



Universidades Lusíada

Navarro, Félix
Delcroix, Michel
Godeau, Emmanuelle

Le déni de grossesse à l'adolescence

<http://hdl.handle.net/11067/118>
<https://doi.org/10.34628/q3tr-7j76>

Metadados

Data de Publicação	2011
Resumo	Alors que l'âge des premiers rapports sexuels dans les pays occidentaux semble s'être stabilisé et que l'usage de la contraception chez les jeunes adolescents s'y maintient à un taux élevé, les taux de grossesses adolescentes demeurent préoccupants et plus encore ceux des interruptions volontaires de grossesse chez les toutes jeunes filles. Par ailleurs, la question du déni de grossesse a fait irruption depuis quelques années dans l'opinion publique de plusieurs pays d'Europe, souvent à l'ocasi...
Palavras Chave	Gravidez na adolescência, Gravidez indesejada
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] RPCA, n. 03 (2011)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:19:53Z com informação proveniente do Repositório

LE DÉNI DE GROSSESSE À L'ADOLESCENCE PREGNANCY DENIAL DURING ADOLESCENCE

Félix Navarro^{1,2}

Michel Delcroix^{2,3}

Emmanuelle Godeau^{1,4}

1 - Service médical du Rectorat de l'Académie de Toulouse, France

*2 - Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG),
Toulouse, France*

3 - Association périnatalité prévention recherche information (APPRI) – Maternité sans tabac, Etablissement public de santé mentale (EPSM) des Flandres, Lille, France

4 - INSERM U1027, Toulouse, France

Adresse de correspondance :

Service médical - Rectorat annexe –

Bat F – Bd A. Duportal – BP 40 303 - 31 003 Toulouse cedex 6, FRANCE

Tel : ++ 33 5 61 17 83 60 – Fax : ++ 33 5 61 17 83 58

e-mail : emmanuelle.godeau@ac-toulouse.fr

Résumé : Alors que l'âge des premiers rapports sexuels dans les pays occidentaux semble s'être stabilisé et que l'usage de la contraception chez les jeunes adolescents s'y maintient à un taux élevé, les taux de grossesses adolescentes demeurent préoccupants et plus encore ceux des interruptions volontaires de grossesse chez les toutes jeunes filles.

Par ailleurs, la question du déni de grossesse a fait irruption depuis quelques années dans l'opinion publique de plusieurs pays d'Europe, souvent à l'occasion d'affaires dramatiques d'infanticides très médiatisées. Le déni ne concerne pas un type de femmes en particulier, notamment en termes de tranche d'âge. Néanmoins, la question des dénis de grossesse chez les adolescentes mérite d'être posée spécifiquement et cette population caractérisée, notamment du fait de sa

vulnérabilité.

L'article, après avoir présenté le déni de grossesse et les grossesses adolescentes, analyse des cas de déni de grossesse chez des adolescentes en visant à les caractériser pour mieux en cibler la prévention.

Mots clés : déni/grossesse/adolescentes

Abstract : Despite the fact that in Western countries, age at first sex seems stabilised and that contraceptive use is rather high among young adolescents, rates of pregnancies among minors remain a concern and even more rates of pregnancy terminations among very young teenagers.

Furthermore, the question of pregnancy denial has recently busted in the public opinion of several European countries, often through tragic affairs of infanticides with high media coverage.

Pregnancy denial is not specific to a particular category of women, specifically regarding age groups.

However, the question of pregnancy denials among adolescents is worth asking as such and this population characterised, in particular because of its vulnerability.

This paper, after presenting pregnancy denial and adolescent's pregnancies, analyses cases of pregnancy denials among adolescents, aiming at characterising them in order to improve their prevention.

Key words: denial/pregnancy/adolescents

Resumo: Apesar de nos países Ocidentais, a idade da primeira relação sexual ter estabilizado e o uso de contraceptivos ser elevado entre jovens adolescentes, os níveis de gravidez entre menores mantêm-se uma preocupação e ainda mais os níveis de término da gravidez entre adolescentes muito novos.

Recentemente, a negação da gravidez tem chamado a atenção da opinião pública em vários países Europeus, através de eventos trágicos de infanticídio com grande cobertura mediática.

A negação da gravidez não é específica a uma categoria particular de mulheres, especialmente a um grupo etário.

No entanto, é pertinente questionar a negação da gravidez entre adolescentes devido às características desta população, em particular devido à sua vulnerabilidade.

Este trabalho, após a apresentação da negação da gravidez e gravidez entre adolescentes, analisa casos de negação da gravidez entre adolescentes com o objectivo de os caracterizar de modo a poder melhorar a sua prevenção.

Introduction

Alors que l'âge des premiers rapports sexuels dans les pays occidentaux semble s'être stabilisé autour de 17-18 ans (Avery, 2008) après une diminution amorcée aux alentours des années cinquante (Teitler, 2002) et que l'usage de la contraception chez les jeunes adolescents s'y maintient à un taux élevé (Currie, 2008), les taux de grossesses adolescentes demeurent préoccupants. Dans de nombreux pays d'Europe, la majorité des conceptions chez les toutes jeunes filles conduit à des IVG (interruptions volontaires de grossesse – Avery, 2008). Ainsi, en France, alors qu'il est plutôt stable chez les femmes dans leur ensemble, le recours à l'IVG est-il discrètement à la hausse chez les mineures depuis plusieurs années (Danet, 2011; Villain, 2008).

Par ailleurs, et tout à fait indépendamment de cette problématique, la question du déni de grossesse a fait irruption depuis quelques années dans l'opinion publique française à partir de cas dramatiques, fortement médiatisés, dont certains concernent des adolescentes. Il faut souligner d'emblée que le déni de grossesse ne se termine que très rarement par le décès du nouveau-né et encore moins souvent par un néonaticide, bien que ces situations, pourvues d'une forte charge émotionnelle, soient les seules à faire l'objet d'un battage médiatique. Au-delà de ces quelques cas particuliers, les mères victimes d'un déni de grossesse peuvent vivre de véritables situations de désarroi. Elles se trouvent de plus confrontées à de multiples interrogations de leur entourage dont la plus fréquente pourrait s'exprimer par une paraphrase du célèbre « Comment peut-on être Persan ?¹ » : « Comment, en effet, peut-on être enceinte sans le savoir ? ». C'est ce que tentera d'éclairer le présent article. Il ne s'agira pas pour nous de répondre ici à l'ensemble des interrogations (sémantiques, médicales, psychologiques, sociales, juridiques...) que soulève le déni de grossesse mais d'apporter au lecteur les connaissances que l'on peut estimer à ce jour raisonnablement établies sur ce sujet encore mal connu des professionnels (Delcroix, 2009). Longtemps, les seules images associées au déni de grossesse ont été celles d'une adolescente immature - issue de milieu social défavorisé voire de niveau intellectuel limité - d'une femme atteinte d'une lourde pathologie mentale ou d'une mère infanticide (Navarro, 2009). On sait maintenant qu'il n'est en rien. Il n'en demeure pas moins que la question des dénis de grossesse chez les adolescentes mérite d'être posée spécifiquement et cette population caractérisée.

Les témoignages et vignettes cliniques cités ont été essentiellement recueillis dans le cadre de l'activité de l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), dont les objectifs sont de venir en aide aux femmes concernées (soutien, groupes de parole, orientation vers des prises en

¹ « Les habitants de Paris sont d'une curiosité qui va jusqu'à l'extravagance. (...) si quelqu'un par hasard apprenait à la compagnie que j'étais Persan, j'entendrais aussitôt autour de moi un bourdonnement : Ah ! Ah ! Monsieur est Persan ? C'est une chose bien extraordinaire ! Comment peut-on être Persan ? » (Montesquieu, *Lettres Persanes*, 1721, lettre XXX).

charge...), d'informer le grand public² et de faire progresser les connaissances des professionnels et la recherche (formations, colloques, publications).

Le déni de grossesse se définit comme le fait d'être enceinte au-delà de trois mois sans avoir conscience de l'être. L'expression «déni de grossesse » qui fait directement référence aux théories psychanalytiques, est apparue dans la littérature médicale des années mille-neuf-cent-soixante-dix. Le phénomène n'était pas pour autant passé inaperçu jusque là. Même s'il avait connu de longues périodes d'oubli voire d'occultation, il avait été repéré sous des appellations diverses telles que « Grossesse inconsciente» (Gould, 1898, cité par Gorre-Ferragu, 2002), de même que des « Accouchement[s] à l'insu de la parturiente » avaient été repérés (Laugier, 1891). Parfois innommé, il restait facilement repérable dans des adages tels que « Toute femme en âge de procréer est enceinte jusqu'à preuve du contraire » encore cité dans certaines facultés de médecine françaises il y a à peine trois ou quatre décennies.

Le terme «déni», qui renvoie à un mécanisme de défense bien connu par ailleurs, a pour avantage d'offrir un cadre théorique possible à l'analyse de ce phénomène, mais pour inconvénient d'en restreindre l'approche, ce qui ne correspond pas nécessairement à tous les cas cliniques. En effet, «Le déni de grossesse est un symptôme. Il ne permet pas de diagnostiquer une pathologie spécifique. Il recouvre un ensemble de configurations psychiques ayant en commun l'ambivalence du désir d'enfant» (Dayan, 2003; 46). Cependant, l'expression s'étant imposée, nous nous proposons de continuer à l'employer même si d'autres appellations («grossesse inconsciente» par exemple) pourraient mieux rendre compte du large éventail des situations rencontrées.

Ajoutons pour compléter cette première approche que le déni de grossesse est dit partiel s'il finit par se lever 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 dit total s'il persiste jusqu'au terme (et couvre donc en totalité la durée de la gestation)³. Outre la durée, il nous semble que la profondeur du déni serait un paramètre à mieux cerner dans de prochaines études, «profondeur» et «durée» n'étant pas deux notions strictement superposables. Dans certains dénis, indépendamment de leur durée, il semble que la réalité de la grossesse affleure par moment à la conscience (ce que les femmes expriment par des phrases du type « *A un moment, je me suis demandée si je n'étais pas enceinte* », ou en allant consulter des sites internet relatifs à la naissance, tout en continuant à ne pas se penser enceintes) alors que dans d'autres la surprise est totale lorsque le diagnostic de grossesse est posé ou lorsque l'accouchement survient inopinément.

Enfin, le déni de grossesse est à distinguer de la grossesse cachée, situation dans laquelle la femme est consciente d'être enceinte mais prend toutes précautions utiles pour le dissimuler à son entourage.

² www.afrdg.info

³ Il ne faut pas en conclure pour autant que le déni cesse toujours à l'accouchement : il peut se poursuivre plus ou moins longuement après.

Le déni de grossesse en général

Données épidémiologiques

Les études épidémiologiques sur le déni de grossesse sont encore rares, mais plusieurs méritent d'être citées, dont les plus remarquables sont celles de Wessel⁴ (2007). Elles permettent d'apprécier la fréquence du déni de grossesse.

Alors que, par définition, il y a déni lors de toute grossesse restant non-consciente au-delà du troisième mois, les études épidémiologiques existantes ne prennent en compte que les dénis persistants au-delà de 5 mois. De ce fait, la fréquence du déni de grossesse entre 3 et 5 mois est méconnue. Cependant, le déni ayant tendance à se dissoudre au fur et à mesure de l'avancée de la gestation, le nombre total de dénis entre ces deux bornes est nécessairement supérieur à celui des dénis comptabilisés plus tardivement.

En ce qui concerne les dénis persistant après le cinquième mois, les études sont congruentes entre elles. Elles donnent des fréquences qui s'échelonnent entre 1 pour 375 naissances (Brych, 1994 cité par Wessel, 2009, étude menée en 1990 et 1991 dans la ville de Celle, Allemagne, retrouvant 12 cas de déni) et 1 pour 500 naissances (Friedman, 2007, étude exploratoire rétrospective menée de 1997 à 2003 dans un centre hospitalier universitaire de Cleveland, Ohio, USA). Les données autrichiennes (1 pour 400 naissances) s'inscrivent pleinement dans cette fourchette, (Brezinka, 2009, étude de 55 cas collationnés dans le Tyrol Autrichien de 1987 à 2008 et étude de 21 cas recueillis entre 1985 et 2005 dans le Tyrol du Sud). De même en Allemagne, l'étude majeure de Wessel (2002) sur le Grand-Berlin établit cette fréquence à 1 pour 475 naissances (62 dénis identifiés du 1.07.1995 au 30.06.1996 dans l'ensemble des maternités et des cabinets de sages-femmes du Grand Berlin à partir des 29 462 naissances survenues dans ce cadre géographique et temporel).

Les données concernant les dénis totaux sont moins nombreuses mais les cas dans lesquels le déni persiste jusqu'au jour de l'accouchement peuvent être estimés à 1 pour 2 500 naissances, les deux grandes études disponibles à ce jour donnant des résultats extrêmement proches (Wessel, 2009; Normal, 2006, étude rétrospective conduite de 1989 à 1999 au Pays de Galles).

Pour fixer les idées, il nous semble utile de rapporter ces taux au nombre de naissances en France, qui était en 2009 de 821 000 (Pla, 2010). Les dénis partiels au-delà de cinq mois concerneraient donc dans ce pays plus de 1 600 femmes chaque année. Ceux entre le troisième et le cinquième mois probablement au moins le double et quelques 330 femmes accoucheraient sans avoir jamais su qu'elles étaient enceintes. Dans notre expérience, qui rejoint celle de Wessel (2009), 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 le lieu de travail, dans la voiture, dans des lieux publics...),

⁴ Reprises dans Wessel, 2007.

soit plus de 80 femmes par an.

Dans ce dernier type de situation, le décès du nouveau-né peut survenir, soit par complication obstétricale, soit par défaut de soins, soit encore par néonaticide. Il est difficile de chiffrer ces cas, que nous estimons pour notre part à une ou deux dizaines par an en France. Le décès de la mère (hémorragie, suicide...) est bien plus rare, mais nous en connaissons quelques uns.

Par son taux (1/500), le déni de grossesse se situe parmi les problèmes obstétricaux fréquents. Il est certes deux fois plus rare que le placenta prævia (1/250), mais sa probabilité est le double de celle de l'appendicite en cours d'accouchement (1/1 000). Le déni de grossesse total lui-même (1/2 500) est plus fréquent que d'autres situations à risque bien identifiées (par exemple, les grossesses triples : 1/7 225) (Lansac, 2010).

Au-delà des cas de décès à la naissance, la morbi-mortalité associée au déni de grossesse est également importante. Wessel fait le constat que les « ... paramètres classiques de risque (naissance avant terme, faible poids de naissance, retard de croissance...) sont toujours augmentés de manière statistiquement significative dans les cas de déni de grossesse » (Wessel, 2009; 29).

Enfin, les conséquences psychologiques d'un déni de grossesse pour la mère (mais aussi pour l'enfant et l'ensemble de la famille) même si, à ce jour, elles n'ont pas à notre connaissance fait l'objet d'études épidémiologiques, nous apparaissent comme fréquentes et importantes.

Pour l'ensemble de ces raisons, le déni de grossesse doit être considéré comme un réel problème de santé publique, même s'il reste encore largement méconnu y compris dans les milieux des professionnels de santé.

Présentation clinique

Non seulement la mère présentant un déni de grossesse n'est pas consciente de son état, mais son corps donne peu de symptômes : les signes habituels d'une grossesse sont généralement minorés, isolés, parfois même absents. Ainsi, en est-il de la prise de poids. Majoritairement, les mères qui présentent un déni total de grossesse parviennent au terme de leur grossesse avec une prise de poids de l'ordre de 3 à 5 kilos⁵, mais il n'est pas inhabituel qu'elles n'aient pas changé de poids, voire qu'elles aient maigri au cours de cette période.

De même, le périmètre abdominal ne varie pas ou peu. Le plus souvent, ces mères portent des vêtements de leur taille habituelle (ou d'une ou deux tailles supplémentaires tout au plus) pendant toute la durée de leur grossesse déniée. Plusieurs cas de femmes qui, en fin de grossesse, étaient en vacances sur des plages en maillot de bain voire dans le plus simple appareil sans que leur entourage

⁵ Rappelons que la prise de poids habituelle est de l'ordre de 12 kg. Pour une description de la grossesse physiologique, voir Lansac (2003).

familial ou amical, ne perçoive leur état de grossesse ont été rapportés⁶. C'est d'ailleurs le cas d'une des adolescentes de 16 ans et demi dont il est fait état dans la suite de cet article, qui, la veille de son accouchement (à terme) se trouvait sur une plage du Var en bikini avec ses parents sans que ces derniers n'aient rien remarqué. Cependant, s'il arrive que des femmes gardent le ventre totalement plat pendant leur déni de grossesse, plus généralement, une petite voussure abdominale apparaît au fur et à mesure de la grossesse.

L'aménorrhée, signe majeur d'orientation vers un diagnostic de grossesse, est plus qu'inconstante. Ainsi, habituellement les femmes régulièrement réglées rapportent que leurs règles ont gardé leur régularité pendant toute la durée de leur déni de grossesse. Il est très fréquent qu'elles aient poursuivi une contraception orale pendant toute la période. La situation est plus délicate pour les femmes qui ne sont pas encore régulièrement réglées (ce qui est le cas de la majorité des adolescentes), pour celles qui ne le sont plus (pré-ménopause) ou encore pour celles qui, quel qu'en soit l'âge, sont habituées à de grandes irrégularités de cycles, l'apparition d'une aménorrhée s'inscrivant pour elles dans un tableau qu'elles considèrent comme normal.

Les mouvements fœtaux ne sont pas perçus ou sont interprétés de façon erronée par la patiente (gastro-entérite, lithiase rénale...), et parfois même par le médecin trompé en particulier par la persistance des règles⁷. Les autres symptômes habituellement rencontrés au cours de la grossesse (masque de grossesse, tension mammaire, hyper-lordose, sensation de jambes lourdes, respiration courte...) sont eux-aussi minorés voire absents.

Enfin, il faut souligner que les mères en déni de grossesse conservent le plus souvent leur activité habituelle, y compris quand il s'agit de femmes hyperactives, d'artistes de variété⁸, ou de sportives de haut-niveau⁹.

Il est remarquable d'observer que, quand le déni tombe, soit parce que le diagnostic de grossesse est posé par un praticien, soit parce que la femme prend spontanément conscience de sa grossesse (parfois, après qu'une personne de l'entourage ait attiré son attention sur cette éventualité), les signes physiques de grossesse apparaissent très rapidement ; la femme pouvant devenir méconnaiss-

⁶ C'est le cas de Jennifer, âgée de 18 ans. Cette jeune femme d'apparence très sportive, se présente à l'hôpital croyant souffrir d'une crise d'appendicite. Elle y accouche d'un garçon de 3 000 grammes en position de siège. « Ce qui est fascinant dans son histoire, c'est qu'elle rentre de vacances : deux semaines avant l'accouchement, elle était sur une plage nudiste en Croatie. On ne peut pas imaginer une plus grande exposition corporelle. Or, personne sur la plage ni dans son entourage n'avait remarqué son état de grossesse. » (Brezinka, 2009: 16)

⁷ En effet, 38 % des femmes ont consulté un médecin qui n'a pas fait le diagnostic, cf. Beier (2006).

⁸ Ainsi, les téléspectateurs français ont-ils été témoins, en direct, du déni de grossesse partiel (jusqu'à 6 mois) d'une jeune vedette de variétés (19 ans), gagnante de la finale du concours « Popstar », et de sa transformation physique extrêmement rapide à la levée du déni.

⁹ Cas d'une athlète, ex-représentante de son pays aux Jeux Olympiques de Pékin, ignorant son état de grossesse, qui a dû être hospitalisée pour accoucher, prématurément, alors qu'elle finissait un entraînement avec son équipe.

sable en quelques heures, et prendre dès lors l'aspect de toute femme enceinte.

Profil des femmes souffrant de déni de grossesse

A ce jour, il n'est pas possible de décrire quelque profil que ce soit des femmes présentant ou susceptibles de présenter un déni de grossesse.

L'âge des femmes concernées va de la puberté à la ménopause et suit globalement la courbe des grossesses habituelles. Le déni de grossesse n'est donc pas une situation pathologique spécifique de l'adolescente.

Tous les niveaux scolaires ou de formation professionnelle de même que toutes les catégories socioprofessionnelles sont représentées. Le déni de grossesse, s'il peut se produire dans un contexte de grande précarité, n'a pas de caractère « social » et peut tout autant survenir dans les milieux les plus aisés financièrement et les mieux informés.

Il n'est pas lié non plus à une difficulté d'accès à la contraception.

Enfin il est important de souligner qu'environ la moitié des femmes qui présentent un déni de grossesse sont des multipares qui ont déjà accouché dans des conditions normales au moins une fois. Ainsi, une étude conduite dans le nord de la France, de 1993 à 2000, retrouve 11 multipares parmi les 29 dénis totaux qu'elle a recueillis et 15 parmi les 27 dénis partiels (Pierrone, 2002).

Bien que quelques cas de déni de grossesse survenus chez des femmes présentant des pathologies mentales aient été rapportés, la majorité des femmes concernées est indemne de toute affection de cet ordre. D'autres hypothèses étiologiques ont été avancées. Si, dans son acception psychanalytique, le déni est « (...) un impensable, (...) qui ne peut se métaboliser, c'est-à-dire se transformer en pensée » Marinopoulos (2010: 165) y voit un « trouble grave de la représentation » et Libert (2009: 108) un « (...) puissant mécanisme (...) [qui] s'est mis en route et a effacé de la conscience une réalité qu'on croyait intangible, (...) particulièrement efficace pour permettre à une mère d'avoir des enfants sans avoir à franchir ce qui est vraisemblablement pour elle la périlleuse traversée de la grossesse ». Milstein (1983), à partir de l'observation d'un cas de relations pré-maritales quelques peu forcées chez une catholique pratiquante pense que le déni a pour fonction d'alléger la culpabilité. De son côté, Brezinka (2009) relève dans ses dossiers une forte proportion de femmes qui présentaient des troubles des conduites alimentaires ou qui entretenaient un mauvais rapport avec leur propre corps.

Lors de l'accouchement, en cas de déni total, surtout en dehors d'un milieu médicalisé, l'état de choc peut être majeur (Kaplan, 1996) et aboutir à une situation de sidération, de panique. De même, des amnésies psychogènes, parfois à l'annonce du diagnostic de grossesse par le médecin, peuvent être observées (Bascom, 1977).

Dans de nombreux cas, que le déni ait été partiel ou total, un sentiment de

culpabilité – résultant de la crainte d'avoir mis en danger la vie du fœtus pendant la partie déniée de la grossesse par un comportement inapproprié, tel que des consommations de psychotropes ou d'autres comportements à risques, – subsiste pendant des années de même qu'un certain sentiment d'étrangeté, résultant du fait d'avoir méconnu « ce qui se passait dans son propre corps ».

Méthodologie

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 d'autres pays, de recueil systématique des cas. Cette remarque, valable pour l'ensemble des dénis de grossesse, l'est plus encore pour ce qui concerne les adolescentes. Ainsi, parmi les plus de cinq cents femmes qui ont pris contact avec l'AFRDG en France à la suite d'un déni de grossesse, une seule était encore adolescente au moment du premier contact.

A toutes les femmes qui la contactent, l'AFRDG propose un questionnaire anonyme¹⁰. Cinq femmes qui avaient fait un déni entre l'âge de 15 ans et 16 ans et demi ont renseigné ce questionnaire alors qu'elles étaient de jeunes adultes pour deux d'entre elles (20 ans) ou des femmes mûres pour les trois autres (de 37 à 40 ans). Trois d'entre elles ont également participé à des groupes de parole organisés par l'AFRDG. Six autres femmes âgées de 14 ans et demi à 18 ans au moment du déni, avec lesquelles nous avons pu avoir des échanges de correspondance, nous ont adressé un récit libre. Cinq étaient de jeunes adultes au moment de la rédaction (21 à 29 ans), la dernière encore mineure¹¹. Sur ce total, deux cas ont été des dénis complets, les 9 autres des dénis partiels. Il n'y a eu aucun décès parmi les enfants de ces mères adolescentes. Une des jeunes mamans a choisi de confier l'enfant à l'adoption. Les autres enfants, au moment de la rédaction du questionnaire ou du témoignage étaient élevés par leur mère, généralement au sein d'un couple (soit avec le père biologique, soit au sein d'un couple recomposé). Par ailleurs, nous avons eu, indirectement, connaissance par les professionnels qui les ont pris en charge de quatre autres cas de grossesses déniées chez des adolescentes. Un était un déni partiel très avancé, les trois autres des dénis totaux, avec

¹⁰ 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,...), 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.

¹¹ La majorité des femmes concernées préfèrent, après quelques échanges de courriel, s'en tenir à la rédaction d'un texte libre. D'autres ne souhaitent pas que nous utilisions les informations qu'elles nous ont apportées, ce que nous respectons totalement. Les témoignages dont il est fait état ici ont été publiés dans AFRDG 2010.

deux nouveau-nés décédés, et le troisième abandonné devant un cabinet médical et retrouvé vivant.

Bien que notre matériel soit relativement limité en nombre et surtout que la qualité du recueil soit sensiblement différente entre les femmes qui ont renseigné un questionnaire et celles qui ont produit un texte libre ou celles pour lesquelles nous avons eu indirectement des informations, 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 étude n'a été publiée à ce jour sur cette population particulièrement à risque du fait de son immaturité par rapport à la grossesse et la maternité en général (Uzan, 1998; Imamura, 2007; Soula, 2006; Avery, 2008).

Dénis de grossesse à l'adolescence

Présentation clinique

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 dans ce cas, du moins dans ce qu'elles perçoivent et déclarent.

Il en est ainsi pour des paramètres aussi importants que l'absence de prise de poids (ou l'augmentation pondérale modérée), la stabilité relative du diamètre abdominal, l'absence de perception des mouvements fœtaux (ou, plus encore, l'interprétation erronée de ces mouvements). De plus, les petits symptômes habituels lors des grossesses, tels que jambes lourdes, nausées,... ne sont rapportés par aucune de nos adolescentes.

L'activité physique, tant que l'état de grossesse reste dénié, est importante, peut-être plus que chez les femmes adultes. Ainsi, dans les cas où nous avons pu obtenir le renseignement, ces adolescentes ont suivi avec leurs camarades de classe les cours d'éducation physique voire ont eu une activité plus soutenue. « *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 5 mois (elle avait alors 16 ans et demi) explique : « *J'ai eu du mal à le croire car (...) je faisais du rugby deux à trois fois par semaine à cette époque là* ».

C'est finalement quand elles entrent directement en interférence avec le développement pubertaire, les débuts de la sexualité ou l'accès à l'autonomie et à l'âge adulte, que les manifestations du déni de grossesse prennent une coloration particulière par rapport à celles des femmes plus âgées.

Tout d'abord, notons 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 adolescente que chez l'ensemble des femmes puisque l'âge moyen de la ménarche en France est de 12,8 +/- 1,2 ans (Gaudineau, 2010a). Mais cette caractéristique éclaire la précocité des rapports sexuels – on sait, par ailleurs, qu'il existe

un lien entre celle-ci et précocité de la ménarche (Gaudineau, 2010b; Godeau, 2008; Patton, 2007)- et non le déni. Sur ce point, les jeunes filles qui ont présenté un déni de grossesse ne se distinguent donc pas de l'ensemble de celles qui ont des rapports précoces.

C'est bien plus l'apparition assez fréquente d'une aménorrhée ou d'une irrégularité des cycles et la difficulté, voire l'incapacité, à la reconnaître comme signe de gestation, qui différencie ces jeunes filles des adultes concernées par un déni de grossesse. 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. Ainsi, sur les neuf adolescentes pour lesquelles nous avons pu obtenir l'information, quatre seulement ont conservé des règles régulières pendant la partie déniée de leur grossesse. Une les a conservées, mais des irrégularités de rythme sont apparues. Une autre déclare – certes plusieurs années après- « *je n'en sais rien* », mais nous savons par ailleurs que cette femme n'a jamais été régulièrement réglée, qu'elle n'a toujours pas accepté sa grossesse et qu'il est donc probable qu'elle n'ait pas conservé ses règles pendant la période de déni de grossesse ou qu'elles aient été très irrégulières. Enfin, trois autres affirment qu'elles ne les avaient plus du tout alors qu'elles étaient régulièrement réglées l'année précédant leur grossesse. Il semble donc au total que d'une part l'aménorrhée soit plus fréquente dans les dénis de grossesse à l'adolescence qu'à l'âge adulte, et que d'autre part les adolescentes aient du mal à interpréter dans ce symptôme une possible grossesse. Cette observation retrouve celle de Milstein (1983) qui rapporte un cas d'aménorrhée dans un déni total, aménorrhée « expliquée » par le « stress » d'entrée à l'université (« étiologie » validée par un médecin vers la fin du deuxième trimestre de grossesse), accompagnée d'une perte de poids de 4 kg.

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'était utilisée à l'époque de la grossesse, soit même qu'elle avait été interrompue, ce qui tend à éloigner ces adolescentes des femmes adultes en déni de grossesse. Il s'agit là encore d'un comportement qui n'est pas propre au déni de grossesse : les adolescentes qui présentent une grossesse précoce ne font pas un usage régulier de la contraception, voire n'en font aucun usage (Imamura, 2007; Buston, 2006; Parkes, 2009), contrairement à la majorité des jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels à 15 ans qui déclarent très majoritairement se protéger (Godeau, 2008; Gabhainn, 2009). 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.

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 résul-

tat d'une « écoute » par la femme de ces propres signaux internes -et cela bien qu'il existe des cas dans lesquels c'est l'intervention d'un tiers suspectant une grossesse qui pousse la femme à s'interroger sur son état-, chez l'adolescente, l'entourage nous semble jouer plus fréquemment un grand rôle. Bien souvent en effet ce sont les autres élèves qui perçoivent un changement : « *A 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 scolaire¹², d'un professeur ou encore d'un conseiller principal d'éducation¹³ comme dans certains cas que nous rapportons. 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 courrez 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'un 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 déni de grossesse partiel nous semble, dans 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 (Uzan, 1998), 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.* ». La réaction de cette jeune fille, qui refuse le diagnostic de son gynécologue, est illustrative de l'ensemble. Certes, il est des cas dans lesquels l'acceptation de la grossesse peut être rapide et se manifester par des transformations corporelles qui n'en finissent

¹² 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)

¹³ Le conseiller principal d'éducation (CPE) est, dans les collèges et lycées français, le personnel responsable de la « vie scolaire », c'est-à-dire de tout ce qui n'est pas directement de l'enseignement (absentéisme, retards, discipline, etc.).

pas de stupéfier l'intéressée : « *Alors que cela ne se voyait pas du tout, le lendemain [du diagnostic de grossesse] (...) mon ventre s'est développé durant la nuit. Je me rappellerais toujours de ce jour merveilleux* » (Déni partiel, 15 ans) ; mais il semble que, plus souvent que chez la femme adulte, ce soit 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 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.* » - Déni 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* » (Déni partiel, 16 ans), « *Plusieurs mois après la naissance, un travail long et difficile* » (Déni partiel, 15 ans), tandis qu'une femme, maintenant adulte mûre, précise pour un déni partiel survenu à 16 ans et demi : « *Je n'ai peut être pas encore accepté* ».

L'acceptation peut être tout aussi difficile pour les parents de l'adolescente, le père de l'enfant et l'entourage en général. L'incrédulité que suscitent généralement les grossesses adolescentes, et ce d'autant plus que la parturiente est jeune (Soula, 2006; Imamura, 2007; Uzan, 1998), 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 dont elles-mêmes sont l'objet, a des conséquences fondamentales sur la façon dont ces jeunes mères, et peut-être leurs enfants, vont vivre par la suite leur situation. C'est ce qui ressort largement de leurs déclarations. Celles qui ont été confronté au rejet, aux moqueries (« *Mes parents étaient gênés, la honte* », « *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* »)¹⁴. A l'inverse, celles qui, quelle qu'ait été 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 sentir 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 plutôt l'âge d'être la fille de... », cf. Mottrie, 2006).

Reste que même bien accepté par l'entourage, tout comme chez les femmes adultes concernées, le déni, en particulier lorsqu'il est total, constitue un véritable

¹⁴ La captation par la mère de l'adolescente de l'enfant né de cette dernière n'est pas propre au déni.

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[entérite] 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 ?* ». Cependant, quelles que soient les difficultés et le vécu ultérieurs, aucune des adolescentes dont il est fait état ici¹⁵ 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.

Enfin, pour les cinq mères qui ont renseigné notre questionnaire, un élément concernant leur histoire familiale nous a particulièrement frappés : dans quatre cas, le père était décédé alors que la future mère était elle-même enfant (entre 5 et 14 ans), dans le cinquième cas, le père est décrit comme « alcoolique ». Ce point nous semble correspondre à la fois aux situations de déni de grossesse en général, dans lesquelles « Une violence circule, difficilement situable. Elle fait écho aux deuils, aux morts qui souvent, trop souvent pour ces mères, jalonnent leur histoire, celle de leur entourage » (Libert, 2009: 105), mais aussi à l'ensemble des grossesses adolescentes, souvent liées à une certaine forme de violence, qu'il s'agisse d'abus sexuels subis dans l'enfance comme le suggère une récente revue de la littérature sur le sujet (Noll, 2008) ou une analyse des parcours sexuels des personnes ayant été victimes de violence (Maillochon, 2010), de brimades subies à l'école (Lehti, 2011), ou plus largement de circonstances de vie défavorisées et de mauvaises relations aux parents dans l'enfance (Alvin, 2005), comme le réaffirme là encore une récente revue de la littérature sur les facteurs associés aux grossesses précoces (Imamura, 2007).

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 particulière de leur grossesse aurait 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 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 ambiva-

¹⁵ Et qui sont toutes des primipares, comme leur jeune âge permet de le comprendre facilement.

lence 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.

Remerciements

L'AFRDG tient à remercier pour le soutien qu'ils lui manifestent les professeurs Jens Wessel, Christoph Brezinka, Israël Nisand ainsi que le Dr Michel Libert.

RÉFÉRENCES

- AFRDG (2010). *Déni de grossesse, 99 histoires vécues*. Nantes: Editions Amaltheé.
- Alvin, P. ; Marcelli, D. (2005). *Médecine de l'adolescent*. (5e édition) Paris: Masson (pp. 704).
- Avery, L.; Lazdane, G. (2008). What do we know about the sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 13, 58-70.
- Bascom L. (1977). *Women show refuse to believe: persistent denial of pregnancy*, *MCN, American journal of maternal child nursing*, 2(3), 174-177.
- Beier, KM.; Wille, R.; Wessel, J. (2006). *Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction : a proposal for international classification systems*. *J Psychosom Res*, 61, 723-30.
- Brezinka, C. (2009). A propos des données épidémiologiques. *Actes du premier colloque Français sur le déni de grossesse*. Sous la direction de F Navarro. Toulouse: Editions universitaires du Sud, 15-23.
- Buston, K.; Williamson, L.; Hart, G. (2007). *Young women under 16 years with experience of sexual intercourse: who becomes pregnant?* *J Epidemiol Community Health*, 61, 221-225.
- Currie, C.; Nic Gabhainn, S.; Godeau, E.; Roberts, C.; Smith, R. & Currie, D. (2008) (Eds.) *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, No. 5).
- Danet, S.; Cocagne, N.; Forcade, A. (2011). *L'état de santé de la population en*

- France, rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010. *Etudes et résultats*, 747
- Dayan, J. (2003). *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson
- Delcroix, M. (2009). Propos introductif, deuxième table ronde « autour de la naissance », *Actes du premier colloque Français sur le déni de grossesse*. Sous la direction de F Navarro. Toulouse : Editions universitaires du Sud, 63-65.
- Friedman, SH.; Heneghan, A.; Rosenthal, M. (2007). *Characteristics of women who deny or conceal pregnancy*. *Psychosomatics* 48, 117-122.
- Gaudineau, A.; Ehlinger, V.; Vayssiere, C.; Jouret, B.; Arnaud, C.; Godeau, E. (2010). *Factors associated with early menarche: results from the French Health behaviour in school-aged children (HBSC) study*, *BMC Public Health*, 10, pp.175.
- Gaudineau, A.; Ehlinger, V.; Vayssière, C.; Jouret, B.; Arnaud, C.; Godeau, E. (2010). *Age à la ménarche: résultats français de l'étude Health Behaviour in School-aged Children [Age at onset of menarche: Results from the French Health Behaviour in School-aged Children study]*, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38, 385-387.
- Godeau, E.; Nic Gabhainn, S.; Vignes, C.; Ross, J.; Boyce, W.; Todd, J. (2008). *Contraceptive Use by 15-Year-Old Students at Their Last Sexual Intercourse - Results From 24 Countries*, *Archives of paediatrics and adolescent medicine*, 162(1), 66-73.
- Godeau, E.; Vignes, C.; Duclos, M.; Navarro, F.; Cayla, F.; Grandjean, H. (2008). *Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS*, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36(2), 176-182.
- Gorre F. (2002). *Déni de grossesse, une revue de la littérature*, Thèse, Université de Rennes 1
- Green, CM.; Manohar, SV. (1990). *Neonaticide and hysterical denial of pregnancy*, *British Journal of Psychiatrie* 156, 121-123.
- Imamura, M.; Tucker, J.; Hannaford, P.; Oliveira da Silva, M.; Astin, M.; Wyness, L.; Bloemenkamp, K.; Jahn, A.; Karro, H.; Olsen, J.; Temmerman, M. (2007). *On behalf of the REPROSTAT 2 group, Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review*, *European Journal of Public Health*, 17(6), 630-636.
- Job, N. (2009). *Déni de grossesse : étude rétrospective descriptive. A propos de 41 cas*. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine spécialisée clinique, Université de Toulouse III - Paul Sabatier, faculté de médecine, TOU3 - 1544.
- Kaplan, R.; Grotowski, T. (1996). *Denial pregnancy*. *Australian and new Zealand Journal of Psychiatry*, 30(6), 861-863.
- Lansac, J.; Berger, C.; Magnin, G. (2003). *Obstétrique*, Collection Pour le praticien, 4^{ème} édition, Paris: Masson
- Lansac, J.; O'Byrne, P.; Masson, J-M. (2010). *Le déni de grossesse. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique et techniques chirurgicales*. Puech F., Daraï E., Luton D., Diffusion Vigot, Paris, 145-158.

- Laugier, M. (1891). *Sur un cas d'accouchement chez une multipare à l'insu de la parturiente*, Annales d'hygiène publique et de médecine légale, troisième série, tome XXV, 380-383.
- Lehti, V.; Sourander, A.; Klomek, A.; Niemelä, S.; Sillanmäki, L.; Piha, J.; Kumpulainen, K.; Tamminen, T.; Moilanen, I.; Almqvist, F. (2011). *Childhood bullying as a predictor for becoming a teenage mother in Finland*, Eur Child Adolesc Psychiatry, 20, 49-55.
- Libert, M. (2009). *Propos introductifs*. Actes du premier colloque Français sur le déni de grossesse. Sous la direction de F Navarro. Toulouse: Editions universitaires du Sud, 105-109.
- Maillochon, F.; Selz, M. (2010). Parcours et comportements sexuels des hommes et des femmes ayant subi des violences, in *Violences et santé en France, état des lieux*, Beck F, Cavalin C, Maillochon F (dir.), Paris: Direction de l'information légale et administrative, 153-167.
- Marinopoulos, S. (2010). Le déni de grossesse et ses manifestations psychiques, Collège national des gynécologues et obstétriciens français. In *Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique et techniques chirurgicales*. Puech F., Daraï E., Luton D., Paris: Diffusion Vigot, 159-168.
- Milstein, K-K.; Milstein, P-S. (1983). *Psychophysiological aspects of denial in pregnancy: case report*, Journal of clinical psychiatry, 44 (5), 189-190.
- Mottrie, C.; de Coster, L.; Duret, I. (2006). *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, 2 (37): 121-137.
- Navarro, F. (2009). *Qui vous dit qu'elle l'a tué?* Actes du premier colloque Français sur le déni de grossesse. Sous la direction de F Navarro. Toulouse: Editions universitaires du Sud, 137-146.
- Nic Gabhainn, S.; Godeau, E.; Baban, A.; Boyce, W. and the HBSC sexual health behaviour focus group (2009). *How well protected are sexually active 15 year olds across Europe and Canada? Data from the 2006 WHO-HBSC study*. Int J Public Health, 54 (2), 209-15.
- Noll, J.; Shenk, C.; Putnam, K. (2009). *Childhood Sexual Abuse and Adolescent Pregnancy: A Meta-analytic Update*, J Pediatr Psychol. 34(4), 366-378.
- Normal, D. et al. (2006). *The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: An 11-year population-based study in South Glamorgan*. J Obstet Gynaecol, 26, 118-21.
- Parkes, A.; Wight, D.; Henderson, M.; Stephenson, J.; Strange, V. (2009). *Contraceptive Method at First Sexual Intercourse and Subsequent Pregnancy Risk: Findings from a Secondary Analysis of 16-Year-Old Girls from the RIPPLE and SHARE Studies*, J Adolesc Health, 44 (1), 55-63.
- Patton, G.; Viner, R. (2007). *Pubertal transitions in health*, Lancet, 369, 1130-39.
- Pierrone, C.; Delanoy, MA.; Florenquin, C.; Libert, M. (2002). *Le déni de grossesse. A propos de 56 cas observés en maternité*. Perspectives psychiatriques, 41, 182-188.
- Pla, A.; Beaumel, C. (2009, 2010). Bilan démographique, INSEE.

- Soula, O.; Carles, G.; Largeaud, M.; El Guindi, W.; Montoya, Y. (2006). *Grossesses et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans*. Etude de 181 cas en Guyane française, *J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 35, 53-61.
- Teitler, J. (2002). *Trends in youth sexual initiation and fertility in developed countries : 1960-1995*, the ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 580, 134-152.
- Uzan, M. (1998). *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*, Paris: Secrétariat d'Etat à la santé (pp.82).
- Villain, A. (2008). *Les interruptions volontaires de grossesse en 2006*, Etudes et résultats, 659.
- Wessel, J.; Endrikat, K.; Buscher, U. (2002). *Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of one year prospective study in Berlin*. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81, 1021-1027.
- Wessel, J. (2007). *Die verdrängte Schwangerschaft*, Akademos éditeur.
- Wessel, J. (2009). *Quelques données épidémiologiques, maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse*, Actes du premier colloque Français sur le déni de grossesse. Sous la direction de F Navarro. Toulouse: Editions universitaires du Sud, 25-35.