artiste de variétés, elle vient de gagner un concours à la télévision et est sur le point de démarrer une carrière. Avec 4 heures d'entraînement intensif par jour et beaucoup de stress, elle maigrit et se sent sous pression. À peine l'enregistrement de la finale achevé, elle consulte un médecin. Elle a le ventre plat, des règles régulières, elle prend la pilule. Le médecin diagnostique néanmoins une grossesse. « *Quand le médecin m'a dit : "Mademoiselle, vous allez accoucher dans trois mois", j'ai hurlé ! J'avais beau voir un bébé à l'échographie, je niais. J'expliquais que non, que c'était mes intestins... J'ai remis mon pull sans m'essayer le ventre et je suis partie. J'étais paniquée* » [15]. Très rapidement, cette jeune femme, intelligente et dynamique, acceptera et assumera pleinement sa grossesse et la naissance de son enfant.

♦ **Nous empruntons la deuxième vignette à un obstétricien réputé.** « *Une jeune femme, qui arrive pour un problème gynécologique, je ne me souviens plus exactement du motif. Je l'examine et constate qu'elle est enceinte de 7 mois. Un silence. "Vous êtes sûr, docteur ?". Je lui fais une échographie, qui confirme bien entendu la grossesse. La patiente me dit : "Ah... je suis contente". Elle descend de la table d'examen, revient vers moi, s'assoit, toujours nue, et me dit : "Il est vraiment à moi, le bébé ?". Je lui confirme son état gravidique. Elle se relève pour aller s'habiller et là, je n'ai pas la même femme en face de moi. Avant, j'avais devant moi une femme dont on ne voyait pas la grossesse, et, quand elle s'est levée pour se rhabiller, elle se tenait en arrière, le ventre proéminent !* » [16]. Dans certains cas cependant, contrairement aux deux situations rapportées ci-dessus, le DDG ne "tombe" pas brutalement, mais se dissout progressivement pendant une période intermédiaire de durée plus ou moins prolongée – cette période pouvant persister après même la naissance.

Conclusion

Le DDG constitue une complication obstétricale d'une fréquence non négligeable [17], à risque pour l'enfant comme pour la mère. Son diagnostic et sa prise en charge sont d'autant plus nécessaires que les formes les plus graves (celles qui défraient la chronique du fait du décès du nouveau-né) sont précédées dans environ un tiers des cas de dénis partiels ou de dénis totaux avec nouveau-né vivant⁵. •

Références (suite)

- [11] Pierrone C, Delannoy MA, Florequin C, Libert M. Le déni de grossesse: à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psy.* 2002;41(3):182-8.
- [12] Brezinka C. À propos des données épidémiologiques. In: Navarro F (dir.). *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse.* Toulouse: Éditions universitaires du Sud; 2009:15-23.
- [13] Wessel J. Die verdrängte Schwangerschaft. Hamburg: Akademos Wissenschafts Verlag; 2007.
- [14] Navarro F. Qui vous dit qu'elle l'a tué. In: Navarro F (dir.). *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse.* Toulouse: Éditions universitaires du Sud; 2009:137-46.
- [15] Moreau C. L'incroyable grossesse de la gagnante de Popstars. *Le Parisien* 2007 Nov 04.
- [16] Rozan MA. L'obstétricien et le déni de grossesse. In: Navarro F (dir.). *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse.* Toulouse: Éditions universitaires du Sud; 2009:41-5.
- [17] Lansac J, O'Byrne P, Masson JM. Le déni de grossesse. In: *Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Mises à jour en gynécologie et obstétrique et techniques chirurgicales.* Puech F, Daraï E, Luton D. Paris: Vigot; 2010;34:145-58.

Pour en savoir plus

- AFRDG, www.afrdg.info

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Les auteurs

Félix Navarro

médecin de santé publique, conseiller médical du recteur de l'académie de Toulouse, service médical, président de l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG)

Michel Delcroix

gynécologue-obstétricien, professeur de médecine, établissement public de santé mentale (EPSM) des Flandres, président de l'Association périnatalité prévention recherche information (APPRI)

AFRDG, 28 rue Bertrand-de-Born, 31000 Toulouse, France
felix.navarro@ac-toulouse.fr

Déni de grossesse à l'adolescence

Félix Navarro
Michel Delcroix
Emmanuelle Godeau

Le déni de grossesse de l'adolescente est souvent perçu comme le prototype de cette situation pathologique. De l'étude de 15 cas recueillis par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), il ressort une plus grande proximité avec les grossesses adolescentes en général (retard de diagnostic, initiative d'un tiers, disqualification de la mère...) qu'avec les dénis de grossesse survenant à l'âge mûr (absence de contraception, apparition d'une aménorrhée...). Le cumul de la méconnaissance et de la précocité de ces grossesses justifierait des prises en charge spécifiques.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS

Pregnancy denial in adolescence. Pregnancy denial in adolescents is often perceived as the prototype of this pathological situation. The study of 15 cases reported by the French association for the recognition of pregnancy denial (AFRDG), reveals greater proximity with teenage pregnancies in general (late diagnosis, initiative of a third party, disqualification of the mother, etc.) than with pregnancy denials occurring in older women (absence of contraception, onset of amenorrhea, etc.). The accumulation of the lack of awareness and the early age at which these pregnancies occur justifies a specific approach to the issue.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS

14

Mots clés

- Adolescence
- Déni de grossesse
- Déni partiel
- Grossesse
- Parents
- Signes

Keywords

- Adolescence
- Parents
- Partial denial
- Pregnancy
- Pregnancy denial
- Signs

Auteur correspondant

Félix Navarro
président de l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG)
felix.navarro@ac-toulouse.fr

Longtemps, une des représentations prototypique du déni de grossesse (DDG) a été l'adolescente immature. On sait aujourd'hui qu'il n'en est rien. Il n'en demeure pas moins que la question des dénis de grossesse chez les adolescentes mérite d'être spécifiquement posée¹.

Matériel et méthode

◆ **L'étude du déni de grossesse** souffre d'une difficulté qui découle directement de la problématique elle-même : les manifestations physiques du déni cessent avec la conscience de la grossesse et cette dernière modifie également les aspects comportementaux et psychologiques de la future mère. Il n'existe pas en France, ni à notre connaissance dans aucun autre pays, de recueil systématique des cas. Cette remarque, valable pour l'ensemble des dénis de grossesse, l'est plus encore en ce qui concerne les adolescentes. Le matériel nécessaire à notre étude a été réuni grâce à l'activité de l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG) qui recueille des données par différentes méthodes : questionnaires anonymes², groupes de parole, témoignages libres, entre autres.

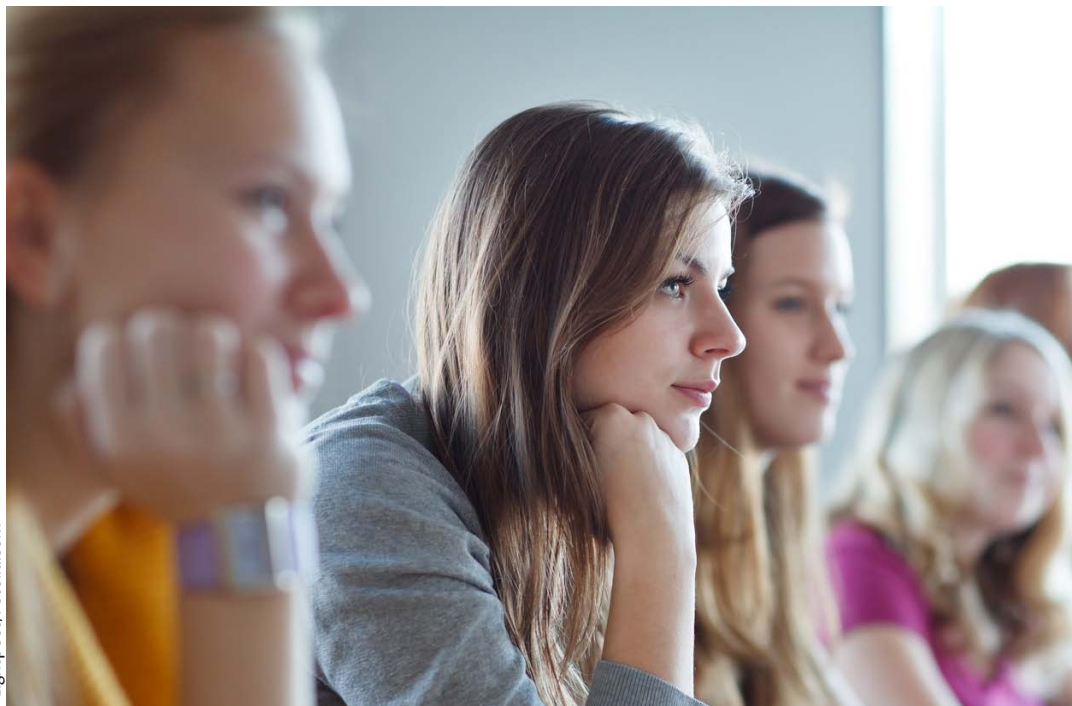
◆ **Nous avons pu ainsi réunir des informations directement auprès de 11 mères** (âgées au moment des faits de 14 ½ ans à 18 ans), dont 2 avaient fait un

déni total et les 9 autres un déni partiel. Au moment de la prise de contact, un enfant né du déni avait été confié à l'adoption, les dix autres étaient élevés par leur mère, généralement au sein d'un couple. Par ailleurs, nous avons eu indirectement connaissance, par les professionnels qui les ont pris en charge, de quatre autres cas : un déni partiel très avancé et trois dénis totaux (deux nouveau-nés décédés, le troisième abandonné devant un cabinet médical et retrouvé vivant).

◆ **Bien que notre matériel soit relativement limité** en nombre et surtout que la qualité soit sensiblement différente en fonction des modalités de recueil, il nous a semblé intéressant de poser un premier regard sur les dénis de grossesse chez les adolescentes, d'autant qu'à notre connaissance, aucune autre étude n'a été publiée à ce jour sur ce thème.

Caractéristiques cliniques globales

En ce qui concerne leur présentation clinique, les adolescentes qui déniaient leur grossesse ne semblent pas, sur de nombreux points, foncièrement différentes de l'ensemble des femmes. C'est quand elles entrent directement en interférence avec les caractéristiques de la jeunesse, le développement pubertaire, les débuts de la sexualité ou l'accès à l'autonomie et à l'âge adulte, que les manifestations



© Lightpoet/Fotolia.com

Bien souvent, ce sont les autres élèves qui sont acteurs de la révélation.

du DDG prennent une coloration particulière par rapport aux femmes plus âgées.

Tout d'abord, il faut souligner que (quand il nous est connu) l'âge d'apparition des premières règles (autour de 12 ans parmi nos cas) est sensiblement plus bas chez ces adolescentes que chez l'ensemble des femmes³ [1]. Mais cette caractéristique éclaire plus la précocité des rapports sexuels [2] qu'une caractéristique du DDG.

◆ **L'activité physique** – maintenue et parfois soutenue chez les femmes adultes – nous semble plus importante chez l'adolescente. Ainsi, dans les cas pour lesquels nous avons pu obtenir ce renseignement, les jeunes filles ont continué à suivre avec leurs camarades de classe les cours d'éducation physique, voire ont eu une activité excessive : « *Il faut que je vous dise [...] que la veille [de l'accouchement] je coupais du bois à la hache pour ma grand-mère* » déclare une adolescente qui a vécu un déni total à 18 ans, tandis qu'une autre, pour laquelle le médecin généraliste pose le diagnostic de grossesse vers le cinquième mois (elle avait alors 16 ans ½) explique : « *J'ai eu du mal à le croire car [...] je faisais du rugby deux à trois fois par semaine* ».

◆ **L'apparition d'une aménorrhée** semble plus fréquente que chez l'adulte. Ainsi, sur les neuf adolescentes pour lesquelles nous avons pu obtenir l'information, quatre seulement avaient conservé des règles régulières pendant la partie déniée de leur grossesse. Trois autres indiquent qu'elles ne les avaient plus du tout (alors qu'elles étaient régulièrement réglées auparavant), une

déclare que des irrégularités de rythme étaient apparues tandis que la dernière affirme : « *Je n'en sais rien* », mais, par ce que nous savons de son cas, nous avons des raisons de penser qu'elle était aménorrhéique. Il semble donc au total que, d'une part, l'aménorrhée soit plus fréquente dans les DDG à l'adolescence qu'à l'âge adulte, et que, d'autre part, les adolescentes aient du mal à interpréter ce symptôme. Ce trait nous semble à rattacher à l'adolescence et venir témoigner indirectement d'une certaine méconnaissance de la physiologie féminine, voire d'une immaturité plus générale.

◆ **Le constat est du même ordre en ce qui concerne la contraception.** Pour les quelques cas où nous possédons le renseignement, il apparaît que, majoritairement, soit aucune contraception n'ait été utilisée à l'époque de la grossesse, soit même qu'elle ait été interrompue, ce qui tend à éloigner ces adolescentes des femmes adultes. Cette observation est cependant à interpréter avec prudence : certains de nos cas se sont produits à des époques auxquelles l'accès à la contraception pouvait être moins facile qu'il ne l'est actuellement.

Découverte de la grossesse par un tiers

Plus encore que pour les points qui précèdent, c'est dans la façon dont, dans les dénis partiels, la grossesse finit par être connue, que les spécificités de l'adolescence nous semblent plus marquées. Alors que chez la femme adulte l'impression dominante est que cette découverte est majoritairement le résultat d'une "écoute" par la

Notes

¹ Une première version de cet article a été publiée dans *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente* / *Journal of Child and Adolescent Psychology*. Lisboa: Universidade Lusitana 2011; 3.

² Le questionnaire comprend 111 items, explorant les caractéristiques personnelles et l'histoire de vie (événements marquants de l'enfance et de l'adolescence, antécédents...), le déroulé de la grossesse déniée (clinique, etc.), la découverte de l'état de grossesse et les circonstances de l'accouchement, l'enfant (à la naissance, par la suite), l'entourage, les données administratives ou le cas échéant judiciaires.

³ Âge moyen de la ménarche en France : 12,8 ans +/- 1,2 (Gaudineau, 2010).

⁴ Comme c'est le cas pour l'un des quatre dénis observés chez des adolescentes, sur un total de 41 dénis de grossesse relevés dans la maternité hospitalière de Toulouse de juillet 2006 à janvier 2009 (Job, 2009).

⁵ La captation par la mère de l'adolescente de l'enfant né de cette dernière n'est pas propre au déni.

⁶ Et qui sont toutes des primipares, comme leur jeune âge permet de le comprendre facilement.



© Altopress/Photoalto/BSIP

La capacité de ces adolescentes à accepter leur grossesse et la naissance prochaine, malgré les bouleversements psychiques, a des conséquences fondamentales sur leur futur et celui de leur enfant.

femme de ses propres signaux internes – et cela bien qu'il existe des cas dans lesquels c'est l'intervention d'un tiers, en particulier une consultation médicale, qui fait tomber le voile – chez l'adolescente, l'entourage nous semble jouer plus fréquemment un grand rôle dans la révélation de la grossesse.

◆ **Bien souvent en effet ce sont les autres élèves qui perçoivent un changement :** « À mon lycée des rumeurs ont commencé à courir... et je me forçais de les nier tout en me posant la question... ». Les adultes de la communauté scolaire eux aussi sont fréquemment les acteurs de la révélation, qu'il s'agisse d'une infirmière scolaire^[3], d'un professeur ou encore d'un conseiller principal d'éducation. Ainsi, une femme se remémore, qu'étant lycéenne et à plus de huit mois de sa grossesse déniée, sa professeur de sport l'avait interpellée pour lui demander « *Vous ne courez pas ?* » et de conclure : « *J'ai rien compris. Elle, elle voyait* ».

◆ **Il n'est pas rare non plus que le milieu familial nourrisse des doutes.** Les mères en particulier sont souvent à l'origine d'un test ou d'une consultation chez un médecin. Ce constat nous semble pouvoir résulter de deux logiques :

- d'une part, l'entourage des jeunes adolescentes est certainement plus à l'affût d'éventuels petits signes de grossesse que celui des femmes plus mûres, en particulier du fait de l'inquiétude des mères d'adolescentes face au "risque" de grossesse chez leur fille ;
- d'autre part, comme nous l'avons déjà souligné, il semble que l'adolescente, face à certaines

transformations minimales ou modérées de son corps, ait plus de mal à les rattacher à leur véritable signification.

Ces signes physiques, s'ils ne sont pas interprétés par l'adolescente, sont, à l'inverse, perçus et compris par l'entourage, mais avec quelques mois de décalage. Sur ce point également, la situation est proche de celle des autres grossesses adolescentes pour lesquelles on note fréquemment des retards au diagnostic.

◆ **La frontière entre simple retard au diagnostic et DDG partiel** nous semble, pour cette population, particulièrement difficile à établir, d'autant que, dans les deux cas, il y a toute la question de l'ambivalence. L'ambiguïté de l'adolescente face à sa maternité, bien connue dans les grossesses habituelles dans cette tranche d'âge [4], est encore plus fortement retrouvée dans les dénis. Ainsi, une jeune fille de 17 ans qui ne peut croire le gynécologue (chez lequel la mère l'a conduite, suite à une prise de poids) quand il lui annonce qu'elle est enceinte de sept mois, déclare : « *L'évidence était là, au plus profond de moi-même, ce bébé je le désirais* » avant de conclure (sept ans après) : « *Ma fille a été ma chance dans la vie* ». Il semble que, plus souvent que chez la femme adulte, ce soient les réactions d'incrédulité qui dominent dans de tels cas : « *Cela n'a pas remis en doute ma certitude* » nous dit l'une, tandis qu'une autre affirme : « *Je n'étais pas concernée, certes il y avait des signes mais sûrement pas une grossesse* ». Dès lors, investir le nouveau rôle prend beaucoup de

Références

- [1] Gaudineau A, Ehlinger V, Vayssière C et al. Age at onset of menarche: Results from the French Health Behaviour in School-aged Children study. *Gynecol Obstet Fertil.* 2010;38(6):385-7.
- [2] Godeau E, Vignes C, Duclos M et al. Factors associated with early sexual initiation in girls: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/WHO. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008;36(2):176-82.
- [3] Job N. Déni de grossesse : étude rétrospective descriptive. À propos de 41 cas. Toulouse: Université de Toulouse III Paul Sabatier; 2009.
- [4] Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Paris: Secrétariat d'État à la santé; 1998.
- [5] Bonnet C. Geste d'amour, l'accouchement sous X. Paris:

temps : « *Il m'a fallu plusieurs semaines, voire jusqu'à l'accouchement* » (adolescente de 16 ans, grossesse diagnostiquée par le médecin sur suspicion de la mère à la fin du quatrième mois).

La naissance est un facteur déclenchant du sentiment de maternité pour quelques-unes (« *J'ai eu mon bébé dans les bras et la magie a opéré, en une heure j'étais devenue maman* » – DDG total, 18 ans), mais n'est pas toujours un facteur suffisant. Les adolescentes semblent plus nombreuses que les femmes adultes à ne pas se sentir mères à la suite d'un déni de grossesse, ou du moins elles mettent plus de temps à accepter cette nouvelle situation : « *... des mois* » (DDG partiel, 16 ans), « *Plusieurs mois après la naissance, un travail long et difficile* » (DDG partiel, 15 ans), tandis qu'une femme, maintenant adulte mûre, précise pour un déni partiel survenu à 16 ½ ans : « *Je ne l'ai peut être pas encore accepté* ».

Dans notre étude, nous n'avons pas d'accouchement sous X et un seul enfant (d'abord pris en charge par la mère) a été confié à l'adoption, mais cette possibilité ne doit pas être écartée. En effet, dans une analyse remarquable, même si elle est maintenant ancienne puisqu'elle a été réalisée à la fin des années 1980 [5], sur 18 cas d'accouchement sous X et d'enfants confiés à l'adoption, identifie 15 DDG dont 6 survenus chez des mères de 18 ans ou moins (dont 4 étrangères ou d'origine étrangère). Dans l'expérience de Michel Libert, moins d'une mère sur 20 accoucherait sous X et la moitié ne confierait finalement pas l'enfant à l'adoption [6].

Importance de la réaction de l'entourage

◆ **L'acceptation peut être tout aussi difficile pour les parents de l'adolescente**, le père de l'enfant, l'entourage en général et les milieux de vie (en particulier, le milieu scolaire). L'incrédulité que suscitent généralement les grossesses adolescentes, et cela d'autant plus que la parturiente est jeune [4, 7, 8], ne peut qu'être renforcée, puisque parents et amis sont confrontés à un événement doublement hors normes : ici, la grossesse est non seulement précoce mais elle est également déniée. Pourtant, leur capacité à admettre la réalité, à accepter la grossesse et la naissance malgré tous les bouleversements psychiques a des conséquences fondamentales sur la façon dont ces jeunes mères, et peut-être leurs enfants, vont vivre par la suite leur situation.

Les adolescents confrontés au déni de grossesse relèvent d'une prise en charge spécifique

C'est ce qui ressort largement des déclarations de ces premières. Celles qui ont été confrontées au rejet, aux moqueries (« *Mes parents étaient gênés* », « *Les gens autour de moi faisaient beaucoup de ragots et me traitaient de tous les noms, et ça fait mal car on vous prend pour une menteuse* ») en gardent un vécu douloureux, même à distance, de même que celles qui ont été dépossédées de toute possibilité d'accéder à leur nouveau rôle (« *Ma mère ne me laissait pas m'en occuper, j'étais trop nulle disait-elle* », « *Ma mère faisait barrage elle prenait tout en main* »⁵). À l'inverse, celles qui, quelle que soit la surprise du départ (« *Partenaire choqué mais heureux* ») ont bénéficié d'une « *très bonne réaction* » de leurs parents semblent avoir passé le cap plus facilement et se sont senties plus à l'aise par la suite, même s'il n'est jamais facile de se resituer dans sa propre filiation : « *être la mère de..., alors qu'on a plutôt l'âge d'être la fille de...* » [9].

◆ **Reste que même bien accepté par l'entourage**, tout comme chez les femmes adultes concernées, le DDG, en particulier lorsqu'il est total, constitue un véritable choc, ce qu'une jeune femme exprime en cette phrase lapidaire : « *Il y a 6 ans mes parents m'ont emmenée à l'hôpital pour une très forte gastro et je suis ressortie avec une petite fille de 3 kg 740 et 51,5cm* ». De même, la déstabilisation qu'il occasionne, les sentiments de culpabilité éprouvés, peuvent être retrouvés longtemps après : « *Mon fils a maintenant neuf ans et je me sens un peu coupable car comment peut-on ignorer une grossesse ?* ».

Autre différence à noter, mais à interpréter avec la plus grande prudence compte tenu du faible nombre de cas étudiés : aucune des adolescentes dont il est fait état ici⁶ n'a, à notre connaissance, connu un second épisode de déni de grossesse, ce en quoi elles se démarquent des femmes qui, après avoir présenté un déni de grossesse à l'âge adulte, peuvent présenter une tendance à la répétition. Ajoutons pour finir qu'aucune des jeunes femmes pour lesquelles nous disposons d'une documentation ne rapporte une prise en charge spécifique que leur jeune âge et les conditions tout à fait particulières de leur grossesse auraient justifiée, ce qui nous semble bien significatif du déni de notre société, confrontée au vécu dérangeant de ces adolescentes, en miroir du déni de leur grossesse.

Conclusion

Cumulant les caractéristiques et les risques liés à une grossesse méconnue et ceux résultant d'une grossesse

Références

- Odile Jacob; 2001.
 [6] Libert M. Déni de grossesse : le point de vue du psychiatre. La revue de santé scolaire et universitaire 2013;21:18.
 [7] Imamura M, Tucker J, Hannaford P et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. Eur J Public Health. 2007;17(6):630-6.
 [8] Soula O, Carles G, Largeaud M et al. Pregnancy and delivery among adolescents under 15: a study of 181 cases in French Guiana. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006;35(1):53-61.
 [9] Mottrie C, de Coster L, Duret I. Devenir mère. Transformations des liens et des lieux familiaux lors des grossesses survenant à l'adolescence. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2006;2(37):121-37.

Pour en savoir plus

- AFRDG, www.afrdg.info

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Les auteurs

Félix Navarro

service médical du rectorat de l'académie de Toulouse, membre de l'Association française pour la promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU), président de l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG)

Michel Delcroix

président de l'AFRDG, membre de l'Association périnatalité prévention recherche information (APPRI)

Emmanuelle Godeau

service médical du rectorat de l'académie de Toulouse, INSERM U1027, Université Paul Sabatier, UMR-1027 AFRDG, 28 rue Bertrand-de-Born, 31000 Toulouse, France felix.navarro@ac-toulouse.fr

précoce, les adolescentes confrontées au déni de grossesse nous semblent mériter une attention particulière et relever d'une prise en charge spécifique, tant médicale, obstétricale, sociale que psychologique et éducative.

Se débattant entre méconnaissance de leur corps et difficultés d'interprétation des transformations discrètes liées à la grossesse, entre ambivalence du désir d'enfant et dépendance familiale, ces jeunes mères méritent certainement que les différents professionnels, auxquels elles peuvent avoir recours ou être adressées, les accompagnent au mieux dans cette étape singulière de leur existence.

Enfin, à une époque où l'on constate, malgré la diffusion de la contraception et de l'éducation affective et sexuelle, une absence de diminution de la fréquence des grossesses adolescentes et une progression des IVG chez les toutes jeunes filles, il nous semble que les professionnels de l'adolescence auraient tout à gagner à intégrer la problématique du déni dans leur réflexion afin d'améliorer leurs stratégies de prévention. •

Déni de grossesse : le point de vue du psychiatre

Michel Libert

La diversité des dénis de grossesse relève d'une pluralité de mécanismes psychopathologiques. L'écoute et l'accompagnement semblent fondamentaux pour que puisse se résoudre l'impact de cette grossesse et que s'installe une relation satisfaisante entre la mère et l'enfant. Une meilleure connaissance de ce phénomène par le grand public et les professionnels est essentielle pour éviter la stigmatisation des mères et pour soutenir la relation parents-enfant.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS

Pregnancy denial: the psychiatrist's point of view. The diversity of pregnancy denials is a result of a plurality of psychopathological mechanisms. Listening and support are fundamental in order to lessen the impact of this pregnancy and to ensure that a satisfying relationship can be established between the mother and child. Better awareness of this phenomenon by the general public and professionals is essential to avoid the stigmatisation of mothers and support the parents-child relationship.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS

18

Mots clés

- Complication
- Déni de grossesse
- Écoute
- Psychisme

Keywords

- Complication
- Listening
- Pregnancy denial
- Psychism

S'il est un phénomène où corps et psychisme manifestent spectaculairement leur intrication, c'est bien le déni de grossesse (DDG), naguère méconnu, au grand dam des femmes qui en étaient affectées, alors qualifiées de menteuses.

♦ **Heureusement, une prise en compte plus humaine** de cette méconnaissance involontaire de leur état de grossesse a pris le pas, à partir des années 1980, sur les réactions de rejet. Mais en 2006, le déni est propulsé au devant de la scène grâce à, ou à cause, d'une affaire d'infanticide qui défraye alors les médias. Si cette publicité inattendue permet la publications d'ouvrages [1] ou l'organisation de colloques dans le souci de comprendre ce phénomène dans toutes ses dimensions, à l'inverse, un effet plus que malencontreux sur le grand public est l'amalgame entre infanticide et DDG – confusion terrible qui aboutit à une nouvelle modalité de stigmatisation de ces mères. À l'ancien préjugé « *Elle se moque de nous en voulant nous faire croire qu'elle n'est pas enceinte* » s'en substitue un autre : « *Cette femme est peut-être dangereuse pour son enfant* ». Or, ceux qui, dans une démarche à la fois épidémiologique et d'observation clinique attentive [2,3], recueillent ce qui se passe dans une aire géographique donnée pendant une période donnée pour toutes les situations repérées de DDG, constatent que l'issue en est plutôt heureuse dans la majorité des cas.

♦ **Très peu de recherches ont été menées sur le devenir des enfants après un déni¹**, mais aucun

argument ne permet d'affirmer qu'ils vont plus mal qu'un groupe d'enfants témoin. Il semble juste que le déni bénéficie d'une présomption de non-nocivité. Cela dit, un certain nombre d'enfants, de mères (et de pères) peuvent aller mal après un DDG. Pourquoi ? La question est essentielle car on confond souvent l'effet direct que pourrait avoir le déni et l'effet des complications auxquelles il expose.

Le déni de grossesse dans sa forme simple

Une femme affectée d'un DDG total passe obligatoirement, lorsqu'elle découvre dans l'urgence de l'accouchement qu'elle va devenir mère, par une phase de déconcertation intense : la réalité n'est plus la réalité, la foule d'émotions relatives à l'acte de mettre au monde, de pensées concernant un passé radicalement différent de ce dont on était sûr, la représentation de l'avenir qui semble ne pas pouvoir intégrer cette nouvelle donnée incroyable, tout cela dépasse les capacités de traitement du psychisme humain, du moins dans l'immédiat.

♦ **La présence, au moment de l'accouchement, d'un proche, d'un témoin fortuit, d'un professionnel, ne peut empêcher la survenue de cette déréalisation angoissante.** Mais ce dernier, bien qu'il soit lui-même ébranlé par cet événement bouleversant, va néanmoins contenir, border le sentiment cauchemardesque d'irréalité et l'angoisse qui l'accompagne, le temps que le psychisme de la femme se rassemble

et prenne le relais. Elle se mettra alors à habiter le statut de mère de cet enfant-là.

Il n'est pas rare que se développe une relation que l'on perçoit comme "idyllique" entre la mère et son bébé. Cela n'est pas sans étonner : comment peut-elle être en aussi bonne relation avec lui alors qu'elle n'a pas, pense-t-on, préparé pendant 9 mois la venue de cet enfant ? Parmi les 56 situations que nous avons observées à Denain (59) et Valenciennes (59) de 1997 à 2000 [4], l'ajustement très rapide et de qualité de nombre de ces mères à leur enfant nous faisait dire que c'était comme si elles s'y étaient quand même préparées. Nous faisons l'hypothèse, qu'à côté de la grossesse consciente qui est refoulée ou rejetée hors de toute perception, il y a un travail inconscient de la grossesse qui détermine tout autant l'aptitude et la disponibilité de la mère à l'égard de son bébé à la naissance.

♦ **Généraliser est périlleux.** Sans doute, la diversité des dénis relève-t-elle d'une pluralité de mécanismes psychopathologiques. Nous pousserons néanmoins cette élaboration théorique jusqu'à postuler que les cas les plus heureux sont ceux pour lesquels l'efficacité du déni a été optimale, comme une opération sans reste. Ce sont ceux-là qui se font le mieux oublier : oubli du déni lui-même, réduit à sa plus simple expression (comme l'explication donnée à un enfant, plus tard : « *On s'est dit que tu étais un cadeau du ciel, on ne s'est pas posé davantage de questions* »).

Les formes compliquées

En contre-point d'une majorité de situations qui se font oublier, il existe une minorité dont on parle beaucoup plus. Au point que beaucoup de professionnels n'envisagent le déni que sous l'angle de ses complications. Pour les premières, on peut parler de phénomène. Pour les secondes, l'absence de résolution de la sidération maternelle, les troubles liés à une autre cause préexistante au déni, ou bien les complications résultant d'un accompagnement inadéquat, s'inscrivent du côté de la pathologie, sans pour autant constituer une maladie homogène : on parlera alors de syndrome.

Les complications des premières heures

♦ **Les premières heures sont déterminantes** dans l'aggravation du traumatisme psychique et ses conséquences pour la mère et le bébé. La sidération et le bouleversement intérieur, provoqués

par la levée du déni, lorsqu'une femme découvre contre toute attente qu'elle est enceinte, vont en effet singulièrement s'aggraver si cette femme reste seule et ne rencontre pas des personnes qui la rassureront, qui ne la laisseront pas désemparée face à ce qui la dépasse.

Par exemple, dans les DDG partiels de découverte tardive. Si elle n'est pas écoutée, la mère se referme sur elle-même, évacue le fait qu'elle a fait un déni, s'ajuste de son mieux à la naissance, mais gardera un sentiment d'étrangeté face à l'arrivée de cet enfant-là, chargée de non-dit, d'un sentiment indicible d'être "à côté" de ce qu'elle vit au lieu de le ressentir pleinement. Le risque que cela affecte la relation avec l'enfant n'est pas négligeable. L'autre risque est la répétition d'autres grossesses niées, avec à chaque fois aggravation des conséquences, telles que les décrit Félix Navarro [5].

♦ **Dans le cas du déni total,** l'absence d'interlocuteur apportant une contenance humanisante a des effets ravageurs : la sidération devient chaos [6], la déréalisation vécue dans la solitude amène la mère soit à un état de prostration avec incapacité de prendre en charge son bébé, soit à des actes désordonnés, visant à littéralement sortir de ce cauchemar, au cours desquels elle peut mettre en danger son enfant. Ces cas sont rares, moins d'une fois sur cent. Il faut savoir que vraisemblablement, la même femme, écoutée, prise en charge et accompagnée par n'importe quel citoyen de bonne volonté, aurait bénéficié avec son bébé de l'évolution rapidement favorable décrite plus haut.

De là découle l'importance que le DDG soit connu le mieux possible du grand public et des professionnels de première ligne. Ceux-ci pourraient penser à tort que c'est une affaire de spécialistes.

Nous avons été récemment surpris, lors d'une enquête menée par une sage-femme dans le cadre de son mémoire², d'entendre des équipes d'urgences généralistes estimer qu'elles n'étaient pas concernées par les premiers soins puisqu'elles orientaient les mères sortant du déni vers le service adéquat (obstétrique). Mais l'écoute rétrospective de ces mères démontre que c'est dès la première minute de la découverte de la grossesse qu'elles ont le plus besoin de cette contenance humaine compréhensive et rassurante. Urgentistes, médecins généralistes, radiologues, mais aussi médecins et infirmières scolaires, enseignants, éducateurs d'internats, et au-delà tout citoyen responsable et averti, doivent être

*La diversité
des dénis relève d'une
pluralité de mécanismes
psychopathologiques*

Notes

¹ Un projet hospitalier de recherche clinique (PHRC) est en cours de démarrage sur ce thème.

² Mémoire actuellement en cours de rédaction.

³ C'était le thème du colloque AFRDG qui s'est déroulé à Créteil (94) en 2011.



© Monkey Business/Fotolia.com

20

Une femme affectée d'un déni de grossesse total passe par une phase de déconcentration intense.

suffisamment informés pour ne pas être eux-mêmes décontenancés et pouvoir apporter la disponibilité et la qualité de présence qui fera basculer la situation vers une évolution favorable.

Nous ne pouvons pas empêcher que des femmes qui se retrouvent à accoucher seules à 3 heures du matin, ne comprenant rien de ce qui leur arrive, soient dans l'incapacité involontaire de donner des soins à leur bébé ; ni que des complications obstétricales ou pédiatriques qui auraient été banales en milieu hospitalier, virent au drame dans de telles conditions. Mais nous pouvons espérer réduire le nombre de celles qui continuent à s'enfoncer dans leur chaos intérieur, parce qu'on n'a pas compris qu'elles avaient aussi besoin de soins, besoin d'être reliées à leur bébé dès que leur état le permet, c'est-à-dire souvent très rapidement, ou parce que, de façon intempestive et iatrogène, elles ont été jugées à l'avance inaptes à la maternité, suspectes de pulsions agressives, voire séparées de leur bébé.

Les complications plus tardives

◆ **Une des premières difficultés** pour les mères qui viennent de découvrir leur grossesse, après l'avoir acceptée, est d'affronter la réaction de leur compagnon ou mari, de leurs parents et de leur famille élargie. Cela leur apparaît souvent comme une épreuve insurmontable, alors que la plupart

ont la chance de voir ces proches non seulement accepter le bébé, mais comprendre intuitivement que le déni est un phénomène involontaire et inconscient, d'autant plus qu'ils reconnaissent *a posteriori* l'efficacité du déni qui les a affectés eux aussi : ils n'ont pas su voir.

Une fois sur dix, ça ne se passe pas aussi bien. Indépendamment des bonnes relations qui s'installent entre le bébé et la mère, celle-ci peut se sentir écartelée entre le désir de s'occuper de lui et une impossibilité radicale tenant à sa situation matérielle, affective ou au contexte culturel.

◆ **Dans notre expérience, moins d'une femme sur vingt** a recours à l'accouchement sous X. Parmi elles, environ la moitié revient sur sa décision. Mais lorsqu'une dimension de vulnérabilité sociale s'ajoute, elles mettent parfois plusieurs semaines avant de pouvoir récupérer leur enfant. Les conséquences à long terme de ces séparations précoces sont difficiles à interpréter : les troubles de l'attachement que l'on peut être amené à constater sont-ils la conséquence du déni ou celle d'une séparation qui aurait peut-être pu être évitée ?

◆ **Parfois encore, ce sont des facteurs propres au psychisme** et à l'histoire de la mère qui déterminent une sortie incomplète du déni, un sentiment de culpabilité et une difficulté à investir pleinement la relation avec l'enfant. Dans le récit de ces mères, ou de ces couples, cela se résout avec le temps. On ne sait pas si ces mères ont bénéficié ou non d'un soutien pendant les premiers mois et, si cela a été le cas, quelle en a été la nature.

Le déni de grossesse, un concept récent en pleine évolution

Une attitude scientifique rigoureuse devrait nous pousser, simultanément à mettre en forme ce que nous apprenons sur le déni de grossesse et à reconnaître et supporter que certaines questions restent sans réponse.

◆ **Ainsi, la forme simple évoquée plus haut est de loin la plus fréquente.** L'intérêt de la décrire est de la réhabiliter face aux formes de déni, rares mais spectaculaires et dramatiques, qui resteront dans la mémoire des témoins, professionnels ou simplement lecteurs des médias qui les relatent. Le déni simple d'évolution favorable semble s'effacer avec une facilité déconcertante de la mémoire des équipes, qui pourtant ont été secouées par telle ou telle histoire incroyable, comme si cela ne se fixait pas. Cela tient à la nature même du déni. On ne peut pas le télécharger, pour emprunter une métaphore au langage de l'informatique, s'il n'est pas

Références

- [1] Guernalec-Lévy G. Je ne suis pas enceinte: enquête sur le déni de grossesse. Paris: Stock; 2007.
 [2] Brezinka C. À propos des données épidémiologiques. In: Navarro F (dir.). Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse: Éditions universitaires du Sud; 2009:15-23
 [3] Wessel J. Quelques données épidémiologiques, maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse. In: Navarro F (dir.). Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse: Éditions universitaires du Sud; 2009:25-35.
 [4] Pierrone C, Delannoy MA, Florequin C, Libert M. Le déni de grossesse: à propos de 56 cas observés en maternité. Perspectives Psy. 2002;41(3):182-8.
 [5] Navarro F. Déni de grossesse à répétition. Actes du troisième colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse: Éditions universitaires du sud; 2013.
 [6] Romano H. Prendre soin en urgence. Actes du troisième colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse: Éditions universitaires du sud; 2013.

accompagné d'une trame ou de conséquences dramatiques (au sens théâtral du terme) qui lui offrent un support d'images et de mots. Seul, il est indicible. Dans ces conditions, on ne s'étonnera pas que selon le point de vue d'où on l'observe, le DDG offre plusieurs profils cliniques qui peuvent sembler contradictoires mais qui gagneront à être croisés³. Toute généralisation à partir d'un seul point de vue est *a priori* contestable et il faut supporter que la réalité du DDG ne nous apparaisse que peu à peu, au fil d'un travail dialectique entre ces différentes perspectives.

♦ **La perspective épidémiologique** doit être soumise à la même relativisation car l'apparente objectivité qu'elle apporte a pour corollaire un lissage des singularités individuelles et une perte de la dimension temporelle, historique, dont seul le récit de chaque femme peut témoigner.

Voilà pourquoi il nous faut en toute modestie reconnaître que nous avons par exemple beaucoup de mal à disposer d'une vision d'ensemble des mécanismes qui font le déni. Sans entrer dans les détails, ils peuvent relever d'un concours de facteurs extérieurs (maladie grave, deuil, catastrophes) dont la puissance d'accaparement sur l'attention et le psychisme auraient eu une forte probabilité d'empêcher la prise de conscience de la grossesse chez nombre d'autres femmes dans le même contexte, ou d'une réaction liée à une histoire personnelle et à des traumatismes psychiques précis, que cette grossesse-là réactive, ou encore d'une stratégie de l'inconscient qui s'avère heureusement choisie pour contourner un dilemme impossible à élaborer. Ainsi chez cette femme, affectée d'une maladie grave, pour qui les médecins avaient formellement déconseillé une troisième grossesse, envisageant une interruption médicale de celle-ci au cas où elle se produirait. Quelques mois plus tard, alors qu'elle est suivie médicalement, elle met au monde à la surprise de tous, elle-même y compris, un enfant à terme, sans que survienne la récurrence redoutée de sa maladie.

♦ **La question du devenir des enfants, nés après un déni de grossesse**, reste également encore bien peu explorée. L'interprétation des résultats des quelques études dont nous disposons ne peut qu'être prudente. La première précaution consiste à repérer comment les cas ont été recueillis. Rares sont les études dont les résultats ne sont pas biaisés d'une façon ou d'une autre. Elles gardent un réel intérêt en tant qu'apport de cas cliniques venant enrichir le patrimoine d'observations. Mais attention à ne

pas extrapoler sans argumentation statistique. Si on considère par exemple qu'une maternité d'hôpital universitaire, qui accueille 5 000 accouchements par an, a vu passer en 6 ans 90 grossesses affectées d'un déni, on doit rapporter à ce nombre les 5 ou 6 situations qui pendant cette période ont fait l'objet d'une publication, thèse, mémoire, article. Il n'est pas interdit de penser que les 84 ou 85 enfants qui n'ont pas fait parler d'eux vont ni plus ni moins mal que la moyenne. Les témoignages spontanés de jeunes adultes nés après un déni de grossesse et n'en ayant pas souffert nous incitent fortement à préserver cette hypothèse.

Conclusion

Découvrir et tenter de comprendre la complexité du déni de grossesse est une tâche périlleuse, mais passionnante. Passionnante surtout par la succession de défis à relever et de paradoxes à mettre au travail :

- faire reconnaître la fréquence du phénomène par essence insaisissable ;
- expliquer et éclairer la détresse extrême de certaines situations pour qu'elles soient traitées de la façon la plus juste ;
- et simultanément ne pas oublier les ressources qui permettent à la majorité des femmes et des enfants touchés par le déni d'en résoudre spontanément l'impact pourvu qu'ils soient humainement accompagnés ;
- ne pas être pressé de savoir une fois pour toutes et à cet effet, tenter de faire cohabiter et dialoguer les points de vue les plus divers.

Accordons du temps au temps. Le déni de grossesse, les femmes et les enfants, qui découvrent être passés par lui, ont encore beaucoup à nous apprendre. •

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Michel Libert
pédopsychiatre,
chef de service CMP
Hôpital Saint-Vincent-de-Paul,
service d'obstétrique,
Boulevard Belfort,
59000 Lille, France
miclibert2@wanadoo.fr

L'école et le déni de grossesse

Pierre Aymard
Jean-Marc Gorse
Nathalie Gomez

Le déni de grossesse n'est pas lié à une catégorie socio-professionnelle ou à l'âge et peut survenir chez des lycéennes. Il est donc important pour tous les acteurs de l'école de s'interroger sur cette question, voire de la travailler dans sa globalité avec les élèves, afin de s'éloigner de ses propres croyances.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS

School and pregnancy denial. Pregnancy denial is not linked to a specific socio-economic category or age and can occur in high school students. It is therefore important for all key players in schools to question their own beliefs with regard to this issue and work on all aspects of it with students.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS

Mots clés

- Adolescente
- Déni de grossesse
- Lycée
- Scolarité

Keywords

- Adolescent
- High school
- Pregnancy denial
- Schooling

Comme tout lieu où vivent des femmes en âge de procréer, l'école est concernée par le déni de grossesse. Chaque année, des jeunes filles, ignorant leur état, y poursuivent leur grossesse et, parfois, l'issue est dramatique.

Cas de déni de grossesse chez des lycéennes

♦ **Mars 2000, à Angoulême (16), une adolescente de 17 ans accouche à l'insu de tous** dans les toilettes du lycée. Elle dépose le nouveau-né dans une poubelle. La veille cette jeune fille, décrite comme « *rieuse, épanouie, appliquée, toujours présente* », s'était plainte de douleurs au ventre après le cours d'EPS (elle avait participé à un match de basket) et était passée à l'infirmerie. Jusque-là, elle avait mené une vie d'adolescente et d'élève ordinaire. Personne n'était au courant de sa grossesse. Aussitôt le drame connu, l'équipe éducative et médico-scolaire (trois infirmières à temps partiel et un médecin) du lycée est montrée du doigt par la ministre en charge de l'enseignement scolaire qui l'accuse de ne pas savoir établir le dialogue avec les élèves. Le lendemain, la ministre présente des excuses. Selon elle, il ne s'agissait que d'un manque d'informations sur la contraception. Elle n'évoque même pas le déni de grossesse, dont quelques spécialistes pourtant soulignent la possibilité.

♦ **En novembre 2007, le corps sans vie d'un nourrisson est retrouvé**, dans un sac plastique, dans le garage d'une villa lotoise, à côté de l'urne funéraire contenant les cendres des grands-parents. La mère est une jeune fille de 17 ans. Jusqu'au terme de sa grossesse, elle a continué d'aller en classe. Cette « *élève discrète, presque transparente, exemplaire, qui se donnait sans compter* » rêvait de devenir infirmière. En attendant, depuis plusieurs années, elle

était pompier volontaire. Jusqu'au dernier moment elle a assuré ses tours de permanence à la caserne. Emprisonnée dans l'établissement pénitencier pour mineurs, elle est restée très longtemps dans un état de complète sidération. Au cours de séances de débriefing, organisées par le médecin responsable départemental de l'Éducation nationale, ses camarades ont exprimé leur culpabilité de n'avoir rien vu et beaucoup de perplexité : dans cette classe à orientation sanitaire et sociale les élèves connaissaient plutôt bien la contraception, mais ignoraient tout du déni de grossesse. Après deux ans de procédure, cette jeune femme a été condamnée à 3 ans de prison avec sursis. La procureur avait requis 7 ans ferme.

♦ **En mars 2012, une jeune fille de 15 ans accouche dans les toilettes de son lycée**, à Lisieux (14). Prise de douleurs, elle demande à ses camarades d'appeler les pompiers. À leur arrivée le bébé est déjà né. La mère et l'enfant se portent bien. D'après les médias, la justice se pose une seule question : la relation sexuelle était-elle consentie ou non ?, et de conclure : « *Si cette grossesse fait suite à un accident, la question qui se pose est celle de l'assistance éducative* ». Quant aux conséquences du déni de grossesse, du mal-être de cette jeune fille ou de l'équipe éducative, rien n'est dit.

Un impact sur les enfants

Être enceinte pendant plusieurs mois sans le savoir, accoucher sans avoir eu connaissance de sa grossesse ne sont pas les seuls aspects du DDG qui peuvent concerner des élèves. Il y a également les enfants dont les mères sont incarcérées, qui vivent un double drame, et ceux qui sont eux-mêmes nés d'une telle surprise.

Ainsi Pascal, né d'un couple stable, connaît son histoire que ses parents lui ont racontée comme

Auteur correspondant

Nathalie Gomez
AFRDG, 28 rue Bertrand-de-Born, 31000 Toulouse, France
ngomez@afrdg.info

celle d'une sorte de chevalier masqué, arrivant à la satisfaction générale, cela jusqu'au CM2, jusqu'au jour d'une leçon sur la reproduction. Pascal raconte alors devant sa classe sa naissance-surprise. Et là, le maître tranche : « *Ce n'est pas possible. Une femme sait toujours qu'elle est enceinte, si elle ne le dit pas c'est pour cacher quelque chose* ». Cette phrase est un couperet. La vie de Pascal bascule. Ce petit garçon insouciant se dit que son instituteur a raison et que ses parents lui ont menti, qu'ils ont inventé cette histoire pour lui cacher la réalité. Il se persuade qu'il a été adopté, que son père ne doit pas être son père. Il vit des années avec ce poids. Ce n'est que très longtemps après qu'il entend parler du DDG, ce qu'il vit comme une libération.

Tous les acteurs de l'école sont concernés

S'informer sur le déni de grossesse

L'école est donc concernée par le DDG. Ce ne sont pas seulement les équipes médico-sociales qui peuvent largement contribuer à la prise en charge de l'ensemble des situations lorsqu'elles sont connues, mais aussi les équipes pédagogiques, par le travail éducatif qu'elles peuvent entreprendre.

Pour un enseignant, la première question est probablement de savoir s'il peut, s'il doit reconnaître l'existence du DDG. Le scepticisme fait partie intégrante de l'esprit critique et il est légitime de se poser la question.

Chacun doit faire un travail de mise à jour et de réflexion sur le sujet. Cela est largement facilité depuis la mise à disposition du public par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG) de centaines de témoignages de femmes qui, bien que ne se connaissant pas entre elles, relatent des faits « incroyables » de façon très similaire. Ces témoignages émanent essentiellement de femmes qui n'ont pas eu de problèmes judiciaires (situations dans lesquelles on pourrait craindre un témoignage utilitaire), qui élèvent leur enfant né d'un DDG dans des conditions que l'on peut qualifier de statistiquement "normales", c'est-à-dire de femmes qui n'ont aucun avantage à tirer de ce qu'elles rapportent. À cela s'ajoutent des études scientifiques solides, qu'elles soient épidémiologiques ou cliniques.

Ces travaux mettent en évidence des données importantes : il n'y a pas de relation entre le déni de grossesse, le niveau scolaire, la catégorie socio-professionnelle ou l'âge. Toutes les femmes peuvent être concernées, qu'elles soient élèves ou enseignantes.

Travailler un recul nécessaire

Sur un plan pédagogique, le DDG peut être intéressant à aborder justement parce qu'il remet en cause ce que l'on sait ou croit savoir. Ainsi, tout le monde croit pouvoir reconnaître les premiers signes d'une grossesse ; les cours d'éducation sexuelle au collège ont peut-être conforté ce sentiment, de même que les discussions en familles, qui lorsqu'elles ont lieu, ont probablement permis à la mère de l'élève d'affirmer « *qu'elle sait très bien comment ça se passe, puisqu'elle en a fait l'expérience* ». Peut-être même cette mère d'élève ne pourra-t-elle envisager qu'il puisse en être autrement, tellement il est inhabituel de penser que notre ressenti est personnel et qu'il n'est pas le même pour tous, dans des situations identiques.

C'est en particulier ce recul nécessaire entre ce que l'on croit personnellement savoir, mais aussi entre les croyances transmises par la famille ou le groupe et la réalité, qui peut faire l'objet d'une approche pédagogique. Travailler sur le DDG en général, s'interroger sur un cas ou suivre l'évolution de la prise en compte de ce phénomène dans notre société est probablement très motivant pour certaines catégories d'élèves ; en témoignent les multiples demandes de lycéennes, qui, pour préparer un exposé ou un travail personnel, s'adressent chaque semaine à l'AFRDG. Il est donc possible, en particulier en lycée professionnel, de construire des projets pluridisciplinaires faisant intervenir la communication, le droit, la santé... C'est une occasion de sensibiliser les élèves à l'étude critique de témoignages, à la lecture d'articles de presse généraliste ou scientifique et de les conduire ainsi vers l'analyse documentaire. Mais ce peut être également s'inscrire dans une démarche scientifique.

Enfin, si l'on considère davantage le sujet dans sa globalité, c'est surtout un bon thème pour aborder les problématiques de santé sous une nouvelle perspective, pour travailler autour de compétences transversales nécessaires à tout citoyen comme accepter d'entrer en empathie avec les autres (les écouter et le leur faire savoir) et, on est en droit de l'espérer, contribuer à la prévention, non pas en diminuant l'incidence du DDG mais en diminuant le nombre de dénis qui aboutissent à une naissance inopinée alors même que de petits signes auraient pu les faire reconnaître, « *si l'on avait su* ». •

Pour en savoir plus

- Archives AFRDG, www.afrdg.info

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Les auteurs

Pierre Aymard

enseignant de lycée, chargé de mission veille médiatique

Jean-Marc Gorse

logisticien, chargé de mission logistique

Nathalie Gomez

enseignante de lycée, sociologue
AFRDG, 28 rue Bertrand-de-Born, 31000 Toulouse, France
ngomez@afrdg.info

Déni de grossesse et droit pénal

Sébastien Delorge

Lorsque le déni de grossesse aboutit au meurtre de l'enfant, le droit pénal intervient. Ne s'appuyant pas sur une législation spécifique à ces cas, il revient aux tribunaux de juger caractériser l'intention lors de la commission des faits.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS

Pregnancy denial and penal law. When pregnancy denial ends in the death of the baby, the law intervenes. With no specific legislation covering such cases, it is up to the courts to judge the intent when the offence was committed.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS

Mots clés

- Déni de grossesse
- Droit pénal
- Intention de tuer
- Meurtre

Keywords

- Intent to kill
- Murder
- Penal law
- Pregnancy denial

24

C'est par le prisme du droit pénal que la question du déni de grossesse (DDG) est apparue sur la scène médiatique ces dix dernières années, aussi est-il nécessaire de rappeler quelques grands principes de droit pénal.

◆ **Il s'agit d'un droit sanctionnateur** : il tend à punir là où le droit civil a une fonction réparatrice et tend à indemniser la seule victime.

Ainsi, le procès pénal oppose le ministère public (qui a en charge la défense de l'intérêt général) à un individu, dont on prétend qu'il a eu un comportement constituant une infraction. La victime, quant à elle, peut demander réparation et participer au procès, mais elle sera seulement partie civile.

Pour être punissable, une infraction doit comporter trois éléments constitutifs :

- un élément légal ;
- un élément matériel ;
- un élément dit moral.

◆ **Le ministère public** doit donc amener la preuve que le comportement en cause tombe sous le coup d'une incrimination prévue par la loi, qu'il correspond à la matérialité prévue par le texte et que son auteur a eu conscience de commettre une infraction et la volonté de la commettre malgré tout¹.

◆ **Plusieurs qualifications pénales** sont susceptibles de s'appliquer lors d'issues tragiques du déni de grossesse ; toutes ont pour objet de protéger la vie humaine. Nous étudierons particulièrement la poursuite pour meurtre.

Le cas du meurtre

◆ **L'article 221-1 du Code pénal [1]** définit le meurtre comme le fait de donner volontairement la mort à autrui, il précise ensuite la peine encourue qui est de 30 ans de réclusion criminelle.

◆ **L'article 221-4 du même code [2]** prévoit une peine de réclusion criminelle à perpétuité, lorsque le meurtre est commis sur un mineur de moins

de 15 ans. Il faut noter ici que le texte ne fait aucune distinction selon que la victime est âgée d'une heure ou de 14 ans. Il n'évoque pas plus les qualités de l'auteur et de la victime. En effet, l'incrimination spécifique d'infanticide, qui figurait à l'article 300 du Code pénal, a été supprimée par le législateur dans le Code pénal de 1994.

◆ **La matérialité de l'infraction** est constituée par un acte homicide, lequel s'entend selon la jurisprudence d'un acte positif. Il revient au ministère public d'apporter la preuve de cet acte homicide. Ici, les expertises médico-légales sont amenées à jouer un grand rôle : cause de la mort, trace de coups... autant d'indications permettant de restituer la réalité des faits. En l'absence de caractérisation de cet acte, la qualification ne peut être retenue, ce qui n'empêche nullement l'application d'une qualification plus conforme aux faits².

La problématique de l'intention

La plus grande difficulté se trouve certainement dans la caractérisation de l'élément psychologique de l'infraction : l'intention de tuer.

La jurisprudence a ici posé un ensemble de présomptions permettant de pallier cette difficulté en induisant l'intention des circonstances (force des coups, moyens utilisés...).

◆ **Pour qu'on puisse imputer une quelconque intention**, encore faut-il que l'agent soit en pleine possession de son libre arbitre (et ici se pose en particulier la question du DDG). Si celui-ci est présumé, il ne s'agit que d'une présomption simple, dans la mesure où elle peut être renversée. Un agent dont il est établi qu'il ne disposait pas de son libre arbitre n'a pu consciemment avoir la volonté d'atteindre une des valeurs protégées par le législateur. Ainsi dès le Code pénal de 1810, le législateur a notamment introduit une cause d'irresponsabilité pénale de l'agent : l'état de démence³.



© Carole/Phant

Plusieurs qualifications pénales sont susceptibles de s'appliquer lors d'issues tragiques du déni de grossesse.

Dans le Code pénal actuellement en vigueur, la règle est posée à l'article 122-1 :

« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. » [3].

♦ **Or, la majorité de la littérature scientifique**, concernant le déni de grossesse, évoque lors de l'accouchement "un état de sidération" chez la femme. On mesure, à la lecture de l'article cité [3], l'importance de cette notion. La sidération est-elle constitutive pour l'agent « d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » ? Auquel cas, l'infraction ne saurait lui être imputable avec pour conséquence son irresponsabilité pénale⁴. Ou bien la sidération n'est-elle qu'un trouble n' « ayant [qu'] altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes » ? : hypothèse selon laquelle l'agent sera responsable pénalement et encourra une peine⁵.

♦ **La réponse, le 10 septembre 2009, de la Garde des sceaux**, Michèle Alliot-Marie, à la sénatrice, Odette Terrade, qui l'interpellait sur la nécessité de reconnaître le déni de grossesse en tant que problème de santé publique, est ici éclairante : « Le phénomène, qu'on appelle communément "le déni de grossesse", et dont la définition suscite d'importantes controverses dans le milieu médical, ne peut, tant qu'il

n'est pas clairement défini et identifié, bénéficier d'un statut juridique autonome porteur d'effets juridiques (notamment une immunité de poursuite). À ce titre, pour les affaires dans lesquelles de tels phénomènes semblent être identifiés, il appartient aux magistrats, pour chaque cas d'espèce, de s'assurer que les principes généraux régissant les conditions de mise en œuvre des poursuites pénales, sont remplies. Ils peuvent, à cet égard, commettre des experts, afin de répondre à la question de savoir si la mère a souffert d'un trouble ayant altéré ou aboli son discernement, conformément aux dispositions de l'article 122-1 du Code pénal. » [4].

Le problème, posé en ces termes, montre qu'il est dès lors impératif que les professionnels de santé et chercheurs approfondissent cette notion et que parallèlement les professionnels de santé, professionnels du monde judiciaire et plus largement les citoyens soient mieux informés de ce phénomène tant les conséquences judiciaires peuvent être dramatiques pour quelqu'un qui, n'en doutons pas, vient déjà de vivre une tragédie personnelle.

Ainsi que le notait Félix Rome « lorsqu'un tel déni de grossesse est avéré, la justice des hommes n'est plus confrontée à un monstre mais à une énigme qu'il lui est manifestement impossible de résoudre, notamment sous la forme d'une quelconque sanction, laquelle serait nécessairement non seulement injuste, car l'accusée est alors elle-même victime, mais encore nécessairement inutile, car privée de toute portée, puisque la meurtrière a alors plus besoin d'être soignée que d'être punie » [5]. •

Notes

¹ Sous réserve des distinctions opérées à l'article 121-3 du Code pénal en matière de faute d'imprudence.

² À titre d'exemple, on peut évoquer l'article 227-1 du Code pénal qui réprime le délaissement d'un mineur de 15 ans en un lieu quelconque. L'article suivant précise que lorsque le délaissement a provoqué la mort, il est puni de 30 ans de réclusion criminelle.

³ Article 64 du Code pénal de 1810 : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

⁴ Cependant, la loi du 25 février 2008 a inséré, à l'article 706-136 du Code de procédure pénale, la possibilité pour le juge d'ordonner à l'encontre de la personne déclarée irresponsable sur ce fondement, un certain nombre de mesures de sûreté.

⁵ Il est précisé que dans ce cas la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. On aura du mal toutefois à mesurer cette prise en compte, d'autant plus lorsque la réclusion criminelle à perpétuité est encourue.

Références

[1] Article 221-1 du Code pénal, www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417561&dateTexte=20130312

[2] Article 221-4 du Code pénal, www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionid=B6021B838BCDE5DB212BEC64B8FC5FB2.tpdjo12v_1?idArticle=LEGIARTI000006417572&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20090326

[3] Article 122-1 du Code pénal www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417213&dateTexte=20120717

[4] Sur la reconnaissance juridique du déni de grossesse, www.senat.fr/questions/base/2009/qSEQ090608986.html

[5] Rome F. Noir déni. Paris : Dalloz, 2009.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Sébastien Delorge

spécialiste en sciences humaines

AFRDG, 28 rue Bertrand-de-Born, 31000 Toulouse, France
sebastiendelorge@yahoo.fr