



Déni de grossesse – Ou plutôt « grossesse inconsciente »

Article de Thierry Tournebise

Thèmes : « Accompagnement thérapeutique, Conscience et vie intérieure, Couple et famille, Enfance et périnatalité, Symptômes et souffrance psychique »

Date : mars 2009

Cette publication est destinée autant aux femmes ayant vécu cette circonstance de « grossesse inconsciente », qu'aux adultes nés jadis d'une telle grossesse, qu'aux soignants, médecins, psychologues et psychothérapeutes devant accompagner ces personnes, juste après la circonstance, ou longtemps après celle-ci.

Nous verrons ci-dessous que la dénomination « déni de grossesse » n'est pas très heureuse et qu'elle risque même de détourner le praticien d'un accompagnement correct, tant pour la mère que pour l'enfant. Nous aborderons comment se positionner face aux êtres ayant vécu cette expérience, comment leur offrir un accompagnement de qualité, comment leur permettre d'aboutir à une salubre intégration de ce qui est en eux et doit être reconnu et réhabilité avec justesse.

Dans ces situations, la souffrance est telle que ces êtres méritent un accompagnement de qualité, afin de « toucher » la paix dont ils ont besoin pour se retrouver... pour que la mère se retrouve, pour que l'enfant se retrouve... et aussi pour qu'ils se retrouvent entre eux.

Sommaire de l'article

Le choix des mots

- Les mots ont des sous-entendus
- Mieux se dégager de l'a priori
- Avant tout deux êtres
- Le « bébé secret »

La quête de sens

- Chercher le « sens noble » et non le « fautif »
- Multiples causes possibles
- L'étonnante situation psychosomatique

Écouter le choc

- La première urgence
- Donner existence

Réaliser un accompagnement

- Comment accompagner la mère en état de choc
- Comment accompagner l'enfant
- Comment favoriser la rencontre mère-enfant
- Comment restaurer le temps de grossesse
- Accompagner un adulte qui a été conçu dans un processus de grossesse inconsciente

Des rencontres à ne pas manquer

Le choix des mots

Les mots ont des sous-entendus

S'il faut des mots pour désigner une situation, il convient de bien les choisir. Qu'on le veuille ou non, les mots désignent aussi des « sous entendus ».

Tout commence avec des faits, des observations. Dans le cas dont nous traitons ici, il s'agit de femmes, dont nous constatons qu'elles découvrent leur grossesse particulièrement tardivement, et même parfois à terme, au moment d'accoucher. Nous observons qu'elles n'ont aucun signes de grossesse perceptibles par elles-mêmes, ni par leur entourage. Cela représenterait environ 3 grossesses sur 1000.

“

Des entretiens auprès de quelques unes de ces « parturientes exceptionnelles » ont révélé que presque la totalité d'entre elles avaient expérimenté un stress sévère précédant la grossesse, mais que 52% ne présentaient aucun troubles psychiatriques (« Psychopathologie de la périnatalité » Jacques Dayan, Gwénaëlle Andro, Michel Dugna – Masson 2003, p.44).

La notion de « grossesse inconsciente » fut évoquée en 1898 (Ibid. p.41) et il est regrettable que ce terme n'ait pas été conservé, ou qu'on n'en ait pas trouvé un qui lui soit équivalent, afin de respecter davantage la mère et l'enfant.

Avant Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) et Philippe Pinel (1745-1826), l'on croyait que les manifestations psychopathologiques étaient dues à de la dissimulation (ou pire à des phénomènes de possessions) et l'on se contentait d'emprisonner les malades mentaux. Nous devons à ces deux praticiens remarquables d'avoir fait cesser ces pratiques inhumaines et non efficaces. Le regard porté aujourd'hui envers les êtres souffrant psychiquement ne manifeste pourtant pas encore toute la délicatesse requise !

Face à ces « grossesses inconscientes », la tendance fut longtemps de parler de « dissimulation volontaire ». Puis estimant finalement qu'il s'agissait d'une psychopathologie, le terme de « déni de grossesse » fut adopté vers 1970. Dans cette nouvelle terminologie, le « déni » est alors reconnu comme une « dissimulation involontaire ».

Il importe alors de comprendre ce que le mot « déni » signifie sur le plan de la psychopathologie, libre de toutes considérations morales ou de tous jugements :

“

« ... refus par le sujet de reconnaître une perception traumatisante [...] opération défensive dont la fonction

est de maintenir, hors du champ de la conscience, des perceptions, des pensées et des sentiments contradictoires et incompatibles les uns avec les autres, » le déni « porte sur la réalité extérieure, contrairement au refoulement » qui porte sur les réalités intérieures (Dictionnaire de psychopathologie -Doron 1991, « déni »).

De plus, la psychanalyse freudienne place dans la notion de déni le rejet de la différence sexuelle (présence ou absence de pénis), etc. Nous trouvons, derrière ces considérations, l'idée de clivage du moi dont une partie « sait » (partie inconsciente) et l'autre « ne sait pas » (partie consciente).

Cette notion de clivage ramène à une tendance psychotique et tout cela ne saurait recouvrir les cas de « grossesse inconsciente » (même si cela peut concerner quelques uns d'entre eux).

Implicitement, même si ces notions sont libres de tous jugements moraux elles véhiculent une idée bien précise : Dans tous ces cas, l'accent est mis sur quelque chose qui ne va pas, et l'idée d'une raison profonde, juste et pertinente, ne semble même pas effleurée.

Dans ma publication d'avril 2008 sur la [psychopathologie](#), j'avais mentionné que le DSM¹, abandonna la dénomination « névroses » pour adopter le mot « troubles » (traduction du « *disorder* » américain) afin d'être plus « a-théorique ». Or il se trouve que ce mot contient aussi une « charge théorique », car il sous-entend qu'il s'agit forcément de « troubles » et n'envisage pas l'éventualité qu'il puisse s'agir d'un « éclaircissement » ou d'un « ordre en train de se rétablir ». Le symptôme y est vu comme l'expression d'un « désordre » (à évacuer ou à corriger) et de cet a priori, il risque de découler une systématisation du regard du praticien. Une vision différente peut alors lui échapper et la qualité des soins qu'il délivre en pâtir.

1 « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* », nosographie psychiatrique américaine servant de référence dans le monde psy

C'est particulièrement le cas avec la terminologie « déni de grossesse » (sans relation avec le DSM qui ne l'a pas répertorié en 1990). Ces mots se révèlent être une dénomination diagnostique à connotation très négative et même culpabilisante. Cela met la mère, au mieux en pathologie mentale (face aux psys qui la considèrent en « disfonctionnement »), au pire en faute (face au « bon sens » populaire qui prend ces mots au premier degré). Or, il serait souhaitable qu'une désignation de symptôme soit libre de toute connotation afin de laisser ouvertes toutes les possibilités de causes (toutes les étiologies), et de ne s'enfermer dans aucune d'elles avant l'examen approfondi.

Mieux se dégager de l'a priori

Remarquons tout de même que cette notion de pathologie « déni de grossesse » est un progrès par rapport à des jugements expéditifs trop souvent portés envers la mère qui ne se savait pas enceinte. Cette

notion permet d'éviter des jugements trop souvent entendus (ou pensés) du genre « quelle menteuse » ou « quelle inhumanité », ou « faut-il être niais ». La dénomination psychopathologique « déni de grossesse » est en ce sens un progrès permettant aux soignants d'être moins exposés à ce réflexe de jugement.

Pourtant, la dénomination choisie n'est pas vraiment aidante et risque même de produire le contraire de l'effet attendu. Parler de « déni de grossesse » risque d'entraver le fait que la mère et l'enfant puissent enfin se rencontrer et que l'enfant ait enfin une mère (du moins pour les cas où c'est possible).

Nous retrouvons ici le même progrès que celui observé chez les personnes en addiction alcoolique. Nous en avons enfin fini de parler « d'ivrognes » ou de « pocheteurs », pour ne plus évoquer que des « malades alcooliques ». Pourtant cette terminologie (pourtant moins grave que celle de « déni de grossesse ») met en avant une « maladie », mais manque la « considération envers l'être qui boit », ainsi qu'elle manque la « reconnaissance de la raison pour laquelle il boit » (voir à ce sujet ma publication de mars 2003 sur [« Aider le malade alcoolique »](#) ainsi que [« dépression et suicide »](#) juin 2001, [« anorexie »](#) juillet 2006).

Partir du principe que la méconnaissance de l'état de grossesse vient forcément d'un déni de la part de la mère est un a priori assez inacceptable. Cela entérine une « distance mère enfant » qui risque alors de s'aggraver.

Avant tout deux êtres

S'il convient d'avoir une prudence pour les cas où il s'agit d'un véritable déni ou rejet de l'enfant, le généraliser peut aggraver la situation sans donner à chacun sa chance, ni à la mère ni à l'enfant, de se rencontrer. Je n'oublierai pas que certains cas de « déni de grossesse » réels peuvent conduire à des situations graves de maltraitances ou même d'infanticides (1 infanticide pour 10.000 accouchements). Mais la gravité de certains cas (qui mériteraient cependant aussi une prise en charge délicate) ne doit pas faire systématiser la notion de déni. Il convient de comprendre que se retrouvant seule à accoucher alors qu'elle ne se savait pas enceinte, une jeune femme a de quoi paniquer (surtout si elle n'a que 16 ou 17 ans !). Il se trouve alors que ses gestes sont plus le reflet de sa panique que d'une quelconque malveillance préméditée. La panique est rarement bonne conseillère et nul ne peut dire à l'avance ce qu'il ferait en pareil cas. Si cela ne peut être une excuse face à la gravité des faits, cela doit au moins être pris en compte comme une explication et permettre un accompagnement de qualité.

Nous devons donc davantage prendre en compte le fait que, dans cette situation, il y a au moins deux êtres : la mère et l'enfant... et que cette situation est difficile pour chacun d'eux.

Il y aurait eu avantage à ce que la dénomination psychopathologique choisie reflète mieux cette réalité vécue. En effet, outre qu'il est douloureux pour cette mère de se retrouver étiquetée « déni de grossesse »,

cela risque aussi d'orienter le regard, (du psychologue, du médecin ou du soignant, qui s'occupent d'elle) dans un a priori ne permettant plus d'entendre la réalité du vécu.

Une grossesse, c'est une mère et un enfant. Quand bien même ils peinent à se rencontrer, il y a deux êtres. Ces deux êtres méritent tous deux de la considération.

Une telle situation, où la mère ne se sait pas enceinte, représente plus de 1000 cas par an en France (2 à 3 pour 1000). Selon les propos de quelques médecins qui les accompagnent régulièrement, tous ces cas ne peuvent avoir la même cause. Alors pourquoi garder une telle terminologie pour décrire ce symptôme, pour décrire cette manifestation étonnante ? En fait cette dénomination désigne surtout l'étonnement de ceux qui l'observent, pour qui une telle situation semble impossible. Cette terminologie reflète davantage ce que pense l'observateur que ce que ressent la mère, (elle se préoccupe encore moins du ressenti de l'enfant).

On aurait pu parler « d'enfant non perçu », « de grossesse invisible », « d'enfant secret ». On a hélas préféré « déni de grossesse », chargeant ainsi dès le départ la mère qui doit subir ces mots, en plus du choc que la situation représente pour elle.

Le « bébé secret »

La manifestation de « grossesse qui passe inaperçue » (jadis nommée « grossesse inconsciente »), est une manifestation psychosomatique qui aurait aussi pu être avantageusement nommée « bébé secret » ou « grossesse invisible »...etc. Je ne sais si ces terminologies sont suffisamment justes, mais elles auraient le mérite de refléter ce qui se passe de façon plus neutre, sans porter le moindre a priori ni sur la mère, ni sur l'enfant. En effet, autant la mère peut être inconsciemment à l'origine de cette invisibilité de l'enfant qu'elle porte, autant l'enfant lui-même peut participer au fait de « se cacher ». Nous pouvons aussi avoir diverses pressions de l'environnement conduisant à cette discrétion. Nous devons bien comprendre qu'une situation résulte toujours d'une multitude de facteurs et que rien n'est isolé (sauf dans les théories simplistes) : tout est systémique. Les gestalt-thérapeutes, par exemple, sont rompus à ces notions de « champ » dans lequel sont évoqués plusieurs êtres en interaction et où ce qui se passe est la résultante d'un ensemble et non le fait d'un seul être isolé.

Les raisons de cette discrétion peuvent être multiples et il est désobligeant de les réduire au « déni » (même dans son sens purement psychologique). Bien sûr, il ne faut pas éviter cette éventualité, mais il convient de ne pas la généraliser a priori pour ne pas mettre la mère et l'enfant dès le départ en fracture... alors qu'ils doivent se rencontrer. Plus cette rencontre leur est difficile, plus nous nous devons d'être vigilants si nous voulons proposer un accompagnement efficace.

Je suis assez sensible aux propos de Françoise Molénat qui est psychanalyste et pédopsychiatre s'occupant de la prévention de la maltraitance : elle énonce qu'il est difficile de faire de la prévention de la

maltraitance tout en conservant la confiance du (ou des) parent (s). Il semble en effet incompatible de regarder quelqu'un avec suspicion, et en même temps d'attendre qu'il nous fasse confiance. Autant la sécurité de l'enfant est infiniment précieuse, autant il n'est pas concevable de culpabiliser une mère qui ne serait coupable de rien et dont son enfant a un urgent besoin qu'elle le voit et le reconnaisse. Culpabiliser la mère, c'est enlever encore un peu plus de mère à l'enfant et il est nécessaire de repenser cette situation pour, à la fois garantir la sécurité de l'enfant, mais aussi garantir une mère à cet enfant.

“

« Comment organiser le soutien pour qu'une mère ayant souffert de carence affective sente à ses côtés une présence chaleureuse, la bienveillance qui lui a manqué le temps de construire sa sécurité intérieure ? » (Molénat, 2001, p.26). Et comme elle aborde les problématiques de la prévention de la maltraitance dans des entretiens avec les parents, Françoise Molénat pointe avec une grande justesse : « Prévenir la maltraitance, c'est risquer de voir l'enfant maltraité comme avenir possible. L'intention est plus que louable, mais comment rester reliés aux parents concernés, avec à l'esprit de telles images ? » (p.14) [Françoise Molénat « Naissance : pour une éthique de la prévention » -- ERES, 2001]

La quête de sens

Chercher le « sens noble » et non le « fautif »

Que la mère soit dans le déni de grossesse, que l'enfant soit (osons ce terme) « dans un déni de venue au monde », ou qu'il s'agisse d'une pression extérieure produisant la discrétion, ou de toutes autres causes auxquelles nous ne pensons pas, gardons la sagesse de ne rien prétendre savoir par avance et allons à la rencontre des êtres et du sens de ce qui se passe.

Nous devons retenir qu'il importe plus de chercher le sens, que de chercher l'erreur à corriger ou le mauvais fondement à éradiquer. Il y a (au moins) deux êtres en souffrance qui méritent une écoute et une reconnaissance sans laquelle le pronostic ne peut qu'être, sinon mauvais, au moins délicat.

Comme je l'ai développé dans mes publications [« Le positionnement du praticien »](#) (décembre 2007) et [« Validation existentielle »](#) (septembre 2008) nous ne devons pas nous demander « qu'est-ce qui ne va pas et qui fait qu'il en est ainsi ? », mais plutôt « en quoi ceci est la juste expression d'un ressenti profond qui n'a jamais été entendu ? ». Dans le premier cas on ne pense qu'à corriger l'erreur ou à faire éliminer le mauvais, dans le second on pense plutôt à rencontrer l'être qui est en face de nous et à l'aider à intégrer ce qui, en lui, n'avait pas encore trouvé sa place.

Multiples causes possibles

Qu'est-ce qui peut conduire une mère à ignorer sa grossesse ? Elle peut ne pas la souhaiter. Elle peut au contraire la souhaiter mais ne pas penser y avoir droit. Elle peut aussi craindre la réaction d'un tiers (conjoint, parents, ou enfants qu'elle a déjà). Tout en étant animée d'un désir d'enfant elle peut en même temps craindre d'être une mauvaise mère. Elle peut encore se sentir en conflit avec d'autres projets que cela pourrait gravement contrarier...etc. Nul ne peut prétendre produire ici une liste exhaustive. Nous pouvons même envisager le cas où la mère n'a aucune raison de ne pas percevoir sa grossesse, mais où c'est l'enfant lui-même qui ne souhaite pas venir.

Qu'est ce qui peut retenir l'enfant de se manifester ? Nous sommes en droit de nous étonner sur le fait qu'un enfant pourrait souhaiter ne pas venir. Un enfant à naître, à peine formé, juste conçu, a-t-il une conscience lui permettant un tel positionnement ? Mais en fait, est-il si nécessaire d'être conscient pour avoir des réactions corporelles ? En psychothérapie, il m'arrive de rencontrer des êtres qui ne voulaient pas venir au monde. Naturellement c'est ce qu'ils retrouvent en eux, et nous savons tous qu'une mémoire peut être « reconstruite » et que cela ne prouve rien quand à la réalité objective. Il se trouve seulement qu'on rencontre cela et qu'on ne peut pas le balayer d'un revers de neurone sous prétexte que ça ne satisfait pas notre intellect.

L'étonnante situation psychosomatique

Quelle qu'en soit la cause, nous constatons ici une étonnante situation psychosomatique. L'enfant se positionne verticalement de sorte que le ventre ne soit aucunement proéminent. Les muscles abdominaux de la mère sont toniques et ne permettent pas la visibilité de quoi que ce soit (pas même par elle-même). Tellement discret, l'enfant n'est pas perceptible dans ses mouvements, et la mère peut même continuer à avoir ses règles (ou du moins quelque chose qui y ressemble).

Encore plus étonnant : dès que la grossesse est révélée, dans les heures qui suivent, le ventre prend sa dimension normale et tout est visible, la tonicité des muscles abdominaux se relâche, l'enfant se positionne.

Cependant alors que « tout semble prendre enfin sa place », la femme qui se découvre enceinte (quelquefois à terme) est dans la stupeur... et l'enfant qui est enfin « visible » expérimente le premier contact avec sa mère.

Si ce moment se produit à terme, et est vécu sans accompagnement, la mère peut se mettre à gravement paniquer et même parfois accomplir des gestes qu'elle regrettera plus tard (et qui lui vaudront des démêlés avec la justice).

Evitons de faire entrer la moindre idée de volonté dans tout ça. Une volonté de cacher une grossesse (chose qui peut aussi arriver) ne suffit pas à provoquer de telles manifestations psychosomatiques.

Nous devons avoir présent à l'esprit que les manifestations psychosomatiques, ainsi que les sensations corporelles, sont intimement liées à des ressentis psychiques, avant même que ceux-ci soient conscients. La croyance que cela dépend de la volonté de qui que soit est bien hasardeuse. Ce n'est pas une affaire de volonté, mais une expression somatique de ce qui est inconscient (et pertinent).

L'idée que l'enfant à naître y ait une part heurte peut être quelques esprits excessivement rationnels... qui ont oublié d'être cartésiens (rappelons nous que [René Descartes](#) était particulièrement sensible et ouvert, contrairement à l'idée faussement répandue).

Rappelons nous aussi qu'il n'y a pas encore si longtemps on opérait les enfants petits sans protocole d'anesthésie (juste un peu endormis) car on pensait, qu'encore inachevé, leur système nerveux ne leur faisait pas ressentir la souffrance... jusqu'à ce qu'on découvre qu'en fait c'est le contraire : ils souffrent plus que les adultes car leur système nerveux encore non protégé les expose davantage à la douleur ! Quand un dogme ou une croyance nous tient... que d'erreurs ! Il se trouve que certaines de ces erreurs sont particulièrement dommageables.

Pour aborder l'idée de source de ces manifestations psychosomatiques, nous devons adopter un regard systémique et considérer l'ensemble constitué de tous les êtres et de l'environnement (l'enfant, la mère, le père, la famille de chacun... et le contexte).

Nous y trouverons souvent des causes et des conséquences intriquées, dans lesquelles le symptôme de l'un peut être l'expression de la souffrance de l'autre.

Il arrive par exemple qu'un enfant présente un symptôme psychologique qui soit l'expression de la souffrance psychique d'un des parents (présente ou ancienne). Par exemple cet enfant de 8 ans qui dit qu'il veut mourir et dont on découvre que le père, quand il avait lui même huit ans, avait perdu son chien (son unique confident de l'époque) et n'avait jamais pu partager sa peine réelle avec qui que ce soit. Dans cette situation, après que le père ait réhabilité cette part de lui-même en psychothérapie, on constate que son fils ne dit plus qu'il a envie de mourir. Tout se passe ici « comme si l'enfant exprimait (sans la connaître consciemment) la peine que son père avait gardé en lui »... jusqu'à ce que celui-ci puisse la contacter et réhabilite en lui l'enfant qui a souffert.

Écouter le choc

La première urgence

Quoi qu'il en soit, inutile, du moins dans un premier temps, d'épiloguer sur le fait que les causes soient plutôt ceci, ou qu'elles soient plutôt cela, que l'enfant ressente ou ne ressente pas, que cette situation s'explique ou ne s'explique pas... En effet, pendant que nous pensons toutes ces choses, nous ne devons

surtout pas oublier un fait essentiel qui, lui, est une certitude bien présente : la femme qui se découvre enceinte en fin de grossesse vient de vivre un choc majeur. Au lieu de se triturer l'intellect, nous pourrions, d'abord, lui offrir une présence accompagnante. C'est ce qui est recommandé pour toute personne venant de vivre un choc majeur, tous les psys le savent ! Alors il serait impardonnable de ne pas offrir cela immédiatement à celle qui est en état de choc.

Naturellement, il ne faut pas oublier l'enfant, afin qu'il ne soit aucunement en danger... mais il ne faut pas oublier que s'occuper de la mère est bon pour l'enfant. On ne peut prétendre faire du bien à un enfant en malmenant ou en jugeant sa mère.

Plutôt que de commencer par la recherche de la cause de cette situation « bébé invisible » ou « grossesse inaperçue », ou « grossesse inconsciente » il conviendrait de se préoccuper d'être à l'écoute du choc que cela représente pour la mère, autant que pour l'enfant, qui peinent ainsi à se rencontrer, à exister, à être au monde et, à être ensemble. La plupart des attitudes soignantes ou juridiques risquent d'entraver cette possibilité de rapprochement quand celui-ci est possible, et nous risquons de trouver, de ce fait, deux vies brisées. La mère choquée, et l'enfant qui n'a pu vivre la nécessaire intimité avec sa mère, doivent tous deux être accompagnés. Il semble simpliste de vouloir juste protéger l'enfant de la mère alors que celui-ci a besoin de la rencontrer.

Donner existence

Il s'agit d'offrir à la mère et à l'enfant un regard dans lequel tous deux trouvent existence. Il importe de bien comprendre qu'on ne peut gagner en existence face à quelqu'un dont on voit dans ses yeux qu'il nous trouve tordu, mauvais, suspect, ou même s'il ne fait que nous ignorer.

Cette écoute de l'être en situation de choc, qu'est la mère, doit être la première urgence avant de rechercher les causes. Ceci, en même temps qu'on accompagne avec tous les soins psychologiques nécessaires cet enfant qui a manqué de mère...

Le soin principal, quand il est possible, est de lui permettre de rencontrer cette mère qui lui a manqué et d'être rencontré par elle. Mais pour la rencontrer il faut qu'elle existe, et pour qu'elle existe faut-il encore qu'elle se sente reconnue et accompagnée dans ce qu'elle ressent.

Naturellement nous continuerons à voir en premier tout ce qui touche les pronostics vitaux (simple question de bon sens) car il serait stupide d'écouter d'abord, et de sauver la vie après. Pourtant l'urgence de la situation (hors pronostics vitaux) sera l'écoute des êtres en situation de choc et non de douteuses et malsaines recherches de causes, ressemblant plus à une enquête cherchant un coupable, qu'à un accompagnement. La douleur de ces femmes parle plus que toutes les théories sur le sujet !

Réaliser un accompagnement

Comment accompagner la mère en état de choc

D'abord lui permettre d'exprimer ce qu'elle ressent. Sa stupeur, sa peur, son inquiétude, ses questionnements, sa douleur, son effondrement, ses larmes, ses cris, son incrédulité...etc.

Chaque chose qu'elle exprime doit être entendue, reconnue, validée avec soin. Elle ne doit pas ressentir qu'on la regarde comme une malade à guérir, mais comme un être entrain de ressentir une chose si invraisemblable que toute sa vie entière en est bouleversée.

Le praticien qui l'accompagne se devra de trouver les questions justes pour accompagner cette expression. Par exemple si la mère dit « je n'y crois pas », au lieu de penser à une situation de déni, le praticien ne fera que reconnaître « cela est vraiment incroyable pour vous ? ». Si elle ajoute « Mais cet enfant, je ne savais même pas qu'il était là ! », le praticien l'aidera par exemple à préciser « Cela vous bouleverse tellement de penser à tout ce temps que vous avez passé ensemble sans vous voir ». Et si elle confirme, de poursuivre par « Que ressentez-vous en pensant à cela, comment est ce bouleversement ? ». De proche en proche, la parturiente exprimera ses ressentis, puis peut être aussi la situation précédant la grossesse, puis peut-être même des éléments de sa vie où, celle qu'elle était, a aussi eu besoin d'être reconnue, entendue.

Naturellement on ne peut préjuger de rien. Elle peut aussi bondir en disant « Mais cet enfant je n'en veux pas ! ». Dans ce cas, le praticien lui dira « Cela ne vous semble pas possible de vous retrouver avec lui ? ». Si la parturiente répond « Mais je ne vais pas m'en sortir ! Puis je ne serai jamais assez forte ! De toute façon mon conjoint n'en voulait pas ! Il ne me le pardonnera jamais ! ». Le praticien poursuivra par exemple par « Vous tenez tellement à votre conjoint ? » (ceci étant exprimé avec un non verbal témoignant d'une profonde et chaleureuse reconnaissance). Si elle répond « oui », il poursuivra par « Comment viviez-vous son refus d'enfant ? ». Puis nous aurons là la réhabilitation d'une femme qui a ressenti plein de choses et ne les avait jamais dites, elle n'avait jamais été ni entendue, ni reconnue dans tout ce que cela représente pour elle (Pour plus de détails sur la façon de procéder, lire sur ce site [« Reformulation »](#) novembre 2002, et [« Validation existentielle »](#) septembre 2008).

De nombreuses subtilités peuvent surgir comme « Non je ne veux pas vivre la même chose que ma grand-mère qui n'a jamais accepté sa grossesse quand elle a porté mon père. Elle a fait plusieurs tentatives d'IVG infructueuses. Mon père nous a souvent parlé de la douleur que ça représente pour lui ». Comme si l'enfant que cette parturiente porte aujourd'hui était le témoin de l'enfant qu'était le père et qui a manqué d'attention quand il était encore dans le ventre maternel qui ne le voyait pas et même le rejetait. Elle vient ici « comprendre sa grand-mère, s'en rapprocher intérieurement », elle y est du moins invitée par cette circonstance de « grossesse inconsciente ».

Des tas de choses peuvent émerger et il importe tellement qu'on ne fasse pas de suppositions sur les causes. Il y a seulement des êtres à rencontrer et à reconnaître. Il y a avant tout une pertinence à rechercher... qu'il s'agisse d'une situation actuelle, d'une situation antérieure ancienne (ou très ancienne), ou même d'une situation transgénérationnelle. Nous devons avoir présent à l'esprit cependant, qu'il ne s'agit pas tant d'explorer ces situations que de « rencontrer » et réhabiliter les êtres qui s'y trouvaient.

Comment accompagner l'enfant

Nous ne devons pas oublier pour autant que l'enfant aussi a vécu un événement exceptionnel. Il importe de se positionner à proximité de lui. De le regarder, de l'écouter (ses pleurs ou toutes ses mimiques ou crispations sont une expression). Il importe de lui offrir notre présence et notre reconnaissance. Nous pouvons lui reformuler ce que nous ressentons en sa présence « C'est étonnant tout ce temps passé avec ta mère sans qu'elle te voit ? » ou « C'est tellement difficile qu'elle ne t'ait pas vu plus tôt ? », ou « Ce n'était pas facile de lui permettre de te voir ? ».

Il y a là tellement de subtilités à ressentir, qu'on ne peut proposer une phrase type. Tout est dans le non verbal, tant de la part de l'enfant que de celle de celui qui l'accompagne.

Ce qui importe de comprendre est qu'il ne s'agit surtout pas de rassurer l'enfant ni de le plaindre, mais de reconnaître ce qu'il exprime. On ne doit pas le « rassurer »... mais plutôt faire en sorte qu'il se sente « rassuré » et cela n'est pas la même chose. Ce qui est paradoxal, c'est qu'il se sent rassuré quand on le comprend ou le reconnaît, sans chercher à le rassurer. En effet, le rassurer reviendrait à vouloir faire taire ce qu'il ressent... déjà que ça fait de nombreux mois qu'on ne le voit pas et ne l'entend pas, cela lui serait encore plus insupportable. Donc, la tendresse qui lui est offerte est une tendresse reconnaissante visant à lui permettre l'expression de ses ressentis et non à les faire taire.

La pointe de réjouissance que l'on ressent face à cet enfant est primordiale. Celui qui l'accompagne doit se sentir heureux de le rencontrer. C'est cela qui permet à l'enfant d'être comme il est avec ce qu'il ressent. Pour plus de précisions sur cette notion de « réjouissance », tant en accompagnant l'enfant qu'en accompagnant la mère, je vous invite à lire ma publication de septembre 2008 [« Validation existentielle »](#). Ceci est vraiment un point majeur : le praticien ne doit pas mettre son attention sur l'aspect catastrophique de la situation, mais sur l'enfant et se réjouir d'en faire la rencontre.

Comment favoriser la rencontre mère-enfant

Après avoir accompagné la mère par rapport à son choc, il convient aussi de l'accompagner dans le fait de se rapprocher de l'enfant. Les mettre en présence ne suffit pas. La mère ayant été entendue et reconnue sera maintenant invitée par le praticien à « expliquer » à son enfant pourquoi elle ne le voyait pas (ce qu'elle vient de découvrir). Elle peut le faire dans un dialogue intérieur et imaginaire ou en lui

parlant à voix douce.

Les réactions de l'enfant sont à prendre en compte et à reconnaître, comme cela a été décrit dans l'accompagnement de l'enfant.

Cette rencontre de la mère et de l'enfant doit se faire de telle sorte que les deux aient une place et soient constamment reconnus au gré des émergences. Se sentant sécurisée, la mère peut livrer ses impressions, même les plus étonnantes ou les moins rationnelles. Par exemple « C'est curieux, j'ai l'impression que tu ne voulais pas venir », « C'est comme si tu portais une peur en toi » ou, plus simplement « J'ai l'impression que c'est dur pour toi de venir au monde ». Dans tous ces cas, la mère sera invitée par le praticien à valider l'enfant dans son ressenti.

Mais elle peut aussi dire « Je n'arrive pas à me tourner vers lui ». Dans ce cas, le praticien, loin de la forcer validera « Cela vous est difficile ? ». Si elle confirme, le praticien, avec délicatesse ajoutera « En quoi cela est-il difficile ? Que se passe-t-il en vous à l'idée de vous tourner vers lui ? ». Si par exemple elle dit « J'ai peur qu'il m'en veuille », le praticien l'invitera à exprimer cela sans détour à son enfant « Dites lui votre peur. Tout cela est si nouveau tant pour vous que pour lui ». Puis il éveillera l'attention de la mère vers son enfant en lui demandant « Comment reçoit-il votre peur ? ». En fait ils souffrent tous les deux et il importe qu'ils se sentent la liberté de se rencontrer avec cette souffrance, qu'ils s'épaulent l'un l'autre. Ils n'ont pas à être forts... ils ont juste à être.

Comment restaurer le temps de grossesse

Tout le temps de la grossesse s'est déroulé sans que la mère soit consciente de l'enfant qu'elle portait. En plus des possibilités d'accompagnement ci-dessus, il importe d'inviter la mère (si elle a déjà accouché) ou la parturiente (si elle n'a pas encore accouché), à offrir son attention à l'enfant depuis sa conception jusqu'à ce jour.

Nous remarquons que la structure psychique d'un être est constituée de celui qu'il est, de tous ceux qu'il a été et de ceux dont il est issu. À tous moments de l'existence, tout se joue entre la pulsion de survie lui faisant mettre « à distance » des parts de soi qui ont trop souffert (et que la maturité de l'époque ne permettait pas d'intégrer) et la pulsion de vie qui tend à assembler tous ces éléments dans un processus d'individuation, d'accomplissement de soi. Tous ces éléments sont présents à chaque instant de l'existence, mais ils le sont soit assemblés, soit coupés les uns des autres. Les symptômes psy se produisent généralement pour permettre une restauration des contacts coupés, afin de retrouver son intégrité.

Pour plus de détails sur ce sujet, je vous invite à lire ma publication d'avril 2004 « [Communication thérapeutique](#) », et celle d'avril 2008 « [Psychopathologie](#) », ou l'ouvrage « [L'écoute thérapeutique](#) » chez ESF, 2005.

La mère (ou la parturiente) est invitée, dans l'imaginaire, à porter son attention vers cet enfant depuis qu'il est là, depuis la conception. Celle qu'elle était pendant le déroulement de la grossesse n'en était pas consciente, mais elle, aujourd'hui l'est. Celle qu'elle est aujourd'hui va ainsi, dans un psychodrame imaginaire (une action imaginaire) se situer auprès de cet enfant depuis le départ et lui donner l'accompagnement qu'il n'a pas eu. Elle peut même, dans l'imaginaire, refaire toute la grossesse en lui offrant son ventre actuel. Elle fera cela tout en lui parlant avec douceur de sa mère qui ne l'a pas encore vu.

Elle va aussi, selon la même démarche accompagner celle qu'elle était, tout au long de sa grossesse et « entourer » avec bienveillance cette mère et cet enfant qui ne se voyaient pas. Nous devons comprendre qu'ici elle ne fait pas un voyage dans le temps et ne retourne pas dans le passé. Elle ne fait que s'ouvrir à celle qu'elle était et à l'enfant qu'elle portait qui n'ont jamais cessé d'être en elle à chaque instant et sont encore là.

Nous croyons à tort qu'en thérapie, en évoquant celui que nous étions autrefois, nous retournons dans le passé. Nous ne faisons jamais un tel voyage temporel, nous ne faisons que nous rapprocher d'une part de soi qui n'a jamais cessé d'être là depuis tout ce temps, mais dont nous étions coupés. Cela est simple et spontané. Les choses se compliquent quand nous préférons mettre l'accent sur les événements ou sur des choses à éliminer ou à corriger. Dans l'approche ici décrite sur les bases maïeusthésiques, il ne s'agit que de révéler, mettre au monde, accueillir, se laisser toucher par ces précieuses émergences qui se rapportent à l'être et non aux circonstances. Ma publication sur la [psychopathologie](#) (avril 2008) vous donnera quelques précisions sur les différentes façons de considérer la psyché avec les nombreuses considérations théoriques venant, hélas trop souvent, masquer celle-ci plutôt que de lui permettre en toute simplicité d'être au monde dans toute son intégrité.

Naturellement la démarche ici décrite se fera avantageusement dès le contexte de la grossesse inconsciente révélé. Mais elle sera tout aussi pertinente de nombreuses années plus tard si la femme en souffre toujours.

Accompagner un adulte qui a été conçu dans un processus de grossesse inconsciente

Cela nous conduit à considérer aussi les enfants nés de telles grossesses et n'ayant pas bénéficié de tels accompagnements. Il se peut que leur existence se soit déroulée confortablement, de telle façon qu'une aide ne soit nécessaire, mais il se peut aussi que cela laisse une sorte de blessure psychique dont la manifestation récurrente conduise le sujet à consulter un praticien.

De la même façon que celle décrite ci-dessus, un tel individu devenu adulte « s'approchera » (portera son attention) sur celui qu'il était dans le ventre de sa mère et s'ouvrira aux ressentis qui furent les siens à cette époque. Il portera aussi son attention sur cette femme qu'était sa mère pendant la grossesse. Ce

cheminement (comme tous les autres en maïeusthésie) ne peut être systématisé. Son attention révélera soit d'abord l'enfant, soit d'abord la mère, soit un peu de l'un et un peu de l'autre alternativement, sans oublier les autres êtres concernés. Parmi ces autres êtres nous trouverons le père (bien-sûr) et éventuellement les grands parents. Dans ce cheminement de réhabilitation de soi, et de ceux dont il est issu, le sujet réalisera une individuation plus stable, une existence retrouvant des fondements. Nous remarquons qu'un individu n'existe avec une assurance suffisante que dans la mesure où ces fondements ont leur juste place.

Un tel cheminement dans « l'imaginaire » peut sembler faire partie de phénomènes de suggestions. Nous constaterons en effet que tout ce qui se passe est ici subjectif, mais aussi que cela est ressenti avec une profonde réalité intérieure.

Il importe de bien comprendre que ce qui s'y passe ne dépend pas d'un quelconque pouvoir de soi sur soi, ou du quelconque pouvoir d'un autre sur soi, mais doit répondre à des règles précises de considération, de reconnaissance et de respect. Ce qui se passe ne peut que se dérober devant toute tentative de pouvoir, que celui-ci vienne de soi ou que celui-ci vienne d'un autre.

Tout y est subjectif, mais tout y est ressenti avec réalité et ici la réalité est le subjectif et non l'objectivité des faits. Il arrive même souvent que l'objectivité des faits masque la réalité subjective des ressentis.

Si nous voulons néanmoins avoir un quelconque repère objectif, nous remarquerons ce qui résulte d'une telle approche : le mieux être durable du sujet l'ayant mise en œuvre.

Des rencontres à ne pas manquer

Je vous ai proposé dans ces quelques lignes un regard différent sur le thème du « déni de grossesse ». J'ai un peu insisté sur l'importance des mots remettant en cause cette dénomination, afin de permettre plus de liberté dans la façon de percevoir la réalité du vécu des êtres concernés.

La façon dont j'ai proposé de considérer la parturiente ayant ce vécu de la « grossesse inconsciente » aura, je l'espère, permis un autre ressenti et une autre expérience, tant aux femmes ayant ce vécu qu'aux enfants nés jadis d'une telle grossesse.

J'espère aussi que les soignants, les médecins ou les psy s'occupant de ces mères ou de ces enfants, ajouteront à leurs intuitions et à leurs compétences quelques nouveaux éléments venant étoffer la qualité des accompagnements qu'ils leur offrent...

Ce qui ressort de ces éléments, c'est qu'il convient de ne pas manquer la rencontre, sous prétexte de pré-connaissances de « confection » face à des êtres qui ont surtout besoin de « sur mesure ».

À ne pas manquer de consulter :

Association Française pour la reconnaissance du déni de grossesse

<http://denidegrossesse.iffrance.com/>

De nombreux témoignages très touchants

qui ne peuvent que conforter vers une nouvelle façon de considérer

cette circonstance particulière de la grossesse.

Association Française pour la reconnaissance du déni de grossesse: http://denidegrossesse.iffrance.com/ Lisez ces exemples en entier sur le site de l'association	
C'était un dimanche matin. Ma fille s'est plainte de maux de ventre, disant qu'elle avait une diarrhée, elle rentrait et sortait des toilettes. J'ai prévu de lui donner des médicaments et vers 12h30 la voyant entrer dans la salle de bain je croyais qu'elle allait mieux et qu'elle allait prendre une douche. C'est là que tout s'est passé ! ma fille était en train d'accoucher toute seule et moi j'étais dans le salon devant la télé !! (...) suite	J'ai été confrontée au déni de grossesse d'une élève dont le ventre a grossi miraculeusement en 2 à 3 heures d'entretien lors de la découverte de cette grossesse de 8 mois et pendant les échanges avec la jeune fille de 18 ans. Vraiment sidérant ! une seconde expérience de déni de grossesse chez une collègue de 42 ans qui se pensait stérile et a découvert sa grossesse à 15 jours du (...) suite
J'ai 29 ans, et je suis une enfant née « par hasard » au mois de juillet 1979, mes parents étant en vacances. J'ai vécu dans une famille aimante et sans soucis « apparents ». Je suis tombée enceinte et j'ai commencé à poser des questions autour de ma naissance, j'ai commencé à m'y intéresser plus que ce que l'on m'en avait déjà raconté. D'abord à ma mère. J'ai eu des doutes sur le fait de ne pas avoir été désirée, puis sur le fait (...) suite	J'ai 24 ans et j'ai découvert que j'étais enceinte le 10 octobre 2008 et ma fille est née le 31 octobre 2008, pour halloween, c'est ma petite sorcière. Pendant 8 mois 1/2 j'ai mené une vie normale, j'avais toujours mes règles, je n'ai eu aucune nausée et mon ventre ne s'était pas arrondi. A l'annonce ça a été le choc, je n'arrivais pas à y croire mais je me suis dit maintenant elle est là. Lors de mon premier rendez vous à la (...) suite

Merci à toutes les femmes qui témoignent. Je souhaite dire que le mot « déni » n'est pas approprié. « Déni » suppose nier la réalité. Le déni, me semble t-il, est de connaître la réalité d'être enceinte et se la cacher, voire de la cacher à l'extérieur. Or, ce n'est pas ce que je ressens lorsque je vous lis. Peut-être que le mot « déni » véhicule dans son sens général la négation d'une réalité connue et refusée. C'est pourquoi, à mon avis, les (...) _

... et de nombreux autres exemples.