

Description clinique et accompagnement pluridisciplinaire du déni de grossesse

Catherine Bonnet
Psychiatre d'enfants
et d'adolescents

c/o Sages-femmes,
Elsevier Masson,
65 rue Camille-Desmoulins,
92130 Issy-les-Moulineaux,
France

La période prénatale est un moment essentiel pour permettre à des femmes ayant vécu un déni de grossesse d'être suivies par une équipe pluridisciplinaire, notamment afin de comprendre le sens de leur déni. Cet accompagnement nécessite que puissent être posées des questions systématiques sur les antécédents de violence, pour dégager le bébé de réminiscences d'expériences traumatiques. Le but est de le protéger des risques de morbidité, de mortalité, de violence ou de négligence à l'accouchement et ultérieurement.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - délaissement ; déni d'accouchement ; déni de grossesse ; déni de l'enfant ; néonaticide ; violence

Clinical description and multidisciplinary support for pregnancy denial. *The prenatal period is an essential time to allow women who have experienced pregnancy denial to be supported by a multidisciplinary team, particularly in order to understand the meaning of their denial. This support requires systematic questions to be asked about the previous history of abuse in order to free the baby from memories of traumatic experiences. The aim is to protect the baby from the risks of morbidity, mortality, violence or neglect at birth and afterwards.*

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - denial of childbirth; denial of pregnancy; denial of the child; neglect; neonaticide; violence

10

Le déni est un mécanisme de défense inconscient qui consiste en « un refus, pour le sujet, de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante », selon la définition du *Vocabulaire de la psychanalyse* [1]. Le déni de grossesse conduit à refuser la reconnaissance consciente des changements visuels, tactiles et kinesthésiques du corps en tant que signes provoqués par une grossesse et la présence d'un futur enfant, afin d'éviter la résurgence d'expériences traumatiques. Lorsque la grossesse est ignorée jusqu'à son terme et que la femme¹ en prend conscience au moment de l'accouchement, il a été proposé d'utiliser le terme de déni d'accouchement. Une fois la grossesse reconnue, la personne de l'enfant reste parfois niée, il est alors possible de parler de déni du bébé [2].

Études sur la clinique et l'épidémiologie du déni de grossesse

◆ Si le déni de grossesse a été évoqué dans des publications américaines dès les années 1970,

notamment dans l'article de Philip J. Resnick, un psychiatre américain, en association avec le néonaticide [3], il a été décrit pour la première fois en France par deux psychiatres à propos d'un cas de schizophrénie [4].

◆ **Dix années plus tard, trois premières études prospectives** conduites dans des pays différents ont éclairé des aspects cliniques du déni de grossesse. En Autriche, Christoph Brezinka, gynécologue-obstétricien, a mené une étude de 1987 à 1990 sur les conséquences obstétricales de 27 dénis de grossesse à l'hôpital universitaire d'Innsbruck [5]. Aux États-Unis, Laura J. Miller, psychiatre, a réalisé une enquête de mai 1988 à mai 1989 auprès de patientes hospitalisées dans une unité dédiée aux femmes enceintes présentant une décompensation aiguë d'une maladie mentale – une schizophrénie pour la plupart. Douze femmes sur 26 avaient développé un déni psychotique de leur grossesse qui a nécessité une prise en charge médicamenteuse ainsi qu'une psychothérapie. L'objectif était qu'elles acceptent d'être suivies pendant leur grossesse, afin de réduire les risques

Adresse e-mail :
bonnec7@hotmail.com
(C. Bonnet).

de violence à l'encontre du fœtus et d'accouchement précipité [6].

◆ **En France, Catherine Bonnet, mère adoptive et pédopsychiatre**, s'étonnant que la société française persiste à expliquer aux enfants adoptés que seule la précarité économique était à l'origine d'une décision d'adoption après la naissance, a mené de novembre 1987 à juin 1989 des entretiens auprès de 18 femmes demandant à accoucher anonymement, afin d'analyser la « *psychodynamique de leur sentiment de maternité* » [7]. Les résultats, publiés en février 1990, ont mis en évidence que les raisons pour confier un bébé en vue d'une adoption dans l'anonymat n'étaient pas majoritairement socio-économiques, mais plutôt en relation avec un déni de grossesse [2]. Certaines femmes ont exprimé la crainte de ne pas contenir des pensées d'impulsions violentes à l'encontre du futur bébé, notamment à la naissance ; l'hypothèse a alors été faite d'un lien de continuité entre le déni de grossesse et l'infanticide. Il a été proposé de comparer les témoignages recueillis auprès des femmes accouchant dans l'anonymat avec ceux de femmes incarcérées pour infanticide. La qualification d'infanticide, qui désignait alors le meurtre ou l'assassinat d'un nouveau-né dans l'article 300 de l'ancien Code pénal [8], a été abrogée dans le nouveau Code pénal entré en vigueur le 1^{er} mars 1994 et remplacée par l'article 221-4, qui ne différencie plus l'infanticide des homicides sur mineur de moins de 15 ans [9] plutôt que d'introduire la qualification de néonaticide telle qu'elle existe dans d'autres pays.

◆ **Durant les dix années suivantes, des études épidémiologiques prospectives** ont été conduites sur le déni de grossesse. En Allemagne, Jens Wessel, gynécologue-obstétricien, a dénombré, de 1995 à 1996, 62 dénis de grossesse repérés à partir de la vingtième semaine de grossesse pour 29 462 naissances, soit un pour 475 grossesses, et un déni à l'accouchement pour 2 455 accouchements ; 25 femmes avaient caché volontairement leur grossesse. Comparant les résultats de cette étude avec ceux d'une cohorte de 27 110 accouchements ayant eu lieu à Berlin en 1995, J. Wessel a mis en évidence le risque élevé de morbidité et de mortalité périnatales lié au déni de grossesse : poids à la naissance moins important (21,7 % *versus* 6,7 %), taille plus petite (26,1 % *vs* 8 %), plus grande fréquence de la prématurité avant 37 semaines (18,5 % *vs* 7,4 %) et des transferts en néonatalogie (29,2 % *vs* 9,2 %). Trois fœtus étaient nés avant le seuil de viabilité, un enfant était mort-né et un dernier était décédé à la suite d'un néonaticide ; 51 nouveau-nés vivaient

avec leurs parents, 13 avaient été adoptés et un avait été placé en famille d'accueil [10].

◆ **En France, Colette Pierron et al.**, psychologues et psychiatres, ont mené de 1993 à 2000 une étude prospective dans deux maternités, à Denain (59) et à Valenciennes (59). Les auteurs ont dénombré 56 cas de déni de grossesse, dont 27 diagnostiqués durant la grossesse ("dénis partiels") et 29, à l'accouchement ("dénis totaux"), sur 28 066 naissances, soit un déni partiel pour 550 grossesses et un déni total pour 1 200 grossesses [11]. Aux États-Unis, après avoir étudié 16 cas de néonaticides, Margaret G. Spinelli, psychiatre, a montré, en 2001, qu'ils étaient précédés d'un déni de grossesse [12].

◆ **À partir de 2008, Catherine Villeneuve-Gokalp a analysé les 835 questionnaires** recueillis dans 83 départements sur 100 par les représentants du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles² auprès de femmes ayant accouché dans le secret et l'anonymat. Soixante pour cent des participantes ont répondu à la question "À quel mois de grossesse la mère de naissance a reconnu sa grossesse ?" ; 15 % avaient su qu'elles étaient enceintes au premier trimestre, 45 %, au deuxième trimestre, 31 %, au troisième trimestre et 8 %, à l'accouchement [13]. En 2011, Magali Lefebvre a conduit une étude auprès de 133 femmes membres de l'Association internationale des victimes de l'inceste et montré que 4 % avaient découvert leur grossesse après le troisième mois [14].

◆ **La fréquence moyenne du déni de grossesse** serait d'un pour 500 naissances [10,11]. En considérant qu'il existe environ 800 000 naissances chaque année en France, on peut estimer le nombre des dénis de grossesse à environ 1 600. Si 85 % des 650 femmes qui accouchent dans le secret en moyenne ont découvert leur grossesse après le troisième mois, on pourrait considérer qu'environ un tiers de celles qui présentent un déni de grossesse choisissent d'accoucher dans le secret.

◆ **En 2012, les résultats d'une étude européenne** ayant comparé les données statistiques de cas de néonaticides de la police en Autriche, en Suède et en Finlande ont mis en évidence une réduction de près de la moitié des néonaticides en Autriche après l'introduction dans la législation, en 2001, de l'accouchement dans l'anonymat : de 7,2 à 3,1 pour 100 000 nouveau-nés, respectivement avant et après le changement législatif. La diminution a été particulièrement importante au moment où des informations sur ce droit ont été diffusées auprès du grand public. Il a été observé que les femmes préféraient choisir cette modalité plutôt que de déposer leur enfant dans les

Notes

¹ Le terme "femme" sera utilisé aussi bien pour les adolescentes que pour les adultes, sauf en présence d'aspects cliniques plus spécifiques.

² La loi du 22 janvier 2002 a maintenu à toute femme qui le souhaite le droit de choisir de ne pas décliner son identité en cas d'accouchement secret, en l'invitant à transmettre des informations non identifiantes. Le Conseil national pour l'accès aux origines demande à un correspondant de rencontrer toute femme souhaitant accoucher dans l'anonymat (c'est-à-dire sans décliner son identité), pour l'inviter à laisser des informations non identifiantes, afin que l'enfant puisse les consulter s'il souhaite accéder à son dossier sur ses origines après l'âge de 18 ans.

“boîtes à bébé” électroniques qui étaient mises à leur disposition [15].

Repérage et réactions à la levée du déni de grossesse

◆ **Les circonstances de la découverte de la grossesse** sont plurielles. Certaines femmes s’en rendent compte au-delà des termes autorisés pour effectuer une demande d’interruption volontaire de grossesse. D’autres consultent un professionnel de santé pour divers motifs (douleurs abdominales, masse palpable, etc.), ce qui peut conduire à la révélation fortuite d’une grossesse. Chaque histoire est unique. L’essentiel est de repérer, dès la première consultation de la femme, les éléments cliniques qui permettent d’identifier le déni de grossesse.

◆ **La surprise et le choc émotionnel** de découvrir une grossesse inattendue à la levée du déni de grossesse sont décrits quel que soit l’âge gestationnel au diagnostic. Après un moment de sidération, les émotions et les sentiments varient. Si des femmes acceptent spontanément de manière positive la grossesse et parlent de leur enfant à naître très rapidement, la levée du déni confronte d’autres patientes à des pensées ambivalentes, voire négatives, à l’encontre du futur bébé. Certaines se taisent.

◆ **Un cortège de rationalisations est la partie consciente** des explications attribuées à la reconnaissance des sensations kinesthésiques, de modifications du corps à une autre cause que la grossesse, par exemple : « *J’ai grossi parce que j’avais faim depuis mon déménagement* » ou « *J’avais bien pris du ventre, mais mon poids changeait souvent* ».

◆ **Une défaillance de la maîtrise de la contraception** est souvent retrouvée, et il est rare que, dans ces circonstances, un test de grossesse ait été réalisé. Lorsque la femme a déjà mené une grossesse à terme sans déni, elle est étonnée de n’avoir pas vérifié être enceinte comme il est d’usage. Certaines primipares expliquent leur difficulté ancienne à penser être enceintes un jour, à n’avoir pu consulter un professionnel pour prendre une contraception ou, parfois, à imaginer qu’une relation sexuelle peut être fécondante. Grossesse ou maternité semblent impensables.

◆ **Le déni de grossesse doit être distingué d’une grossesse cachée**, un comportement décidé consciemment et volontairement. Cependant, une fois la grossesse reconnue après un déni, certaines femmes prennent la décision consciente de la cacher.

Accompagnement prénatal pluridisciplinaire

La prise en charge pluridisciplinaire est essentielle. Elle inclut la sage-femme et le médecin,

le pédopsychiatre ou le psychologue, l’assistante sociale, le juriste, l’association informant des droits des femmes et le pédiatre. La sage-femme a un rôle majeur pour coordonner ce réseau, car c’est elle qui suivra cette grossesse et maintiendra un contact pour éviter un accouchement hors de la maternité.

Prévoir la date de l’accouchement

◆ **Certaines femmes accueillent l’annonce de leur grossesse** avec une indifférence apparente, ce qui suscite chez ceux qui en sont témoins un sentiment d’étrangeté. D’autres ne peuvent parler que de leur état, sans nommer le futur enfant, comme si celui-ci n’était pas présent. Le déni du bébé est possible dès ce moment, ce qui représente un risque pour le bébé à l’accouchement.

◆ **Le fait de les déculpabiliser et de leur expliquer ce symptôme** comme un mécanisme de défense que chaque personne peut utiliser dans sa vie pour se protéger d’émotions et de sentiments complexes les aident à accepter qu’une grossesse se termine par un accouchement et que devenir mère dans ces conditions est parfois difficile, voire impossible [16].

◆ **Si elles ne peuvent pas mettre de mots** sur ce qu’elles ressentent, le risque, pour ces femmes, est le déni d’accouchement. Elles attribueront alors, au début, les douleurs de l’expulsion à d’autres causes en les rationalisant (crampes abdominales, constipation, etc.). La naissance peut les surprendre et leur sembler précipitée, voire foudroyante. Si elle survient en l’absence d’un tiers, hors du milieu hospitalier, les risques immédiats sur la santé et la vie de la femme et du bébé sont majeurs, ainsi que les risques de néonaticide ou d’abandon du nouveau-né sur la voie publique.

Comprendre qui a reconnu la grossesse

◆ **Dès la première consultation**, le lien de la patiente avec son partenaire intime doit être précisé : vivent-ils ensemble ou ont-ils rompu ? A-t-il remarqué qu’elle était enceinte ou a-t-il partagé avec elle ce déni de grossesse ? Les femmes rapportent parfois avoir eu des relations sexuelles peu de temps avant leur accouchement, leur partenaire ne semblant pas s’être aperçu qu’elles étaient enceintes. Dans ce déni partagé, une part d’elles est niée et cette prise de conscience peut être douloureuse. Certaines hésitent alors à annoncer la grossesse à leur conjoint. Les encourager à exprimer ce qu’elles souhaitent – informer ou cacher –, les raisons de ce choix et ce qu’elles pourraient craindre permet d’évaluer leur relation de couple. De même,

il est nécessaire de comprendre le lien qu'elles entretiennent avec leur famille, leur entourage professionnel, et notamment si cette grossesse a été reconnue, si le déni a été partagé, et si elles souhaitent, là aussi, en parler ou pas.

◆ **Grâce à ces premières informations**, la sage-femme peut aider la patiente à réfléchir aux aspects positifs de sa vie et aux éléments suscitant de l'anxiété, notamment :

- son incertitude vis-à-vis du devenir de l'enfant (le garder ou le confier à l'adoption) ;
- son sentiment de solitude et de détresse lié au fait de devoir poursuivre sa grossesse sans pouvoir la partager dans l'immédiat avec un conjoint ou un partenaire, ni avec sa famille ;
- son souhait de conduire sa grossesse dans un autre lieu que son domicile et de bénéficier d'un hébergement jusqu'à la naissance pour se sentir protégée.

◆ **Il convient d'informer la femme de la possibilité d'accoucher dans le secret**, avec le choix de ne pas décliner son identité, et de bénéficier de soins entièrement pris en charge, mais aussi de l'adresser à une assistante sociale et à un juriste, pour qu'elle soit correctement informée. Il faut bien lui expliquer que ses choix (annoncer ou cacher sa grossesse et la naissance d'un enfant ; demander l'anonymat ou non) peuvent évoluer à tout moment jusqu'à l'accouchement.

Dépister les pensées négatives ou violentes à l'encontre du bébé

◆ **La reconnaissance et la perception des mouvements du fœtus** peuvent réactiver des réminiscences d'expériences traumatiques. Certaines femmes frappent parfois leur ventre pour battre l'enfant. Chez d'autres, des idées suicidaires impérieuses s'imposent. L'angoisse de ne pas contrôler leurs pensées négatives, la crainte de faire du mal au bébé durant la grossesse et à la naissance peuvent surgir [2].

◆ **De telles pensées et les risques associés** ont été décrits par plusieurs auteurs. En Australie, 8 % des 112 femmes enceintes interrogées par John T. Condon en 1986, ainsi que 4 % des pères, auraient évoqué des pensées d'impulsions violentes envers le fœtus. Désignant le risque de passage à l'acte, comme le syndrome du fœtus battu, J. T. Condon considère que si ces maltraitances sont peu souvent dépistées, c'est parce que les professionnels ne peuvent pas y croire [17]. Des auteurs britanniques ont également décrit la situation de cinq femmes ayant frappé leur abdomen après avoir perçu les mouvements du fœtus [18].

Magali Lefebvre, qui a adressé un questionnaire à 133 victimes d'inceste à propos du vécu de leur grossesse, indique que 33 % ont déclaré avoir ressenti un sentiment de mal-être vis-à-vis du bébé, 20 %, avoir eu des gestes de violences envers elles-mêmes et 4 %, envers le fœtus, et 32 %, avoir adopté une conduite addictive à risque pour elles et l'enfant : alcool (10 %), drogues (2 %) et tabac (26 %) [14].

◆ **Il ne faut pas hésiter à dépister les idées suicidaires** et les pensées négatives ou d'impulsions violentes envers le bébé. Donner la possibilité d'exprimer de telles pensées ainsi que la crainte de faire ou d'avoir fait du mal au bébé contribue à les diminuer et à réduire le risque de passage à l'acte violent périnatal. Un accompagnement psychologique doit être proposé pour en comprendre le sens [2].

Poser des questions sur les antécédents de violences

Les pensées négatives sont souvent en relation avec des antécédents de violences vécues dans l'enfance ou à l'âge adulte.

◆ **Une enquête réalisée au Canada a rapporté que 40 % des participantes** ont commencé à subir des violences pendant leur grossesse [19]. La prévalence de la violence pendant cette période se situe, dans la moitié des 19 pays étudiés par Karen M. Devries, entre 3,9 % et 8,7 % [20]. En France, les résultats de l'enquête conduite, en 2015, par Christelle Hamel ont indiqué qu'une femme sur sept (14,5 %) a déclaré avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle (hors harcèlement et exhibitionnisme) au cours de sa vie, 40 % avant l'âge de 15 ans, 16 % pendant l'adolescence et 44 % après 18 ans [21].

◆ **Les femmes, et notamment les mineures, dévoilent peu souvent spontanément** avoir subi des violences, car les agresseurs les dénigrent, les culpabilisent et leur interdisent d'en parler, à grand renfort de menaces et de chantage. La majorité des dévoilements surviennent donc lorsqu'elles sont questionnées. En mai 2011, la Haute Autorité de santé a publié des recommandations pour aider les médecins à repérer et à signaler l'inceste [22]. En juin 2019, elle a préconisé le repérage systématique des femmes victimes de violences au sein du couple (*encadré 1*) [23,24]. C. Hamel recommande d'éviter d'utiliser les mots "viol" et "agression" lors de l'interrogatoire, mais d'utiliser plutôt des termes décrivant les actes subis, tels que : "avoir été frappées ou battues", "avoir eu des rapports sexuels forcés" [21].

◆ **De plus en plus de femmes arrivent en France enceintes** après un parcours d'exil ou de migration.

Références

- [1] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Puf; 1967.
- [2] Bonnet C. Geste d'amour. L'accouchement sous X. 3^e éd. Paris: Odile Jacob; 2001.
- [3] Resnick PJ. Murder of the newborn: A psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* 1970;126(10):1414-20.
- [4] Bécache A, Bécache S. Un déni de grossesse : aperçus psychodynamiques. *Lyon Med* 1976;235(1):39-45.
- [5] Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: Obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994;15(1):1-8.
- [6] Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: Phenomenology and clinical management. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(11):1233-7.
- [7] Bonnet C. Nés du silence, des femmes accouchent dans l'anonymat. Rapport de recherche. Paris: Mission recherche, ministère de la Santé; 1989.
- [8] Ancien Code pénal. Article 300. www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI00006490173/1981-10-10.
- [9] Code pénal. Article 221-4. www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033975336.
- [10] Wessel J, Endrikat J, 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.
- [11] Pierrone C, Delannoy MA, Florequin C. Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspect Psychiatr* 2002;41(3):182-8.
- [12] Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001;158(5):811-3.
- [13] Villeneuve-Gokalp C. Étude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement. Rapport de recherche. Juin 2010. www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/CNAOP_Etude_meres_de_naissance.pdf.

Certaines ont été l'objet de violences dans leur pays d'origine, d'autres ont été exploitées sexuellement durant leur voyage. Face à une grossesse non désirée et découverte tardivement, il est nécessaire de leur poser des questions sur leurs expériences, afin de protéger les mères et leur bébé.

Aider à la décision et faire confiance aux femmes

◆ **Dans un pays où la rupture des liens du sang est encore taboue**, il est parfois difficile, pour les soignants comme pour la société dans son ensemble, d'accepter la décision d'une femme de ne pas devenir la mère d'un nouveau-né et de rompre le lien de filiation en ne déclinant pas son identité.

◆ **Les sages-femmes et l'équipe pluridisciplinaire qui accompagnent ces femmes** sont parfois en difficulté, car certaines hésitent, changent d'avis. L'essentiel est de les aider à exprimer leurs craintes et de les protéger des pressions, notamment lorsqu'elles sont mineures. Le plus délicat est le fait qu'il n'existe pas de schémas mais des histoires de vie individuelles à accompagner.

Accompagnement en anté- et en postnatal

L'accouchement représente une étape particulièrement compliquée pour des victimes de violences, car l'enfant à naître doit, chez certaines, traverser les voies génitales violées, réactivant des réminiscences d'expériences traumatiques. Au niveau du périnée, cela peut se traduire par une hypertonie et/ou une hypersensibilité (vaginisme). Pour éviter cette difficulté, certaines demandent une césarienne avant travail [25].

Au moment de la naissance

◆ **Le fait d'inciter une femme à prendre le nouveau-né dans ses bras**, à lui parler, à le poser sur

son ventre ou à l'allaiter, peut permettre d'établir des interactions sensorielles positives, si elle a exprimé son souhait de garder l'enfant. Si elle fait part de pensées ambivalentes, négatives ou n'a rien exprimé spontanément, il est nécessaire de lui demander ce qu'elle souhaite avant et au moment de la naissance : voir ou ne pas voir l'enfant, le prendre ou non dans les bras, lui donner ou non un prénom et l'allaiter ou non [2].

◆ **Encourager à des contacts sensoriels ne peut pas diminuer les pensées violentes** envers l'enfant si celles-ci ont préexisté pendant la période périnatale. Ces pensées violentes sont réduites par une thérapie mais pas par un contact sensoriel. Un attachement ambivalent peut s'installer et des risques de maltraitance et de délaissement apparaître dans les semaines qui suivent le retour à la maison, ce qui motive parfois un placement du bébé par l'aide sociale à l'enfance.

Après la naissance

◆ **La question essentielle est de savoir quelles informations non identifiantes** transmettre à l'enfant confié à l'adoption, en particulier sur sa santé (antécédents familiaux et médicaux, éventuellement pathologie de la grossesse et de l'accouchement), afin de prévenir les parents adoptifs de futurs risques potentiels.

◆ **Aucun consensus n'a été établi à ce jour** dans les situations où des antécédents de violence (violence conjugale, viol, inceste) sont connus. Est-il sage de stigmatiser l'enfant né d'un viol en transmettant "toute" la vérité sous le prétexte de l'adoption, alors que bien des naissances au sein de familles biologiques sont issues de circonstances semblables et demeurent secrètes pour l'enfant ? Est-ce le priver de ses origines que de taire ces éléments, à moins d'une raison scientifiquement démontrée ?

◆ **L'anonymat favorise le maintien du secret de la conception** et protège de la violence psychique de révélations ultérieures. Il donne à l'enfant une nouvelle chance de vivre sans que pèse pour toujours le poids de sa conception.

Ne pas les laisser repartir seules

Avoir mis en place un accompagnement sur le plan psychologique, social et juridique coordonné par une sage-femme avant la naissance permet aux femmes de le poursuivre après la sortie de la maternité. Il faut souvent du temps pour mieux comprendre les causes d'un déni de grossesse. Il est nécessaire que la sage-femme puisse aussi mettre

Encadré 1. Cadre juridique du signalement des violences faites aux femmes

Face à des dévoilements et à des suspicions de violences psychologiques, physiques ou sexuelles de toute nature, qui sont des infractions selon le Code pénal, la question du signalement au procureur de la République se pose. L'article 226-14 du Code pénal autorise les professionnels de santé à émettre un signalement, précisant qu'il convient de demander l'accord d'une adulte, ce qui n'est pas nécessaire dans le cas d'une mineure [24]. Le procureur de la République est joignable sept jours sur sept pour aider les sages-femmes et tout autre professionnel de santé.

Ma petite Adèle...

« J'avais une vie amoureuse instable, sans véritable attache. J'avais bien un compagnon, mais dès qu'il évoquait un éventuel projet d'enfant, je fuyais. Bien qu'il y eût des enfants autour de moi, j'étais persuadée de ne pas être capable d'en avoir un. Ma réaction était liée à mon histoire personnelle, à mon enfance. Mes parents ont divorcé dans un contexte de violences familiales. J'étais très jeune et préférais ne pas m'infliger cela. Pour moi, c'était plus simple de rompre ma relation que de m'investir.

Le 23 mai 2009 est le jour où tout a basculé. J'étais chez mon père, quand j'ai été prise de douleurs. J'étais pliée en deux par une sensation que je n'avais jamais éprouvée. Je pensais mourir, que mon état était très grave. Nous étions en pleine nuit, mon père a appelé les pompiers et j'ai été transportée aux urgences de l'hôpital le plus proche. À l'arrivée, j'ai été examinée par un médecin qui m'a dit : « Vous êtes sur le point d'accoucher. » Lorsque j'ai appris cette nouvelle, j'étais comme paralysée. Des personnes m'observaient et me posaient des tas de questions. Je me sentais hors du temps, hors de la pièce, et j'avais totalement perdu le contrôle de mon corps ! Après que j'ai accouché, ou plutôt expulsé l'enfant, je n'ai pas pu le serrer contre moi tant la situation me semblait abstraite.

Au bout d'une heure, une personne est revenue avec ma fille et l'a posée dans mes bras. Je ressentais un sentiment de honte, d'incompréhension, de vide, de solitude, mais aussi de la culpabilité et de la colère contre moi-même. J'étais passée à côté de plein de choses : la grossesse, mon enfant. Comment l'expliquer ? J'avais peur du regard des autres et aussi un peu de moi-même, car je ne comprenais pas ce qui s'était passé dans ma tête et dans mon corps. J'étais à la fois plongée dans le silence et dans une sorte de brouhaha. Je regardais ce bébé en pensant que ce que je venais de vivre était totalement étrange.

Quelques heures après, j'ai reçu la visite d'une assistante sociale, parce que j'avais dit, pendant l'accouchement, que je ne voulais pas du bébé. Elle venait m'expliquer comment se déroulait l'accouchement dans le secret. À ce moment-là, j'étais fatiguée et tout était confus. J'écoutais sans vraiment écouter... Je ne connaissais pas le déni de grossesse.

Une fois reposée et après avoir parlé avec une sage-femme, j'ai demandé à voir mon enfant et j'ai commencé à réfléchir à un prénom. J'ai choisi Adèle qui était celui de ma grand-mère. Je l'ai prise dans mes bras et, après de longues minutes, je lui ai demandé pardon. Quand j'ai serré ma fille contre moi – elle qui était si belle –, j'ai ressenti de la douceur et beaucoup de réconfort. J'ai dit à l'équipe que je la gardais et que je souhaitais rencontrer la psychologue pour m'aider à comprendre ce que je venais de vivre.

Je suis retournée chez mon père où j'ai pu m'occuper de mon enfant. Paradoxalement, mes parents ont su s'entendre pour m'aider à gérer ce moment compliqué. Une puéricultrice venait à la maison et j'ai été suivie par une psychologue pendant plus d'un an. J'ai évoqué ce qui me faisait souffrir : cette situation bien sûr, mais aussi tous les événements pénibles de mon enfance. Ma fille m'a donné la force de dépasser tout cela, je l'aime tellement...

Avec du recul, je peux dire que l'équipe qui m'a prise en charge a été très bien, elle était dans l'empathie vis-à-vis de moi. Ma fille et moi avons eu beaucoup de chance. Durant mon séjour à la maternité, j'ai toutefois perçu que beaucoup des professionnels que je rencontrais étaient interloqués par ma situation. Je pense qu'il faut mieux informer les soignants et les femmes que cela peut arriver. »

Sylvie M.

en place une contraception suivie pour que cela ne se reproduise pas. Si l'enfant a été confié à l'adoption, il faut que la femme soit accompagnée dans un travail de deuil.

Conclusion

Étant donné la fréquence du déni de grossesse, qu'il soit partiel ou total (2/1 000 grossesses environ, bien que l'incidence réelle soit difficile à estimer), sa prise en charge par les sages-femmes est essentielle pour

prévenir les risques non seulement de morbidité et de mortalité périnatales, mais également de prévention des violences ou des négligences après la naissance. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé qui devrait être reconnu, tout comme l'est la prévention de l'éclampsie (1/2 000 ou 1/4 000 accouchements dans les pays industrialisés), du placenta *prævia* (1/1 000 enfants en France) ou d'autres pathologies obstétricales. •

Références

- [14] Lefebvre M. Grossesse et accouchement chez les femmes victimes d'inceste [Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme]. Poissy: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, École de sages-femmes Jeanne-Sentubéry; 2011. <https://facealinceste.fr/blog/temoignages/etre-parent-apres-l-inceste>.
- [15] Klier CM, Grylli C, Amon S, et al. Is the introduction of the anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? BJOG 2013;120(4):428-34.
- [16] Bonnet C. Maternités impossibles. In: Bonnet C. L'enfant cassé. L'inceste et la pédophilie. Paris: Albin Michel; 1999.
- [17] Condon JT. "The battered fetus syndrome". Preliminary data on the incidence of the urge to physically abuse the unborn child. J Nerv Ment Dis 1987;175(12):722-5.
- [18] Kent L, Laidlaw JD, Brockington IF. Fetal abuse. Child Abuse Negl 1997;21(2):181-6.
- [19] Suderman M, Jaffe P. Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux. 1999. <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H72-21-163-1998F.pdf>.
- [20] Devries KM, Kishor S, Johnson H, et al. Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data in 19 countries. Reprod Health Matters 2010;18(36):158-70.
- [21] Hamel C, Debauche A, Brown E, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Popul Soc (Paris) 2016;538:1-4.
- [22] Haute Autorité de santé. Recommandations de bonne pratique. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Argumentaire. Mai 2011. https://fsi-lemanslaflèche.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=21.
- [23] Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Comment repérer – évaluer. Juin 2019. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf.
- [24] Code pénal. Article 226-14. www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510.
- [25] Kramer E, Bonnet C. L'inceste : repérer et prendre en charge en maternité. Les entretiens de Bichat. Sages-femmes 2012.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.