

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE DE CAS PORTANT SUR LE DÉNI DE GROSSESSE :

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

FRANCE BLANCHETTE

AOÛT 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE	3
1.1 Qu'est-ce que le déni (ou désaveu) de grossesse?	3
1.2 Pourquoi étudier le déni de grossesse ?	6
1.2.1 Une problématique mal connue	6
1.2.2 Une problématique relativement fréquente	7
1.2.3 Des soins prénataux différés	7
1.2.4 Une problématique associée à de la maltraitance	7
1.2.5 Le risque de néonaticide	8
1.2.6 Les problèmes psychiatriques post-partum	8
1.2.7 L'absence de suivi post accouchement	8
1.2.8 Le manque de connaissances quant aux interventions psychothérapeutiques et/ou psychosociales à privilégier dans les cas de dénis de grossesse	9
1.2.9 Une problématique qui n'est pas reconnue officiellement	9
1.2.10 Quelques chiffres	10
CHAPITRE II	
RÉCENSION DES ÉCRITS	12
2.1 Désir de grossesse et désir d'enfant	12

2.2	Maternité, idéal du moi féminin et idéal maternel	14
2.2.1	La mère des soins	16
2.2.2	La mère symbolique	16
2.2.3	La mère précœdipienne	16
2.2.4	La mère œdipienne	17
2.3	Féminité et identité féminine	17
2.3.1	Le primat du phallus	18
2.3.2	La bisexualité	19
2.4	La grossesse	21
2.4.1	Aspects psychiques pour ce qui est de la grossesse consciemment vécue	22
2.4.2	Aspects psychiques en ce qui concerne le déni de grossesse	26
2.4.3	Aspect des changements corporels	28
2.4.4	Aspect de l'attachement au conjoint	29
2.4.5	Aspect de l'attachement à la mère	30
2.5	Les mécanismes de défense associés au déni de grossesse	31
2.5.1	Déni ou dénégalion?	32
2.6	Typologie du déni de grossesse	35
2.6.1	Le déni envahissant, massif, total ou complet (pervasive denial)	36
2.6.2	Le déni partiel (parfois appelé la « dénégalion » de grossesse)	39
2.6.3	Le déni affectif (affective denial)	40
2.6.4	Le déni psychotique (psychotic denial)	41
2.7	La dissimulation de grossesse (concealment of pregnancy)	42
2.8	Hypothèses concernant l'origine du déni de grossesse	43
2.9	Les facteurs de risque impliqués dans le déni de grossesse	44
CHAPITRE III ANAMNÈSE		46
CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE		57
4.1	La recherche et les méthodologies qualitatives	57
4.2	Étude de cas sur le déni de grossesse	58

4.2.1	L'échantillon de recherche	58
4.2.2	Paramètres de recrutement	59
4.2.3	Critères de recrutement	59
4.2.4	Facteurs d'exclusion	60
4.2.5	Mode de recrutement	60
4.3	Cueillette des « données » en recherche qualitative	62
4.3.1	Possibilités et limites de l'entretien semi-dirigé	62
4.4	En ce qui concerne l'étude sur le déni de grossesse	64
CHAPITRE V		
ANALYSE DU DISCOURS		67
5.1	Méthodologie	67
5.2	Concernant la recherche sur le déni de grossesse	68
5.2.1	Première partie de l'analyse : mise en parallèle avec les données issues de la littérature	69
5.2.2	Deuxième partie de l'analyse : étude exploratoire sur le déni de Grossesse	71
CHAPITRE VI		
ANALYSE DU DISCOURS		73
6.1	Facteurs de risque et hypothèses identifiés par les chercheurs comme pouvant être corrélés au déni de grossesse, qui ne sont pas présents ou applicables à la situation de madame Z et qui, donc, ne peuvent pas nous éclairer sur sa problématique	74
6.1.1	Une attitude passive	74
6.1.2	L'isolement social ou le manque de soutien des proches	74
6.1.3	Des antécédents de troubles de l'alimentation	75
6.1.4	Une intelligence limite	76
6.1.5	L'impossibilité d'énoncer sa grossesse à autrui	76
6.1.6	Le recours à la gestation en tant que moyen inconscient de maîtriser une hyperfécondité	77
6.1.7	La présence de grossesses très rapprochées	77
6.1.8	Le désir inconscient de vivre une grossesse non médicalisée	77

6.1.9	Le fait d'avoir subi une violence sexuelle (inceste ou viol) dont l'enfant serait, ou non, le fruit	77
6.1.10	Un traumatisme sur l'axe conjugalité-sexualité-procréation	78
6.1.11	L'anticipation de la perte du droit de garder son enfant	78
6.2	Facteurs de risque et/ou hypothèses identifiés par les chercheurs comme étant associés au déni de grossesse, qui pourraient avoir joué un rôle dans celui de Madame Z	79
6.2.1	Des facteurs de risque socioculturels tels les croyances, les valeurs morales et les schèmes culturels de références qui amènent à percevoir la grossesse, chez la femme enceinte et/ou son entourage, comme la « transgression d'un interdit »	79
6.2.2	Un trouble psychiatrique – la présence d'un trouble psychiatrique bien identifiable	80
6.2.3	Le fait d'être primipare ou célibataire	80
6.2.4	Une dépendance envers la famille	80
6.2.5	Le jeune âge (plus souvent chez les adolescentes), l'immaturité psychique, le fait d'être étudiante ou sans profession et le manque d'expérience	81
6.2.6	Le niveau d'instruction ou des connaissances limitées de l'anatomie et de la physiologie de la reproduction humaine	81
6.2.7	L'accoutumance à des substances nocives	82
6.2.8	Le désir inconscient d'avoir un enfant sans être en mesure d'accepter les modifications sociales ou professionnelles susceptibles d'être générées par l'état de gravidité	83
6.2.9	Un traumatisme sur l'axe conjugalité-sexualité-procréation	86
6.2.10	L'adultère	88
6.2.11	Des problèmes de communication dans le couple ou de l'hostilité envers son conjoint	91
6.2.12	Une hostilité importante envers le fœtus	93
6.2.13	Maltraitance (s) (physique (s), sexuelle (s) ou émotionnelle (s)) de l'enfance non traitée (s) et/ou vécu traumatique de l'enfance?	95
6.2.14	Cercles familiaux souvent caractérisés par des difficultés à promouvoir l'individuation	96
6.2.15	Facteurs obstétricaux ou gynécologiques et/ou l'absence de symptômes physiques associés à la grossesse	98

6.2.16	La présence de trouble du schéma corporel, le peu d'attention portée au corps et lien diffus au corps et/ou au ressenti	99
6.2.17	Une famille d'origine où l'éducation est rigide et où les informations liées à la sexualité sont réduites à leur strict minimum et/ou un problème dans la sphère sexuelle ou reproductive dans un contexte où la grossesse est considérée comme taboue	102
6.2.18	Une sexualité refoulée ainsi que des conflits reliés à la sexualité et au fait d'être vue comme une personne sexuée	103
6.2.19	Une carence dans la relation à leur mère, notamment au niveau de la transmission de la féminité	104
6.2.20	Une relation œdipienne serrée dans une famille caractérisée par des difficultés à promouvoir l'individuation	106
6.2.21	Le féminin : un statut peu enviable	109
6.2.22	Une ambivalence quant au désir d'enfant	111
6.2.23	La « bonne mère »	118
6.2.24	Devenir « maternelle »	121
CHAPITRE VII		
ANALYSE DU DISCOURS : MÉCANISMES DE DÉFENSE ET INDICATEURS SÉMANTIQUES		123
7.1	Un bris discursif signifiant	124
7.2	Origine du déni	129
7.2.1	Le déni : protection contre les traumatismes	130
7.3	Fonctions du destin dans le déni de grossesse de madame Z	135
7.3.1	Le destin : instaurateur de sens	135
7.3.2	Le destin : celui qui rend acceptable ce qui ne l'est pas	136
CONCLUSION		139
APPENDICE A		
FORMULAIRE D'ÉVALUATION DÉONTOLOGIQUE (FED) POUR LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS		143
APPENDICE B		
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		154

APPENDICE C	
INDICE DE MASSE CORPORELLE	155
LEXIQUE	
MÉCANISMES DE DÉFENSE ET INDICATEURS SÉMANTIQUES	157
BIBLIOGRAPHIE	169

RÉSUMÉ

Cet essai doctoral constitue une étude qualitative exploratoire du phénomène du déni de grossesse. Pour ce faire, nous avons choisi d'analyser en profondeur le discours (issu de deux entrevues semi-dirigées) d'une unique participante ayant découvert, sept mois et demi après la conception, qu'elle était enceinte. Privilégiant une approche psychodynamique, nous nous sommes intéressée aux mécanismes de défense (déni, lapsus, projection, etc.), indicateurs sémantiques proposés par d'Unrug (1974; contradictions, failles logiques, récurrence de thèmes, etc.) et autres particularités de son discours (bris associatif, absences d'élaboration, processus intergénérationnels, etc.) qui nous permettaient d'appréhender dans toute sa singularité son expérience de vie. L'analyse a été présentée en deux parties. La première revisitait les hypothèses et facteurs de risque proposés par les chercheurs dans le but d'expliquer le déni de grossesse, à la lumière des critères du discours ci-haut mentionnés. Dans la seconde partie, les mêmes manœuvres défensives, tirées de l'entrevue, ont été interprétées de façon à nous permettre de comprendre ce qui aurait pu contribuer au déni de grossesse de notre interviewée. Nous avons pu observer que son déni avait été mis en place non seulement dans le but de la préserver d'un traumatisme, tel qu'avancé dans la littérature, mais aussi du fait que sa famille avait inconsciemment instaurée une façon de négocier les réalités traumatiques par ce mécanisme de défense, c'est-à-dire par une absence de mentalisation empêchant leur perlaboration. Le déni de grossesse de notre participante, compris en ce sens, serait le fruit de la transmission intergénérationnelle d'une façon, inadaptée, de gérer les traumatismes.

INTRODUCTION

La présente recherche s'insère dans le cadre des études effectuées par le Groupe de recherche sur la grossesse et la périnatalité, dirigé par Mme Irène Bleton (Ph. D.), professeure de psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Dans cette étude de cas, nous chercherons à explorer un sujet énigmatique encore mal compris du milieu scientifique : le déni de grossesse. Les chercheurs qui se sont penchés sur cette thématique, jusqu'à présent, sont en grosse majorité issus du milieu médical. De notre côté, dans l'approche de cette problématique, nous tenterons d'explorer le déni de grossesse à partir de l'étude expérientielle d'une femme ayant vécu, par le passé, une telle expérience. Une analyse qualitative du matériel obtenu sera ensuite faite suivant une approche psychodynamique.

Nous commencerons l'exploration du phénomène de déni de grossesse en le définissant (chapitre I), puis en présentant au lecteur les intérêts liés à l'étude d'un tel domaine de recherche, en faisant ressortir quelques statistiques qui y sont rattachées. Ensuite (chapitre II), une recension des écrits, concernant notre problématique et les thèmes qui y sont associés, donnera un bref aperçu de quelques aspects qui ont été explorés jusqu'à aujourd'hui. Ainsi, seront résumées certaines idées maîtresses sur le désir de grossesse, sur le désir d'enfant et de la maternité, sur l'idéal du moi féminin et l'idéal maternel, sur la féminité et l'identité féminine, sur la grossesse consciemment vécue et l'expression de son désaveu, de même que sur ce que ces réalités représentent dans la vie des femmes. Comme le déni de grossesse constitue notre thème principal, nous nous intéresserons ensuite brièvement au mécanisme de défense que constitue le déni, puis à la typologie des diverses formes que prend le désaveu de grossesse. Finalement, nous ferons ressortir les hypothèses retenues par différents chercheurs afin d'expliquer l'origine du déni de grossesse ainsi que les facteurs de risque impliqués dans cette problématique.

Au chapitre III, nous ferons l'anamnèse de notre participante afin de faciliter la compréhension de l'analyse ultérieure de son discours.

Au plan méthodologique (chapitre IV), le type de femme recherché, les facteurs d'exclusion, la façon de la recruter ainsi que la procédure d'entrevue seront présentés de façon détaillée. Les avantages et inconvénients du type d'entretien retenu seront aussi discutés.

Nous nous intéresserons ensuite aux procédures d'analyse du discours. Au chapitre V, nous allons donc présenter les deux méthodologies d'analyse du verbatim que nous avons développées dans le but d'appréhender sous un angle inexploré la problématique du déni de grossesse, mais aussi, dans celui de retracer les significations singulières que notre participante a accordées, *a posteriori*, à cette expérience. Le détail de ces analyses constituera l'objet des deux chapitres suivants (chapitres VI et VII). Finalement, un retour sur les résultats obtenus, un mot sur la portée et les limites de cette recherche de même que des pistes de recherche ultérieures seront présentés dans la conclusion.

Lorsque l'on effectue une recherche de ce type, il est évidemment très important de s'assurer que des principes éthiques soient respectés afin de réduire au minimum l'impact négatif de notre étude sur notre sujet; en appendice A, nous incluons donc à ce document les principes éthiques visés par l'étude et la façon dont nous en avons tenu compte afin de répondre à cet objectif. De même, nous avons joint une copie du formulaire de consentement (appendice B) qu'a dû signer la participante avant de décider si elle acceptait ou non les conditions de cette recherche.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Qu'est-ce que le déni (ou désaveu) de grossesse?

L'expression « déni de grossesse » est apparue pour la première fois dans la littérature psychiatrique dans les années '70 (Grangaud, 2001). Par définition, les dénis de grossesse concernent les femmes enceintes qui ignorent leur gestation au-delà de 20 ou 21 semaines de grossesse. (Bayle, 2009; Wessel, Endrikat et Buscher, 2002 in Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007)). Selon Bonnet (1996, in Gorre-Ferragu, 2002) cependant : « La prise de conscience d'une grossesse au-delà du premier trimestre doit faire suspecter un déni de grossesse » (p. 41). Le déni peut être levé en cours de grossesse, on parle alors de déni partiel, ou à l'accouchement, ce qu'on appelle le déni total.

Vraisemblablement, ce phénomène est susceptible de se présenter chez n'importe quelle femme en âge de procréer, qu'elle soit primipare ou multipare, et ce, quel que soit son milieu de provenance (Wessel, 2008; Guernalec-Levy, 2007). Il concerne toutes les classes sociales et tous les niveaux d'instruction. Ainsi, des psychologues, des avocates et des infirmières l'ont vécu (Deniau, 2009). Fait intéressant : certaines femmes ayant expérimenté un déni de grossesse affirment même qu'elle désirait consciemment un enfant à l'époque où leur déni a eu lieu. (Deniau, 2009)

D'un point de vue psychosomatique, le déni de grossesse se présente à l'inverse de la grossesse nerveuse. Dans cette seconde pathologie, la femme se veut enceinte, présente

certains symptômes de la grossesse (prise de poids, nausées, vomissements, arrêt des menstruations, etc.), mais ne l'est pas. *A contrario*, dans le déni de grossesse, il y a une grossesse physique, mais pas de grossesse psychique. Cette pathologie de la gestation psychique (Bayle, 2009), dans les cas de déni non psychotique, se traduit de telle sorte que les modifications corporelles associées à la grossesse se trouvent minimisées et leur perception, ainsi que celle du fœtus, est empêchée ou mal interprétée. Certains auteurs (in Gorre-Ferragu, 2002) parlent de « complaisance somatique » « dans la mesure où le refus psychique de la grossesse est auto-entretenu par un schéma corporel peu modifié » (p. 42).

La plupart des femmes expérimentant un tel déni continuent à avoir leurs règles. Selon Gaëlle Guernalec-Lévy (2007), environ 10 à 15 % des futures mères issues de la population générale continuent à être menstruées durant leur grossesse. Ces saignements seraient dus à une dégradation d'une partie de la muqueuse utérine où l'embryon ne s'est pas implanté. Ces pertes sanguines seraient non dommageables pour l'embryon, mais évidemment, trompeuses quant à l'état de gravidité de la femme.

Plusieurs dénis de grossesse avec continuité des menstruations se manifestent aussi chez des femmes qui utilisent un contraceptif oral. Guernalec-Lévy (2007) explique ainsi ce qui se produit : la femme qui prend un contraceptif oral le prend généralement pendant 21 jours durant lesquels des hormones sont sécrétées dans son corps. Après ce terme, la patiente cesse l'utilisation du contraceptif pour une période de sept jours. La chute d'hormones ainsi provoquée entraîne le délitement de la muqueuse utérine sous forme de pertes sanguines, les menstruations. Ces règles, artificielles, n'auraient en fait rien à voir avec la réalité du cycle menstruel. Néanmoins, ces saignements tendraient à perdurer durant toute la grossesse, un peu comme si le message envoyé par les hormones contenues dans le contraceptif avait préséance sur le message envoyé par les hormones de grossesse. La femme en déni, non consciente de son état gravide, prendrait ces saignements comme la confirmation de son état stérile et continuerait à prendre fidèlement son contraceptif.

La prise de poids, si elle a lieu, se limite généralement à deux ou trois kilos (Navarro, 2009 in France 24, 2009). Certaines femmes accusent même une perte de poids (Navarro, 2009 in France 24, 2009). Selon Nisand (2009 in Rotman, 2009), ces femmes lutteraient inconsciemment contre la déformation de leur silhouette. Ainsi en musclant leur sangle abdominale, l'utérus se positionnerait verticalement, se développant ainsi vers le haut plutôt que vers l'avant, d'où le fait que ces femmes ne présentent pas le ventre proéminent lié à leur état de gravidité. Dans la plupart des cas, le bébé se développe normalement, mais s'étire sur la longueur, se cache derrière un organe et se tient plutôt tranquille. Le plus surprenant, dans les cas de déni partiel, c'est qu'à partir du moment où la femme se reconnaît enceinte, l'utérus bascule vers l'avant et la grossesse devient visible dans les heures, voire les minutes qui suivent la levée du déni (Rozan, 2008). Le poids correspondant au terme de gestation est aussi rapidement récupéré (quelques jours) même à deux ou trois mois de l'accouchement (Gorre-Ferragu, 2002).

Les femmes en déni de grossesse ne présentent pas de « masque de grossesse », de nausées et/ou de vomissements et ne sentent généralement pas les mouvements du fœtus, qui bouge très peu (Guernalec-Lévy, 2007), ou confondent ses mouvements avec des symptômes gastro-intestinaux. Des échographies prolongées auprès de ces femmes démontrent d'ailleurs qu'il manque fréquemment de concordance entre la réalité des mouvements fœtaux et la perception maternelle de ces mouvements (Guernalec-Lévy, 2007)

Ne se sachant pas enceintes et ne montrant aucun des signes habituels de la gestation, les femmes atteintes de déni de grossesse continuent leur vie de façon habituelle. Si elles sont amenées à consulter un médecin, c'est généralement pour un motif autre que la possibilité d'une grossesse. Selon Gorre-Ferragu (2002), derrière les inquiétudes qui amènent la femme en désaveu de grossesse à consulter (pour une bosse dans le ventre, concernant une prise de poids, etc.), la patiente exprime vraisemblablement une demande inconsciente de reconnaissance de son état gravide.

Le désaveu de grossesse constitue un problème psychologique souvent associé aux femmes ayant une structure de personnalité limite, dépendante, schizoïde ou aux psychotiques avérées (Allilaire, 2007 in Tronche, Villemeyre-Plane et Llorca, 2007; Slayton et Soloff, 1981), mais ce n'est apparemment pas toujours le cas (Dayan, 2008; Spielvogel et Hohener, 1995). « La proportion de femmes souffrant d'une pathologie mentale diagnostiquée parmi les cas de dénis de grossesse n'est pas significative » (Guernalec-Levy, 2007; p.42). Selon Marinopoulos (2007), le déni au moment de la grossesse serait même à considérer comme une défense d'ordre névrotique.

1.2 Pourquoi étudier le déni de grossesse

1.2.1 Une problématique mal connue

Le désaveu de grossesse constitue une problématique complexe, qui n'a vraiment éveillé l'intérêt de la communauté scientifique que très récemment. Au printemps 2006, l'Association américaine de psychiatrie, regroupant alors trente-six mille praticiens en santé mentale, a consacré une seule communication, lors de son 159e congrès, au déni de grossesse (Guernalec-Levy, 2007). En France se tenait le premier colloque sur le sujet à l'automne 2008, colloque organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG). En octobre 2009, une « deuxième journée » française, toujours organisée par l'AFRDG¹, avait lieu sur le même thème.

¹ L'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse a vu le jour en 2004 à Toulouse. Fondé et présidé par le Dr Félix Navarro (médecin de santé publique), cet organisme a pour but de mieux faire connaître la problématique du déni de grossesse auprès des milieux médicaux-sociaux et le grand public et de soutenir les femmes aux prises avec un ou des dénis de grossesse ainsi que leur famille.

1.2.2 Une problématique relativement fréquente

Présenté généralement au grand public comme un « fait divers », le désaveu de grossesse constitue une psychopathologie plus fréquente que ce à quoi nous pourrions nous attendre (Miller, 2003), bien que sa prévalence soit difficile à établir. En effet, un certain nombre de grossesses déniées peuvent se solder par un néonaticide (action de tuer un être humain, volontairement ou non, à l'intérieur d'un délai de 24 heures suivant sa naissance) non détecté (Neifert et Bourgeois, 2000). Certains sont peut-être même confondus avec la mort subite du nourrisson.

1.2.3 Des soins prénataux différés

Une femme en déni de grossesse, et donc inconsciente de sa gravité, ne sera naturellement pas portée à se faire suivre par un médecin. Pour cette raison, il s'agit d'une problématique associée à des soins prénataux différés (Young, McMahon, Bowman et Thompson, 1990), ce qui augmente les risques de travail avant terme, de mortalité périnatale, de même que les possibilités d'accoucher d'un enfant de faible poids (Kinzl et Biebl, 1991 in Miller, 2003).

1.2.4 Une problématique associée à de la maltraitance

Certains auteurs associent aussi cette pathologie à une maltraitance envers le fœtus (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007; Kent, Laidlaw et Brockington, 1997). Ainsi, l'absence d'intervention professionnelle augmente les risques que la femme ne se protège pas, elle et l'enfant qu'elle porte, des produits toxiques ou autres nuisances potentielles : cigarette, alcool, médicaments, radiations, stress excessif lié au travail, exercices très vigoureux, etc. (Brezinca, Huter, Biebl et Kinzl, 1994)

Il est frappant de constater que les femmes ayant vécu un déni de grossesse et qui ont accouché dans un centre hospitalier vont généralement quitter les lieux avec leur enfant sans qu'un suivi psychiatrique, psychologique ou psychosocial ne soit exigé pour elles et/ou leur famille et sans que leurs capacités parentales ne soient évaluées (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007).

1.2.5 Le risque de néonaticide

Les néonaticides sont fortement corrélés aux dénis de grossesses (Miller, 2003; Spinelli, 2001), soit pendant la gestation (ex. en se frappant l'abdomen, dans les cas de déni partiel), soit par le fait de tuer le bébé (Bonnet, 1993), en omettant d'intervenir pour prévenir sa mort (ex. en le laissant mourir dans la toilette si la naissance y a eu lieu) (Green et Manohar, 1990) ou par des passages à l'acte dérivants de fantasmes homicidaires à l'égard du bébé. (Kent, Laidlaw et Brockington, 1997; Bonnet, 1993).

1.2.6 Les problèmes psychiatriques post-partum

Le déni de grossesse peut mener à davantage de problèmes psychiatriques post-partum : trouble de stress post-traumatique et psychose post-partum, notamment. (Guernalec-Levy, 2007; McNeil, 1988 et Jacobsen et Miller, 1998 in Miller, 2003).

1.2.7 L'absence de suivi post accouchement

Bien souvent, ni la mère qui a vécu un désaveu de grossesse, ni son entourage ne ressentent le besoin d'un suivi psychosocial, psychologique et/ou psychiatrique. Libert (2009 in France-Soir, 2009) émet l'hypothèse qu'il s'agit peut-être là d'une façon de prolonger le

déni. Malheureusement, toujours selon le même auteur, cette attitude peut faciliter une rechute.

1.2.8 Le manque de connaissances quant aux interventions psychothérapeutiques et/ou psychosociales à privilégier dans les cas de dénis de grossesse

Peu de recherches se sont intéressées aux interventions psychothérapeutiques et/ou psychosociales à mettre en place chez les gens concernés par un désaveu de grossesse. Cette carence concerne tout autant les femmes dont un déni de grossesse vient d'être diagnostiqué que celles ayant déjà accouché, de même que leur entourage.

1.2.9 Une problématique qui n'est pas reconnue officiellement

Finalement, bien que témoignant d'une pathologie se jouant à la fois aux plans psychique et somatique, cette problématique n'a pas encore été reconnue officiellement comme entité nosographique par la communauté scientifique; elle ne fait donc pas partie du DSM-IV¹, ni du CIM-10² (Rozan, 2008). Certains psychiatres vont même réfuter la notion de déni et parler plutôt de « dissimulation de grossesse » (Guernalec-Levy, 2007). D'autres chercheurs affirment qu'on peut être « normale » (au plan psychique) (Bayle 2009; Marinopoulos, 2007; Spielvogel et Hoehener, 1995), ne pas avoir subi de traumatisme psychique particulier dans son enfance ou lors de la conception de son enfant (Bayle, 2009)

¹ Diagnostic and Statistical Manual. Le Dr. Navarro, notamment, travaille à ce que cette problématique soit incluse dans la prochaine version du DSM.

² Classification internationale des maladies

et se défendre de façon pathologique contre une réalité qui fait souffrir¹. Nous comprenons qu'il reste encore beaucoup de travail à faire afin de mieux cerner ce problème.

Nous espérons que les recherches effectuées sur le thème du déni de grossesse, mais aussi, et surtout, les conséquences délétères parfois associées à cette problématique vous convaincront, comme ce fut le cas pour nous, de l'importance à accorder à cette psychopathologie.

1.2.10 Quelques chiffres

Pour recenser le phénomène du désaveu de grossesse, on recueille le témoignage des femmes au cours de consultations du suivi de grossesse ou lors de l'accouchement (Tronche, Villemeyre-Plane et Llorca, 2007). Parfois, c'est le nombre de déclarations tardives de grossesses ou de grossesses non suivies qui est relevé dans la maternité des hôpitaux (Guernalec-Levy, 2007). Selon la méthode utilisée, les chiffres les plus récents estiment à un cas sur 450 ou 500 naissances pour l'ensemble des dénis (Bayle, 2009; Navarro, 2009 in France 24, 2009; Wessel, 2008; Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007; Gorre-Ferragu, 2002). Les cas de dénis totaux représentent, quant à eux, environ un cas sur 2 500 grossesses (Wessel, 2008; Wessel, Endrikat et Buscher, 2003 in Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007; Navarro, 2009 in France 24, 2009). Pour environ 1 naissance sur 8 000 à 10 000 (Bayle, 2009; Gorre-Ferragu, 2002) le bébé trouvera la mort, généralement aux mains de la mère (très rarement le père), de façon naturelle ou de manière accidentelle. Selon le docteur Navarro (« s.d. » in Guernalec-Levy, 2007), d'après le nombre estimé de dénis, la mortalité par néonaticides correspond aux cas de morts naturelles se produisant dans une population numériquement équivalente, mais dépourvue de soins médicaux (comme dans certains pays en développement, par exemple). Ces chiffres semblent demeurer stables depuis au moins les 30 dernières années (Gorre-Ferragu, 2002). D'après Crittenden et Craig (1990 in Dubé,

¹ Bayle (2008) et Brezinca (2008) citent en exemple les cas de maladies graves déniées (ex. le cancer) que l'on rencontre fréquemment en médecine.

Léveillé et Marleau, 2003) et Wilczynski (1997 in Dubé, Léveillé et Marleau, 2003) cependant, ce nombre serait vraisemblablement sous-estimé. Finalement, une étude allemande réalisée en 1997 faisait ressortir que plus de la moitié de 66 femmes ayant présenté un déni de grossesse était multipare et avait connu précédemment de deux à six grossesses (Wessel, 2008).

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

2.1 Désir de grossesse et désir d'enfant

Le désir de grossesse renvoie généralement la femme aux capacités de sa fonction reproductrice. Particulièrement après une période de contraception prolongée, certaines femmes vont ressentir le besoin de s'assurer qu'elles sont toujours fécondes et que le fonctionnement de leur corps est demeuré intègre (Gorre-Ferragu, 2002).

Désir de grossesse et désir d'enfant ne sont pas corrélés, l'un pouvant être observé sans que l'autre soit présent (Gorre-Ferragu, 2002). La grossesse peut être désirée, et même planifiée, sans pour autant que le désir d'enfant soit présent, tout comme l'état gravis peut être refusé sans refus de l'enfant. Que l'on pense à une femme qui souhaite inconsciemment avoir un enfant, mais qui refuse toutes modifications sociales ou professionnelles susceptibles d'être générées par le fait d'être enceinte. Dans ce dernier cas, il arrive que la grossesse soit déniée malgré le désir d'enfant. Le bébé issu d'un non-désir de grossesse est en général bien accepté.

Plusieurs auteurs ont tenté de saisir les fondements du désir d'enfant. Kestenberg (1956 in Abdel-Baki et Poulin : 1, 2004), attribue le désir d'enfant à des origines biologiques et instinctuelles. Ainsi, la conscience d'avoir un vagin et les sensations que la fille, puis la femme, en tirent, seraient à l'origine de sentiments maternels les incitant à vouloir un ou des

enfant (s). Cette même auteure associe également le désir d'enfant à une identification de la petite fille à la fonction reproductive maternelle, et ce, dès un tout jeune âge. Ces deux facteurs seraient donc à l'origine de deux types de représentations : 1. Celles issues des expériences précoces de gratification libidinale : on parle alors de fusion des représentations de soi et de l'objet (la figure maternelle) associées à ces premières expériences (Jacobson, 1964 in Abdel-Baki et Poulin : 1, 2004) et 2. Celles liées à l'identification précœdipienne et œdipienne de la fille qui imite sa mère et désire devenir comme elle.

Freud (1925 in Rappaport, 1994), pour sa part, considère le désir d'enfant comme un substitut à l'envie du pénis, c'est-à-dire, pour la fille, le désir d'obtenir du père le pénis que la mère n'a pu lui donner. Selon ce point de vue, le désir incestueux interviendrait donc dans toutes les grossesses (Abdel-Baki et Poulin : 1, 2004).

À ce registre œdipien, Bydlowski (1978) ajoute une composante narcissique : la femme désirerait un enfant en remplacement d'elle-même, lors de sa propre mort ou à l'occasion d'un deuil. L'enfant deviendrait alors celui qui peut tout accomplir, tout réparer et combler le sentiment de perte. Ce désir d'enfant serait insatiable et présent chez toutes les femmes (bien que certaines puissent le nier), puisqu'il réalise un souhait infantile. Ce n'est alors pas tant l'enfant en soi qui est désiré que le désir d'enfant.

Applegarth (1988) apporte une vision globale qui tient compte des divers aspects ci-haut mentionnés du désir d'enfant : l'instinct de reproduction, la satisfaction narcissique d'avoir une réplique de soi, l'identification avec la mère et avec l'idéal du moi féminin (dont les capacités altruistes, le rôle de mère nourricière, etc.). En accord avec Helen Deutsch (1955), elle avance aussi la part des désirs masochistes de la femme dans cette envie d'enfant : la capacité de supporter le fait de donner sans retour, d'aimer et de renoncer au lien de dépendance lorsque le temps de la séparation est venu. Ce dernier aspect demeure cependant controversé.

Le désir d'enfant contient habituellement la mentalisation de futures images parentales (Gorre-Ferragu, 2002). L'enfant est alors conceptualisé en tant qu'individu distinct de l'unité familiale parentale. À ces images conscientes se greffent les représentations inconscientes, souvent transgénérationnelles de chacun des deux parents, mais particulièrement de la mère physiquement engagée dans le processus de la maternité (Bydlowsy, 2000). La réalisation du désir d'enfant, lorsqu'envisagée selon la voie naturelle, requiert l'acceptation de la grossesse en tant que « passage nécessaire ». (Gorre-Ferragu, 2002)

Le désir d'enfant peut être habité de forces psychiques contradictoires pouvant mettre en péril la filiation. Le « désir provoque l'irruption de l'irrationnel et fait naître des histoires familiales, parentales, des liens parents-enfants qui sont nourris d'étrangeté qu'il nous faut dépasser » (Marinopoulos, 2007; p.19).

La lecture de ce qui précède nous permet d'appréhender que le désir de grossesse, le désir d'enfant et la maternité, bien que faisant souvent partie d'une démarche consciemment planifiée, recèlent une bonne part du désir inconscient maternel et/ou parental (Gorre-Ferragu, 2002).

2.2 Maternité, idéal du moi féminin et idéal maternel

Nous avons vu plus haut qu'Applegarth (1988) avance l'idée de l'identification avec l'idéal du moi féminin comme fondement du désir d'enfant. Selon Blum (1976, in Abdel-Baki et Poulin : 1, 2004), la maternité constituerait l'aspect le plus convoité de l'idéal du moi féminin. Rappaport (1994) définit l'idéal du moi comme étant un modèle auquel le sujet tente de se conformer. Selon Laplanche et Pontalis (1997), cet idéal du moi serait fait d'une combinaison du narcissisme, de l'idéalisation du moi, de l'identification avec les parents et leurs substituts, et des idéaux collectifs. D'après Jacobson (1964, in Rappaport, 1994) et Blum (1976, in Abdel-Baki et Poulin : 1, 2004), la blessure féminine narcissique d'être dépourvue de pénis et les effets de cette blessure sur la relation entre la petite fille et sa mère,

contribuent à la formation de l'idéal du moi maternel chez la petite fille. L'idéal du moi féminin est centré autour de la mère et inclus, outre des représentations aux aspects positifs du père, des représentations liées à la fonction maternelle. « C'est la qualité de l'idéal maternel qui permet d'être ou non à l'aise dans la fonction de mère » (Abdel-Baki et Poulin, 2004 :1; p.4). D'après Blum (1976 in Rappaport, 1994), l'idéal maternel implique notamment le sacrifice de soi et la capacité de faire passer les intérêts de l'enfant avant les siens propres. Selon Rappaport (1994), il ne faut cependant pas confondre les caractéristiques de cet idéal du moi avec les peurs et désirs masochistes tels que définis par Deutsch (1955), ces derniers constituant davantage une entrave à l'idéal maternel. Un autre obstacle à la réalisation de cet idéal constitue l'internalisation de mauvais objets (Blum, 1976 in Rappaport, 1994) : ainsi, la femme enceinte qui a une image inconsciente et inacceptable de sa propre mère peut craindre, plus ou moins consciemment, de lui ressembler. Elle devra alors se différencier de cette représentation inappropriée de sa mère si elle veut réaliser un idéal maternel et construire une image d'elle-même en tant que femme apte à s'accomplir (Abdel-Baki et Poulin : 1; 2004). En ce sens, l'idéal maternel des femmes, tout comme d'autres aspects de leur féminité, est un processus essentiellement créatif et en développement (Rappaport, 1994). À partir du moment où elles deviennent enceintes, l'idéal maternel traditionnel est réévalué; s'il y a un mauvais introject parental, la femme doit se différencier du modèle détesté ou perçu comme inadéquat et ébranler les croyances qu'elle doit être comme sa mère et que toutes les femmes y sont, elles-mêmes, semblables. La « femme » peut alors devenir un objet auquel il devient agréable de s'identifier.

Selon Marinopoulos (2007), c'est dans la construction de l'histoire de vie d'une femme, mise en acte par les personnages qui la compose, que pourront se tisser les liens originaires de la maternité psychique à venir. La maternité prend donc son sens dans des repères filiatifs et à l'intérieur des conflits psychiques qui s'y sont déroulés. Compris en ce sens, la mère gravide porte son enfant, celui-là même qu'elle a été, de même que les parents qu'elle a eus et intériorisés. Ainsi, la mère en devenir porterait en elle le père, introduit par sa propre mère, mais aussi et particulièrement, les différentes mères de son enfance¹ :

¹ Nous n'élaborerons pas, dans le cadre de cet ouvrage, sur le rôle concomitant du père.

2.2.1 La mère des soins

C'est la mère pare-excitations, qui contient les émois internes et extérieurs trop puissants. C'est aussi la mère soignante qui, par le biais d'échanges sensoriels, apporte présence, rythme et contenance. C'est l'objet d'amour originaire, précurseur des modèles féminins. Une mère « suffisamment bonne » prodigue ses soins en s'accordant affectivement à ceux de son enfant, lui permettant de développer ainsi la dimension symbolique du lien et le sentiment de soi.

2.2.2 La mère symbolique

C'est la mère qui, bien que disparaissant aux yeux de son enfant, sait se maintenir dans son imaginaire. La régularité et la prévisibilité de ses soins permet au Moi de l'enfant de se construire dans cet espace où il se retrouve seul et habité par elle tout à la fois. C'est par le biais de ce rôle qu'advient le sentiment de « continuité d'être » chez l'enfant. Les réponses de la mère permettent la mise en place des processus secondaires faits des pensées et des liens qui donnent un sens aux choses et aux événements.

2.2.3 La mère précœdipienne

« L'enfant construit son identité sexuée dans le regard de sa mère qui l'aime et dans celui de son père qui l'en détache » (Marinopoulos, 2007; p. 26). Le regard que la mère va transmettre à son enfant reflète généralement celui que sa propre mère a porté sur elle. De cette façon se préparent les relations affectives futures. La mère précœdipienne inaugure la triade et les jeux relationnels qui s'y opèrent vont nourrir la croissance psychique de l'enfant qui s'en imprègne.

2.2.4 La mère œdipienne

C'est celle qui autorise la séparation mère-enfant, sous l'autorité et le regard du père. La mère transmet à sa fille la féminité et chacun assume sa place dans la triade familiale.

Devenir mère implique donc de transiger avec une constellation d'êtres réels, symboliques, mythiques et idéaux, porteurs de vécus, de croyances et de valeurs, que nous avons intériorisés et qui ont fait de nous ce que nous sommes devenus.

« Toutes ces mères portées par la future mère fondent la maternité psychique que nous observons pendant la grossesse et prennent une part active dans les manifestations d'étrangeté (...) » (Marinopoulos, 2007; p. 27). Le déni de grossesse constitue certainement une « manifestation d'étrangeté » associée à l'état gravide. Nous verrons plus loin comment une mère intériorisée qui n'est « pas suffisamment bonne » peut interférer dans les processus psychiques et corporels de la grossesse.

2.3 Féminité et identité féminine

Les auteurs des articles consultés au sujet de la féminité et/ou de l'identité féminine semblent s'accorder sur le fait qu'il s'agit de concepts difficiles à appréhender. Nous allons néanmoins retenir ici deux lignes de pensées qui semblent ressortir des écrits concernant le sujet : le primat du phallus et la bisexualité en tant que structurants de la psychosexualité (tant féminine que masculine).

2.3.1 Le primat du phallus

Freud a été le premier à tenter de définir la question de la féminité à partir du constat corporel de l'absence de pénis chez la femme. Dans sa théorie du complexe de castration, l'organe mâle, selon qu'il est présent ou absent, devient le symbole d'une classification des êtres humains en tant que féminins ou masculins (Laplanche et Pontalis, 1997). Chez chaque individu, cependant, l'absence ou la présence de pénis ne va pas de soi. Pendant le stade phallique, la différence des sexes vient colorer le monde pulsionnel et relationnel de l'enfant. C'est à ce stade que garçons et filles prennent conscience que, du couple parental, seul le père est porteur d'un pénis. La petite fille, qui ne possède pas de verge, devient consciente de cette différence entre les sexes et en éprouve une blessure narcissique qui teintera toutes les étapes ultérieures de son développement. De la mère comme objet d'attachement primaire, la petite fille transfère tout son attachement érotique au père, car elle en veut à la mère de l'avoir mise au monde ainsi « dépourvue ». L'impression d'être lésée suscite des sentiments d'infériorité et de jalousie intenses qui vont contribuer à structurer l'ensemble de sa personnalité (Morin et Bouchard, 1997).

Avec Freud, la féminité est donc placée sous le signe du manque (Hazan et Mercier, 1re partie; 1992; Anzieu, 1997). La femme ainsi définie est inlassablement « gouvernée » par l'envie du pénis, de laquelle elle cherchera à sortir, du fait que son désir de posséder l'organe pénien s'avère irréalisable. Perçue à l'image de la castration, elle en vient à abandonner tout signe de virilité : ainsi, elle commence à désinvestir son clitoris (espèce de pénis tronqué), elle se résout à la passivité, etc. De cette façon s'édifie une féminité mise au service de la maternité. Ainsi, au moment opportun, un enfant viendra remplacer ce pénis qui lui fait tellement défaut. (Hazan et Mercier, 1re partie; 1992)

Freud a décrit comme « masochisme de la femme » l'expression de son essence féminine (Laplanche et Pontalis, 1997). Ce besoin de souffrir serait intrinsèque à sa nature et observable notamment dans le fait qu'elle est un être castré, devant subir le coût, et/ou endurer les affres de l'accouchement. (Freud, 1924 in Anzieu, 1997)

2.3.2 La bisexualité

Certains auteurs, notamment des femmes, ont proposé d'aborder la question de la féminité et de la psychosexualité en dehors de ce registre du « manque » (Anzieu, 1997; Chasseguet-Smirgel, 1988 in Hazan et Mercier, 1re partie; 1992). Freud, sous l'influence de Fliess, a introduit dans la psychanalyse l'idée que tout être humain aurait constitutionnellement des dispositions sexuelles à la fois masculines et féminines (Laplanche et Pontalis, 1997). Cette bisexualité, fondée sur des données de l'anatomie et de l'embryologie, entraînerait, selon Fliess, des conséquences psychologiques essentielles (Laplanche et Pontalis, 1997). Bien que se constituant à partir d'un déterminisme biologique de la féminité, la notion de bisexualité ne suppose pas que la féminité se résume au fait d'être née avec un sexe de femme. Il s'agit en fait d'un : « ... concept qui recouvre un ensemble d'affects, de modes émotionnels, liés aux représentations de l'espace du corps interne, au désir de gestation et au plaisir narcissique d'être possédée en tant qu'objet d'amour ». (Anzieu, 1997; p. 6). Le psychisme féminin est donc directement influencé par l'anatomie sexuelle de la femme et dans ce sens, le « creux vaginal » devient l'équivalent symbolique du phallus.

Selon cette vision de la féminité, le vagin ne constitue ni un manque, ni un vide. Il s'agit d'un lieu en soi, délimité par une enveloppe et susceptible d'une activité propre et autonome. Ce creux constitue une ouverture à la réceptivité, à l'intériorité ainsi qu'une disponibilité à la tendresse (Anzieu, 1997). Il invite à prendre à l'intérieur tout ce qui est enviable (Cournut-Janin, 1998). L'intérieur féminin constitue un lieu de passage à la fois pour l'homme, qui y entre, et pour l'enfant, qui peut en sortir. Il joue donc un double rôle dans la sexualité féminine : celui qui permet la jouissance, cachée et interne, et celui qui permet la maternité, ou l'expulsion de l'enfant vers l'extérieur du corps de la femme (Anzieu, 1997).

Selon Jacqueline Cosnier (1987 in Hazan-Mercier, 2e partie; 1992) et Florence Bégouin-Guignard (1989 in Hazan-Mercier, 2e partie; 1992) :

[...] le corps au sexe « en creux » de la mère, le développement de l'espace psychique de l'enfant, ainsi que la naissance de la féminité chez ce dernier, sont reliés entre eux. [...] Cette identification introjective est originaire de la relation précoce à la mère. Elle constitue le premier mouvement de la féminité psychique dont l'intégration définitive n'est possible que dans le cadre de l'organisation oedipienne.

Selon cette approche, le rôle de l'identification à chacun des parents est essentiel dans la construction du psychisme de l'enfant, garçon ou fille (Eiguer, 2002; Cournut-Janin, 1998; Anzieu, 1997). Cependant, c'est l'attention privilégiée de la mère envers sa fille qui permet à cette dernière, en tout premier lieu, d'assimiler les traits de l'identité féminine maternelle (Eiguer, 2002). Lors de la phase d'individuation, la mère transmet les potentialités du féminin permettant ainsi à la fillette de s'identifier au féminin de la mère et de progresser vers la conscience de son genre (Eiguer, 2002; Cournut-Janin, 1998) : « Ce serait dans un jeu identificatoire à la mère, suscité par celle-ci, que la féminité peut être transmise, investie, introjectée ». (Cournut-Janin, 1998, p. 82). Bien sûr, pour qu'il y ait transmission de mère en fille d'une psychosexualité acceptée, il faut que le féminin soit tolérable pour la femme elle-même et dans ses relations d'objet (Cournut-Janin, 1998).

« L'identité est une appropriation longue et hasardeuse » (Eiguer, 2002, p.29). Chez la femme, le parcours qui mène à la structuration de son genre n'est certes pas linéaire et statique. À travers les changements liés à la puberté, en passant par les menstruations, les grossesses et les accouchements, jusqu'à la ménopause le parcours de la femme s'altère, la menant à corriger et modifier son image d'elle-même, par le biais des expériences émotionnelles que lui procure la structure sexuée de son corps (Anzieu, 1997).

En 1962, Bibring (1962 in Bécache, 1987) écrivait qu'une femme ne devenait vraiment femme qu'à partir du moment où elle avait été mère. Bien que porter et mettre au monde un enfant soit souvent considéré comme l'expression la plus spécifique de la féminité (Anzieu,

1997), elle n'est pas une condition *sine qua non* du processus d'acquisition de l'identité féminine. Selon Bécache (1987) et Anzieu (1997), la question de la féminité ne se résume pas au fait de devenir mère au même titre que, par exemple, le désir de grossesse n'équivaut pas forcément au désir d'avoir un enfant. (Miljkovitch, 1977) Prise entre le principe de réalité qui lie étroitement le plaisir de l'amour à la conception d'un enfant, et le principe de plaisir, qui lui fait rechercher la jouissance, la femme se construit néanmoins autour de sa capacité à concevoir (Anzieu, 1997), qu'il y ait ou non maternité. Parce qu'il met bien en évidence la complexité des concepts de féminité et d'identité féminine, laissons à Monique Cantosperber (2001 in Eiguer, 2002) le mot de la fin à ce propos :

Et le rapport de la femme à son identité est fort complexe... [...]. Qu'une femme soit de sexe féminin ne dit rien sur la perception qu'elle aura d'elle-même comme femme! Une femme pourra se sentir totalement femme. Une autre pourra avoir un sens très aigu de sa singularité individuelle et considérer que son identité féminine vient après différentes définitions d'elle-même, liées à son activité ou à ses liens à d'autres personnes. Une autre se présentera comme asexuée ou sans sexe apparent. Le rapport à soi d'une femme n'est jamais une identification sans reste au féminin; elle consiste plutôt en une forme d'identité par couches. Certaines femmes vivent ou conçoivent les composants de leur identité – à la fois cet être humain particulier que je suis et la femme que je suis – comme un tout unifié, d'autres comme une superposition, d'autres encore comme un conflit. (p.27)

2.4 La grossesse

La reconnaissance et l'acceptation de l'état de grossesse dépendent des aléas de l'histoire personnelle de chaque femme enceinte et des mentalités sociofamiliales de son époque (Gorre-Ferragu, 2002). La grossesse met à l'épreuve l'organisation psychique de la femme (Zah, 1988). En fait, il s'agit généralement d'une période de crise identitaire et de maturation psychologique pour la future mère (Bayle, 2009). En ce sens, elle constitue donc un moment de déséquilibre qui favorise le changement. Ainsi, selon Kestenberg (1976 in Rappaport, 1994), une régression pendant la grossesse peut réorganiser le moi féminin en moi maternel.

En 1979, Paul-Claude Racamier utilisait le terme « maternalité » afin de décrire les processus psychiques en œuvre au cours de la grossesse. Regardons plus en détail certaines des modifications et adaptations requises par l'état de gravidité :

2.4.1 Aspects psychiques pour ce qui est de la grossesse consciemment vécue

2.4.1.1 Aspects émotionnel et cognitif

La réaction émotionnelle de chaque femme diffère durant la grossesse (Rofe et al, 1993 in Miller, 2003). Plusieurs deviennent plus sensibles tant aux niveaux affectif que cognitif (Mothander, 1992 in Miller, 2003). Ainsi, de nombreuses femmes commencent une relation avec le fœtus, partiellement basée sur de la projection et en partie en lien avec la réalité (ex. mon enfant aime certains types de nourriture, préfère certaines positions, etc.). (Zabielski, 1994 in Miller, 2003) Les qualités, traits de caractère, etc. du futur bébé sont fantasmés tant à partir du comportement de ce dernier dans leur ventre qu'à partir des caractéristiques propres aux lignées maternelles et paternelles.

Au moment où elles sont enceintes, la plupart des femmes, investies émotionnellement envers le fœtus, vont modifier leurs comportements : porter des vêtements de maternité, modifier leurs activités physiques, préparer la chambre du bébé, négocier un congé de maternité, planifier pour l'enfant à venir. Certaines femmes peuvent aussi éprouver des moments d'indifférence, de détachement ou de ressentiment envers le fœtus. Cette ambivalence durant la grossesse est normative et ne constitue pas en soi une attitude cliniquement problématique. (Miller, 2003; Gorre-Ferragu, 2002) :

Cette ambivalence est caractérisée par la coexistence de deux sentiments opposés, amour et hostilité, désir et peur, dont l'un est plus ou moins conscient, et l'autre, inacceptable, est refoulé dans l'inconscient. L'ambivalence est très fréquente et banale, mais elle a des effets somatiques (...) Elle ne préjuge pas du comportement maternel envers le nourrisson après l'accouchement. (Gorre-Ferragu, 2002; p.30)

Monique Bydlowski (1991) s'est intéressée à ce qu'elle a nommé la « transparence psychique », décrivant en cela la facilité avec laquelle les femmes enceintes ont accès à leur matériel infantile sans que les résistances habituelles en barrent l'accès. À partir du second trimestre, un changement s'opère généralement dans le mode de pensée et une diminution des aspects logique, critique et évaluatif est enregistrée. (Condon, 1987) Tout se passe comme s'il y avait une utilisation de défenses plus primitives en lien avec les modes plus intuitifs et moins rationnels de penser. Lors de la grossesse, on observe donc une tendance à régresser; il y a une intensification de l'expérience affective, une levée partielle du refoulement et une défaillance des défenses, tant névrotiques que psychotiques (Bydlowski, 1978). Les communications verbales peuvent même avoir tendance à ressembler à de l'association libre, à cause des liens moins logiques entre les idées (Condon, 1987). Un clinicien inadéquatement informé de ces variations dans le mode de pensée peut alors, de façon erronée, poser un diagnostic psychiatrique (ex. personnalité limite ou trouble de la personnalité schizotypique) (Condon, 1987). En fait, les idées irrationnelles développées durant la grossesse sont généralement oubliées sitôt cette dernière terminée (Condon, 1987). Néanmoins, du fait de cette « transparence psychique », il n'est pas rare que la grossesse sensibilise la femme enceinte à un passé qu'elle avait jusque-là mis de côté.

Dans le même ordre d'idée, en 1956, Winnicott (2006) développait le concept de « préoccupation maternelle primaire ». Tout au long de sa grossesse (particulièrement vers la fin) et pendant quelques semaines suivant la naissance de l'enfant, la femme enceinte « suffisamment bonne » développe une hypersensibilité particulière lui permettant de s'identifier à son bébé et de répondre de façon particulièrement sensible et adaptée à ses besoins après la naissance. Aux deuxième et troisième trimestres, la femme enceinte désinvestit graduellement ses activités de loisirs et le monde environnant (professionnel, social, etc.) au profit de son fœtus (Gorre-Ferragu, 2002). La mère devient ainsi attentive aux mouvements foetaux, indices de l'existence réelle du bébé à venir. Cet hyperinvestissement mental pour le fœtus permet d'établir les prémices de la relation mère-enfant (Gorre-Ferragu, 2002).

La mère qui a atteint cet état que j'ai nommé « préoccupation maternelle primaire » fournit un cadre (setting) dans lequel la constitution de l'enfant pourra commencer à se manifester, ses tendances au développement à se déployer, et où lui, l'enfant, pourra ressentir le mouvement spontané et vivre en propre des sensations particulières à cette époque primitive de sa vie ». (Winnicott, 2006; p.44)

Cet état, qu'on pourrait décrire comme étant une période de repli ou de dissociation, est temporaire et rapidement oublié lorsque « l'enfant l'en délivre » (Winnicott, 2006; p.41). Cet état peut toutefois faire défaillance chez certaines mères faisant une forte identification masculine ou encore chez celles trop préoccupées à combler leurs propres besoins.

Dans sa présentation sur « les négations de grossesse et la gestation psychique » (au colloque français sur le déni de grossesse de 2008), Benoît Bayle s'est intéressé au rapport de causalité possible entre les transformations d'ordre psychique chez la femme enceinte et la place occupée par le fœtus dans l'espace corporel et psychique de cette même femme. Du fait d'avoir un « intrus » qui se développe en elle, la femme en gestation se trouve transformée dans son identité. Elle n'a que quelques mois pour intégrer cette présence et tenter d'établir une relation avec cet être en développement, au creux de son utérus, qui fera d'elle une mère. Selon Paul-Claude Racamier (1998), chez la femme enceinte, la relation d'objet s'établit dans un mode de confusion entre soi et l'autre et le sens de l'identité devient fluctuant et fragile. Pour traiter avec les pulsions, le Moi ne parvient plus à utiliser ses mécanismes de défense habituels et approche, du fait de cette fusion des identités, d'une modalité psychotique, heureusement réversible. Le psychisme de la femme gravide doit intégrer l'idée qu'un autre qu'elle-même partage sa corporalité. « En se nichant dans le corps maternel, l'être humain conçu impose donc à la femme enceinte une situation hors du commun, proche de la folie : être *soi* et *autrui* en même temps » (Bayle, 2008; p. 5).

Lors d'une grossesse se déroulant normalement, l'enfant en gestation déclenche, chez celle qui le porte, une réaction psychologique d'indifférenciation « soi-autrui », qui permet sa « greffe psychique », permettant à la mère d'intégrer ce nouvel être en développement à sa psyché. Sylvain Missonnier (2004 in Bayle, 2008) nomme ce processus « nidification psychique ».

2.4.1.2 Aspect des représentations maternelles

Lors d'une grossesse ordinaire, une période de représentations mentales nouvelle et spécifique s'amorce et culmine entre les quatrième et septième ou huitième mois de la grossesse (Bayle, 2008). De façon progressive, une image différenciée de l'enfant à venir s'insinue et s'affirme dans la psyché maternelle. Ces représentations seraient favorisées par les mouvements fœtaux (Bayle, 2008) qui rappellent à la mère la présence de l'Autre dans son ventre. Généralement, les représentations s'organisent selon un mode cohérent et s'enrichissent des identifications ou des différenciations anticipées de la future mère à sa propre mère. La relation qui va unir la mère à son nouvel enfant est, le plus souvent, imaginée de façon réaliste et en adéquation aux besoins de son enfant. Parfois, la mise en place de ces représentations mentales peut se buter à certaines problématiques maternelles qui pourront amener la mère à, par exemple, anticiper sur un mode représentatif « désinvesti » un enfant qui bougerait peu, ou encore à pressentir des difficultés relationnelles d'ordre conflictuel avec un enfant remuant, perçu comme importun. La relation mère-enfant s'amorce alors de façon ternie, en résonance à un style maternel stéréotypé, rigide, peu affectueux, etc., transmis à la nouvelle mère par sa propre mère.

2.4.1.3 Aspect de la « gestation psychique »

Selon Bayle (2008), l'espace de gestation psychique de la femme se construit en fonction de ce qu'elle est comme individu, de son histoire, de son psychisme et de ses projections et aussi en fonction de ce qu'il appelle « l'identité conceptionnelle ». Selon lui, des facteurs biologiques, mais aussi certains déterminants d'ordre psychosocioculturel vont définir une partie de l'identité de chaque être humain. Ainsi, chaque naissance s'inscrit dans l'acte de conception d'un homme et d'une femme, à tel moment de l'histoire de l'humanité, en tel lieu du monde, dans un contexte de traditions, de pensées et de valeurs particulières lui permettant de retracer d'où il vient, l'histoire de ceux qui l'ont conçu, etc. Cette identité conceptionnelle participe à la construction de l'identité personnelle de chacun d'entre nous. Le fœtus en développement, en ce sens, est déjà porteur d'une subjectivité propre, « capable

de transformer autrui dans sa subjectivité même par ce qu'il est » (Bayle, 2008; p.8) Bayle donne, comme exemple, le cas d'un enfant issu d'un viol. De par son existence même, il rappelle à sa mère les conditions de sa conception et la transforme en « mère d'un enfant issu d'un viol », influant inévitablement sur la perception que cette dernière aura d'elle, de son enfant et de leur relation.

2.4.2 Aspects psychiques en ce qui concerne le déni de grossesse

Dans le cas du déni de grossesse, on peut supposer que la présence d'un autre à l'intérieur de soi serait niée plutôt que confondue avec le propre Moi de la femme. Aussi, l'espace maternel de gestation psychique semble ne pas se constituer de façon normale (Bayle, 2008). Cette gestation semble inconcevable et la présence du fœtus est déniée comme si l'enfant à naître incarnait quelque chose d'impensable pour la femme. L'identité conceptionnelle de l'enfant semble rendre impossible la relation mère-enfant parce qu'elle semble rattachée à quelque chose de honteux et/ou de traumatique, à quelque chose d'innommable, de non symbolisable. Dans un tel cas, ce n'est donc pas tant l'enfant lui-même qui fait l'objet d'un refus, mais plutôt ce qu'il représente. L'enfant n'est donc ni pensé, ni imaginé, ni fantasmé. Il demeure sans sexe et sans nom.

Ce trouble de la représentation peut être compris comme indice d'un mal-être maternel. Ainsi, il peut arriver que des représentations ne puissent émerger chez une mère ayant eu à vivre la perte d'un enfant précédent. La peur de s'attacher et de revivre un deuil souffrant pourrait ainsi expliquer cette difficulté à se représenter.

Le fait de dénier sa grossesse équivaldrait donc, dans l'inconscient, à faire disparaître l'enfant (voire à empêcher son apparition même), à le tuer, d'une manière symbolique, faisant bien ressortir l'ambivalence maternelle par rapport au bébé (Guernalec-Levy, 2007) : le désirer assez pour le concevoir, mais pas assez pour reconnaître son existence. Le déni de

grossesse met ainsi en évidence une profonde incapacité inconsciente à accepter l'enfant, à l'investir, à se projeter et à se vivre comme mère ou comme « bonne mère ».

Selon Bayle (2008), il n'y a pas de causalité déterministe et systématique au désaveu de grossesse, bien qu'il reconnaisse que certains contextes de conception semblent le favoriser, tel, par exemple, un enfant issu d'un viol, de l'inceste (réel ou fantasmé (Bayle, 2008)) ou d'une relation adultérine. En niant l'existence de l'enfant conçu lors d'un viol, c'est la représentation de l'agresseur, du viol lui-même ou de l'impression de porter en elle un monstre que la femme peut chercher à fuir. Dans un tel cas, la naissance de l'enfant peut apporter un réel apaisement chez la femme, qui réalise alors que le bébé réel est très loin des représentations douloureuses qu'elle s'en était faites.

Dans le déni de grossesse, comme la présence de l'enfant n'atteint pas la conscience ou que cette présence est niée (mort symbolique), on fait face à une embûche de taille au niveau de la construction du lien prénatal mère-enfant. Selon Bayle (2008), il ne faut cependant pas présumer qu'une authentique rencontre entre la mère et son bébé ne puisse éventuellement subvenir. La présence d'un tiers extérieur (membre du corps médical, de la famille ou autre) inscrivant, par sa parole, l'existence de cet enfant, facilitera l'accueil du nouveau venu par sa mère et diminuera d'autant, le risque de néonaticide (mort physique). Un accompagnement psychologique pourra aussi soutenir le développement de ce lien et permettre à la femme qui a dénié sa grossesse de travailler le sentiment de culpabilité qui ne manque généralement pas d'accompagner le déni.

2.4.3 Aspect des changements corporels

2.4.3.1 Pour ce qui est de la grossesse consciemment vécue :

L'état de grossesse sollicite une adaptation aux changements de l'image corporelle. Le corps même de la femme enceinte se transforme et est habité par la présence d'un autre organisme à l'intérieur du sien propre. La perception des mouvements fœtaux, ainsi que l'échographie, vont permettre d'amplifier le sentiment de l'existence et de l'individualité de son enfant.

Il existe vraisemblablement une participation psychique aux manifestations corporelles de la gestation (Gorre-Ferragu, 2002). Ainsi, les expressions somatiques peuvent résulter d'une volonté inconsciente, de la part de la femme en début de grossesse, de matérialiser son état gravide qu'elle ne ressent pas encore (Gorre-Ferragu, 2002).

La réaction aux changements physiques varie en expression et en intensité selon la personnalité et le vécu de chaque femme, et elle se traduit parfois en malaises physiques et/ou en plaintes concernant les maux, les inconforts et les transformations que la grossesse impose; peut-être pourrait-on voir là l'expression d'un sentiment inconscient d'ambivalence envers le bébé en gestation chez les femmes qui ne le symbolisent pas (Gorre-Ferragu, 2002; Casoni et al, 1991).

2.4.3.2 En ce qui concerne le déni de grossesse

Afin qu'une expérience de transformation corporelle soit éprouvée, il faut qu'un sentiment d'identité corporelle existe au préalable (Igert, 1987). Chez les femmes en déni de grossesse, le rapport au corps est souvent particulier (Bayle, 2008) et fréquemment, ce dernier est peu investi. Le corps et les affects semblent gelés, rendant difficile le décryptage de l'état émotionnel de la femme (Marinopoulos, 2007). Brezinka (1994) et ses

collaborateurs ont noté qu'une proportion importante de femmes ayant eu un trouble du comportement alimentaire à l'adolescence avait fait un désaveu de grossesse. La difficulté d'adaptation aux changements corporels peut ainsi provenir d'une difficulté particulière, lors de l'enfance, à se représenter son propre corps. Cette entrave pourrait, par exemple, être liée à une représentation trop angoissante du corps maternel (Igert, 1987). À partir d'une telle difficulté à se représenter, certaines femmes vont demeurer indifférentes aux mouvements fœtaux ou encore les percevoir comme « bizarres » (Igert, 1987).

2.4.4 Aspect de l'attachement au conjoint

2.4.4.1 Pour ce qui est de la grossesse consciemment vécue

L'adaptation positive à la grossesse est intimement liée à la qualité de l'attachement au conjoint (Cranley, 1981 in Abdel-Baki et Poulin : 1, 2004). Pour une majorité de femmes enceintes (à tout le moins dans la culture québécoise), le conjoint apparaît comme le principal soutien affectif (Casoni et al, 1991). Comme cette étape de la vie de la femme est caractérisée par une vulnérabilité psychologique accrue, le support et l'écoute du conjoint revêtent une importance particulière et peuvent contribuer à minimiser les risques de dépression (O'Hara, 1986 in Abdel-Baki et Poulin : 1, 2004) et le niveau d'anxiété (Cox et al, 1982 in Abdel-Baki et Poulin : 1, 2004).

2.4.4.2 En ce qui concerne le déni de grossesse

Peu de choses ont été écrites sur l'attachement au conjoint dans le déni de grossesse. Marinopoulos (2007) nous apprend que le père est présent dans plus de 50 % des cas de désaveux de grossesse. Lors de l'annonce de cette dernière, le père est fréquemment sous le choc et se sent trahi par sa compagne. Il ne peut concevoir qu'elle ignorait tout de son état gravide bien qu'il semble aisément accepter que lui ne se soit aperçu de rien. Le lien de

confiance est fragilisé et plusieurs couples ne passent pas à travers l'épreuve s'ils ne sont pas soutenus par des professionnels familiarisés avec le problème.

2.4.5 Aspect de l'attachement à la mère

2.4.5.1 Pour ce qui est de la grossesse consciemment vécue

Comme on l'a vu, la portée du lien passé et/ou présent de la femme enceinte avec sa mère est mise en évidence par de nombreux auteurs s'intéressant à la question de la maternité. La grossesse est perçue comme une période critique du développement, où l'importance, pour la femme enceinte, de régler les anciens conflits avec sa mère devient une nécessité (Bibring, 1959, et Lester et Notmann, 1988 in Rappaport, 1994; Ballou, 1978). La grossesse ramène la femme enceinte aux premières expériences de sa vie et réveille, ce faisant, la relation archaïque à la mère (Dubé, Léveillé et Marleau, 2003; McDougall, 1982 in Zah, 1988). Selon Abdel-Baki et Poulin : 1(2004) : « La femme enceinte est prise avec le conflit psychique suivant : s'identifier à son introject ou rivaliser avec elle et réussir à être une meilleure mère que la sienne » (p.7).

2.4.5.2 En ce qui concerne le déni de grossesse

Selon Sophie Marinopoulos (2007), le désaveu de grossesse intervient chez des femmes « emprisonnées dans une matrice maternelle qui les a précédées et qui a fait entrave à leur propre développement de mère » (p.24-25).

Selon Atkins et al. (1999 in Dubé, Léveillé et Marleau 2003), il semble que, chez les femmes en déni de grossesse ayant commis un néonaticide, l'accouchement ait mobilisé des conflits et des angoisses ayant à voir avec la relation primitive à la mère, qui ont pu les conduire à commettre un passage à l'acte. Compris en ce sens, le déni de grossesse pourrait

servir à prévenir la reviviscence de conflits intrapsychiques non résolus, issus d'un passé particulièrement douloureux (Gorre-Ferragu, 2002). L'angoisse, qui émane de représentations innommables du passé, est annihilée par le déni et le psychisme est, temporairement à tout le moins, préservé.

Chez certaines des femmes ayant commis l'« irréparable » cependant, les contractions et les douleurs de l'accouchement ont possiblement court-circuité le rôle de protection psychique du déni en les ramenant à leur réalité intolérable de mère. Ce faisant, le néonaticide a permis de continuer à garder le bébé dans sa « non-existence ».

Comme nous venons de le voir, s'adapter positivement à une grossesse, que ce soit la première ou les grossesses subséquentes, nécessite de grandes capacités d'adaptation à défaut de quoi des complications peuvent survenir. Étant massivement sollicitée psychologiquement et physiquement, la femme enceinte un tant soit peu fragilisée peut aisément manifester une défaillance psychique à n'importe laquelle des étapes de la maternité; il suffit en fait que ses défenses soient débordées pour que des complications telles que le déni de grossesse apparaissent.

2.5 Les mécanismes de défense associés au déni de grossesse

Les mécanismes de défense généralement associés au déni de grossesse varient selon les auteurs. Certains parlent de « processus névrotiques d'annulation, de dénégation et d'identification. Dans d'autres cas, il s'agit de déni au sens de la psychose avec clivage du moi, ou de perversion » (Allilaire, 2007 in Tronche, Villemeyre-Plane et Llorca, 2007; p.674). Notre revue de littérature nous permet d'affirmer que la thèse de la perversion est très peu partagée et même délaissée par la majorité des chercheurs.

Comme il n'est pas du ressort de cet essai de développer sur les mécanismes de défense, nous nous contenterons de mieux définir le déni et la dénégation de même que les rôles qu'ils jouent dans les désaveux de grossesse.

2.5.1 Déni ou dénégation?

En essayant de mieux comprendre les mécanismes de défense (notamment le déni et la dénégation) impliqués dans ce qui est communément appelé le « déni de grossesse », nous nous sommes butée à la multiplicité des façons de les définir. Comme le fait remarquer fort justement Jacques Dayan (2008) :

La difficulté qui se présente lorsque l'on tente de définir les multiples mécanismes de négation est leur pluralité et leurs intrications. Certains textes psychanalytiques différencient la dénégation et le déni, comme ils différencient le refoulement et rejet (ou désaveu) qui leur sont, respectivement, associés : le rejet est un « refoulement réussi » ou complet, puisqu'il touche et la perception et la représentation, et l'affect. Il pourrait selon cette hypothèse exister des formes de passage entre dénégation et déni. (p. 53)

2.5.1.1 Empreinte de déni

Le déni constitue une tentative d'éviter une réalité intolérable, un refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante (Laplanche et Pontalis, 1997) dans le but d'éviter de ressentir de l'anxiété ou une grande souffrance (Spielvogel et Hohener, 1995). Il sert à négocier des conflits émotionnels et à apaiser l'angoisse en désavouant les pensées, les sentiments, les désirs, les besoins ou les facteurs de la réalité externe (et de la réalité interne dans le cas du déni de grossesse) qui sont intolérables au niveau conscient. (Vaillant, 1971 in Slayton et Soloff, 1981; Milstein et Milstein, 1983)

Qu'est-ce qui se produit lorsqu'il y a déni? Dans le déni, les choses se passent comme si elles n'existaient pas. « Freud caractérise nettement le déni comme l'opération psychique par laquelle est maintenu un non-investissement spécifique de certaines représentations du monde extérieur (et, rajouterons nous, du monde interne, comme c'est le cas dans le déni de grossesse), au travers du retrait de leur signification possible » (Penot, 1989; p. 14). Contrairement à ce qui se passe dans le refoulement, les représentations en cause ne sont pas effacées et reléguées dans l'inconscient. Lorsqu'il y a déni, ces représentations sont plutôt frappées d'une sorte de « non-signifiante », de non-valeur au plan symbolique. La signification particulière d'une représentation, pressentie comme psychiquement menaçante, demeure alors comme frappée de non-existence dans le jeu possible de la mentalisation. Compris en ce sens, le déni constitue un mécanisme de défense (inconscient) primaire du Moi fréquemment observé chez les individus psychotiques et moins souvent, chez les adultes « en bonne santé psychique » qui expérimentent un stress sévère (Spielvogel et Hohener, 1995).

Lorsqu'il y a déni, ce qui permet d'éloigner de sa conscience la perception refusée, parce que traumatique pour le sujet, c'est le mécanisme de clivage. Dans le cas du déni de grossesse, ça pourrait s'exprimer de telle sorte que la croyance d'être enceinte serait à la fois tenue pour vraie et conservée, pour de furtifs instants vite répudiés car trop menaçants psychiquement, et abandonnée, le fait d'être enceinte ou l'idée de devenir mère étant psychiquement inconcevables et impensables.

Selon Marinopoulos (2007), ne pas vouloir reconnaître la réalité peut arriver chez une personne dont la structure psychique est exempte de psychopathologie. D'après le psychiatre Daniel Ajzenberg toutefois (« s.d.» in Guernalec-Levy, 2007), ce n'est pas n'importe quelle femme qui pourrait ignorer ou désavouer sa grossesse. Selon lui, il faut déjà porter en soi les « germes du déni ».

2.5.1.2 Empreinte de dénégation

Selon Dayan (2008), « Les dénis de grossesse résulteraient pour la plupart de mécanismes de dénégation, c'est-à-dire du refus (ou de la résistance, de la difficulté, de l'impossibilité?) de se représenter la signification et l'implication d'une perception. » (p. 52) Alors que dans le déni, le refus ou la difficulté d'accroire (dans le sens d'être « disposé à croire ») serait lié à une perception, dans la dénégation, le refus d'accroire serait relié à une représentation. L'état gravis serait plus ou moins consciemment perçu, souvent par intermittence, mais la femme ne l'accepterait pas. La dénégation permet « de supporter des situations autrement insupportables en nous aveuglant nous-mêmes : « Non, non, ce n'est pas possible, je ne l'ai pas vu parce que ce n'est pas possible » ». (p. 52)

Dans la dénégation, un contenu de représentation ou de pensée refoulée peut se frayer un chemin jusqu'à la conscience à la condition de se faire nier. La dénégation se présente ainsi comme une suppression du refoulement, permettant non pas l'acceptation du refoulé, mais au moins d'en prendre connaissance. La dénégation se produit lorsque, malgré le non-désir du sujet, quelque chose qu'il aurait souhaité garder refoulé refait surface. Lorsqu'un tel processus s'effectue, un jugement de non-acceptabilité doit avoir été posé par rapport à la représentation en question. Le retour du refoulé, nonobstant qu'il ait déjà été porteur d'un jugement de condamnation, émerge à la conscience du Moi. En ce sens, refuser de se faire attribuer un désir, un sentiment ou une action consiste à (dé) nier, du fait de l'attribution d'un jugement de condamnation les concernant, que cette pensée, ce désir ou cette action nous appartiennent.

Dans ce qui est généralement appelé le « déni de grossesse », s'il n'est pas psychotique, c'est la représentation d'être enceinte qui est écartée de la conscience du fait qu'elle est associée à quelque chose d'éminemment accablant.

Weisman (in Brezinca, 2008) a proposé le concept de « middle knowledge » (connaissance intermédiaire) afin de caractériser un état psychologique qui se situe entre le

savoir et le non-savoir. On peut parfois observer cet état chez les malades atteints d'une maladie sévère (comme le cancer, par exemple) dont l'issue peut être fatale. Tout se passe comme si l'individu savait ce qui l'afflige tout en se défendant de ce savoir parce que source d'une trop grande détresse.

Comme nous venons de le voir, la démarcation déni – dénégation n'est pas toujours facile à faire dans la problématique du déni de grossesse. Ce dernier semble opérer sur un continuum oscillant entre la dénégation, qui fait appel au refoulement et le déni total de la femme psychotique. Comme le résume si bien Marinopoulos (2009), reprenant l'idée de Joyce Mc Dougall (1989) :

Dans la gravité psychique, il y a des degrés. Ce n'est pas la même chose en psychanalyse d'avoir à régler des fantasmes refoulés ou de ne pas avoir construit des fantasmes puisqu'ils ne sont jamais rentrés dans le code du langage. (p.14)

2.6 Typologie du déni de grossesse

Il y a un continuum dans le déni de grossesse : quelquefois, la gestation est cognitivement avérée, mais sa signification émotionnelle est déniée. À d'autres moments, l'aspect cognitif de la grossesse est brièvement reconnu, mais est rapidement supprimé au point que l'état de gravidité devienne inconscient. Finalement, il arrive que le déni de grossesse évolue vers une illusion brute qui persiste devant toutes formes de preuves.

La présence et la sévérité du déni peuvent varier à différents moments au cours de la grossesse et il peut être vécu une ou plusieurs fois chez la même femme, certaines grossesses étant déniées, d'autres non. Dans la grosse majorité des cas, il suscite l'incrédulité chez l'entourage de la femme enceinte qui risque alors de se faire qualifier de menteuse et/ou de manipulatrice (Aufière, « s.d. » in Rossignol, 2009; Marinopoulos, 2008). Voyons ces types de déni plus en détail :

2.6.1 Le déni envahissant, massif, total ou complet (pervasive denial)

C'est la forme extrême : non seulement l'aspect émotionnel de l'état de gravidité est dénié, mais la grossesse dans sa totalité n'est pas reconnue. Certains auteurs avancent toutefois que la possibilité d'être enceinte ou même la certitude de l'être peuvent, dans bien des cas, devenir conscientes pour un seul ou plusieurs brefs épisodes bien vite réprimés (Dayan, 2008; Miller, 2003).

Lorsqu'une femme expérimente ce type de déni, la grossesse et la présence réelle du bébé sont généralement gardées hors du champ de la conscience jusqu'au moment des contractions et de l'accouchement (Bayle, 2009). La gestation psychique se déroule dans l'ignorance totale de la présence fœtale et de tous les phénomènes corporels se rattachant normalement à l'état de gravidité, lorsqu'ils sont présents (Bayle, 2008). Dans plusieurs cas, le déni massif de la grossesse se perpétue même au-delà de l'accouchement (Gorre-Ferragu, 2002) mettant sérieusement à risque la vie du bébé (Tronche, Villemeyre-Plane et Llorca, 2007). Même les grossesses qui ont été confirmées par échographie peuvent être déniées si la connaissance du fait d'être enceinte a été suffisamment traumatique pour induire de l'amnésie (Miller, 2003).

Dans ce type de déni, les manifestations de la grossesse peuvent être soit absentes, soit mal interprétées. Les femmes qui vivent un tel déni présentent en général très peu de symptômes physiques liés à leur grossesse et ces derniers sont moins intenses : il y a souvent peu ou pas de gain de poids (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007; Brezinka, Huter, Biebl et Kinzl, 1994) et lorsqu'il y en a, il peut être attribué à d'autres facteurs (Kaplan et Grotowski, 1996), comme à une variation pondérale coutumière; les vêtements usuels peuvent toujours être portés ce qui fait que les gens arrivent difficilement à déceler l'état de gravidité (Bascom, 1977 in Miller, 2003). Parfois même, des saignements vaginaux peuvent se poursuivre pendant une partie ou durant toute la grossesse (Neifert et Bourgeois, 2000; Kaplan et Grotowski, 1996), notamment lorsqu'il y a prise concomitante de la pilule anticonceptionnelle. Lorsqu'il y a aménorrhée, ces femmes vont l'attribuer à du stress, au fait

de voyager ou encore à une ménopause précoce. (Brezinka, Huter, Biebl et Kinzl, 1994; Milstein et Milstein, 1983); les mouvements foetaux seront confondus avec des gaz intestinaux ou de la distension gastrique (Slayton et Soloff, 1981; Berns, 1982). Dans les cas extrêmes où un tel déni se poursuit après l'accouchement, même les cris et les vagissements du bébé ne permettent pas la levée du déni. Les manifestations physiologiques du post-partum sont généralement absentes : anesthésie des douleurs postaccouchement, absence de montée de lait (Gorre-Ferragu, 2002), etc.

Beaucoup de femmes en déni de grossesse complet vont accoucher dans des conditions précaires. Certaines pensent qu'elles font une fausse-couche. Elles sont souvent seules chez elles, en état de choc et/ou de panique et inexpérimentées. L'accouchement est fréquemment très rapide (Guernalec-Levy, 2007), comme si la femme ne cherchait qu'à expulser ce corps étranger qui la gêne, et souvent sans ou avec peu de douleur (Guernalec-Levy, 2007), à cause de l'état dissocié (de la dépersonnalisation, notamment) de la parturiente. La brièveté de la parturition et le peu de douleur ressentie laissent peu de temps à la femme pour sortir de son déni et se faire à l'idée qu'elle est enceinte et qu'elle va devenir mère ce qui, en soi, peut s'avérer traumatique. (Marinopoulos, 2007) L'accouchement étant expéditif, il n'est pas rare qu'il y ait déchirement du périnée et saignements abondants (Guernalec-Levy, 2007). Une fois le bébé expulsé, il est fréquent que le cordon soit coupé et non clampé, comme il se doit. Ce faisant, le sang s'écoule hors du placenta, le rendant plus léger et ralentissant son expulsion. Certaines femmes vont aussi tirer sur le placenta afin d'accélérer son éviction, ce qui peut provoquer une hémorragie fatale.

La plupart des enfants nés suite à un déni de grossesse total sont normaux et en bonne santé (Guernalec-Levy, 2007). Un certain nombre de femmes ayant été en déni complet vont parvenir à se sentir « mère » à la vue du bébé et vont commencer à en prendre soin. Chez d'autres, lorsque la grossesse est reconnue à temps, c'est le recours à une prise en charge par une équipe médicale qui va permettre que des pulsions homicides soient neutralisées (environnement protecteur) (Guernalec-Levy, 2007). Dans un tel cas, les risques de mortalité sont amplement diminués et la femme peut apprendre graduellement à devenir une mère.

Finalement, un certain nombre de femmes prisonnières de leur déni demeurent incapables de considérer la « chose » sortie de leur ventre comme un bébé en bonne santé. Elles refusent de le toucher, de le voir et de l'entendre. C'est comme si le déni de l'enfant prolongeait le déni de grossesse (Gorre-Ferragu, 2002). Plusieurs femmes diront qu'elles « le voyaient mort », qu'elles « le croyaient mort », qu' « il ne bougeait pas », etc., même s'il était en parfaite santé et bien vivant. En réalité, ces femmes semblent présenter une impossibilité psychique de voir le bébé vivant, tout comme elles étaient dans l'impossibilité de se concevoir enceinte. C'est cet aveuglement psychique qui explique, dans plusieurs cas, le non-recours à l'avortement lors des rares moments de lucidité par rapport à l'état de gravidité. C'est comme si ce qui avait été vaguement reconnu devait aussitôt être oublié.

Il arrive que même l'adoption soit impensable si le bébé survit. Pour donner en adoption, encore faut-il reconnaître que ce qui est sorti de notre ventre est bien un enfant et non pas un excrément ou toute autre chose sans valeur et inutile. Dans le déni, les femmes ne se pensant pas enceintes ne parviennent pas à se projeter dans l'avenir et à faire des plans pour la sauvegarde et le bien-être du bébé.

Dans les cas de déni complet, s'il y a lieu, c'est au moment de l'accouchement que se produit le néonaticide. Dans un tel cas, ce n'est pas tant du bébé dont la femme cherche à se débarrasser que de ce qu'il représente (Bertrand Schneider, « s.d. » consultant en maternologie in Guernalec-Levy, 2007), soit une réalité impensable, propre à chaque femme. Comme l'entièreté de la grossesse a été désavouée, on peut en déduire que la mort de l'enfant ne constitue pas un geste prémédité, car l'intention de tuer ne pouvait être présente (bien que la justice va parfois en décider autrement). Comme le résume le professeur Michel Delcroix (« s.d. » in Guernalec-Levy, 2007) :

Alors que c'est l'enfant que l'on porte et la conscience que l'on en a qui vous font devenir mère un peu plus chaque jour pendant neuf mois, ces femmes doivent s'adapter très vite à ce qui leur arrive. (p. 117)

De toute évidence, cette adaptation ne se fait pas toujours très bien. C'est pourquoi, un certain nombre de ces bébés, des suites de l'« orage émotionnel » suscité par l'accouchement, va se retrouver à la poubelle, jeté par la fenêtre, dans les toilettes ou encore, sur un terrain vague. En fait, « la façon la plus commune dont les bébés meurent après un déni de grossesse est d'être expulsés dans les toilettes et de se noyer » (Miller, « s.d.» in Guernalec-Levy, 2007; p. 212).

2.6.2 Le déni partiel (parfois appelé la « dénégation » de grossesse)

Il s'agit d'un déni qui est levé, spontanément ou non, avant l'accouchement. Au moment de la gestation, la femme va généralement être consciente de l'arrêt de ses règles, s'il y a lieu, mais va attribuer ce changement à un simple retard dans son cycle menstruel. Sa légère prise de poids et l'augmentation de son appétit, si elles sont présentes, vont parfois être reconnues et identifiées furtivement comme indices de grossesse, pour être ensuite refoulées et confondues avec une variation habituelle de sa masse corporelle ou autres explications. Du fait de l'impossibilité pour la femme enceinte de se concevoir gravide, son corps se transforme peu, démontrant bien la relation psyché-soma liée à cette problématique. Ce sont néanmoins généralement des symptômes physiques, en rien liés avec l'expérience de grossesse, qui vont amener la femme à consulter un médecin (douleurs au ventre faisant craindre une crise d'appendicite, bosse dans l'abdomen confondue avec la présence d'un cancer, etc.). Très souvent, la façon dont la femme va faire part de ses symptômes est tellement empreinte de déni qu'aucun indice n'inciterait le clinicien à soupçonner un état de gravidité (Dayan, 2008; Marinopoulos, 2007) et c'est souvent une échographie abdominale de routine qui va dévoiler la grossesse.

La majorité des auteurs s'intéressant au déni de grossesse ne vont retenir que ces deux catégories. Enfin, certains auteurs vont aussi référer à ce qu'ils appellent du déni « affectif » (Miller, 2003) :

2.6.3 Le déni affectif (affective denial)

Ce type de déni est associé à un affect de détachement envers l'enfant à naître; il n'y a pas de lien d'attachement qui se crée entre la mère et son fœtus, comme dans le déni total ou certains dénis partiels, ou ce lien est susceptible de se développer tardivement, comme dans le déni partiel. Le déni affectif apparaît lorsqu'une femme reconnaît cognitivement qu'elle est enceinte, mais qu'elle expérimente très peu ou aucun des changements émotionnels et/ou comportementaux qui accompagnent généralement la grossesse. Il y a un émoussement de la sensibilité au lieu d'une intensification. Les femmes présentant ce type de déni continuent de penser, de se sentir et de se comporter comme si elles n'étaient pas enceintes. Elles ne fantasment, ni ne parlent, ni n'interagissent avec leur fœtus. Lorsque la prise de poids est faible, elles peuvent continuer à porter leurs vêtements habituels et agir de façon coutumière tout au long de leur grossesse. Aucun préparatif n'est entamé dans l'attente du bébé.

Le déni affectif est parfois culturel. Par exemple, lorsque le taux de mortalité est élevé dans une région, certaines femmes vont dénier leur grossesse, afin d'être moins affectées par le deuil si le nouveau-né meurt (Miller, 2003). Les femmes ayant vécu un deuil périnatal vont parfois tendre vers ce type de déni lors d'une grossesse subséquente pour les mêmes raisons (Miller, 2003). Les toxicomanes peuvent parfois aussi afficher ce type de déni dans le but de moins vivre de culpabilité quant au fait que ce qu'elles consomment pourrait nuire au fœtus. (Spielvogel et Hohener, 1995)

L'engourdissement émotionnel observé dans ce type de déni n'est souvent lié qu'à la grossesse et la personne redevient à son état psychologique antérieur peu de temps après l'accouchement.

Un autre type de déni est associé à certaines femmes présentant un problème de schizophrénie, de troubles schizoaffectifs ou un trouble bipolaire; il s'agit du déni psychotique :

2.6.4 Le déni psychotique (psychotic denial)

Le déni de grossesse est plus fréquemment rencontré chez les femmes psychotiques que dans la population générale (Dayan, 2003). Chez la femme psychotique, le corps peut être perçu comme étant morcelé. La différenciation soi-autrui est floue ou inexistante, rendant ainsi confuses les perceptions de l'image corporelle. Ces particularités psychologiques rendent peut-être compte de la plus forte proportion de dénis de grossesse chez cette population particulière. (Miller, 1990 in Bayle, 2009)

Dans la plupart des cas où des femmes présentent ce type de déni, les symptômes et signes physiques de la grossesse sont apparents, mais attribués à des hallucinations (Neifert et Bourgeois, 2000) ou mal interprétés (souvent de façon bizarre) (Gorre-Ferragu, 2002). Par exemple : les mouvements fœtaux peuvent être associés à des organes qui se promènent sans attaches dans l'abdomen; le fœtus qui grossit, à un cancer qui devient envahissant; et l'augmentation du volume abdominal, à de l'air; etc. Ce déni peut aller et venir tout au long de la grossesse. Certaines femmes vont prétendre être et ne pas être enceintes tout à la fois. Lors des épisodes d'acceptation de l'état gréviste, la femme démontre généralement des sentiments protecteurs et un attachement à son bébé (Gorre-Ferragu, 2002). Ce type de déni peut être précédé ou exacerbé par des stressors identifiables tels la nécessité de signer un formulaire de consentement à l'adoption après la naissance (Spielvogel et Hohener, 1995), ou le fait d'apprendre, par le biais de l'échographie, que le fœtus est anormal (Miller, 2003). Des doutes en lien avec ses capacités maternelles peuvent aussi être à l'origine de ce type de désaveu (Gorre-Ferragu, 2002). Les femmes en déni de grossesse psychotique n'essaient généralement pas de cacher leur état et la plupart vont avoir recours à des soins prénataux, bien que souvent de façon insuffisante et irrégulière (Gorre-Ferragu, 2002), dans leurs moments de lucidité (Spielvogel et Hohener, 1995).

L'accouchement sans assistance est particulièrement à redouter chez les femmes psychotiques (Gorre-Ferragu, 2002). Il est souvent à l'origine d'une décompensation psychotique délirante. Le risque de néonaticide est à redouter. (Gorre-Ferragu, 2002) Les

premières contractions peuvent prendre la femme par surprise (Bonnet, 1993). Celles-ci peuvent être confondues avec des symptômes gastro-intestinaux, avec ceux d'une indigestion ou avec une urgence à déféquer (Neifert et Bourgeois, 2000; Berns, 1982). Certaines femmes se présentent à l'urgence pour de sévères crampes et accouchent ainsi à l'hôpital; d'autres accouchent seules à la maison. Plusieurs femmes décrivent un sentiment de dissociation durant l'accouchement (Miller, 2003; Condon, 1987). Certaines parturientes peuvent même dénier l'accouchement (Bonnet, 1993). Enfin, certaines femmes le reconnaissent intellectuellement, mais continuent à se distancier de cette réalité émotionnelle, pour elles, insupportable. (Finnegan, McKinstry et Robinson, 1982)

Quel que soit le type de désaveu de grossesse ayant opéré, la levée du déni, qu'elle ait lieu en cours de grossesse ou à l'accouchement, n'est pas sans susciter un sentiment intense de culpabilité chez la plupart des femmes (Bayle, 2008). Quand elles comprennent enfin ce qui s'est passé et qu'elles pensent ou réalisent avoir mis la vie de leur fœtus en danger (par absence de soins médicaux, par utilisation de substances nocives au bébé, etc.), certaines vont dire « se sentir indigne d'être reconnue comme mère », vont se qualifier de « mauvaise mère » (Guernalec-Levy, 2007; p. 101) et vont, dans certains cas, préférer donner leur enfant en adoption. D'autres vont souhaiter mourir (Gorre-Ferragu, 2002). Dans les cas où il y a eu néonaticide, plusieurs femmes ne parviennent pas à s'expliquer la présence d'un enfant mort auprès d'elle (Spinelli, 2001). Bien souvent, elles ne comprennent pas ce qui les a amenées à se débarrasser de leur bébé ou à n'être pas intervenues pour éviter son décès.

2.7 La dissimulation de grossesse (concealment of pregnancy)

Dans tous les cas, le déni de grossesse ne doit pas être confondu avec la « dissimulation » de la grossesse. Dans ce dernier phénomène, la femme se sait enceinte, mais se trouve dans l'incapacité de l'annoncer à ses proches par peur d'être rejetée, jugée, etc. ou parce qu'elle a déjà prévu de donner son enfant en adoption malgré ce que son entourage pourrait en penser. La grossesse est alors généralement dissimulée activement.

L'accouchement se passe souvent de façon clandestine et le bébé est le plus souvent confié à l'adoption. Bien que ce processus soit d'apparence volontaire, Bayle (2008) croit que certains aspects qui y sont liés semblent échapper à la conscience. Un déni partiel peut, lorsque levé, se poursuivre en dissimulation de grossesse si la femme ne veut pas que son entourage apprenne qu'elle est enceinte (Libert, 2006 in Guernalec-Levy, 2007)

2.8 Hypothèses concernant l'origine du déni de grossesse

En plus de la présence d'un trouble psychiatrique bien identifiable, comme la schizophrénie (Miller, 1990 in Bayle 2009) plusieurs explications ont été avancées afin d'apporter un éclairage sur l'origine d'un déni de grossesse : un problème dans la sphère sexuelle ou reproductive dans un contexte où la grossesse est considérée comme taboue (Nisand, 2009 in Information NouvelObs.com); le désir inconscient de vivre une grossesse non médicalisée (suite à une mauvaise expérience préalable de grossesse en milieu hospitalier, par exemple), des grossesses très rapprochées ou une stérilité supposée qui altère le rapport à la maternité (Guernalec-Levy, 2007); le recours à la gestation en tant que moyen inconscient de maîtriser une hyperfécondité (Guernalec-Levy, 2007); des problèmes de dissonance cognitive (ex. une « bonne fille ne peut tomber enceinte avant son mariage ») (Forchuk et Westwell, 1987 in Miller, 2003); des conflits reliés à la sexualité et au fait d'être vue comme une personne sexuée (Spielvogel et Hohener, 1995); des traumatismes sexuels récents ou des maltraitances (physiques, sexuelles ou émotionnelles) de l'enfance, non traités (Bonnet, « s.d. » in Guernalec-Levy, 2007); la peur d'être abandonnée (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007) ou de perdre quelqu'un d'estimé (Meyer, Oberman et White, 2001); des problèmes de communication dans le couple (Bluestein et Rutledge, 1992 in Miller, 2003); de l'hostilité ressentie envers son conjoint (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007); une sexualité refoulée (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007); le fait d'avoir subi une violence sexuelle (inceste ou viol) (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007) dont l'enfant serait le fruit (Miller, 1990 in Bayle, 2009); l'adultère (Gorre-Ferragu, 2002); des prohibitions d'ordre religieux (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007); l'anticipation de la perte du droit

de garder son enfant (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007); la formation d'impulsions infanticides (générées par des pulsions meurtrières liées à un vécu traumatique de l'enfance), c'est-à-dire d'une envie de tuer son bébé dont la femme se protégerait par un déni de sa gestation (Bonnet, 1993); une relation œdipienne serrée où la jeune femme s' imagine passer sa vie uniquement dans son cercle familial, souvent caractérisé par des difficultés à promouvoir l'individuation (Guernalec-Levy, 2007); etc. Un enchaînement de diverses circonstances peut aussi favoriser un déni de grossesse.

En définitive, les recherches effectuées jusqu'à présent semblent faire ressortir que les dénis de grossesse résulteraient de mécanismes psychiques divers plutôt que d'une cause unique. Il ne serait pas toujours explicable d'emblée par certains traits de la personnalité ou par un évènement particulier (Guernalec-Levy, 2007). Selon Israël Nisand (gynécologue-obstétricien au CHU de Strasbourg; in Information NouvelObs.com (2009)) :

Le déni est un symptôme. Il s'inscrit dans une pathologie psychique plus ou moins grave avec des causes et des modalités différentes. Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant, souligne-t-il. S'il n'y a pas de parole, il n'y a pas d'enfant, il y a de la tumeur humaine. (p.16)

2.9 Les facteurs de risque impliqués dans le déni de grossesse

La revue de littérature a permis de faire ressortir des facteurs qui, selon certains chercheurs, pourraient favoriser le déni de grossesse : l'âge (plus souvent chez les adolescentes (Gorre-Ferragu, 2002; Meyer, Oberman et White, 2001)); l'immaturation psychique (Dubé, Léveillé et Marleau, 2003); une attitude passive (Milstein et Milstein, 1983); l'absence de symptômes physiques associés à la grossesse, l'inexpérience, le peu d'attention accordé au corps (Spielvogel et Hohener, 1995); l'intelligence et le niveau d'instruction (ex. les femmes intellectuellement limitées sont plus à risque (Meyer, Oberman et White, 2001), de même que celles qui connaissent mal l'anatomie et la physiologie de la reproduction) (Finnegan, McKinstry et Robinson, 1982); le fait d'être primipare, célibataire,

étudiante ou sans profession et d'être particulièrement dépendante de sa famille (Gorre-Ferragu, 2002); l'isolement social (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007); la présence de troubles du schéma corporel (Marinopoulos, « s.d.» in Rossignol, 2009; Guernalec-Levy, 2007; Gorre-Ferragu, 2002) ou d'antécédents de troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) (Wessel, « s.d.» in Rossignol, 2009); l'accoutumance à des substances nocives (Spielvogel et Hohener, 1995; Gorre-Ferragu, 2002); le manque de support des proches (Marcenko et al., 1994 in Miller, 2003); une carence dans la relation à la mère, notamment au niveau de la transmission de ce qu'est la féminité (Guétari, « s.d.» in Rossignol, 2009); une famille d'origine où l'éducation est rigide et où les informations liées à la sexualité sont réduites à leur strict minimum (Gorre-Ferragu, 2002); l'impossibilité d'énoncer sa grossesse à autrui (Bayle, 2008); des troubles psychiatriques : schizophrénie, dépression profonde, troubles alimentaires, stress post-traumatique lié à des abus sexuels (Brezinka et al, 1994); une hostilité importante envers le fœtus (Bonnet 1996 in Gorre-Ferragu, 2002); des facteurs d'ordre obstétrique ou gynécologique (menstruations irrégulières, utilisation de la pilule contraceptive (Friedman, Heneghan et Rosenthal, 2007; Brezinka et al, 1994), etc.); le désir inconscient d'avoir un enfant sans être en mesure d'accepter les modifications sociales ou professionnelles susceptibles d'être générées par l'état de gravidité (Gorre-Ferragu, 2002); l'ambivalence quant au désir d'enfant (Gorre-Ferragu, 2002); un intense conflit psychologique inconscient en lien avec l'état de gravidité et la présence de stressseurs externes (Spielvogel et Hohener, 1995); des facteurs de risques socioculturels tels les croyances, les valeurs morales et les schémas culturels de références qui amènent à percevoir la grossesse, chez la femme enceinte et/ou son entourage, comme la « transgression d'un interdit » (Gorre-Ferragu, 2002); un traumatisme sur l'axe conjugalité-sexualité-procréation (Bayle, 2008) .

Au chapitre VI, chacun de ces hypothèses et facteurs de risque liés au déni de grossesse sera analysé à la lumière de l'histoire de vie (verbatim) de notre participante. Par la suite (chapitres VI et VII), nous tenterons de faire ressortir nos propres hypothèses visant à expliquer son déni, en ayant recours à l'analyse du parcours associatif de ses idées (souvent inconscientes) ainsi que par le biais de l'étude des mécanismes de défense et des indicateurs sémantiques qui jalonnent son récit de vie et permettent de dévoiler certains enjeux qui semblent s'être joués à son insu lors de cet événement pour le moins particulier et singulier.

CHAPITRE III

ANAMNÈSE¹

Cette anamnèse fait ressortir les faits saillants de la vie de madame Z ainsi que ceux qui mettent en lumière certains aspects de son discours. Afin de mieux la cerner, nous avons tenté de faire ressortir le caractère implicite souvent utilisé par l'interviewée pour nommer, sans se « compromettre », certains aspects de sa vie qui suscitent chez elle un certain inconfort. Lorsque c'est le cas, une note en bas de page vient éclairer le message sous-jacent. Il va sans dire que ces aspects seront réexaminés ultérieurement, lors de l'analyse de son discours.

Contextes de la naissance de madame Z et de celle de son frère

Madame Z

Madame Z est née dans un contexte particulier. À l'âge de 17 ans, sa mère se blesse gravement en faisant du sport. Les médecins lui annoncent alors qu'elle est devenue infertile. Quelques mois après, elle rencontre un Italien. Les deux se fréquentent durant un an et demi. Comme madame est présumée infertile, ils ne font usage d'aucune méthode anticonceptionnelle. Le jour du retour d'un séjour de monsieur dans son pays d'origine, la mère de madame Z tombe enceinte de cette dernière. Au moment de la naissance, et du fait que cette conception était inattendue, les médecins lui auraient dit : « C'est un cadeau du ciel. Faites-y attention (...) ». L'accouchement aura duré 36 heures et aura nécessité les forceps.

¹ Certains faits ont été modifiés afin de préserver l'anonymat de madame. La teneur du discours n'a toutefois pas été altérée par ces modifications.

Le frère de madame Z

Le frère de madame Z aurait apparemment été conçu dans un contexte similaire : deux ans après la naissance de madame Z, son père (qui est le seul homme de sa famille) retourne en Italie pour finaliser la paperasse liée au décès de son propre père. Comme lui et sa conjointe ne font toujours pas usage d'une méthode contraceptive, la mère de madame redevient enceinte, le soir même du retour de son époux. Ce deuxième enfant est un garçon. Le père de madame est particulièrement heureux de cette naissance, la venue au monde d'un garçon assurant la perpétuation de son nom. Cet enfant naît avec le cordon ombilical autour du cou. Il est bleuté et ne respire plus. Suite à la réanimation et étant donné les circonstances difficiles liées à ses accouchements, la mère de madame Z se fait alors ligaturer les trompes.

Les parents de madame Z

Sa mère

Au moment de nos entretiens, en 2006, la mère de madame a 47 ans. Elle est décrite comme étant peu féminine (« ma mère est comme moi »), chaleureuse « avec mes amis »¹ et « manipulable », dans le sens où elle peut accéder à certaines demandes après un refus initial. Madame dit se sentir proche de sa mère et à l'aise de lui parler. Elle trouve qu'elle a été une « très très bonne mère », bien qu'elle travaillait « énormément »².

¹ Nous sentons, en filigrane, une certaine frustration liée au fait que la mère de madame Z ait été aussi chaleureuse envers *ses amis*. Comme si elle sous-entendait que sa mère ne l'aurait pas été autant, ou autant qu'elle l'aurait souhaité, avec *elle*.

² Ce genre de sous-entendu, couramment utilisé par madame, met en relief sa difficulté à nommer certaines choses franchement, à cause du sentiment de culpabilité que ça suscite chez elle.

Son père

Le père de madame a 58 ans en 2006. Il est décrit comme étant sévère, strict et très sérieux. Sans qu'il en soit fait mention de façon explicite dans son discours, il est évident que madame craint son père. Il représente pour elle une figure d'autorité et de réprimandes qu'elle perçoit comme plutôt fermée à toute forme de négociation.

Vie et atmosphère familiales

Madame a passé sa vie dans un quartier du sud-ouest de Montréal. Elle compare son enfance et celle de son frère à celle « d'enfants uniques », dans le sens où l'entourage était quasi inexistant (seuls quelques amis ou voisins gravitent autour d'eux). La mère ne fréquente pas sa famille¹ et celle du père vit en Italie.

Malgré cet apparent isolement, madame rajoute que chez elle, « tout le monde était le bienvenu ». Les amis (de madame et de son frère) qui ont faim sont invités à manger. Les parents semblent très ouverts à aider les plus démunis. La cousine de madame Z se joint même à la famille durant quatre ans « parce que je (madame Z) l'ai bien voulu² » et afin de se rapprocher de son école secondaire.

Le père de madame est propriétaire d'un commerce qui occupe pendant de longues heures le couple parental, alors que les enfants sont encore jeunes. Pour cette raison, madame dit s'être souvent fait garder, notamment par sa grand-mère³. Elle ajoute que cette dernière lui

¹ La raison n'est jamais mentionnée au cours des entrevues.

² Madame semble avoir besoin de préserver un « semblant de contrôle » en rapport avec la grande place que ses parents semblaient faire aux gens extérieurs à la famille immédiate.

³ Nous déduisons du contenu du discours qu'il devait s'agir de la grand-mère paternelle.

a fait connaître beaucoup de choses et de bonnes valeurs (notamment la politesse et les bonnes manières).

De façon générale, les membres de la famille pratiquent peu d'activités ensemble, hormis madame Z qui s'occupe et fait du sport avec son frère. Le père, très axé sur le travail, s'assure principalement que sa femme et ses enfants ne manquent de rien. Les repas se prennent en famille. Chacun échange alors sur sa journée, sur les projets d'études ou d'emplois et/ou sur ceux liés au futur proche. Les membres de la maisonnée n'abordent jamais de sujets profonds ou intimes. Madame rajoute qu'elle-même ne se confie pas à ses parents.

La tendre enfance

Madame explique s'être fait raconter qu'elle avait été très jalouse de son frère lorsqu'il est né. Elle l'aurait sorti de son berceau pour le mordre très fort. Sous prétexte qu'« on n'en avait pas besoin », elle aurait voulu aller le déposer dans les poubelles. Dans le but de lui apprendre « ce qu'est la famille », le père, d'un commun accord avec la mère, aurait alors décidé de l'envoyer passer un mois en Italie, dans sa propre famille. Elle y passa en réalité deux ans et demi « parce qu'elle ne voulait pas revenir¹ » et « qu'elle aimait trop ça² ». Madame explique que des photos et des propos de son père lui rappellent qu'elle aurait été heureuse lors de cette séparation. Elle croit cependant que son absence de la maison familiale, de l'âge de deux ans et demi-trois ans à un peu plus de cinq ans et demi, aura été vécue comme un manque *pour sa mère*³.

¹ Il nous paraît évident, de par la teneur même de ces propos, que madame Z dénie la souffrance inévitablement associée à cet abandon en bas âge.

² Idem que la note 1.

³ Madame Z projette ici le sentiment de manque, d'abandon, qu'elle a dû elle-même ressentir, sur sa mère.

Madame ajoute que tout au long de son enfance, elle ne se souvient pas s'être questionnée relativement aux phénomènes liés à la maternité : d'où viennent les enfants? Comment se font-ils? Etc. Sa mère lui aurait même dit que, toute petite, lorsqu'elle voyait des femmes enceintes, elle ne se demandait pas « d'où ça v'nait ¹ ».

L'enfance

Fillette, madame est « catinée² » par sa mère. Vers l'âge de six-sept ans, du fait qu'elle trouve le port de robes et de rubans « trop compliqué³ » et parce qu'elle ne se sent vraisemblablement pas à l'aise avec sa féminité, madame Z se met à investir massivement le sport et devient « tom boy⁴ ». Elle joue au ballon volant, au soccer et participe à des spectacles de danse dans lesquels sa mère s'investit. À un moment donné, la mère de madame assiste au premier match de ballon volant de sa fille. Après que cette dernière se soit blessée à la cheville, la mère décide de ne plus se présenter à ses parties parce que, lui dit-elle, elle trouve trop difficile de la voir se blesser « à chaque fois qu'elle y va⁵ ». Madame Z rapporte cependant que sa mère assistait à toutes les parties de hockey impliquant son frère. Elle ajoute que, contrairement à elle, sa mère a été « beaucoup » présente pour son frère⁶.

¹ Un déni en lien avec la maternité était-il déjà en place? »

² Québécoisisme signifiant « prendre soin de » comme s'il s'agissait d'une poupée.

³ Dans le ton que madame adopte pour nous expliquer ceci, on sent un certain inconfort, voire un mépris, en lien avec certains attributs associés à la féminité.

⁴ « Garçon manqué »

⁵ Nous rappelons au lecteur que madame Z mentionne s'être fait dire ça lors du *premier* match auquel sa mère a assisté.

⁶ Bien qu'ayant été dites sur un ton anodin, les deux dernières phrases nous permettent de ressentir la frustration, voire le ressentiment de madame Z envers sa mère du fait qu'elle perçoit que son frère a reçu de cette dernière davantage d'attention qu'elle.

La puberté

Madame devient pubère à l'âge de 9-10 ans. Elle est la première de sa classe à être menstruée. Un jour où elle porte une serviette hygiénique, elle fait rire d'elle par ses camarades d'école parce qu'à l'époque, la mode qui est aux pantalons moulants permet d'en deviner la forme. Ses compagnons lui disent alors qu'elle semble affublée d'« une couche ». Sa mère, qui ne l'avait pas encore préparée au phénomène des menstruations, lui explique dès lors ce qui est en train de lui arriver. Le sujet demeure clos durant environ un an, jusqu'au moment où madame Z commence à souffrir d'« énormes » crampes en lien avec ses règles et qu'un médecin doit être consulté. Un an après, ses seins commencent à se développer et à susciter l'intérêt des garçons de sa classe. Madame nous assure que ces réactions de la gent masculine ne l'ont vraiment pas dérangée. Elle ajoute qu'elle-même ne s'intéressait pas encore aux gars, que tout ça lui avait passé « dix pieds par-dessus la tête », qu'elle « les envoyait ailleurs » et qu'elle ne s'en « rendait même pas compte¹ ».

L'adolescence

Madame Z dit avoir eu une adolescence « pas du tout tragique² ». Elle pense avoir été élevée « dans la ouate » et n'« avoir jamais manqué de rien ». Madame se décrit comme ayant été une jeune fille polie et très respectueuse, notamment de l'autorité parentale. Faisant un lien avec le fait d'être sportive, elle dit ne s'être jamais habillée « sexy »³, et croit, en ce sens, que sa mère a été bien chanceuse que sa fille ne lui ait pas « imposé ça⁴ ».

¹ Le lecteur peut sentir, à travers ces citations, l'inconfort et la résistance associés aux thèmes en lien avec la féminité et la puberté.

² Remarquez l'utilisation du mécanisme de déni.

³ Il semble que madame ait oublié l'épisode des pantalons moulants.

⁴ Projection, sur sa mère, de son inconfort lié à l'aspect « sexy » des vêtements féminins portés par certaines filles.

Madame rajoute avoir été une jeune adolescente très sociable qui ne restait jamais à la maison parce qu'elle trouvait ça « plate et inutile ». À cette époque, elle commence à travailler comme monitrice dans les camps de vacances.

La scolarité

Madame discourt peu sur sa période scolaire, hormis sur l'anecdote liée à ses menstruations. Elle se décrit comme ayant été une élève respectueuse envers ses professeurs.

Au CÉGEP, madame Z s'inscrit en administration dans le but de devenir directrice de marketing. Parallèlement à ses études, elle continue à jouer au ballon volant. C'est une période de sa vie où elle sort dans les clubs et rentre tard.

La vie adulte

En décembre 2000, madame Z rencontre son conjoint actuel. Elle travaille alors à temps partiel comme secrétaire dans une école de son quartier. Madame n'est plus menstruée depuis plusieurs mois¹ ce qui incite, selon elle, le médecin à *refuser* de lui prescrire la pilule anticonceptionnelle² puisque le début de la prise de la pilule doit se faire de façon concomitante au début d'un cycle menstruel. Elle et son copain décident donc d'utiliser le préservatif comme moyen contraceptif. Madame se souvient d'un bris de condom au mois de mai. Elle se fait alors prescrire la pilule du lendemain afin de prévenir le risque d'une grossesse possible.

¹ Madame associe son absence de menstruation au fait qu'elle pratique beaucoup de sports, ce qui pourrait s'avérer plausible.

² « Contagion » du déni?

La première grossesse

À l'été 2001, alors qu'elle a 19 ans, madame recommence à travailler au camp de vacances. Elle y enseigne le canot et l'hébertisme. Suite à une blessure à un coude, elle prend des anti-inflammatoires. Afin de combattre des migraines récurrentes, elle consomme des analgésiques. Du fait qu'elle se dépense beaucoup physiquement, elle perd aussi 40 livres (18 kilos) et ne présente plus les signes d'une obésité qui tendait à vouloir s'installer. En octobre 2001, madame découvre une bosse dans son ventre. Se croyant atteinte d'un cancer, elle consulte l'infirmière de l'école qui, sans rien lui dire de ce qui lui arrive, la réfère au planning familial de l'hôpital de sa région. Après avoir passé des examens médicaux, madame apprend qu'elle est enceinte¹ de sept mois et demi d'une petite fille en santé, qui devrait peser entre six et sept livres (environ trois kilos) à la naissance. C'est lors d'une échographie qu'elle apprend à reconnaître les mouvements du fœtus. Elle les avait jusqu'alors confondus avec des « gaz intestinaux ». Madame serait donc devenue enceinte au mois de mars 2001² et n'aurait eu aucun suivi médical pour l'entièreté de ces sept mois et demi de grossesse. Outre l'absence de menstruation précédant sa gestation et une perte de poids alors même qu'elle est enceinte, madame n'aurait ressenti ou présenté aucune nausée, fatigue, gonflement des seins ou du ventre. Néanmoins, à partir de l'annonce de sa grossesse, madame prendra 12 livres (5,5 kilos) en cinq semaines et son ventre montrera des signes apparents de gravidité.

Suite à la découverte de sa grossesse, madame Z annonce à sa famille et à son copain qu'elle est enceinte. Comme elle connaît les particularités des premiers mois de grossesse de sa fille (l'absence de suivi médical, la perte de poids, la prise de médicaments, etc.), la mère de madame, d'abord attristée par la nouvelle, en vient à interpréter que l'enfant portée n'est pas présente pour rien et qu'elle est « un cadeau du destin ». Madame Z appréhende beaucoup la réaction de son père (bien qu'« il ne l'ait jamais frappée »). Craignant des représailles, elle se fait accompagner d'une amie lors de l'annonce de sa grossesse. Monsieur

¹ Madame ne semble pas avoir réalisé qu'elle était ou aurait pu être enceinte au moment où elle a été référée au *planning familial*.

² Nous rappelons que la pilule du lendemain a été prescrite en mai. Madame était donc déjà enceinte au moment de la prendre.

prend la nouvelle mieux que ce que madame Z avait anticipé et il explique que sa propre mère est devenue enceinte pour la première fois à un «très jeune» âge. Le frère de madame dit, dans un premier temps, qu'elle a gâché sa vie puis se rétracte et accepte mieux cette nouvelle réalité. Le copain de madame Z, quant à lui, est en état de choc. Cependant, après une brève réflexion, il dit se sentir prêt à garder le bébé. Après avoir rejeté les options de l'avortement (on en pratique, au Texas, jusqu'à huit mois de grossesse) et de l'adoption, madame et son copain décident, comme leurs moyens financiers sont limités, d'aller habiter ensemble chez les parents de madame et de garder le bébé. Madame reçoit alors le soutien de sa famille, de sa belle-famille et de nombreux amis afin de pouvoir accueillir adéquatement ce premier enfant.

Peu après l'annonce de sa grossesse, madame décide d'abandonner ses études, puisque l'accouchement est censé coïncider avec ses examens finaux. Deux semaines avant la date prévue de l'accouchement, elle cesse de travailler, ayant accumulé assez d'heures pour être admissible à l'assurance-emploi.

L'accouchement

Madame Z accouche la première semaine de décembre 2001, près de deux semaines avant la date prévue. Comme elle perd de façon précoce du liquide amniotique, le médecin doit lui crever les eaux, déclenchant ainsi les contractions. Puisque madame craint les douleurs liées à l'accouchement, les expériences difficiles de sa mère en cette matière l'ayant marquée, elle demande frénétiquement l'anesthésie péridurale, qui lui est accordée. Après deux ou trois poussées, le bébé sort, en parfaite santé. Dans les heures qui suivent, madame est très inquiétée par l'idée que son bébé pourrait être kidnappé lors de son séjour à l'hôpital.

La période post accouchement

Après avoir habité quatre mois chez les parents de madame et trois mois chez ses beaux-parents, le couple déménage à l'été 2002. La petite de madame, X, refuse de téter. Les deux premières semaines, son visage se couvre de boutons et elle régurgite en jets puissants. Le médecin diagnostique une allergie au lactose. Du lait de soya lui est prescrit et elle le tolère bien. Les premiers mois sont difficiles pour le couple. Monsieur et madame cohabitent pour la première fois. Le père travaille douze heures par jour. Madame se sent seule et fatiguée. Elle trouve très difficile de devoir s'occuper d'un être « entièrement dépendant ». Le bébé pleure beaucoup et madame angoisse à l'idée d'être inadéquate. Sa mère l'aide alors beaucoup à prendre soin du bébé. Au bout de huit mois à « être enfermée tout le temps dans la maison » et à « regarder le lavage qui s'accumule », madame retourne au travail. Elle accepte un emploi à temps plein dans le domaine des activités parascolaires, à l'école même où elle travaillait. Sa fille est envoyée en garderie familiale chez une « bonne grand-maman » stricte et ayant de bonnes valeurs, bien connue de la famille. Monsieur et madame semblent s'accorder sur les valeurs éducatives à préconiser. A posteriori, madame nous dit que la naissance de X a été un « cadeau du ciel ». Grâce à cette dernière, elle dit avoir compris qu'elle et son copain étaient faits l'un pour l'autre et que sa vocation véritable était de devenir une « bonne mère » (attentive, impliquée, proche de ses enfants, à l'écoute, patiente, plus féminine) et d'intervenir auprès des jeunes.

La fausse-couche

Trois mois après la naissance de X et ce, malgré la prise de la pilule anticonceptionnelle, madame apprend, suite à l'arrêt de ses menstruations, qu'elle est de nouveau enceinte. Parce que la vie de famille demeure passablement prenante et que la naissance de X est encore très récente, le couple se met d'accord pour l'avortement de ce deuxième bébé. Le lendemain de la prise de cette décision, madame fera une fausse-couche que les deux membres du couple parental assumeront bien. Un curetage s'ensuivra.

La conception d'Y, deuxième fille de madame Z

Trois ans et demi après la naissance de X, monsieur et madame décident d'avoir un deuxième enfant. Ce dernier est espéré avec grand enthousiasme. Madame cesse donc de prendre la pilule anticonceptionnelle. Suite à dix mois de tentatives infructueuses, elle se met à ressentir quelques étourdissements. Après avoir cru à des symptômes de gastro-entérite ou d'hypertension artérielle, un rendez-vous médical confirme la grossesse. Cette dernière se vit sur un mode bien différent de la première : plusieurs mois de nausées incommodes (qui enlèveront à madame le goût d'avoir un autre enfant), irascibilité, fatigue, perception de mouvements fœtaux à partir du cinquième mois, prise de poids. Seul point commun entre les deux grossesses : un arrêt complet des menstruations quelques mois avant de devenir enceinte. Le couple est heureux. Un suivi médical est entrepris sur une base régulière. La grossesse se déroule bien. L'accouchement, d'une deuxième fille (Y), est rapide et pratiquement sans douleur, encore une fois grâce au recours à l'épidurale.

Au moment de l'entretien en 2006

Madame travaille toujours comme secrétaire d'un adjoint administratif dans une école. Elle s'implique au niveau du conseil scolaire et dit apprécier les nombreux contacts que cela permet avec les jeunes. Elle est entraîneuse de ballon volant et de soccer et s'investit dans le spectacle de mode de son école. Elle assiste aux matchs de soccer de son aînée et espère être un « guide positif » pour cette dernière. Elle continue à ne pas prendre de drogue et a pratiquement cessé sa consommation d'alcool. Rétrospectivement, elle dit ne pas comprendre comment elle a pu ne pas réaliser qu'elle était enceinte tout en précisant que « les médecins ont l'air de dire que c'est possible si tu ne portes pas attention » (à ton corps).

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

4.1 La recherche et les méthodologies qualitatives

Les approches qualitatives postulent que le monde est une représentation construite et non prédéterminée. La recherche qualitative est donc de nature inductive. Les méthodologies qualitatives utilisées en recherche sont fondées empiriquement (Poupart et al. 1997), dans le sens où elles s'inspirent du verbatim même du sujet pour interpréter une expérience et qu'elles sont axées sur le singulier, l'exploration et la découverte. L'idée n'est donc pas de chercher à prouver ou à démontrer une hypothèse, mais plutôt de tenter de découvrir et de comprendre un phénomène.

Par l'adoption de ce paradigme, les sciences humaines sont amenées à porter une attention particulière aux acteurs et aux significations. D'une part, lorsqu'il fait de la recherche, le chercheur doit tenir compte des caractéristiques du contexte social et culturel de son ou de ses sujets de recherche, de même que de la façon dont il(s) perçoit(ven)t le milieu et ses éléments (Muchielli, 2002). D'autre part, le chercheur est aussi acteur, en ce sens qu'il est « ... incorporé dans, à travers et parmi les phénomènes créés ou observés par lui-même » (Muchielli, 2002; p. 95). En effet, les données recueillies sont toujours interprétées selon l'expérience, le bagage personnel et la perception du chercheur (Boudreau et Arseneault, 1994). Évidemment, puisque la variable « chercheur » n'est pas éliminée, le rôle que ce dernier joue dans son interaction avec le sujet et dans la construction des catégories conceptuelles qu'il va fonder empiriquement, devra être bien cerné et compris. En ce sens, la

méthodologie sert aussi de balise permettant de contrôler l'influence que l'expérience même du chercheur pourrait avoir sur sa problématique.

La recherche qualitative est menée à l'intérieur d'un cadre théorique et le chercheur possède au départ un petit nombre de questions qui orientent l'étude (Burgess, 1985 *in* Mucchielli, 2002), mais les questions et hypothèses fondamentales surgissent plus tard, au cours de l'investigation. Comprises en ce sens, les hypothèses constituent en fait une traduction des questions issues de la pratique dans le langage conceptuel de la recherche (Giami, 1999). Elles sont donc des constructions provisoires susceptibles de se transformer (voire, d'être infirmée), au fur et à mesure que de nouvelles découvertes sont mises à jour.

En recherche qualitative, le chercheur crée sa propre méthodologie en fonction de son sujet et de sa problématique d'investigation. Une des règles d'or : la méthodologie doit être au service de la recherche et non l'inverse. Pour ce faire, elle doit présenter une grande flexibilité, une bonne capacité d'adaptation et être issue de la compréhension des données. En ce sens, elle est non standardisée et donc, non reproductible (Muchielli, 2002).

4.2 Étude de cas sur le déni de grossesse :

4.2.1 L'échantillon de recherche

Le choix d'un échantillon de recherche a un effet direct sur les résultats qu'un chercheur va obtenir. Idéalement, dans notre étude de cas sur le déni de grossesse, nous aurions essayé d'atteindre la diversité des expériences et de couvrir l'ensemble du phénomène à l'intérieur même de notre échantillon, l'idée étant d'obtenir une saturation des données. Dans le cadre de cet essai doctoral, toutefois, cette ambition s'avérait peu réaliste de par l'ampleur même de cette recherche qui demeure, somme toute, limitée dans le temps et au niveau du contenu. S'ajoute aussi la difficulté à recruter des femmes ayant vécu une telle

problématique et répondant à nos critères d'exclusion. Nous avons donc interviewé une seule femme à partir de laquelle nous avons fait une étude de cas approfondie.

The first principle is that « less is more ». It is important to work longer, and with greater care, with a few people than more superficially with many of them (...) this group is not chosen to represent some part of the larger world. (McCracken, 1988, p.17)

4.2.2 Paramètres de recrutement :

Notre échantillon, bien que n'étant constitué que d'un seul individu, devait être construit à partir de paramètres. En délimitant bien nos critères et en légitimant le choix de notre échantillon, nous nous sommes assurée que la problématique explorée correspondait bien à celle qui nous intéresse. Dans le cas du déni de grossesse, les données issues de la littérature et le sens commun nous ont permis de faire ressortir les critères de recrutement et les facteurs d'exclusion suivants quant au type de femme recherché pour notre recherche :

4.2.3 Critères de recrutement

- ❖ **Femme ayant déjà été enceinte de cinq mois et plus tout en ne sachant pas qu'elle était enceinte :** Nous avons fixé le nombre de mois de grossesse à cinq pour les raisons suivantes :
 - À cette étape, la grossesse devient habituellement visible pour un observateur extérieur.
 - La prise de poids, à ce stade de la grossesse, nécessite généralement le port de vêtements adaptés et donc différents des vêtements habituels de la femme enceinte.
 - Les mouvements du bébé devraient normalement commencer à être aisément perceptibles pour la femme qui le porte.

- Échantillonner à partir de davantage de mois de grossesse aurait pu limiter de façon trop importante la population de femmes correspondant aux critères spécifiés pour cette recherche, ce qui nous aurait laissé moins de choix lors du recrutement.

4.2.4 Facteurs d'exclusion

- **Femme présentant un problème d'obésité lors de sa grossesse** (déterminé d'après l'« indice de masse corporelle » (IMC) de la femme au début de sa grossesse : Un IMC de 30 et au-delà est un indicateur d'obésité (app. C)) : effectivement, il semble relativement fréquent que des femmes enceintes obèses ne soient pas certaines de leur état de gravidité même lorsque celui-ci est avancé. (Dre Claudie Gendron, gynécologue obstétricienne, communication personnelle)
- **Femme ayant été diagnostiquée stérile (diagnostic médical) avant de tomber enceinte, ayant subi une ligature des trompes préalable à sa grossesse ou qui prenait la pilule anticonceptionnelle avant et/ou au moment de sa gestation** : Nous voulions ainsi éviter de recruter une femme dont un doute quant à une grossesse possible pouvait être justifié.
- **Femme ayant déjà expérimenté ou expérimentant, sur une base régulière, une perte de contact avec la réalité** : Nous voulions, dans le but de faciliter les entrevues, exclure de notre échantillon les psychotiques « avérées ».

4.2.5 Mode de recrutement

Nous avons :

- Sollicité l'aide d'une gynécologue-obstétricienne.
- Placardé des annonces à l'UQÀM : colonnes Morris, babillards des départements de psychologie et de sexologie.
- Fait du « bouche à oreilles » parmi nos ami(e)s, collègues de travail, chercheur(e)s susceptibles d'être intéressé(e) s par le sujet.

Bien entendu, nous cherchions une femme **ayant déjà été** en déni de grossesse, dans une période antérieure de sa vie. Le déni étant un désaveu de la réalité, il nous était, par définition même, impossible de nous intéresser à une femme présentant un déni de sa grossesse au moment même de cette étude!

Nous avons reçu cinq appels téléphoniques, tous peu après l'affichage. Deux candidates ne satisfaisaient pas pleinement aux critères de recrutement (enceinte de 20 semaines et non de 5 mois). Une troisième candidate avait appris l'existence de sa grossesse au 6^e mois lors d'un examen médical en lien avec des problèmes d'anémie et des maux de ventre. Cette dernière habitait une ville éloignée de la rive sud de Montréal, ce qui rendait pour nous difficiles les rencontres d'entrevue. Une quatrième candidate avait découvert sa grossesse lors de son accouchement. Cette dernière satisfaisait pleinement nos critères et devait nous rappeler. Ne nous ayant pas laissé ses coordonnées, il nous était impossible de la relancer. Elle ne nous rappela finalement pas. Enfin, la dernière candidate, qui est celle que nous avons retenue pour notre étude de cas, satisfaisait à tous nos critères et était relativement facile à joindre.

Bien que notre période de recrutement ait été restreinte (environ un mois), nous avons pu observer qu'il semble relativement difficile d'atteindre, par ces moyens ordinaires et peu coûteux, des femmes ayant déjà été en déni de grossesse et répondant à nos critères. L'utilisation de l'Internet se serait sûrement avérée judicieuse si notre recherche avait dépassé le cadre de l'étude de cas unique.

Quoi qu'il en soit, il semble que ce soit une combinaison d'affichage et de « bouche à oreille » qui nous ait permis de rejoindre les candidates.

4.3 Cueillette des « données » en recherche qualitative

Il existe une panoplie de moyens permettant de recueillir des « données » en recherche qualitative (histoire de cas, observation libre, entrevue semi-dirigée, etc.). Les résultats obtenus sont à l'image des instruments (dont le chercheur, bien entendu) utilisés et de leurs limites. Dans le cadre de cette recherche sur le déni de grossesse, nous avons choisi de privilégier l'entrevue semi-dirigée.

4.3.1 Possibilités et limites de l'entretien semi-dirigé

L'objectif du chercheur, lors d'un entretien de recherche, est de « créer une rencontre » entre le sujet (celui qui sait, même si c'est parfois à son insu) et lui (celui qui cherche à savoir). Pour entendre la vérité du discours du client et pour faciliter l'émergence du « non prévu », l'attitude du chercheur est primordiale. Ainsi, il pourra avoir recours à des stratégies non verbales (gestes, hochements de tête, etc.), à des silences, à des relances, etc. permettant à l'interviewé de s'exprimer le plus naturellement, et surtout, le plus librement possible (Poupart, 1993). L'idée n'est pas seulement d'écouter, mais d'inciter, sans le « forcer », quelqu'un à s'exprimer sur un thème qu'on lui impose, tout en étant le moins directif possible (Chauchat, 1985) et en diminuant les interférences (Poupart et al., 1997). Il est bon de rappeler ici que le matériel discursif découle des questions du chercheur et donc, des objectifs de la recherche (Pradelles-Monod, 1999 in Turner, 2001). Dans l'entretien semi-directif, le chercheur suit et soutient le sujet au lieu de le diriger. Il essaie de le mettre à l'aise afin de diminuer l'impact de la désirabilité sociale. L'intérêt est porté à tous les éléments du discours (idées, associations, intonations, etc.) et le sujet est libre de nuancer, justifier et commenter ses réponses (Chauchat, 1985). Tant que faire se peut, le chercheur doit favoriser l'élaboration spontanée du récit et respecter le rythme du participant. Cette façon de faire favorise l'intégration du discours, respecte les défenses du sujet, les moyens qu'il désire utiliser pour faire face à l'élaboration de ses conflits ainsi que les stratégies envisagées pour garder la maîtrise de son discours (Dextraze, 2000 in Turner, 2001). L'attitude non directive

consiste donc, somme toute, à ne pas faire d'intervention qui pourrait modifier ou infléchir les dires du sujet, sa manière de penser ou de se comporter; il permet de faire des observations, sans modifier l'objet de l'intervention.

L'entrevue semi-dirigée favorise donc la spontanéité du discours et les élaborations. Néanmoins, il arrive que le discours du participant ait besoin d'être balisé. Afin d'éviter que ses propos ne se perdent dans des marottes ou encore que le participant ne s'évade ou ne se disperse, il en tient au chercheur d'instaurer des repères à l'intérieur desquels son sujet pourra « naviguer » en toute liberté. Il est important, par exemple, qu'en début d'entretien, le participant comprenne vraiment ce sur quoi on lui demande de s'exprimer. C'est là le rôle des consignes. D'autres consignes pourront être introduites au fur et à mesure que l'entretien se déroule. L'ensemble de ces instructions constitue un guide ou protocole d'entretien qui balise et oriente, jusqu'à un certain point, les énoncés ou le discours de l'interviewé (Chauchat, 1985). Par ailleurs, dans le but de faire approfondir un thème qui s'avère plus important que « prévu », le chercheur ne doit pas hésiter à modifier son schéma d'entretien. En effet, les entrevues doivent rester flexibles et adaptées. Le chercheur doit pouvoir s'ajuster immédiatement à la problématique des sujets et, en évitant au maximum la projection, être en mesure de repérer rapidement certaines erreurs (ex. une attitude contre transférentielle non adéquate).

Comme nous venons de le voir, ce type d'entretien de recherche comporte de nombreux avantages non négligeables. Cependant, il contient aussi des inconvénients à l'égard desquels le chercheur doit demeurer circonspect :

Tout au long de l'entretien, le chercheur doit être vigilant à plusieurs niveaux : ne pas entrer dans un piège de séduction avec le client, garder une certaine distance par rapport à son sujet d'étude (afin de ne pas tomber dans le subjectivisme), ne pas poser ses questions de façon inappropriée (trop ou pas assez de questions, questions tendancieuses, etc.), être ouvert à l'effet de l'autre sur soi (et analyser ses propres résistances) de même qu'à ce qu'il (le chercheur) peut provoquer chez le participant (de par son titre, son apparence, ses

connaissances, etc.), et à la façon dont ces facteurs peuvent influencer le déroulement de l'entrevue.

Il s'agit, pour nous, que le chercheur puisse être en contact avec lui-même et avoir l'esprit suffisamment éclairé pour se rendre compte de l'existence de motifs inconscients qui peuvent l'influencer. L'acceptation de cet aspect de notre psyché, une prise de distance et une humilité concernant l'existence de biais possibles, ainsi qu'une écoute attentive de soi et des commentaires constructifs qui peuvent nous être communiqués, constituent une base fondamentale de l'activité de la recherche. (Sédnaoui-Mirza, 1996; p. 128)

4.4 En ce qui concerne l'étude sur le déni de grossesse

Dans le cadre de cette étude, afin que l'interviewée ait un choix et qu'elle puisse retenir l'option la rendant le plus à l'aise, nous avons décidé de lui proposer, comme lieu de passation des entrevues, de nous déplacer dans son milieu de vie ou de l'interviewer dans un local de l'Université. Madame a choisi que les deux rencontres se déroulent chez elle, ce que nous avons fait.

De façon à bien cerner la problématique, nous avons fait deux entrevues semi-dirigées, la première ayant duré 1h 45 minutes et la deuxième, environ 45 minutes. Les entrevues ont été enregistrées avec l'accord préalable du sujet. Un formulaire de consentement (app. B), expliquant la procédure et précisant que la recherche serait menée de façon confidentielle, tout en respectant l'anonymat de la participante, devait être signé par cette dernière avant la toute première entrevue. Ce formulaire expliquait aussi à notre candidate qu'elle pouvait mettre fin à l'entrevue et se désister en tout temps de cette recherche. La période de temps écoulé entre les deux entrevues n'avait pas été prédéterminée bien que nous ayons suggéré à madame d'attendre au moins deux semaines, afin de voir si ce délai aurait favorisé chez elle l'apparition de rêves, de réflexions ou de commentaires. C'est finalement le critère de disponibilité des protagonistes qui aura été déterminant de l'intervalle entre les deux rencontres. La première entrevue a eu lieu le 11 avril 2006 et la deuxième, le 10 juin 2006.

Entre ces deux dates, il était prévu que si la participante souhaitait donner des exemples afin d'illustrer ce qu'elle avait déjà dit, commenter ou nuancer certains propos ou encore, en ajouter d'autres, elle pouvait nous les communiquer par courriel, par courrier ou encore verbalement, en nous rejoignant par le biais de nos coordonnées. Madame ne s'est pas prévalu de cette offre.

Il est bon de mentionner ici que ces entrevues de recherche n'avaient ni visée diagnostique, ni but thérapeutique. Afin de mieux cerner le contexte du vécu de la participante et de nous assurer de son admissibilité à nos critères de recrutement, nous nous sommes informée de sa grandeur (en mètres) et de son poids (en kilogrammes) au début de sa grossesse. Nous avons été ainsi à même d'évaluer que son indice de masse corporelle (**IMC**) à ce moment était de **29,8** soit, un indice se situant tout juste en deçà de ce qui est considéré comme étant de l'obésité (app. C).

Les questions abordées en entrevue avaient été déterminées à partir des thèmes suivants, ressortis lors de la revue de littérature :

- Famille d'origine (composition, relations avec les membres de la famille avant et lors de la grossesse; survol des histoires médicale et psychologique).
- Situation familiale et maritale (s'il y a lieu) au moment de la conception et lors de la grossesse.
- Croyances, valeurs véhiculées par la famille ou l'entourage, ou encore personnelles à la participante, en lien avec la sexualité, la féminité et le phénomène de la grossesse.
- Représentations liées au corps.
- Situation quant à la grossesse (présence ou absence de grossesse (s) antérieure (s); historique d'avortement (s); âge au moment de- et circonstances liées à la conception, déroulement de la grossesse (aux plans physique, émotionnel et comportemental), réactions de l'entourage).
- Circonstances de l'accouchement (lieu, assistance offerte ou en isolation, complications, réactions à la vue du bébé).

- Période post déni (intégration de la réalité, lien avec l'enfant, le père de l'enfant et la famille).
- Devenir du bébé

En début d'entrevue, nous avons demandé à madame de nous parler de son expérience de grossesse en la divisant en trois périodes : celle ayant précédé la grossesse, le moment d'être enceinte et la période post gravidité. Certains des thèmes ci-haut mentionnés ont été suggérés comme trame de fond. Tout au long de son élaboration, plusieurs questions, dérivées de ces mêmes thèmes sont venues se greffer à la question initiale, ce qui nous a permis d'accéder à une exploration originale et en profondeur de la problématique du déni de grossesse chez cette participante. Quand madame nous amenait sur un « terrain nouveau » et/ou « non prévu », il faisait partie de notre protocole de recherche de nous ajuster en conséquence et de la suivre dans la narration de son histoire de vie. Certains thèmes ont été moins développés, voire même gardés sous silence. Nous gardons en tête que ce silence est aussi parlant qu'un discours articulé.

CHAPITRE V

ANALYSE DU DISCOURS

5.1 Méthodologie

Dans une perspective psychodynamique, l'analyse d'un discours consiste à explorer et à mettre en lumière les éléments conscients, préconscients et inconscients de ce discours, dans le but d'émettre des hypothèses interprétatives quant à son sens propre. Se plaçant bien au-delà de la simple description, l'analyse du matériel discursif relativement à un phénomène cherche à comprendre le sens que le locuteur lui donne. L'idée est de concentrer les données de la recherche afin de rendre compte de ce qu'a dit le sujet sans trop perdre de ce qui a été énoncé.

Le discours, quant à lui, constitue l'énoncé d'un vécu subjectif, à un moment et dans un contexte préétablis et délimités, celui de l'étude. Lors de l'entrevue de recherche, le sujet nous fait la narration des sentiments et affects qui l'animent, de ses expériences actuelles et passées, de ses croyances, de ses valeurs, de ses motivations, de ses conflits, etc.

L'analyse qualitative en général et celle du discours, en particulier, consistent en un travail de compréhension qui fait une large place à la subjectivité du chercheur (Giami et Plaza, 1999). L'analyse fait intervenir l'intelligence de ce dernier afin de saisir des significations : rapprochement, confrontations, mises en relation des données, mises en perspective et cadrages, saisie des récurrences et des analogies, et synthèses font surgir ces significations. (Mucchielli, 2002) Ce sont les attitudes personnelles et les interprétations

propres au sujet, recueillies en entrevue, analysées et interprétées par le chercheur, qui intéressent la recherche qualitative. Cet examen du matériel permet de dégager des processus et des significations, d'émettre des hypothèses et parfois même, de proposer des théories.

5.2 Concernant la recherche sur le déni de grossesse

Notre étude sur le déni de grossesse s'est faite à partir de l'analyse du verbatim de deux entrevues semi-dirigées. Notre participante, madame Z, avait pour consigne de discourir sur son expérience de déni en tant que tel, de même que sur les événements (ayant précédé et suivi le déni) qu'elle jugeait pertinents pour notre compréhension de sa problématique. Les thèmes présentés au chapitre de la méthodologie (relations de couple et familiales, représentations liées au corps, croyances et valeurs véhiculées par rapport à la sexualité, à la grossesse, etc.) étaient incorporés subtilement à l'entretien si la participante ne les amenait pas d'elle-même. Fait important, le caractère exploratoire attribué à cette recherche nécessitait une attitude flexible et ouverte de notre part. Nous n'avions aucune hypothèse préconçue sur le phénomène. Ainsi, il s'agissait de demeurer réceptive à l'exploration de voies imprévues dans lesquelles notre sujet de recherche pouvait nous conduire aux détours de sa narration.

Le travail d'analyse a nécessité de très nombreuses relectures du verbatim afin de bien nous familiariser avec l'expérience vécue par notre participante. Notre échantillon se résumant à un sujet, il était important pour nous d'analyser en profondeur cet événement pour le moins singulier. Notre analyse s'est donc intéressée à différents niveaux de son expérience : le premier référait à l'interprétation que notre participante en avait faite, sur le plan conscient. Tout au long de son processus d'élaboration, nous avons toutefois pu observer que des mécanismes inconscients, principalement de nature défensive, étaient massivement intervenus dans la construction et la compréhension de son histoire. À ce deuxième niveau, donc, une bonne partie de notre analyse s'est attelée à repérer et à interpréter les signifiants inconscients de son discours. À un troisième et dernier niveau, nous nous sommes intéressés,

non plus seulement à l'épisode du déni comme tel, mais à la signification que notre participante avait attribuée, en rétrospective, à cet événement de vie.

Le fait que les connaissances actuelles sur le déni de grossesse soient relativement rudimentaires nous a incitée à appréhender l'expérience de madame Z selon deux angles différents, dans le but de mieux couvrir le phénomène. Afin de mener à bien cette recherche, nous avons donc choisi de présenter deux méthodes d'analyse originales et adaptables qui nous ont permis d'explorer en profondeur la dynamique intrapsychique de madame Z dans les contextes liés à son déni de grossesse. Ces méthodes devaient nous permettre de saisir, en plus du contenu manifeste, les aspects préconscients et latents de son discours.

Notre premier objectif consistait à reprendre les hypothèses jusqu'à maintenant proposées par les chercheurs afin d'expliquer le phénomène du déni de grossesse et à les mettre en parallèle avec les données issues du verbatim de notre participante. L'idée était de confirmer ou d'infirmer les connaissances actuelles sur le sujet à partir de notre étude de cas. Voyons maintenant plus en détail la méthodologie que nous avons proposée et appliquée pour cette première partie de notre analyse :

5.2.1 Première partie de l'analyse : mise en parallèle avec les données issues de la littérature

Dans un premier temps, nous avons fait un inventaire de tous les thèmes ayant ponctué le discours de madame. Cette étape nous a permis d'identifier l'ensemble des sujets abordés dans l'entretien tout en fournissant des indications, non interprétées, sur la teneur des propos. Comme l'objectif initial de cette première partie d'analyse était de repérer, dans le verbatim, les thèmes en lien avec ceux issus des hypothèses et/ou facteurs de risque suggérés par les chercheurs pour expliquer le déni de grossesse, nous aurions pu nous contenter de ne faire ressortir que les thèmes en question. Cependant, nous souhaitons nous assurer de bien cerner l'ensemble de la problématique et donc, de faire aussi émerger les thèmes pertinents à l'expérience de madame Z qui auraient pu ne pas être examinés par les chercheurs. Au départ

donc, aucun thème n'a été supprimé ou mis de côté sauf s'il semblait trop éloigné des objectifs initiaux de l'étude. Nous nous sommes donné ce droit de réserve afin de ne pas exclure de l'analyse un élément qui aurait éventuellement pu s'avérer significatif dans la compréhension de la mise en place du déni de grossesse de notre participante. À partir d'ici, nous avons traité les thèmes obtenus de deux façons différentes :

- a) Les thèmes issus du verbatim de madame Z qui étaient associés aux facteurs de risque et hypothèses proposés par les chercheurs afin d'expliquer le déni de grossesse ont été tout d'abord listés. Nous avons ensuite, pour chacun des thèmes retenus, relevé les extraits de verbatim permettant de les exemplifier. C'est principalement à cette étape du processus analytique que nous avons clairement pu observer la pertinence d'analyser, outre les éléments manifestes du discours, le contenu latent. En effet, la narration sur certains thèmes, souvent récurrents, avait suscité une utilisation massive de manœuvres intrapsychiques permettant de mettre à jour la présence de conflits défensifs inconscients. Nous avons donc passé chacun des extraits de verbatim retenus à travers la grille des mécanismes de défense (déni, dénégation, minimisation, lapsus, intellectualisation, rationalisation, projection, déplacement, etc.) et des indicateurs sémantiques (utilisation d'alibis, de conjonctions, phénomènes de récurrence, présence de contradictions, de failles logiques, tendances à la généralisation, recours aux hyperboles, indicateurs d'ambivalence, etc.) présentés et décrits dans le lexique. Cette étape nous a permis de comprendre et de construire sur le sens qu'avait donné madame à son expérience. Ce sont donc ces données, interprétées, que nous avons confrontées avec celles issues de la littérature. Les résultats de cette première partie d'analyse sont présentés de façon détaillée au chapitre VI.
- b) Dans l'optique de circonscrire la totalité de l'expérience de déni de grossesse de notre participante, nous avons ensuite, comme proposé par Paillé et Muchielli (2003), examinés, interrogés et confrontés l'ensemble des thèmes retenus les uns avec les autres. Ils ont régulièrement été mis en lien avec des référents théoriques, puis

comparés, relativisés ou corroborés. Ces opérations nous ont permis d'en fusionner ou d'en subdiviser certains. Nous les avons ensuite hiérarchisés en fonction de leur importance, relativement à notre questionnement de recherche. Cette liste de thèmes, évalués selon leur degré de pertinence dans notre compréhension de la problématique de madame Z, a servi de trame de fond à la deuxième partie de l'analyse que nous allons ici décrire en détail :

5.2.2 Deuxième partie de l'analyse : étude exploratoire sur le déni de grossesse

Notre deuxième objectif de recherche était de chercher à comprendre, à partir des données issues du verbatim, ce qui avait pu amener madame Z à vivre un déni (partiel) de grossesse ainsi que le sens qu'elle avait donné, cinq ans après l'événement, à cette expérience. La consultation d'écrits s'intéressant au déni de grossesse, tant du point de vue du chercheur que de l'expérience de femmes l'ayant expérimenté, nous a permis, au départ, d'orienter l'étude. Cependant, au fur et à mesure que nous progressions dans notre recherche de sens, certains éléments ont attiré notre attention, dont le plus important s'est révélé par un virage inopiné au niveau du processus associatif discursif. Une expérience de vie singulière (un épisode d'abandon en bas âge), traumatique et non métabolisée sur le plan psychique nous a ainsi semblé représenter le pivot central autour duquel s'étaient articulées d'autres expériences de vie marquantes qui avaient, toutes ensemble, teintées et données sens à l'expérience de déni de grossesse de madame. Témoignant de l'impact traumatique de cet événement, nous avons pu repérer en maints endroits du discours, des contradictions internes à l'argumentation, de nombreuses failles logiques au niveau de l'énonciation, ainsi que le recours fréquent à des mécanismes de défense archaïques tels que le déni, la dénégation, la projection et le clivage.

Afin de mener à bien notre recherche de sens, nous avons proposé et utilisé la procédure d'analyse suivante : nous avons illustré par les extraits de verbatim pertinents chacun des mécanismes de défense ou indicateurs sémantiques préalablement identifiés (lexique). Le sens donné à chacun de ces extraits a ensuite été interprété en tenant compte des conflits

défensifs sous-jacents. Il est important de noter qu'afin d'augmenter la validité interne de notre recherche, les signifiants que nous avons fait ressortir du verbatim de notre participante ont été mis en parallèle avec ceux observés par notre directrice de recherche. Par la suite, nous avons hiérarchisé l'importance que nous semblait prendre chacun de ces signifiants dans l'histoire de déni de grossesse de madame Z. Par exemple, le fait que la narration d'un événement ait pu susciter une rupture dans le processus associatif ou encore la présence d'indicateurs de déni, de contradictions, de failles logiques ou de difficultés d'élaboration sur un thème précis nous a semblé plus révélateur d'une difficulté expérientielle que le recours à des mécanismes comme la minimisation, la rationalisation, le recours à des alibis ou à des hyperboles. De façon détaillée, le recours à la théorie sur le sujet de même que notre intuition nous ont permis de prioriser les éléments suivants du discours : le déni, les illogismes, les contradictions, les lapsus, la dénégation, la projection, la difficulté à nommer ou à articuler certains concepts, les changements drastiques dans les associations d'idées, la présence d'émotions discordantes au discours et l'abondance des procédés défensifs sur un thème particulier. Les extraits (catégories) retenus nous ont ainsi permis d'obtenir une image précise de la trame des événements et des expériences vécues non pas à partir de leviers théoriques déjà constitués, mais plutôt à partir de la construction discursive originale de madame Z. Enfin, la mise en relation des catégories ainsi générées nous a permis de conceptualiser le phénomène du déni de grossesse tel que vécu par notre participante. En définitive, notre méthodologie d'analyse, ancrée dans l'écoute des enjeux inconscients de son discours, nous aura permis d'extraire le sens de son expérience en lien avec la complexité de sa vie psychologique, sociale et culturelle. Le détail de cette analyse est présenté au chapitre VII.

CHAPITRE VI

ANALYSE DU DISCOURS

Chez madame Z, nous retrouvons plusieurs des facteurs de risques et hypothèses qui, dans la revue de littérature (chapitre II), ont été associés au déni de grossesse chez certaines femmes. Dans un premier temps, nous allons nous attarder à ces facteurs de risque et hypothèses suggérés comme pouvant être corrélés au déni de grossesse, qui ne sont **pas présents ou applicables** à la situation de madame Z et qui, donc, **ne peuvent pas nous éclairer sur sa problématique**. Dans un deuxième temps, nous allons présenter et/ou explorer en quoi ou de quelles façons les autres facteurs de risque et hypothèses identifiés par les chercheurs **pourraient avoir joué un rôle** dans le déni de grossesse de madame Z. Afin de faciliter leur reconnaissance, les **facteurs de risque** seront écrits en caractères gras et les *hypothèses*, en italique et en caractères gras. Au travers de cette analyse, nous allons aussi proposer *nos propres observations et/ou hypothèses** permettant d'apporter un éclairage différent à son déni de grossesse. On pourra les reconnaître, car ils seront en caractères gras et en italiques, suivis d'un astérisque.

6.1 Facteurs de risque et hypothèses identifiés par les chercheurs comme pouvant être corrélés au déni de grossesse, qui ne sont pas présents ou applicables à la situation de madame Z et qui, donc, ne peuvent pas nous éclairer sur sa problématique

6.1.1 Une attitude passive

Madame ne semble avoir une attitude passive ni en état de grossesse, ni dans la vie en général. Elle se mobilise sur les plans du travail, des études, de l'aide à aller chercher, des rendez-vous médicaux (post déni), au niveau des tâches requises dans une maison et de celles en lien avec la grossesse et l'éducation des jeunes, etc.

6.1.2 L'isolement social ou le manque de soutien des proches

Au moment où elle est devenue enceinte, madame habitait encore chez ses parents. À l'annonce de sa grossesse, elle a sollicité l'aide de ses parents, de ses amis, de ses beaux-parents, de son conjoint et des intervenants des milieux médical, scolaire et social qui lui ont, tous, donné beaucoup de soutien :

J'avais quelques choix à faire, mais que j'pouvais pas les prendre seule ces choix-là. [...] Après que j'aie annoncé à la famille que j'étais enceinte euh [...] Ma mère est devenue comme ma meilleure amie pour... ces trois, même ces cinq premiers mois-là quand j. Le mois et demi qu'y m'restait enceinte et euh... le début quand j'ai eu euh le bébé parce que... J, j'pense pas que je serais arrivée toute seule à, à passer au travers de ça.

Là la semaine qui a suivi, la journée où je suis allée à l'hôpital, on m'a..., euh une travailleuse sociale m'a suivie [...] ».

Fait que souvent, à chaque fois que je r'venais (*de mon suivi médical*), y (*mon père*) me demandait des nouvelles, y me demandait si j'avais besoin de quelque chose euh...

Quand y montait à la maison euh c'était toujours... Y offrait toujours son aide fait que c'tait... c'tait quand même assez plaisant.

[...] j'avais tout, par mes amis. Hum... Bon là j'accepte un peu mieux (*d'être enceinte*) : mes amis m'disent qu'ils vont m'aider, qu'ils vont être là au travers de ça, bla, bla, bla, que... ils sont là pour m'aider. Le 25 novembre, ma belle-mère avait organisé un shower aussi. Donc encore là j'avais, f, j'tais plus que choyée. J'ai été vraiment chanceuse là-dessus.

Donc, les sept premiers mois de la vie de ma fille ont été, non j'vous dirais pas faciles, mais très bien encadrés parce que j'avais soit ma mère ou j'avais soit ma belle-mère qui était avec moi.

On (*son conjoint et elle*) avait vraiment zéro (*lors de la grossesse de X*) pis... mes amis... ma famille, sa (*celle du conjoint*) famille, mon entourage ont fait que on est ressortis gagnants. Y nous ont beaucoup aidés... [...] J'ai été chanceuse, j'ai eu droit à l'assurance chômage parce que j'avais certes travaillé un certain nombre de temps avant [...].

6.1.3 Des antécédents de troubles de l'alimentation

Bien que la question de la présence, actuelle ou passée, d'un trouble de l'alimentation n'ait pas été formellement posée, madame ne nous a rien signifié en ce sens. Au commencement de sa grossesse, elle avait un IMC de 29,8¹, donc un surplus de poids, mais pas d'obésité franche. À 6 mois, son IMC sera rendu à 23,3 et à 25,2 en fin de grossesse.

¹ Calculé *a posteriori*. Madame aura ensuite perdu 18 kg au 6^e mois de grossesse (camp de vacances) et en aura repris 5,5 au 9^e mois.

Pour les adultes, l'indice de masse corporelle est égal à la masse (exprimée en kilogrammes) divisée par le carré de la taille de la personne (en mètres) :

$$IMC = \frac{\text{masse}}{(\text{taille en } m)^2}$$

- Un IMC entre 18,5 et 25 est considéré comme normal chez un adulte.
- Entre 25 à 30, on parle de surpoids (surcharge pondérale).
- Au-delà de 30, on parle d'obésité.
- De 35 à 40, on parle d'obésité sévère et, au-delà de 40, d'obésité morbide.

6.1.4 Une intelligence limite

Bien que nous n'ayons pas fait passer de test de quotient intellectuel à madame Z, nos rencontres avec elle nous ont permis d'observer une intelligence, qui, selon nous, se situerait dans la moyenne. Madame avait quand même, au moment des entrevues, accédé à des études de niveau collégial.

6.1.5 L'impossibilité d'énoncer sa grossesse à autrui

Madame a annoncé sa grossesse à sa mère, à son conjoint, à son père, à son frère et à ses amis (e) s. Tous, après le choc initial, ont plutôt bien accepté la nouvelle. Même si la perception que madame avait de son père lui a rendu difficile l'annonce de son état de gravidité, elle a été en mesure de la faire. Selon elle, la nouvelle a été relativement bien reçue et acceptée de la part de ce dernier. En réalité, c'est surtout le fait qu'elle ait appris qu'elle était enceinte après sept mois et demi de grossesse qu'il a eu de la difficulté à comprendre et à accepter :

[...] c'est sûr qu'y (*son père*) a été fâché au début [...].

C, t, c'tait vraiment plus mon père qui m'inquiétait (*par rapport à l'annonce de sa grossesse*)... pis ça été plus euh... plus... cool que j'le pensais. Mon père s'est assis pis y dit : « Dans mon temps les femmes avaient... t'sais ma mère a m'a eu très jeune pis y'a rien là, pis euh tu vas passer au travers, ça l'arrive pas pour rien ». Y comprenait pas, y comprenait pas que je l'sache aussi tard.

Mon père, lui, c'est lui qui m'avait dit : « Si tu gardes cet enfant-là euh... Dans notre temps les femmes avaient les enfants jeunes. Y sont pas plus niaiseuses aujourd'hui, y sont pas plus euh t'sais, dans la merde **qu'**aujourd'hui ». (*lapsus?*).

6.1.6 *Le recours à la gestation en tant que moyen inconscient de maîtriser une hyperfécondité*

Madame Z ayant expérimenté un déni lors de sa première grossesse uniquement, cette hypothèse explicative est à exclure en ce qui la concerne.

6.1.7 *La présence de grossesses très rapprochées*

Madame Z ayant expérimenté un déni lors de sa première grossesse uniquement, cette hypothèse explicative est à exclure en ce qui la concerne.

6.1.8 *Le désir inconscient de vivre une grossesse non médicalisée*

Aucune mauvaise expérience de suivi de grossesse ou d'accouchement médicalisés n'a précédé le déni de grossesse de madame Z. Donc, sur ce plan, aucun incitatif, conscient ou inconscient, à ne pas vouloir répéter une expérience malheureuse ne ressort.

6.1.9 *Le fait d'avoir subi une violence sexuelle (inceste ou viol) dont l'enfant serait, ou non, le fruit*

En aucun cas madame n'a fait allusion à un événement de ce genre et rien, à l'analyse de son verbatim, ne transparaît en ce sens.

6.1.10 Un traumatisme sur l'axe conjugalité-sexualité-procréation¹

6.1.10.1 La fausse-couche

Après avoir exclu l'inceste et le viol comme traumatismes potentiels pouvant servir à expliquer le déni de grossesse de madame Z, l'analyse détaillée de l'entretien nous a aussi permis d'éliminer la possibilité qu'elle aurait pu croire que son conjoint l'aurait trompée. Par ailleurs, madame a subi une fausse-couche, alors même qu'elle avait déjà prévu d'aller se faire avorter, entre la naissance de X et celle d'Y, sa deuxième enfant. Cet évènement s'étant produit après la naissance de X, il ne peut, évidemment, avoir contribué à son déni de grossesse.

6.1.11 *L'anticipation de la perte du droit de garder son enfant*

Cette hypothèse s'applique généralement aux femmes schizo-phrènes (ou porteuses d'un autre problème sévère de santé mentale) ou aux femmes présentant une sévère dépendance aux drogues et/ou à l'alcool et qui ont déjà vécu une perte du droit de garde de leur enfant lors d'une grossesse précédant le déni, en lien avec leur (s) problématique (s). Comme madame en était à sa première grossesse au moment de son déni, cette hypothèse ne peut s'appliquer à sa situation.

¹ D'autres facteurs que ceux mentionnés ici-bas seront examinés dans la section 6.2 (« **Facteurs de risque et/ou hypothèses** identifiés par les chercheurs comme étant associés au déni de grossesse, qui pourraient avoir joué un rôle dans celui de madame Z »)

6.2 Facteurs de risque et/ou hypothèses identifiés par les chercheurs comme étant associés au déni de grossesse, qui pourraient avoir joué un rôle dans celui de madame Z

6.2.1 Des facteurs de risque socioculturels tels les croyances, les valeurs morales et les schèmes culturels de références qui amènent à percevoir la grossesse, chez la femme enceinte et/ou son entourage, comme la « transgression d'un interdit »

Madame vient d'un milieu plutôt conservateur et très strict. Il est clair qu'elle craint son père, qu'elle décrit comme un homme « très sévère ». Ayant appris qu'elle est devenue enceinte à 19 ans, alors que ses études ne sont pas terminées, qu'elle ne fréquente son copain que depuis trois mois et qu'ils ne sont pas mariés, elle anticipe avec beaucoup d'effroi de lui annoncer la nouvelle de sa grossesse. Madame se sent vraisemblablement le déshonneur de la famille. Elle ignore si son père va faire prévaloir les strictes règles familiales ou si des arrangements pour la venue de l'enfant à naître vont être envisageables. Dans les deux premiers extraits qui suivent, son rire semble témoigner du malaise issu de l'écart entre les réactions anticipées (qui vont finalement s'avérer tenir du fantasme plutôt que de la réalité objective) et réelles de son père à l'annonce de la grossesse, et du fait que l'on en soit témoin:

Mon père est Italien donc euh...je pour moi c'était comme : « y va m'tuer », « y va m, y va m'crucifier », « y va », « y va m'renier » fait qu'j'ai demandé (*rire*) à une de mes amies, que j'avais téléphonée durant la journée pour pas être seule, euh de m'accompagner chez moi (*commence à rire*) comme ça (*elle*) était pour être témoin si mon père était pour me battre ou quelque chose.

J'avais demandé à ma meilleure amie de m'accompagner au cas où qu'mon père décide de faire quelque chose de niais (rires), y était pour avoir une, une, un témoin, mais je savais qu'y était pas pour rien faire, mais j'me sentais plus en sécurité avec quelqu'un. [...] Mon père y m'a jamais frappée, mais j'avais peur t'sais qui, qui s'défoule pis c'est. Je l'savais que c'tait pas pour arriver, mais en même temps, c'tait comme une sécurité qu'elle soit là.

J'pense aussi que j'avais plus peur d'en parler à mon père, que ce que je ressentais... en tant que future mère.

6.2.2 Un trouble psychiatrique – la présence d'un trouble psychiatrique bien identifiable

Aucun diagnostic n'a jamais été émis en ce sens chez madame Z, ce qui n'exclue néanmoins pas une psychopathologie potentielle ou latente. Par ailleurs, il serait loisible de penser que le déni de grossesse puisse être considéré, en tant que tel, comme une psychopathologie. Nous avons vu, dans la revue de littérature (chapitre II), que l'opinion des chercheurs différait à cet égard.

6.2.3 Le fait d'être primipare ou célibataire

Autres aspects qui, d'après les données sur le sujet, mettent madame Z potentiellement plus à risque de vivre un déni de grossesse : elle est primipare et en relation de couple depuis seulement trois mois au moment où débute sa grossesse.

6.2.4 Une dépendance envers la famille

Au moment où elle apprend qu'elle est enceinte, madame habite encore chez ses parents. Elle sollicitera amplement l'aide des membres de sa famille et/ou de sa belle-famille au moment venu de prendre une décision concernant le sort du fœtus, le temps de la grossesse et lors la première année de vie de X. Étant donné qu'il s'agit d'une première grossesse et qu'elle ne connaît pratiquement rien au phénomène, il n'est pas surprenant et même normal que madame ait ainsi sollicité l'aide de ses proches et personnellement, nous voyons difficilement en quoi cette dépendance aurait pu jouer un rôle, même partiel, dans la survenue de son déni de grossesse.

6.2.5 Le jeune âge (plus souvent chez les adolescentes)¹, l'immaturité psychique, le fait d'être étudiante ou sans profession et le manque d'expérience

Madame a 19 ans et est donc relativement jeune au moment où elle devient enceinte de X. *A posteriori*, elle réalise aussi avoir manqué de maturité au moment de sa première grossesse :

Pour le deuxième (*bébé Y, issu d'une grossesse sans déni*) j'ai trouvé ça beaucoup plus facile. Peut-être parce que c'était l'expérience... Mais aussi que j, j'avais mûri aussi. J'tais rendue plus vieille. J'tais à vingt, 24 ans [...].

Son mode de vie est typique de celui des jeunes de cet âge : elle travaille l'été, sort dans les clubs et fait des études au niveau collégial, études qu'elle abandonnera à l'annonce de sa grossesse. Malgré sa scolarisation, madame nous semble peu et/ou mal éduquée et inexpérimentée en matière de sexualité et de reproduction humaine. Ses connaissances de l'anatomie et de la physiologie de la reproduction nous apparaissent, pour le moins, limitées.

6.2.6 Le niveau d'instruction ou des connaissances limitées de l'anatomie et de la physiologie de la reproduction humaine

Faut pas oublier que le corps humain se transforme pendant qu'on est enceinte fait que, enceinte, donc si tes abdominaux y montent, c'est sûr que ça doit faire un feeling aussi, t'sais. [...] Euh le corps s'adapte pis j'pense que ça crée des, certains mouvements ou peu importe là, des sons dans ton corps. Ben là je l'savais que c'tait vraiment un mouvement à partir de c'te moment là (*celui où j'ai pu observer l'effet et l'amplitude des mouvements du fœtus sur un écran, lors de l'échographie*).

J'p, si, si on essaie, même en n'étant pas femme enceinte à avoir le dos droit ou avoir le dos comme ça (*courbé vers l'arrière*), la poitrine monte donc ce qui laisse plus de place à, à l'estomac. Pis j'pense que c'est là, quand j'ai su que j'étais enceinte, j'tais comme : « j'peux pas, t'sais si je me penche par en avant, elle aura moins de place », t'sais.

¹ L'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse réalisée entre le 1^{er} juillet 1995 et le 30 juin 1996 (N=65) nous apprend en fait que l'âge auquel survient le plus de dénis de grossesse se situe dans l'intervalle des 25-29 ans (Wessel, 2008).

Intervieweuse : OK. Vous avez parlé d'une crainte qu'y (*le bébé*) aurait pu être anormal si j, vous aviez pas fait ça (*arquer le dos*) [...]? Madame : « **Ben pas que, pas une crainte** » (*dénégation*), mais (*conjonction*) j'm'étais dit : « T'sais si l'bébé y a moins d'place pour bouger, est-ce que ça va l', t'sais? Est-ce que ça va l'endommager¹ en quelque »... J'connaissais rien à la grossesse...

Fait que là c'est ça que la, la doc m'avait dit, elle m'avait dit : « T'sais, y faut pas laisser le liquide euh s'écouler au complet pis que le bébé ait plus rien... [...] pour euh, respirer ou se nourrir² ».

La deuxième (*bébé Y*)... J'dois vous avouer que tout le long... ben des cinq premiers mois, jusqu'à tant qu'on aye (*ait*) l'échographie, j'tais sûre que c'était un garçon parce que, contrairement à X, j'avais beaucoup de nausées, hum... J'tais tout l'temps fatiguée pis avec X, c'tait pas l'cas.

Le père même de madame Z présente des croyances surprenantes, possiblement liées à des significations culturelles différentes quant au phénomène de la grossesse :

Mon père me disait tout l'temps que le visage d'une femme enceinte d'une fille était très joli et le visage d'une femme enceinte d'un garçon était plus euh... un p'tit peu plus sévère euh, peut-être parce que la grossesse était plus difficile, qu'on avait beaucoup plus d'acné vu les, le haut taux d'hormones. Je l'sais pas là, ça c'est mon père pis. Mais euh...

6.2.7 L'accoutumance à des substances nocives

À quelques reprises, madame nous a parlé du fait qu'elle fréquentait les bars et qu'elle avait utilisé certains types de médicaments (anti-inflammatoires et analgésiques, notamment) à l'intérieur de la période correspondant à sa grossesse :

¹ Rappelons que, suite à la première échographie, le médecin avait annoncé à madame que son bébé semblait en pleine santé et qu'il se développait normalement.

² Madame rapporte vraisemblablement mal les propos du médecin, le liquide amniotique n'ayant pas pour fonction de nourrir ou d'assurer la respiration du fœtus.

J'tais pas une fille qui buvait beaucoup d'alcool (dénégation) mais quand je sortais avec des amis, je prenais une bière ou un verre... Plus un, un verre fort parce que j'aime pas la bière. J'me suis dit : 'Est-ce que j'ai bu pendant c'temps là?'. Est-ce que je vais mettre un enfant au monde dans une bulle d'alcool, t'sais? [...] Fait que je m'étais dit : 'Non. J'pense que c'est à mes 18 ans que j'ai eu une grosse brosse pis que c'tait fini pour moi, t'sais... que j'ai pu vraiment bu'. J'me suis dit : « OK. Ça c'pas si pire.» Ben là après j'me suis dit : « Ayoye! Des « Advil » j'en ai pris... » [...] J'venais de me faire opérer dans le coude fait que j'avais mal au coude. J'prenais des anti-inflammatoires euh, la pilule du lendemain, je l'ai pris.

[...] Pis je déteste 'Tylenols'. Je, j'en prenais pas fait que j'essaie que ce soit des 'Motrin 'ou des 'Advil'. Pis euh, je savais que j'en avais pris ça c'est sûr je... **pas que je suis une 'addict' à ça (dénégation)**, mais... (conjonction) si j'ai un début de migraine j'prends ça. Pis si j'ai m. J'avais beaucoup de mal au coude. J'a, ça faisait même pas un an que j'avais été opérée... J'prenais des 'Advil'. Ça, ça m'a questionnée.

Peut-on penser que sa consommation d'alcool ou de médicaments ait pu être problématique? Madame a cessé de consommer de l'alcool, sans difficulté particulière, dès le moment où elle a appris qu'elle était enceinte. De plus, elle n'a jamais consommé de drogue de façon courante. Reste la consommation de médicaments. Bien que la présence de la dénégation (« pas que je suis une addict à ça »), dans le deuxième extrait, nous laisse soupçonner que madame consommait couramment des analgésiques, le bébé n'a apparemment souffert d'aucune séquelle et était en parfaite santé à la naissance. À partir de ces constatations, il nous semble peu réaliste de penser que madame aurait pu avoir développé une assuétude assez importante pour être à l'origine d'un besoin inconscient de dénier sa grossesse.

6.2.8 Le désir inconscient d'avoir un enfant sans être en mesure d'accepter les modifications sociales ou professionnelles susceptibles d'être générées par l'état de gravidité

À quelques reprises, madame a laissé entendre dans son discours que la grossesse était venue troubler son mode de vie :

6.2.8.1 La fin de l'adolescence

Au moment de devenir enceinte, madame est encore aux études et vit « comme une adolescente ». Elle fréquente les bars, se couche et se lève tard :

[...] pour moi c'était très clair que tu peux pas avoir d'enfant avant, t'sais, que t'ayes (*aies*) fini les trips (*boire de l'alcool, fréquenter les bars, etc.*) que t'as à faire... [...] T'sais, dans ma tête c'était ça avant. [...] Moi j'voulais tripper en masse pis... après. Euh... c'est ça.

Devenir enceinte implique idéalement un arrêt ou une diminution drastique de sa consommation d'alcool (et autres substances délétères) et de devenir une adulte responsable. Madame s'est bien prise en main dans ces différentes sphères à l'annonce de sa grossesse, mais il est clair que cette dernière arrivait de façon prématurée dans sa vie.

6.2.8.2 La fin d'un rêve au plan professionnel

Madame avait un rêve, au plan professionnel, qui lui semblait incompatible avec la venue au monde, si précoce, d'un bébé

[...] t'sais j'pensais un jour devenir euh directrice de marketing en quelque part, c'était sûr et certain (*avant de tomber enceinte*).

6.2.8.3 Un bouleversement non prévu

L'arrivée, aussi hâtive, d'un bébé modifie les plans d'avenir en général :

Peut-être que le premier enfant que j'aurais eu (*si madame l'avait eue plus vieille*) m'aurait fait vivre, m'aurait fait devenir cette femme là aussi (*celle qui travaille en*

contact avec des jeunes), t'sais. Mais là je le suis devenue beaucoup plus rapidement...
(*que ce qu'elle avait initialement prévu*)

J'ai arrêté (*mes études*) deux semaines avant que... j'accouche. Mais... tout c'te temps là que j'avais travaillé, à temps plein, parce que j'a, j'aurais pas pu finir ma session au CÉGEP. Euh. J'étais due pour accoucher le x¹ décembre, en plein dans les examens. Donc, j, j'aurais pas pu finir ma session. Fait que j'avais déjà quitté euh le CÉGEP.

D'une part, madame met fin à ses études peu après l'annonce de sa grossesse, car l'accouchement est prévu autour de la période des examens de fin de session. D'autre part, on peut observer qu'elle n'essaie pas de faire d'arrangement avec le milieu scolaire afin de différer ces examens. En réalité, madame semble plutôt indécise en ce qui concerne son avenir professionnel : elle parlera tantôt de devenir directrice de marketing, puis agente d'immeuble, pour finalement exercer le rôle de secrétaire d'un adjoint administratif dans une école. Dans l'après-coup, elle attribuera la remise en question de sa vocation initiale pour quelque chose de plus adapté à ses capacités et intérêts profonds, à la naissance de X :

[...] pis, c'est peut-être pas pour rien (*que X est arrivée dans ma vie*). J'voulais devenir la grosse directrice de marketing, mais ma vocation était pas là, ma vocation était avec les jeunes².

Ce changement de cap ne semble toutefois pas se faire sans une certaine amertume. L'utilisation des temps imparfait et présent, lorsqu'elle parle du travail d'agent d'immeuble dans le prochain extrait, en témoigne :

Oui j'ai toujours travaillé dans des camps pis je l'sais que la plupart des gens qui travaillent dans des camps s'en vont dans l'éducation après. On dirait que ça devient un... ta ligne est déjà tracée. Mais pour moi, c'était non! Je, j'me voy, j'me voyais pis

¹ Afin de préserver l'anonymat

² Bien que madame ne travaille pas directement auprès des jeunes, son travail dans une école l'amène à les côtoyer sur une base quotidienne.

je l'**sais** que je pourrais être bonne là dedans (*à quoi réfère-t-elle ici ?*). Je l'**sais** énormément (*hyperbole*). J'**me vois** agente immobilière pis je l'**sais** que je **vais** en vendre des maisons. J'**suis capable**, j'**suis capable** d'approcher les gens... Mais j'**suis** encore ben plus capable d'approcher des jeunes pis j'**suis capable** ben plus d'écouter les jeunes pis de dealer avec eux autres, t'**sais**.

6.2.9 Un traumatisme sur l'axe conjugalité-sexualité-procréation

6.2.9.1 La puberté précoce

Se développant physiquement de façon précoce, madame a été victime de moqueries de la part de ses camarades de classe alors qu'elle avait 9-10 ans¹ :

J'tais la première de ma classe (*en sixième année; à être menstruée*) et... ça paraissait (*qu'elle portait une serviette hygiénique*), parce que si je portais des pantalons serrés, ce qui était à la mode, on portait des fuseaux euh serrés, t'**sais** jaune fluo, vert fluo, c'est des pantalons comme en... en lycra pis euh, c'tait très très serré pis tu l'. Pis la première journée, j'**me rappelle**, j'tais allée à l'école, j'**m'étais** fait niaiser. Y (*les élèves*) m'disaient que j'portais une couche.

Un évènement de ce genre, relativement courant, pourrait-il avoir été assez traumatique pour avoir contribué, une dizaine d'années plus tard, à un déni de grossesse? Madame nous montre à de nombreuses reprises qu'elle vit difficilement le fait d'être sexuée et celui d'être de sexe féminin (ce que nous explorerons plus en détail aux sections 6.2.18, 6.2.19 et 6.2.21). Difficile, cependant, de déterminer précisément le ou les facteurs à l'origine de ce malaise. Ceci étant dit, voyons de quelle façon elle a réagi aux moqueries de ses camarades :

Ben. Moi j'**fais** la « tough » fait que dès qu'y en a un qui m'a niaisée dans la, pas dans la classe. Ça s'est produit en classe en premier, pis dans la classe j'ai rien fait. Pis j'**avais** dit euh j'**vas** te r'**pogner** tu vas voir à tantôt dans la cour d'école pis quand on est arrivés dans la cour d'école euh... y avait une fille et un garçon qui m'avaient dit ça, la fille j'**suis** allée la voir pis j'y ai dit : « Toi t'es jalouse parce que t'es pas devenue une

¹ Une confusion semble s'être insérée dans le discours de madame. Il est en effet peu probable qu'elle ait eu 9-10 ans alors qu'elle était en sixième année (11-12 ans serait plus probable). Aurait-elle sauté une ou deux années d'étude? Jamais elle n'en a fait mention dans son discours.

femme. Moi j'deviens une femme. Toi tu vas rester p'tite toute ta vie » pis le garçon je l'ai carrément frappé pis y, y m'ont pu jamais rien dit.

La relative aisance qu'elle a montrée à se défendre nous amène à croire qu'une partie de cet événement a, à tout le moins, pu être partiellement intégrée psychiquement et qu'il pourrait difficilement, selon nous, représenter un traumatisme assez puissant pour avoir contribué, à lui seul, à l'émergence d'un déni de grossesse.

6.2.9.2 L'accouchement

Madame avait, de longue date, développé une peur intense de l'accouchement. En effet, dans le cadre d'un travail scolaire (alors qu'elle avait environ quinze ans), elle avait dû interroger sa mère quant à ses propres accouchements. Elle en a gardé un souvenir marquant et pénible :

Là ma mère m'avait parlé de ses deux accouchements. Pis... je suis sûre à 100 % que... c'est ce que, quand j'ai su que j'étais enceinte, ça a réveillé mes peurs. J'suis assurée que c'tait ça. Ma mère m'avait dit à quel point elle avait souffert.

[...] pis ma mère a eu beaucoup de difficultés avec mon accouchement, avec l'accouchement de moi. Ç'a été trente-six heures de long. Y ont sorti les forceps à la fin pour me sortir parce qu''était pu capable. Mon frère, hum...y (*les médecins*) disaient qu'y était mort à l'intérieur parce que quand y l'ont sorti y était bleu, y respirait pu. Y avait l'cordon autour du cou. Euh... Pis y ont réussi à, je l'sais pas si on peut dire « réanimer » [...].

À l'analyse du verbatim, rien, au niveau inconscient, ne pourrait nous amener à croire que de s'être fait raconter ces événements aurait pu être assez traumatique pour favoriser le développement d'un déni de grossesse, même si, consciemment, madame se souvient et relate péniblement ces accouchements. Le fait qu'elle désirait consciemment des enfants, malgré cette peur, abonde dans le même sens.

6.2.10 *L'adultère*

Il est important de préciser qu'en aucun moment de l'entretien madame ne nous exprime qu'il y ait pu avoir un problème d'adultère au sein de son couple. Malgré cela, l'analyse détaillée de la chronologie des événements ayant mené à sa grossesse fait ressortir une certaine confusion qui nous a laissée perplexe :

Pis y (*le médecin*) m'avait dit que j'aurais... sûrement tombée enceinte au mois de mars... J'tais avec mon conjoint depuis décembre. Janvier, février, mars, ça faisait trois mois que j'étais avec mon conjoint quand j'tombée enceinte. Pis j'me rappelle que la pilule du lendemain (*prise à la suite d'un bris de condom*) ça s'est fait avant de partir pour le camp, au mois de mai.

Madame nous explique qu'elle aurait pris la pilule du lendemain alors qu'elle était enceinte d'un ou deux mois, soit au mois de mai. Dans un autre extrait, elle rapporte, sans en être trop certaine, que c'est la seule fois où elle se souvient qu'un condom ait brisé :

J'ai connu mon conjoint on était en euh... décembre. Hum. Je savais que ça devenait un peu plus sérieux avec lui. J'ai décidé d'aller voir un médecin pour qu'y puisse me pe, prescrire la pilule¹. Pis vu que j'avais déjà pas de menstruations y m'a dit : « Écoute, **j'peux pas te prescrire²** la pilule tant que je n'ai pas euh... tant que tu n'as pas tes menstruations. Tu dois commencer la journée de tes menstruations avant que tu puisses prendre la pilule ». Fais que j'ai dit : « OK, pas de problème ». Là on s, on..... On s'est toujours protégé (*avec le condom*) pendant ce temps là pis c'est sûrement qui est arrivé une fois, bon, où que c'est sûrement que le condom a pété ou quelque chose comme ça. Euh...hum... je suis hum, j'suis, j'ai toujours restée avec mon conjoint.

Ce qui nous frappe dans cet extrait, c'est que madame semble avoir pratiquement oublié l'épisode du bris de condom (« ...c'est sûrement qui est arrivé une fois où... »). Par ailleurs,

¹ L'idée d'une grossesse potentielle était donc présente à ce moment-là.

² Il est étonnant que le médecin ait prétendu n'avoir pas pu prescrire la pilule à madame. La prise de la pilule contraceptive doit commencer au début des menstruations, mais encore faut-il l'avoir en sa possession au début des règles. Dans le cas de madame Z, comme dans celui de beaucoup de femmes ayant été en déni de grossesse, la littérature nous apprend qu'il n'est pas rare que le médecin semble se faire « piéger » et qu'il agisse comme si une grossesse potentielle était quelque chose d'impossible. Ceci se produit généralement durant le déni, mais il n'est pas impossible que madame ait, malgré elle, suscité cette réaction chez le médecin!

si ce n'est pas un condom qui a déchiré, comme pourrait le laisser sous-entendre le « ou quelque chose comme ça », comment X a-t-elle été conçue? Pourrait-elle avoir été conçue malgré le port du condom? Pourrait-il y avoir eu deux bris de condom (un en mars, au moment de la conception de X et un en mai, épisode pour lequel elle a pris la pilule du lendemain) et elle en aurait oublié un? Est-ce que la conception pourrait avoir eu lieu à un moment où madame aurait eu les facultés affaiblies (sous l'effet de l'alcool, par exemple), faisant en sorte qu'elle aurait oublié les circonstances de cette conception? L'extrait suivant pourrait le laisser croire :

Intervieweuse : Comment ça, comment c'était euh la relation de couple à ce moment-là? Est-ce qu'il y a quelque chose de particulier qui s'est passé euh, au moment de la conception? *Madame* : Ben c'était dans nos premiers mois de fréquentation, donc on, on s'entend qu'on sait « toute » (*généralisation*) que les premiers mois de fréquentation c'est toujours (*hyperbole*) très très (*hyperboles*) beaux, on était très (*hyperbole*) en amour pis euh tout s'passait super (*hyperbole*) bien euh... Lui s'protégeait, moi, moi j'pouvais pas parce que bon, j'avais pas eu de règles encore euh, donc, lui se protégeait pis euh... on s'appelle même pas qu'y, qu'y ait un condom qui ait brisé parce que, sept mois après, on, t'sais on, on savait pu là si ça avait eu lieu pis tout ça. Fait que...

Dans cet extrait, il est à noter que même son conjoint aurait oublié le bris potentiel d'un condom au mois de mars.

Poursuivons avec une autre hypothèse : le conjoint de madame pourrait-il ne pas être le père de l'enfant? Pourquoi madame nous précise-t-elle, tout juste à la fin d'un des extraits précédents, qu'elle est toujours restée avec son conjoint? Aurait-elle pu penser que l'on aurait pu douter de la paternité de celui qu'elle identifie comme étant le père de X? Aucun des fragments d'analyse ne parvient à nous éclairer davantage. Parfois, elle parle du père présumé de façon très impersonnelle, nous amenant à nous questionner sur la relation entre elle et lui :

[...] Oui mais t'sais j'pas toute seule là-dedans euh, y a le père aussi euh (*qui doit décider s'il veut ou non garder l'enfant*). Si l'père y dit non [...].

C'est ça, j'suis encore avec le (*père de l'enfant?*), mon (*correction*) conjoint [...].

Dans un autre extrait, madame nous explique qu'elle se rend à l'hôpital (*les circonstances de ce séjour à l'hôpital ne sont pas claires*) et qu'elle ne met même pas son conjoint au courant de cet évènement pourtant peu banal :

Mon conjoint était vraiment pas au courant de ça (*madame semble ici référer au fait qu'elle se sait maintenant enceinte*). Y'a pas été au courant même la nuit où j'suis allée à l'hôpital, j'ai passé la journée là pis y était pas au courant.

Parfois, cependant, son attachement au père présumé de X est bien reconnu. Ainsi, lorsque nous lui demandons ce qu'elle aurait fait si son copain avait refusé d'embarquer avec elle dans l'aventure et de jouer son rôle de père, elle répond :

Je l'sais pas parce que aujourd'hui je me dis tout l'temps la question : « Est-ce qu'elle aurait connu son père? Est-ce que y aurait gardé contact avec elle? », t'sais?... Pis j'veux pas penser (*mise à distance d'une pensée désagréable*) à ça parce que... j'trop bien dans la famille que j'suis en ce moment (*elle, son conjoint et ses filles X et Y*), t'sais j...

Un autre extrait abonde dans le même sens :

Une fois que ma décision était prise de le (*bébé X*) garder et non de l'donner en adoption, ça a pas été long à faire non plus, euh... qu'y (*son copain*) soit là ou pas, j'le gardais... mais qu'il ait été là a été un gros (*hyperbole*) plus. Un gros gros (*hyperbole*) plus. Moi je l'savais énormément (*hyperbole*) que je l'aimais pis de que, que,... t... Est-ce qu'y pouvait rester en couple avec moi sans se dire : « J'veux pas être impliqué là-dedans? ». Je pense que c'était impossible. Donc, si y aurait refusé d'être impliqué là-dedans, ç'tais comme de dire : «Écoute. C'est fini. On s'voit pu. J'pourrai pas t'voir avec un (*impersonnel*) enfant », t'sais. Fait que, ça ça me faisait (*pourquoi l'imparfait? Cette possibilité s'est-elle présentée en réalité?*) beaucoup de peine aussi...

Nous ne pouvons que retenir, après avoir analysé le verbatim de madame, que la question de l'adultère (de madame envers son conjoint) demeure une question ouverte pour nous, susceptible, ou non, d'apporter un éclairage à son déni de grossesse.

6.2.11 *Des problèmes de communication dans le couple ou de l'hostilité envers son conjoint :*

Dans la section précédente, nous avons vu que la communication entre madame et son conjoint pouvait parfois être défaillante. L'épisode du séjour à l'hôpital est très parlant en ce sens.

En ce qui concerne un sentiment d'hostilité « pré déni » à l'égard de son conjoint, une telle appellation nous semblerait exagérée. Il est vrai, cependant, que certains indices dans le discours de madame nous permettent de comprendre que la relation avec son conjoint au moment où elle est devenue enceinte était difficile. Questionnée sur ce qui aurait pu amener le destin à mettre sa fille X sur son chemin, elle répond d'un débit très lent, alors qu'il est habituellement rapide, ce qui nous laisse penser qu'elle réfléchit au fur et à mesure qu'elle développe sa réponse et qu'elle pèse ses mots avant de les énoncer:

Mais... j'pense... que le destin me l'a donnée (*bébé X*) parce que hum... moi et mon conjoint, **on s'questionnait beaucoup** savoir si on était fait l'un pour l'autre. Oui **on l'savait** (*contradiction*) qu'on était fait l'un pour l'autre, **mais** (*conjonction*)...

L'ambivalence par rapport à sa relation de couple ressort bien dans l'opposition : « on s'questionnait beaucoup » par rapport à « on l'savait ». La conjonction « mais » confirme ce doute. Continuons :

[...] Fait qu'y (*son copain*) s'était dit : « J, J'voulais, j'voudrais pas m'embarquer, je l'sais que j't'aime à 100 %, **mais** (*conjonction*)... ». On avait énormément peur de... se dire qu'on allait habiter ensemble ou se dire que c'était sérieux notre affaire. Pis j'pense que c'est (*l'arrivée de X*) ce qui nous a fait qu'on était fait en, l'un pour l'autre. C'est ce qui nous a fait passer à travers toutes les épreuves qu'on a passées dans les débuts. On savait qu'on était fait l'un pour l'autre pis que, on était pour passer au travers de ça (*la grossesse, la naissance de X et les implications qui y étaient liées*) ».

Dans cet extrait, on comprend que la venue de X aura servi, entre autres « fonctions » (en plus de celles qui seront décrites aux sections 6.2.22.4 et 6.2.22.5), à renforcer une

relation incertaine entre madame et son conjoint. L'extrait suivant, dans un processus de dénégation, confirme sans équivoque la fragilité de la relation à cette époque :

Intervieweuse : Est-ce que vous, vous iriez jusqu'à dire que ça l'a cimenté même la relation avec votre conjoint? *Madame* : « Ça nous a, ça nous a ouvert les yeux pis on s'est dit : « c'pas pour rien que c't'arrivé (*notion de destin*). C'parce que... ». **Non, on pensait pas se séparer** (*dénégation*) avant que je l'aye (*aie*) su **mais... on savait** qu'à un moment donné, on, on, on s'rait peut-être pour se dire : « Ben, p't'être qu'on se r'trouvera dans cinq ans », t'sais? » [...] Fait que on s'est dit que : « ça si c'est arrivé, c'est parce qu'y fallait qu'on soit maintenus ensembles pis qu'on avait quelque chose à vivre maintenant ensemble ».

Cet extrait concernant la relation du couple nous amène à parler de la façon, « passive-agressive » et en sous-entendus, dont madame nous parlera de son conjoint d'un bout à l'autre de l'entretien. Elle en dit peu sur lui et sur sa relation de couple « pré bébé X » (hormis le fait que la relation était vacillante), mais lorsqu'elle aborde la période de l'accouchement et de l'après-accouchement (de X), alors on peut indéniablement percevoir un certain ressentiment envers son conjoint, bien que ce ne soit jamais franchement nommé. De là à penser que ce sentiment de colère retenue était déjà présent avant le déni de grossesse et qu'il aurait pu en être, au moins partiellement, l'« instigateur »? Ça nous semble peu probable, la relation, bien que parfois difficile, étant à ce moment-là davantage dans la phase « lune de miel ». Voici quand même quelques exemples (post déni) de cette colère réfrénée :

Pendant la fin de la grossesse, euh...c'tait comme les premiers mois d'un couple : tout était joyeux, tout était beau (*hyperboles*), on allait avoir un enfant. Pendant l'accouchement y (*son conjoint*) a été très très très (*hyperboles*) hum, y a été d'un bon support (*correction*). Euh.

Oui. Oui, oui! Y (*son conjoint*) était très, y était (*se reprend; correction*) présent à l'accouchement. C'était le seul là qui était dans la chambre avec l'infirmière. Euh, c'est lui qui a coupé le cordon là comme tout ce que comme un papa y fait. Hum... C'est ça. Lui c'était difficile (*pour qui?*) parce qu'y faisait des douze heures [...] de travail. Fait que c'était soit du sept à sept, pis là y arrivait à sept heures. Donc, le bébé y y restait peut-être un boire pis y allait se coucher. J'ai, j'ai été **quand même un peu** chanceuse (*semble sous-entendre* : « que le bébé soit aussi peu demandant avec un père aussi peu présent ») parce qu'elle avait seulement un boire la nuit.

Intervieweuse : [...] quel a été l'apport de votre chum dans... (*le suivi post natal*)?:
Madame demeure plutôt évasive sur cette question : « Mon conjoint était... mais. C'est, c'est difficile **aussi** (*en plus de quoi?*) parce que le premier mois, mon conjoint... Non. Les deux premières semaines y a eu congé » (*illogisme apparent dans le lien de cause à effet : pourquoi est-ce difficile du fait que son conjoint est en congé et disponible pour l'aider?*).

T'sais qu'on aille habiter avec nos parents les premiers sept mois, ça a beaucoup aidé, **mais** (*conjonction; pourquoi « mais »?*) euh...y est devenu un bon papa très vite pis euh... y a été (*quoi?*)... c'est sûr que quand qu'y (*les enfants*) marchent, pis quand qu'y parlent c'est devenu un **excellent** (*hyperbole*) père là (*semble signifier que le père s'est mis à exceller dans son rôle lorsque le bébé aurait eu au moins neuf mois*)... parce que t'sais, y pouvait se déplacer avec elle¹ pis y pouvait faire des p'tites jokes avec elle. Il lui montrait plein de choses, des grimaces là pis des niaiseries, **mais** bon (*le père semble avoir principalement eu un apport au niveau ludique*). Hum... Mais c'est ça... c'tait hum... C'est souvent plus moi qui s'en occupais le jour parce qu'il était pas là.

6.2.12 Une hostilité importante envers le fœtus

Chez madame Z, nous le verrons dans les extraits suivants, certains fantasmes de réparation semblent associés au fait d'avoir dénié sa grossesse. Peut-il s'agir de fantasmes liés à une fantaisie, inavouable et inconsciente, d'avoir souhaité l'annihilation d'un fœtus dont la présence était pressentie? Sont-ils plutôt à mettre en lien avec un sentiment de culpabilité intolérable lié au déni? Par exemple : se sentir coupable d'être devenue enceinte à l'encontre de ses désirs (conscients) et des valeurs parentales conjecturées? Malgré la fragilité de sa relation de couple? Ou encore, d'avoir ressenti de l'ambivalence envers ce bébé « importun »?

Intervieweuse : OK. Vous avez parlé d'une crainte qu'y (*bébé X, l'enfant du déni*) aurait pu être anormal si j, vous aviez pas fait ça (*arquer le dos*) par exemple ou euh?
Madame : Ben **pas que, pas une crainte** (*dénégation; contredit ce qui suit*), mais (*conjonction*) j'm'étais dit : « T'sais si l'bébé y a moins d'place pour bouger, est-ce que ça va l', t'sais? Est-ce que ça va l'endommager en quelque? ... J'connaissais rien à la grossesse [...] Fait que le canot j'me l'ai rentré cent fois dans le ventre pour, quand je chavirais, pour embarquer dans le canot, fait que je m'étais dit : « Si y avait eu un

¹ Notez que madame passe du pluriel au singulier, donc de l'interaction du père avec ses deux filles, puis avec X uniquement.

mal », t'sais... [...] ... le mal était fait, mais quand même, le mois et demi, sachant que je gardais cet enfant là, je me suis dit : « Ça va être le meilleur mois et demi qu'elle a jamais eu » t'sais...

C'est ça. J'ai passé euh une journée et demie à l'hôpital même si on nous dit que c'est deux (*jours que l'on devrait rester*). Parce que ça faisait juste un mois et demi que je savais que j'étais enceinte, je venais d'avoir un bébé pis je voyais dans ma tête que quelqu'un était pour la kidnapper parce que, dans l'hôpital, vu que c'est l'unité de naissance, on peut rentrer quand on veut.

Mon amie est rentrée (*à l'hôpital*) après son chiffre, à deux heures du matin. Y l'ont jamais questionnée euh... C', C'est plus elle qui m'a fait réaliser (*les risques que le bébé se fasse kidnapper*) : « Écoute, j'suis rentrée ici sans qu'y ait rien », t'sais. Je l'sais, j'ai dit : « Je l'sais! J'ai dit : « J'ai bougé le bébé »¹. [...] J'me sentais pas vraiment en sécurité... À la deuxième (*bébé Y*) c'était moins pire², par exemple. T'sais, j'connaisais bien l'hôpital pis j'me suis dit : « Ah, t'sais, écoute j'suis là, là ». J'avais quand même bougé le bébé juste... parce que c'était un instinct (*rationalisation*).

Est-ce que, comme Bonnet (1993) en émet l'hypothèse, madame Z se protégerait, par son déni de grossesse, d'une envie inconsciente de tuer son bébé? Cette chercheuse associe ce type de pulsion meurtrière à un vécu traumatique de l'enfance (souvent de nature sexuelle), non traité.

¹ Confusion dans l'histoire : si c'est son amie qui lui a fait penser au kidnapping possible du bébé, pourquoi madame avait-elle déjà déplacé le lit (pour se mettre elle-même entre le bébé et la porte) avant même que cette amie arrive à l'hôpital et lui parle de ça? Selon nous, ce comportement pourrait s'expliquer par un sentiment de culpabilité intolérable ressenti par la mère en lien avec le déni initial de l'existence de X, ou de façon moins dramatique, par la possibilité que son amie lui aurait parlé de ce risque de kidnapping avant même de se rendre à l'hôpital.

² Pourtant, la situation était relativement semblable.

6.2.13 *Maltraitance (s) (physique (s), sexuelle¹ (s) ou émotionnelle (s)) de l'enfance non traitée (s) et/ou vécu traumatique de l'enfance?*

6.2.13.1 Abus physiques?

La possibilité de maltraitance sous forme d'abus physique n'est pas claire. Le prochain extrait de verbatim nous permet de croire que madame en a peut-être, parfois, été victime :

[...] J'ai jamais répondu à ma mère pis j'l'aurais eu ma claque si j'avais répondu à ma mère à douze ans t'sais. [...]

De là à croire que des abus physiques ont eu lieu sur une base régulière? Peu d'indices nous permettent de le croire. Néanmoins, dans un premier temps, madame admet craindre que son père ne la frappe lorsqu'elle va lui apprendre qu'elle est enceinte :

Là la semaine qui a suivi, la journée où je suis allée à l'hôpital, on m'a..., euh une travailleuse sociale m'a suivie, euh parce que moi j'disais comme : (*ton apeuré*) : « Euh, j'peux pas rentrer à la maison « mon père y va me tuer. Qu'est-ce que je vas faire, y va me battre c'est sûr », bla, bla, bla.

Plus tard, elle dira, sous forme de dénégation cependant, que son père ne l'a, en réalité, jamais frappée :

[...] pis je v'nais juste de revenir de l'hôpital. J'avais demandé à ma meilleure amie de m'accompagner au cas où qu'mon père décide de faire quelque chose de niaiseux (*pires*), y était pour avoir une, une, un témoin mais je savais qu'y était pas pour rien faire, mais (*conjonction*) j'me sentais plus en sécurité avec quelqu'un ». *Intervieweuse* : C'est quoi quelque chose de niaiseux? Qu'est c'que... *Madame* : « Mais non, mais j, chs, j'disais : « C'est sûr qu'y va m'tuer, c'est sûr qui va m'tuer, c'est sûr qu'y va m'tuer, y va être fâché, j'ai pas envie qui m » (*voix paniquée*). **Mon père y m'a jamais frappée** (*dénégation*) mais (*conjonction*) j'avais peur t'sais qui, qui s'défoule pis c'est. Je l'savais que c'tait pas pour arriver, mais en même temps, c'tait comme une sécurité qu'elle soit là.

¹ Ce point a déjà été traité à la section 6.1.9.

Donc, est-ce que cette peur que son père la frappe (ou se défoule sur elle) est ancrée dans la réalité ou est-elle strictement le fruit de son imaginaire? Est-ce la peur d'une petite fille qui se souvient que son père était strict et sévère, transposée à l'âge adulte? Il serait légitime de le croire. Il demeure néanmoins difficile pour nous d'évaluer l'apport de ce facteur dans le développement de son déni de grossesse.

6.2.13.2 Abus émotionnels?

Cet aspect nous semble avoir joué un rôle déterminant dans le déni de grossesse de madame Z. Nous le traiterons de façon détaillée dans la deuxième partie de l'analyse (chapitre VII).

6.2.14 *Cercles familiaux souvent caractérisés par des difficultés à promouvoir l'individuation*

Dans la famille d'origine de madame Z, le processus d'individuation semble parfois malaisé (voir aussi la section 6.2.20.1 pour d'autres exemples). Cette difficulté transparaît dans l'inconfort majeur que suscite la possibilité que ses parents pourraient envisager une option différente de la sienne quant au sort de bébé X. Voici ce qu'elle répond à la question de savoir ce qu'elle aurait fait si ses parents lui avaient demandé de se faire avorter :

Je l'sais pas parce que je l'ai pas vécu, mais c'était clair que j'allais pas au Texas.

Madame commence à répondre à cette question par une contradiction. Elle ne savait pas trop ce qu'elle aurait fait du fœtus si ses parents, qu'elle estime beaucoup, avaient proposé l'avortement et en même temps, c'était clair pour elle que ce n'était pas une solution envisageable. La difficulté qu'éprouve ici madame de se positionner à l'encontre d'un désir potentiel de ses parents témoigne sûrement d'une *difficulté à s'individualiser* et, probablement aussi, d'une *Crainte de les perdre, c'est-à-dire d'être* (encore une fois, nous

verrons pourquoi au chapitre VII) *abandonnée*, physiquement ou psychiquement, par eux.
Continuons :

Donc, si y aurait fallu que t'sais que j'aye (aie) un parent (*quoi?*)... là j'ai l'âge de 19 ans, j'suis quand même une adulte puis j'vas prendre la décision que j'veux. Je l'aurais fait c'est sûr et certain...

Ici, qu'est-ce que madame essaie de nous dire qu'elle aurait fait? « Ne pas avorter? » Étrange façon de nous signifier son intention de ne pas se faire avorter, qui est cependant confirmée par la suite de sa réponse :

[...] pour moi y était pas question d'aller au Texas...

Ce qui, soulignons-le, est toujours en contradiction avec son « je l'sais pas » du départ.
Reprenons :

Pis j'suis sûre que j'aurais changer de, d'avis une fois... (*Que quoi?*) Si j'avais décidé de le donner en adoption je, je...

Rappelons ici que la question posée par l'intervieweuse concerne l'avortement. On peut néanmoins observer que madame en vient à associer d'elle-même sur le thème de l'adoption. En filigrane de cet extrait, elle semble référer à ce que sa mère lui a déjà dit à l'effet que l'« on ne peut donner un enfant à qui on a donné naissance ». Cependant, elle ne termine pas sa phrase, à deux reprises, ce qui nous laisse initialement dans l'incertitude quant à sa position sur l'adoption. Puis elle poursuit :

Mon entourage était un peu (*minimisation*) contre ça. T'sais mes amis **m'en ont pas parlé, mais y m'ont toujours dit** que j'avais fait le bon choix.

La confusion et les contradictions reprennent. Comment peut-on se prononcer sur l'opinion d'autres personnes quand un sujet n'a même pas été abordé avec elles? Le malaise

de madame à développer sur cette question est palpable. Elle projette sur ses amis la décision qu'elle aurait elle-même envisagée, soit de garder le bébé plutôt que de le donner en adoption. En attribuant cette décision à autrui, madame minimise l'inconfort qui aurait pu être lié au fait d'être, dans ce cas-ci, en désaccord potentiel avec ses parents. Poursuivons :

Hum... J pense qu'y (*ses amis*) m'auraient fait réaliser que c'était peut-être pas une bonne chose de le donner en adoption. Euh... Pis aujourd'hui **j'veux même pas penser à y avoir pensé** tellement c'est, c'est, c'est mon ange, là c'est... C'est quelque chose (*X est objectivée*) qui a changé ma vie pour euh, pour le meilleur. (*Madame devient émue et verse quelques larmes : un sentiment intense de culpabilité semble émerger*) [...] Oui... Oui. (?) p'tit ange. (*Difficilement audible*)

On peut ici observer que le simple fait d'envisager qu'elle aurait pu se départir de sa fille X en la donnant en adoption suscite un sentiment de culpabilité difficilement tolérable qu'elle s'empresse d'atténuer en idéalisant (« c'est mon ange ») cette fille jadis « non désirée ».

6.2.15 Facteurs obstétriques ou gynécologiques et/ou l'absence de symptômes physiques associés à la grossesse

Nous avons vu au chapitre III (Anamnèse) que madame n'a présenté quasiment aucun des symptômes associés à la grossesse pour toute la période précédant la levée du déni. Seuls des mouvements fœtaux (confondus avec des gargouillements) et l'absence de menstruations aurait pu trahir son état de gravidité, mais madame était une habituée des aberrations de son cycle menstruel (elle était sans menstruations depuis quelques mois avant de devenir enceinte de X), ce qui a pu, jusqu'à un certain point, confondre son jugement quant à la possibilité, ou non, d'être enceinte. Peut-être, plus ou moins consciemment qu'elle avait **supposé, de ce qui précède, qu'elle était stérile, altérant ainsi son rapport à la maternité**. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que madame, se dépensant à foison physiquement, avait perdu beaucoup de poids (18 kilos ou 40 livres entre le 3^e et le 6^e mois, la durée du camp) alors même qu'elle était enceinte. Ce facteur, une fois de plus, lui a vraisemblablement rendu plus difficile le constat sans équivoque d'une grossesse possible.

6.2.16 La présence de trouble du schéma corporel, le peu d'attention portée au corps et lien diffus au corps et/ou au ressenti*

Suite à l'analyse de l'entrevue, nous avons été frappée par le manque de contact de madame avec son vécu corporel et/ou son ressenti. Les extraits suivants en témoignent :

Parle de l'échographie : c'est là que j'ai sen, je savais que c'tait, c'tait un mouvement parce que je l'ai vu dans l'échographie, dans l'ordinateur. [...] *Intervieweuse* : OK. Là vous étiez capable de, de... de faire le lien entre la sensation et vous avez vu que c'tait, c'tait ça un mouvement de bébé, c'est comme ça que ça se sent dans le ventre? *Madame* : Exactement. C'était pu juste un gargouillement. Là je l'savais c'était quoi...

Mais à sept mois et demi euh... la doc (*le médecin*) m'a dit que souvent (*généralisation visant à normaliser sa situation*), peut-être que les coups que je sentais, euh... **j'pensais peut-être** que ça allait se transformer en gaz. C'est **un peu** un feeling qu'on peut ressentir. Fait que **peut-être** pour moi, c'était ça, t'sais?

Parle de la gynécologue qui s'est occupée d'elle lors de sa première grossesse par rapport à celle qui s'est occupée d'elle (plus impersonnelle) lors de la deuxième : « Moi je l'savais pas, mais j'me suis sentie à l'aise avec elle.

Il émane de madame un certain inconfort à laisser voir qu'elle n'a pas été consciente de la majeure partie de sa grossesse. Dans une tentative de se rassurer et de normaliser sa situation, à ses yeux et/ou aux nôtres, elle rationalise, a recours à l'autorité d'autrui (alibi) ou à des explications plutôt naïves, qui ne font que confirmer notre impression d'une *relation diffuse à son corps et à son ressenti** et, encore une fois, d'une **connaissance sommaire des phénomènes reliés à la reproduction** :

6.2.16.1 Rationalisation

Alors qu'elle est enceinte de sa deuxième : pis j'm'étais dit : « cette fois-là (*en référant à la première grossesse*), comment j'ai pu manquer... le, les premiers mois de grossesse de X (*son premier bébé*). Comment j'ai fait pour manquer ça »? [...] Pour

sentir le bébé bouger, **y faut vraiment qu'on sache** qu'on est enceinte pis y faut **vraiment vraiment** (*hyperboles*) qu'on porte attention au corps [...] c'tait peut-être juste un gargouillement. C't'ait-tu vraiment le bébé qui bouge?

J'me suis dit : « C'est peut-être euh », c'pas normal qu'on le sache pas là (*qu'on est enceinte*), mais j'veux dire, y a **toujours** (*généralisation*) des femmes qui le savent pas, mais j'pense que si tu portes pas attention pis que t'as une vie très active, très remplie, tu portes pas attention à ton corps... ça s'peut. Ça s'peut. Pis euh... Même encore à la deuxième (*grossesse, sans déni*) euh, j'pense que je l'ai vraiment senti bouger au cinquième mois (*tentative de normaliser sa situation*).

Surtout que j'touchais plus mon ventre (*suite à l'annonce de la grossesse*). C'pas une région qu'on va s'toucher tous les jours. Si t'es pas enceinte... tu te (*impersonnel; mise à distance*) touches pas la bedaine, c'est sûr et certain (*hyperbole*).

Nous demandons à madame d'élaborer sur son énoncé : « on entend un bébé bouger ou on sent un bébé bouger quand on porte attention à son corps » : Bon. Avec X, je l'savais pas (*que j'étais enceinte*) fait que, tu (*impersonnel : mise à distance*) t'assoies jamais pour dire : « J'écoute. J, j'me concentre sur mon ventre ». J'pouvais pas faire ça. J'avais dix mille affaires à faire dans ma tête pis dix mille affaires à faire physiquement aussi. [...]. **Je l'savais pas premièrement**, fait que jamais j'me suis assise pis dit : « Ah! Ça bouge dans mon ventre. Mais r'garde donc, c'est peut-être un bébé ». Jamais j'me suis dit ça avant.

Dans le premier et le dernier extrait, madame laisse même sous-entendre qu'il aurait en fait fallu qu'elle sache **déjà** qu'elle était enceinte pour être en mesure d'en détecter les signes.

6.2.16.2 Recours à l'autorité d'autrui (alibis)

Mais quand j'ai su (*par l'échographie*) que c'était le bébé, que je portais beaucoup pl, je l'ai senti vraiment, vraiment. Vraiment, vraiment, vraiment (*hyperboles*), pis j'me suis dit : « Comment j'ai pu passer à côté de ça? », mais **encore là**, les docs (*les médecins*) ont l'air à dire que c'est possible si tu portes pas attention.

Concernant son absence de symptômes : Hum... Quand j'suis allée passer l'échographie (...) le **médecin** m'a dit qu'ça s'pouvait, pas à 100 %, mais que ça s'pouvait énormément (*hyperbole*) parce qu'il en voyait plusieurs (*tentative de*

généralisation) cas comme ça, à... contraire à ce qu'on pense [...] Lui (*son médecin*) ça lui était arrivé trois fois dans sa vie de médecin qu'une femme rentre et qu'elle accouche sans le savoir. Fait que lui y était pas très îi. Y a d'autres...mais. Les (*généralisation*) *médecins* avaient pas d'l'air très surpris de ça.

Euh quand le médecin qui m'a fait l'échographie, qui était pas le même médecin qui m', qui v'nait d'm'apprendre que j'étais enceinte m'a dit qu'y avait une femme qui v'nait d'entrer à l'hôpital la veille ou la semaine d'avant, une *avocate* qui venait de rentrer parce qu'elle avait des crampes au ventre, y se sont rendus compte qu'elle était en train d'accoucher euh que ça l'a, que ça l'a, l'arrivait, ben pas souvent, mais que ça l'arrivait quelques fois euh...

6.2.16.3 Utilisation d'explications naïves

Faut pas oublier que le corps humain se transforme pendant qu'on est enceinte fait que, enceinte, donc si tes abdominaux y montent, c'est sûr que ça doit faire un feeling aussi, t'sais. [...] Euh le corps s'adapte pis j'pense que ça crée des, certains mouvements ou peu importe là, des sons dans ton corps. Ben là je l'savais que c'tait vraiment un mouvement à partir de c'te moment là. (*l'échographie*)

J'p, si, si on essaie, même en n'étant pas femme enceinte à avoir le dos droit ou avoir le dos comme ça (*arqué vers l'arrière*), la poitrine monte donc ce qui laisse plus de place à, à l'estomac. Pis j'pense que c'est là, quand j'ai su que j'étais enceinte, j'tais comme : « j'peux pas, t'sais si je me penche par en avant, elle aura moins de place », t'sais.

Ce dernier extrait laisse même sous-entendre que le bébé se logerait dans l'estomac plutôt que dans l'utérus. Poursuivons :

J'tais assise pis... j'essayais d'écouter ce que mon corps me disait, j'essayais de sentir le bébé bouger. Encore là euh t'sais j'suis sûre que, on (*impersonnel*) sent des choses, mais c'est sûrement le, tout le muscle, tous le les abdominaux qui travaillent aussi là, a se déplacer pis tout ça, mais...

Pis... pis j'pense que c'est aussi un peu psychologique. Euh, j'l'ai vécu avec la deuxième (*bébé Y*). Dès qu'on est enceinte, on arque le dos pour... j'pense que c'est toutes les femmes qui font ça... (*généralisation qui vise à normaliser sa situation*) [...] ... pour laisser d'la place au fœtus.

Nous pouvons aussi observer qu'à partir du moment où madame apprend qu'elle est enceinte, elle se met à exacerber certains signes de la grossesse. Est-ce dans l'optique de rendre l'évènement plus réel? De rattraper symboliquement le temps perdu?

Quand j'ai su que j'étais enceinte et que, déjà là, j'laissais plus la bedaine paraître... En touchant... Ben, t'sais j'veux dire mon, j'arquais mon dos. Donc t'sais, j'm'assoiais pis j'laissais la, la bedaine sortir.

6.2.17 Une famille d'origine où l'éducation est rigide et où les informations liées à la sexualité sont réduites à leur strict minimum et/ou un problème dans la sphère sexuelle ou reproductive dans un contexte où la grossesse est considérée comme taboue

Dans la famille de madame X, certains sujets semblent tabous, notamment ce qui est en lien avec la grossesse et/ou la sexualité :

Intervieweuse : Pis est-ce que c'était quelque chose qui se discutait chez vous [...]? (*la question d'une grossesse possible*) *Madame* : Jamais. Jamais. Jamais. Ç, ç... Quand qu'on s'assoiait à la table pour souper c'était pour parler de notre journée, comment allaient les études.

Ce qui est en lien avec la reproduction, la sexualité et la féminité ne semble discuté qu'en cas d'absolue nécessité :

Euh... On a dû en r'parler (*des menstruations*) vers l'âge de 10 ans parce que j'avais des crampes énormes, énormes, énormes. Euh on a, on avait même consulté pis tout ça, mais c'est vraiment, vraiment pas quelque chose qu'on parle à la maison. Zér, zéro sexualité. Zéro vie intime. On parlait de rien à la maison.

Dans un tel contexte, il devient évidemment difficile d'envisager la présence même d'une grossesse potentielle à un âge et dans des conditions telles que madame Z les a vécues (hors mariage, étant étudiante, en début de relation, alors qu'elle est issue d'une famille stricte aux valeurs plutôt conservatrices, etc.), sans que ça ne crée de *dissonance cognitive* importante (du type : une bonne fille issue d'un milieu comme le mien n'aurait pas dû

devenir enceinte) et sans que ça ne viennent remuer des **croyances, des valeurs morales ou religieuses et/ou des schémas culturels de référence** amenant madame Z à **percevoir sa grossesse comme la transgression d'un interdit**, implicite ou explicite. En fait, l'idée qu'elle aurait pu transgresser un interdit familial en devenant enceinte semble tenir davantage du fantasme que de la réalité si on se fie à la réaction réelle de ses parents à l'annonce de la nouvelle (l'acceptation après un bref moment de choc). En ce sens, on pourrait voir là l'indice d'un **conflit psychique inconscient se jouant entre le désir d'être enceinte et des stressseurs externes, tels la « perception » de transgresser un interdit aux yeux de ses parents ou des siens propres**. La grande crainte qu'elle a éprouvée à aborder la réalité de sa grossesse avec son père abonde en ce sens.

6.2.18 *Une sexualité refoulée ainsi que des conflits reliés à la sexualité et au fait d'être vue comme une personne sexuée:*

Interpellée à savoir si le questionnement sur l'origine des enfants était quelque chose de tabou chez elle, madame répond :

C'parce que j'me rappelle pas (*refoulement*) d'm'avoir posé ces questions-là étant jeune. J'pense que quand on a commencé à voir le système reproductif en, en biologie de secondaire 1... j'pense même pas m'avoir posé les questions avant. **Donc** (*conjonction*), c'tait pas quelque chose qui était tabou. Ma mère m'en a jamais parlé non plus **parce que** je ne me rappelle pas lui avoir posé la question et quand on a parlé du système reproductif en secondaire 1, j'ai tout de suite compris d'où ça venait (*parle probablement « des bébés »*). Mais avant, j'tais pas une p'tite fille à garçons du tout, du tout. J't'ais lancée dans les sports à 100 %, pis c'est pas quelque chose que je voyais (*les réalités en lien avec la sexualité et la reproduction*) pis ma mère, ma mère m'a même dit que **quand j'voyais des femmes enceintes j'me demandais pas d'où ça venait**.

Dans ce dernier extrait, il est intéressant de noter que c'est par le biais d'un raisonnement vicieux que madame nous fait comprendre que le thème de la reproduction ne pouvait en rien être tabou chez elle **puisque** il n'avait jamais fait l'objet de discussion. Ce qui ressort aussi de l'analyse, c'est que madame Z semble avoir refoulé s'être questionnée,

comme tous les enfants le font à un moment ou à un autre de leur développement, relativement à la sexualité et à la reproduction. Par surcroît, si on se fie aux dires de sa mère, il semble bien que madame déniait même, depuis longtemps, les représentations en lien avec la grossesse (« **quand j'voyais des femmes enceintes j'me demandais pas d'où ça venait** »). Cette réalité ne semblait tout simplement pas exister pour elle à l'époque où elle n'était encore qu'une petite fille. Était-elle déjà si menaçante pour son intégrité psychologique? Probablement. Même la question des tabous semble taboue et suscite des résistances (« ...j'tais pas une p'tite fille à garçons du tout, du tout. J't'ais lancée dans les sports à 100 %, pis c'est pas quelque chose que je voyais... »).

D'où pouvait provenir cette difficulté à se vivre comme un être sexué? Nous croyons que c'est peut-être à mettre en lien avec son identité féminine.

6.2.19 Une carence dans la relation à leur mère, notamment au niveau de la transmission de la féminité

Comme la section précédente en témoigne, dès son tout jeune âge, madame démontre des indices que son rapport à la reproduction, à la sexualité et à la féminité est malaisé :

J'pense que ma mère a été chanceuse (*projection*) parce que j'ai toujours été sportive. Fait que moi c'était des shorts pis des T-shirts. Y en avait pas de p'tites camisoles. Est-ce que ça l'existait dans mon temps?... C'est sûr qu'y avait sûrement des filles qui étaient habillées sexy. C'tait pas mon cas¹ pis j'portais pas attention à ça.

Pis moi j't'une fille qui a, qui a toujours été ben « gars ». T'sais. J'tais un p'tit « tom boy ».

Doit-on penser que madame a été éduquée comme un petit garçon?

¹ Madame semble avoir oublié l'épisode des pantalons moulants en lycra qu'elle portait à l'époque de ses premières menstruations. Elle avait alors été la risée de ses camarades qui pouvaient percevoir la silhouette de sa serviette hygiénique au travers du tissu.

Non. J'portais toujours des robes, par exemple. [...] Plus jeune là, bébé là, jusqu'à l'âge de six – sept, six ans peut-être, parce que j'ai commencé à faire du sport, au ballon-volant à sept ans à l'école. Fait que, à chaque rentrée d'école avant ça, j'avais ma p'tite robe pis ça d'l'air que, avant que j'aïlle cinq ans, avant d'aller à l'école, j'avais toujours toujours mes robes pis mes p'tites affaires dans les cheveux. Fait que : oui ma mère m'a élevée comme une p'tite fille¹... c'est moi qui a dit : « C'ben trop compliqué ça (*les robes et les ornements pour les cheveux*). C't'aussi bien de porter des shorts pis des runnings » (*espadrilles*), pis ça fait, ça fait mon affaire.

Plusieurs extraits de verbatim nous permettent de constater que non seulement madame n'est pas très à l'aise avec la féminité et/ou les attributs qu'elle y associe, mais qu'il y a là pour elle quelque chose de dégradant, d'avilissant et de très stéréotypé :

Je coache seulement des gars, parce que j'trouvais qu'une fille c'tait trop « bitch », ça s'parlait trop dans l'dos euh. Ça chialait pour rien, ça (*re*)chignait pour rien.

En tant que monitrice dans, dans un camp, j't'ais pas la, la p'tite, t'sais, monitrice qui dit : « Ah! Pauvre petite fille! Tu t'es cassé un ongle! Viens! J'vas t'faire un beau... » (*sur un ton de « lamentations »*). J'n'étais pas comme ça. J'tais comme : « Ah! C'pas grave! Passe à d'autres choses! Envoye on s'en va! », t'sais ?

Ben maintenant qu'j'ai deux filles, j'me dis peut-être que « oui » (*le destin m'a envoyé des filles pour une raison particulière*) parce que ça va m'aider à, à apporter plus mon côté féminin que je l'avais pas du tout, du tout, du tout (*hyperboles*) avant. Fait que j'me suis dit que si j'ai deux filles c'est parce que ça va apporter mon p'tit côté ma, féminin, mon p'tit côté magasinage, mon p'tit côté je..., t'sais, tout ça. Ça me l'a fait sortir en ayant des filles euh...

À notre demande de savoir ce qui, selon elle, a fait en sorte qu'elle n'affichait pas sa féminité et qu'elle n'était pas, de façon générale, très féminine, elle répond de façon plutôt surprenante :

C'est difficile d'être féminine avec des runnings (*espadrilles*) pis des shorts. J'ai été élevée comme ça, avec un ballon de ballon-volant dans les mains, un ballon de handball pis... pour moi... j'peux pas me maquiller parce que j'allais suer. J'pouvais pas porter

¹ Rappelons ici que de l'âge de deux ans et demi à cinq ans, c'est la famille du père de madame qui a pris soin d'elle (en Italie).

des souliers parce que je pouvais pas jouer aux sports avec ça. J'pouvais pas porter des pantalons trop serrés parce que si j'jou, si je faisais des sports, y allaient déchirer (*le tout dit sur le ton d'une litanie*), fait que...

J'travaille dans une école en tant que secrétaire, donc oui y faut que j'm'habille un p'tit peu plus propre, mais j'ai pas de sacoche pis, vous allez pas m'voir avec un, un tailleur ou euh une robe une-pièce. T'sais c'est pas des choses que, que j'vas porter. Hum... Pis ça, c'pas par choix (*c'est à cause de quoi?*), c'pas parc... Oui ma mère est un peu comme moi, j'pense (*projection*). J'pense que ma mère était comme moi. A l'a, a m'a pas minouchée si j'avais mal. Ben oui, c'est sûr qu'à l'a pris soin d'moi là! Mais a l'a pas fait : « Ah ma p'tite fille! » pis on n'allait pas magasiner pis tout ça là, t'sais? C'tait... Ma mère est comme moi.

Par le biais d'un raisonnement singulier et vicieux, elle nous « démontre », en somme, qu'elle ne peut être féminine et afficher sa féminité **parce** qu'elle est sportive (comme si féminité et sport constituaient des réalités incompatibles) et qu'elle n'est pas féminine. Elle poursuit ensuite de manière idiosyncrasique en nous expliquant que sa mère est comme elle, et non l'opposé, un peu comme si l'ordre des générations était inversé et que l'une se confondait avec l'autre. Ce faisant, madame projette sur sa mère le malaise qu'elle-même ressent envers sa féminité. Ce dernier extrait témoigne bien des hypothèses qui avancent que les femmes qui ont vécu un déni de grossesse semblent fréquemment *issues de milieux présentant une relation œdipienne serrée*, souvent *caractérisés par des difficultés à promouvoir l'individuation (voir aussi section 6.2.14)*.

6.2.20 *Une relation œdipienne serrée dans une famille caractérisée par des difficultés à promouvoir l'individuation :*

Madame Z a près de deux ans au moment où elle découvre que sa mère est enceinte de son petit frère. Bien que n'étant pas encore à l'apogée de la période œdipienne (qui culmine au moment de la phase phallique, entre trois et six ans), elle se questionne sur la présence des selles, mais aussi sur celle du bébé dans le ventre de sa mère. En plus du sentiment de rivalité qu'elle ressent lorsque son petit frère naît, son désir éventuel de le jeter à la poubelle,

comme on se débarrasserait d'un excrément, émerge de l'association bébé-caca propre à cette période du développement :

Ma mère était beaucoup présente... pour mon frère... Pourquoi? Parce que, je l'sais pas. C'est peut-être une hypothèse que je me fais là... Quand mon frère est né euh... j'l'ai mordu. Très fort. J'étais jalouse. Je l'ai sorti de sa basinette. *Intervieweuse* : Quel âge vous aviez à ce moment là? *Madame Z* : J'avais deux ans et demi. Trois ans. [...] J, je l'ai sorti de la basinette pis j't'allée l'mettre dans les, j'ai voulu aller le mettre dans les poubelles. Pis là j'disais : « On n'en a pas besoin maman ».

Par ailleurs, c'est au moment du passage entre la phase anale et la phase phallique qu'émerge le questionnement relatif à la reproduction. À cet âge, bien que de façon plus ou moins confuse, l'enfant comprend inconsciemment l'état de grossesse (Chasseguet-Smirgel et Grunberger, 1977). Alors que commence à poindre le désir de la petite madame Z de recevoir un bébé de son père, débute le processus d'identification mère-fille, dans le but de déclasser la mère auprès du père (nous verrons un peu plus loin (section 6.2.20.1) que cette identification à la mère semble s'être cristallisée au détriment du processus de séparation-individuation¹). Cette période de rivalité mère-fille n'est pas sans susciter l'exacerbation de l'agressivité de la fille envers sa rivale ce qui provoque chez elle, par ricochet, de l'angoisse et un sentiment de culpabilité intense. Le mutisme familial concernant les affaires sexuelles de même, possiblement, que le sentiment d'avoir été punie pour ses émois œdipiens (entre les âges de deux ans et demi et cinq ans elle sera envoyée en Italie pour avoir voulu se débarrasser de son petit frère), confirmeront à ses yeux que les questions concernant le couple et la reproduction sont frappés d'interdits, rendant dorénavant impensables toutes représentations en lien avec la conception. Dans un tel contexte, il est légitime de penser que notre petite madame Z n'a pu que pressentir que la paix et l'harmonie familiales ne pouvaient s'obtenir qu'en faisant fi de ces émois œdipiens. Ainsi, s'est probablement amorcée pour elle une phase régressive lui permettant, par la répression présumée des sentiments agressifs de jalousie et de haine qui l'habitaient encore tout récemment, d'espérer préserver ses objets d'amour (ses parents). Comble de malheur pour elle, ce stratagème, inconsciemment mené, a échoué et elle fut envoyée en Italie. Madame Z allait donc entrer un

¹ La première phase du processus de séparation-individuation s'amorce au moment où le bébé acquiert la locomotion et commence à vouloir explorer le monde, et la seconde, au début de l'adolescence.

jour dans la vie adulte sans avoir eu la possibilité de surmonter entièrement son complexe d'Œdipe.

6.2.20.1 En ce qui concerne les défaillances de la phase de séparation-individuation :

Plusieurs extraits, relatifs à l'âge adulte, témoignent de l'identification massive de madame Z à sa mère. En voici quelques exemples :

Intervieweuse : [...] vous v'nez juste de parler de la féminité. Vous en parlez, vous dites que vous étiez pas du tout féminine. Est-ce que c'est euh, est-ce que vous avez l'impression que c'est un choix [...] *Madame Z* : Hum... Pis ça, c'pas par choix, c'pas parc... Oui ma mère est un peu comme moi, j'pense. J'pense que ma mère était comme moi. A l'a, a m'a pas minouchée si j'avais mal. Ben oui, c'est sûr qu'à l'a pris soin d'moi là! Mais a l'a pas fait : « Ah ma p'tite fille! » pis on allait pas magasiner pis tout ça là, t'sais? C'tait... Ma mère est comme moi.

Y a un de mes amis qui appelle ma mère « mom ». [...] T'sais y l'appelle « mom » pis c'est, **c'est comme ça que je veux être**. C'est, c'est exactement ça que je veux être plus tard quand, quand mes enfants seront plus grandes.

[...] pis j'avais peur que l'épidurale fasse pas effet **parce qu'a l'avait pas fait effet à ma mère** lors de ses deux accouchements pis euh.

La mère de madame Z, quant à elle, est impliquée dans ce qui arrive à sa fille au point qu'elle avait envisagé de garder le bébé si madame Z avait choisi de s'en départir :

[...] È (*Elle, sa mère*) m'a rien dit, è m'a dit que c'était ma décision (*de garder ou non bébé X*), que peu importe la décision que je prenais, qu'elle était pour m'appuyer là-dessus. [...] Quand j'lui ai dit qu'on (*madame Z et son copain*)... l'gardait, elle m'a dit : « J'suis très très contente de ta décision » euh que d'avorter euh, de s'faire avorter c'tait vraiment la pire idée et que de donner l'enfant : « j'pense que ça aurait été une grave décision parce que j'suis sûre que tu t'en serais rappelée tout le restant de ta vie », pis a dit : « **De toute façon, a dit, je l'aurais sûrement gardée cette enfant-là** »,

ce qui aurait positionné la grand-mère en tant que mère de sa petite fille, confondant ainsi l'ordre des générations. On peut comprendre de ce qui a été dit qu'il n'était pas dans les intentions de la mère de respecter la décision de madame Z concernant le sort de bébé X si elle avait été à l'encontre de son propre choix. Cet extrait nous amène à penser que la mère semble revivre, à travers sa fille, la culpabilité qu'elle a dû elle-même ressentir (... « tu t'en serais rappelé tout le restant de ta vie ») lorsqu'elle s'en est séparée entre les âges de deux ans et demi et cinq ans.

De façon générale, nous avons pu observer que madame Z et sa mère ont beaucoup de choses en commun : les deux sont sportives et peu féminines. Elles ont eu leur couple d'enfants jeunes, dans un contexte où elles ne s'y attendaient pas. Les deux sont des femmes très travaillantes qui ont, non seulement investi leurs enfants, mais aussi beaucoup ceux des autres, notamment les enfants vivant des situations difficiles. Les deux ont fait garder leurs propres enfants. Tout comme sa mère, madame Z souhaite devenir une mère « impliquée », chaleureuse et prônant les bonnes manières auprès de ses propres enfants.

Ceci étant dit, revenons maintenant sur le fait que tant madame Z elle-même que sa mère sont décrites comme étant des femmes « peu féminines ». On ne connaît pas assez l'histoire de la mère de madame Z pour nous permettre de cerner certaines pistes explicatives liées à cette caractéristique. En ce qui concerne madame Z cependant, nous avons déjà vu que celle-ci, étant enfant, s'était sentie mise à l'écart par sa mère au profit de son frère, un garçon (anamnèse, chapitre III). Pour couronner le tout, certains extraits de verbatim nous amènent à penser que madame Z ne s'est peut-être jamais sentie plus désirée par son père du fait de son sexe :

6.2.21 *Le féminin : un statut peu enviable**

[...] Mon père a toujours voulu des enfants. Mon père euh, y fallait qu'y aye (ait) des enfants pis surtout un garçon, les Italiens, y faut qu't'ayes (aies) un garçon pour continuer la, la progéniture de, du nom italien.

On devine qu'en utilisant le mot « progéniture » madame parle en fait de la « lignée » ou de la « filiation ». Puis elle continue :

Quand qu'y (*il, son père*) a su qu'elle (*sa mère*) était enceinte, mon père **s'était fait à l'idée** (*concept de « résignation »*) qu'y était pour avoir un enfant et qu'c'était pour être une fille (*dit sur un ton appuyé*) euh... Pis le deuxième quand y est arrivé euh mon père a su que c'était un, un (*en riant*)... un garçon pis (*conjonction*) ma mère a eu beaucoup de difficultés avec mon accouchement, avec l'accouchement de moi.

D'une part, on devine que le rire sert à diminuer l'anxiété que suscite chez madame l'idée que son frère lui ait été préféré. D'autre part, la façon abrupte dont elle détourne son propos, qui passe de son frère à elle-même, abonde dans le même sens que ce thème suscite chez elle un malaise certain.

En fait, cette préférence pour un garçon, tout comme l'inconfort avec la féminité, semblent s'être transmis de génération en génération dans la famille de madame Z. Plusieurs extraits, post déni, le confirment. En voici quelques-uns :

Pis avec ma (*deuxième*) fille, j'me suis dit : « Bon ben euh... Le Bon Dieu ou le Saint-Esprit peu importe, m'a dit : « T'as toujours voulu avoir **des** gars? Tiens-toi! »

Cet extrait donne l'impression que, pour madame Z, le fait d'avoir une préférence pour les garçons est passible d'une punition divine. Serait-ce à comprendre en lien avec son « péché » d'être tombée enceinte jeune et/ou en-dehors du mariage? Avec le fait qu'elle aurait préféré accoucher de garçons? On ne peut que conjecturer. Quoi qu'il en soit, elle trouve sa « consolation » d'avoir eu deux filles lorsqu'elle côtoie sa cousine :

Elle, a l'a eu deux garçons fait qu'on (*semble inclure son conjoint dans ce «on»*) compense un peu! (*part à rire*)...

Et encore :

Pis quand on (*madame Z et son conjoint*) a su que c'était une fille (*son deuxième bébé, Y*), à l'écho (*graphie*) euh... j'ai demandé au médecin : « êtes-vous vraiment sûr que c'tait une fille? ». [...] Là j'ai dit : « y doit y avoir une erreur! ». T'sais on va revenir une prochaine fois pis y vont me dire que c'est un garçon. T'sais j'avais, **j'avais comme pas, pas du mal à l'accepter** (*dénégation*), **mais** (*conjonction*) j'me disais : « **c't'un bébé en santé, c'correct** », **mais** (*conjonction*) j'pensais avoir un p'tit gars parce que **tout le monde** (*alibi; généralisation*) nous avait dit : « C't'un p'tit gars! C't'un p'tit gars! »

Cet extrait nous permet de voir hors de tout doute la difficulté qu'éprouve madame à accepter l'idée que son deuxième enfant soit, encore une fois, une fille. Afin de minimiser l'inconfort suscité par l'admission, plus ou moins consciente, de sa préférence pour un garçon, elle attribue ensuite à une source extérieure (*l'alibi « tout l'monde »*) sa déception d'avoir une (autre) fille.

6.2.22 Une ambivalence quant au désir d'enfant

6.2.22.1 Le désir d'enfant (s) : au niveau manifeste

Quand on s'intéresse à l'aspect qualitatif d'un déni de grossesse, il est légitime de se demander si la personne concernée désirait ou non avoir un ou des enfants. Tous les extraits du discours concernant le désir d'enfant allaient dans le sens d'un tel désir, à tout le moins au niveau manifeste.

Mais on (*les médecins*) m'avait dit que j, ça pouvait faire que j'étais pu fertile après (*un avortement*) donc c'tait peut-être la dernière chance que j'avais d'avoir un enfant si je subissais ça. Pis j'ai dit à ma mère que ça c'tait pas une option que j'envisageais... parce que j... pour moi j'voulais avoir des enfants, pour moi une vie de famille était très importante dans mon futur éloigné.

Moi, je, t'sais, c'est comme je vous ai dit, mes parents savaient que j'voulais des enfants, mais beaucoup plus tard dans ma vie.

C'est très tôt, à l'âge d'un an et deux mois (*âge de X, leur premier bébé*) qu'on a décidé qu'on en voulait un autre.

Et même, lorsque madame a appris qu'elle était finalement devenue enceinte de celle qui allait devenir sa deuxième fille (Y), elle a réagi avec beaucoup d'enthousiasme :

J'suis allée, j'ai fait le test. C'était positif. J'ai appelé mon conjoint : « Ah! OK, OK je l'sais là, c'pas une joke! C'est vrai, c'est vrai j'suis enceinte! (*sur un ton enthousiaste*) ». Pis là était là : « Ben non! ». Là y, y croyait comme pas parce que ça faisait, t'sais, ça faisait dix mois. On dirait que ça faisait une éternité qu'on essayait pis ça marchait pas. Fait que là le soir j'ai dit : « Regarde! Regarde! », pis là y l'a vu (*sur l'échographie; Madame parle sur un ton très très rapide et excité*), pis y était comme « Wow! », t'sais... On dirait qu'on savait comme pas réagir.

En réalité, deux mois et demi-trois mois après la naissance de X (et avant la conception d'Y), madame redevient enceinte et prévoit se fait avorter. Encore là, c'est le moment qui semble être problématique plus que le désir d'enfant en soi:

Oui on savait qu'on voulait pas juste un enfant dans notre vie, mais là c'tait juste trop rapide [...].

6.2.22.2 « Il faut prendre une décision » ou le désir d'enfant : au niveau latent :

Le fait d'avoir à prendre une décision aussi importante que celle de mettre, ou non, un terme à une grossesse ou encore d'envisager la possibilité de se séparer d'un enfant à naître en le donnant en adoption, constitue un enjeu majeur pour madame. En fait, de se positionner par rapport à soi-même sur de telles possibilités n'est déjà pas simple en soi. Parfois, la grossesse ou le désir d'enfant, malgré des mots qui paraissent indiquer le contraire, semble perçu comme problématique :

J'suis revenue du camp [...]. Là pour moi j'avais pas de **problèmes** » (*jusqu'à ce qu'elle apprenne qu'elle était enceinte*).

6.2.22.3 Ambivalence, culpabilité et réparation

Au fil de son discours, cependant, madame en viendra progressivement à nommer que X n'était pas désirée :

Première réaction de madame lorsque l'infirmière du planning familial lui annonce qu'elle est enceinte : [...] tu serais peut-être enceinte. Pis j'ai dit « pas d problème » t'sais j'ai dit : « J'vas faire là, t'sais j'va faire tout ce qu'y faut, pis parlez-moi de l'avortement ». « J'avais 19 ans, j'allais avoir vingt ans dans une semaine, euh... exactement. Je...je savais pas à quoi m'attendre pis la première réaction c'était l'avortement tout de suite¹.

Puis :

(Après avoir parlé de l'allergie au lait de X) : C'était pas un enfant (bébé X) que je désirais. Fait que t'sais, j'étais pas vraiment prête mentalement à entendre pleurer quasiment euh toute la journée pis à rester debout les nuits, t'sais.

Cette dernière affirmation sera source d'un très grand malaise, voire d'un sentiment de culpabilité profond, qui l'amènera, dans un deuxième temps, à défendre énergiquement l'idée que cette enfant était, dans le fond, désirée :

*Intervieweuse : Qu'est-ce que vous voulez dire : « C'était pas un enfant que vous désiriez? » Madame : Ben c'était pas un enfant que j'avais prévu [...] J'veux pas dire que j, elle était pas voulue. J'veux pas utiliser jamais c'te mot là... parce qu'elle est arrivée comme ça pis dès l'instant même, cette enfant-là a été voulue (rétractation). **T'sais j'ai jamais pensé (dénégation)** t'sais à... la donner ou à la faire avorter.*

Lorsque l'on demande à madame de clarifier (sur un ton empathique, bien entendu) l'affirmation de son « non-désir » de cette enfant (X), elle semble confrontée à une angoisse et/ou un sentiment de culpabilité intolérable (s). L'idée même d'avoir pensé, eu à l'esprit, de se faire avorter ou de donner sa fille en adoption semble inacceptable et madame niera même

¹ Spécifions qu'à ce moment-là, madame n'avait pas encore passé l'échographie qui lui apprendra qu'elle était, en fait, déjà enceinte de sept mois et demi.

avoir déjà eu de telles pensées. Il apparaît clairement qu'à travers les conceptions que madame se fait d'elle-même ou de la grossesse, il n'y a pas de place pour l'abandon d'un fœtus et/ou d'un enfant (en devenir) par sa mère. À l'intérieur de plusieurs extraits de verbatim, dans une optique de compensation, madame cherchera, *a posteriori*, à faire comprendre, voire à convaincre, l'interlocutrice et surtout, la locutrice elle-même, à quel point l'arrivée de bébé X semble avoir été bénéfique dans sa vie. De faire le mérite de ce que sa fille X lui a apporté permet à madame de se réguler au plan émotif : un sentiment de culpabilité intolérable lié à son non-désir de X fait place à un apaisement issu de la reconnaissance exacerbée de l'existence de celle-là même (X) qu'elle avait jugée non souhaitée dans un premier instant. Regardons dans le détail l'évolution de ces deux mouvements dans le temps :

6.2.22.4 Les « rôles » qu'ont joué X dans la vie de madame Z : Avant l'acceptation de l'existence de X

6.2.22.4.1 Le « bébé cancer »

Dans les premiers temps, X n'est encore qu'une « chose », qu'une bosse dans son ventre que madame identifiera comme un cancer avant d'apprendre qu'elle est, en réalité, enceinte :

Vers la mi-octobre 2001 (elle est alors enceinte de plus de 7 mois), madame découvre une bosse dans son ventre : [...] Dans ma tête, c'était sûr que j'avais le cancer.

Quand l'infirmière de l'école soupçonne une grossesse, elle réfère madame au planning familial de l'hôpital : non. Elle m'a absolument rien dit euh... Elle voulait pas être la personne qui m'annonce... [...] Quand j'suis arrivée là-bas, quelqu'un m'attendait avec une chaise roulante. Là c'est sûr que mes émotions étaient toutes à l'envers parce que moi j'pensais que c'était la fin, j'pensais que j'allais mourir ou quelque chose.

Dans cet extrait, des indices du déni de sa grossesse sont bien présents : tout d'abord, madame est dirigée vers le planning familial mais elle ne semble pas faire le lien entre être envoyée à cet endroit et le fait qu'elle pourrait être enceinte ou ce lien est plus ou moins conscient (« ou quelque chose »). Par ailleurs, et c'est aussi notable, madame ne (se) demande en aucun temps pourquoi on la réfère au planning familial. En fait, à l'annonce de sa grossesse, madame ne paraîtra en rien soulagée d'apprendre qu'elle n'a pas de cancer, probablement à cause du choc psychique suscité par cette nouvelle.

6.2.22.4.2 Le bébé « chose »

Fait que je lui (*à sa mère*) explique que ce matin je me suis levée avec euh... quelque chose dans mon ventre pis tout ça pis j'lui dis que j'étais enceinte [...].

6.2.22.4.3 Le bébé « briseur de rêve »

[...] t'sais j'pensais un jour devenir euh directrice de marketing en quelque part c'était sûr et certain ». (*Jusqu'à ce que j'apprenne que j'étais enceinte*)

6.2.22.4.4 Le bébé « briseur de plaisir »

Pour moi c'était très clair que tu peux pas avoir d'enfant avant, t'sais, que t'ayes (*aies*) fini les trips que t'as à faire... [...] T'sais, dans ma tête c'était ça avant. [...] Moi j'voulais tripper en masse pis... après. Euh... c'est ça.

6.2.22.4.5 Le bébé « source de souffrance »

J'pense qu'à minuit j'ai demandé à avoir l'épidurale parce que j't'ais pu capable pis j'voulais pu non plus souffrir. J'avais pas eu assez de temps (*un mois et demi*) pour me mettre dans la tête que j'allais souffrir pour **un** enfant.

Madame nomme ne pas vouloir souffrir pour « un » enfant, comme s'il n'y avait pas l'idée que cette souffrance serait, ultimement, pour elle aussi.

6.2.22.4.6 Et en période post déni : le « bébé prison »

Pis là en ayant un enfant, pis t'sais j'm'étais dit : « j'peux pas dor, j'pouvais pas sortir dehors, parce que c'était des gros froids ». J'm'étais dit : « **Tu peux pas sortir un enfant à cette température là¹** ». Fait que souvent, j'étais prise à l'intérieur. Ce moment là je l'ai trouvé tellement, tellement difficile. Passer une journée complète à regarder le lavage qui s'accumule...

C'est souvent plus moi qui s'en occupais le jour parce qu'il (*le père*) était pas là. Hum... **J'essayais toujours de sortir²**, même si on était au mois de décembre, janvier, février, parce que je trouvais ça trop dur être toute seule dans la maison... avec le bébé.

J'pense que ça doit être dur de, de dire non à tout ça (*la vie d'adolescente*). De dire non à l'école pis d'être enfermée tout le temps dans la maison, je... En tout cas, pour moi ça a été difficile.

Dans un deuxième temps, l'acceptation de la grossesse et celle du bébé se mettent graduellement en place à partir du moment où madame apprend qu'elle est enceinte. Néanmoins, il est clair que l'arrivée de X dans la vie de madame est acceptée avec une grande ambivalence.

6.2.22.5 Processus d'acceptation de l'existence de X : Période d'ambivalence

Lorsque madame relate comment s'est passée l'arrivée de X dans sa vie, c'est-à-dire sa décision de finalement lui donner naissance et de la garder, elle devient très émue :

¹ Notez la contradiction entre cette affirmation et celle de l'extrait de verbatim suivant (en gras).

² Madame sortait toujours avec son bébé. Notez la contradiction entre cette affirmation et celle de l'extrait de verbatim précédent (en gras).

Juste de savoir comment ça s'est passé pis euh... juste de penser que j'aurais pu faire le mauvais choix **pour elle**...

Pour qui ultimement? Pour bébé X ou pour madame Z elle-même? Et l'extrait continue :

[...] ...si j, j'voulais pas. (*Sa voix se brise et devient un murmure; elle verse quelques larmes; madame se ressaisira très vite par la suite*)

Qu'est-ce qu'elle ne voulait pas? Avoir pensé à l'avortement? À l'adoption? Avoir conçu X? Que l'on puisse penser qu'elle ait déjà voulu s'en défaire? Parler de ces pensées qu'elle avait eues? Qu'est-ce que son inconscient essaie de dire?

On vient de voir que l'arrivée de X dans la vie de madame a été difficilement acceptée dans les premiers instants. Avec le temps, cette vision s'est estompée au niveau conscient et X deviendra « la plus belle expérience » de sa vie. Cette vision clivée est, cependant, toujours perceptible à l'intérieur même des extraits où elle parle de sa fille comme ayant été un « cadeau du ciel » :

6.2.22.5.1 Le bébé « cadeau du ciel »

J'pense que ç'a été un cadeau du ciel (*la grossesse de X ou bébé X lui-même*). Je l'**avoue**.

L'utilisation du verbe « avouer » nous laisse perplexe : constitue-t-il une admission de culpabilité ou d'avoir commis quelque chose de répréhensible? En utilisant ce terme (*un lapsus?*), madame semble confesser une faute; si c'est le cas, laquelle? Être tombée enceinte à 19 ans? L'être devenue dans un contexte relationnel fragile? Être devenue enceinte malgré un interdit parental anticipé? Avoir perdu sa virginité? Ne pas avoir désiré une fille? Avoir, plus ou moins consciemment désiré l'annihilation de X?... Nous ne pouvons, bien entendu, qu'émettre des hypothèses quant au sens de cette phrase. Dans cet autre extrait, par contre, l'inconscient de madame se manifeste de façon plus évidente, par de la confusion, un lapsus

et l'utilisation de l'imparfait, et souligne bien l'ambivalence de madame en ce qui concerne l'existence de X :

T'sais a... On est assis à la table pis a (*elle, la deuxième fille de madame, Y*) regarde toujours sa grande sœur (*X*). T'sais, c'est c'est... C'est assez cute pis c'est assez émouvement, émouvement, émouvant comme **ressentiment** (*lapsus*). **C'est** (*utilise ce pronom impersonnel pour parler de sa fille X puis se reprend en utilisant son prénom (correction)*) la plus belle euh... **X était** (*imparfait*) la **plus belle expérience de ma vie**.

Puis, *a posteriori*, madame en vient à interpréter l'existence de X comme un cadeau du destin :

6.2.22.5.2 Le bébé « cadeau du destin »

Nous avons pu observer que la notion de destin a joué un rôle majeur dans l'acceptation par madame Z de sa première grossesse et du bébé qui en est issu. Ce thème revient d'ailleurs de façon récurrente tout au long de son discours. Cet aspect sera étudié de façon détaillée au chapitre VII.

6.2.23 La « bonne mère » *

Un autre thème qui revient de façon récurrente tout au long de l'entretien et qui fait bien ressortir, une fois de plus, l'ambivalence de madame à accueillir un premier enfant (*X*) dans sa vie est celui de la « bonne mère ». Il est clair que le fait de se savoir enceinte a suscité un questionnement important chez madame quant à ses capacités maternelles, comme si une partie d'elle-même sentait qu'elle allait être une mère adéquate alors qu'une autre partie en doutait douloureusement :

Hum... j'ai toujours douté que je pouvais être une bonne mère, mais grâce à elle (X) je sais que j (*suis une bonne mère? Semble innommable*), t'sais. Je, je, je sais pas si je doutais (*dit de façon appuyée*) que je pouvais être une bonne mère (*contradiction avec « j'ai toujours douté »*) [...] mais on (*qui?; généralisation*) s'dit **toujours** (*hyperbole*) : « Est-ce que je vais être une bonne mère? » J'pense que c'est chaque question qu'une future mère va se poser [...] y avait toujours des p'tits (*minimisation*) questionnements (*de jeune fille sur ses compétences parentales potentielles*) là que j'pense que **toutes** (*généralisation*) les filles se posent là.

Madame semble vivre difficilement cette incertitude quant à ses capacités d'être une bonne mère. Afin d'amenuiser ce doute et peut-être même de la rassurer sur la « normalité » de son questionnement, elle utilise l'hyperbole (« toujours ») et la généralisation (« on », « toutes ») et étend à l'ensemble des filles ce questionnement sur les capacités maternelles.

Dans la période post déni, une problématique en lien avec l'allaitement nous permet de constater que l'appréhension initiale de madame quant à ses compétences parentales est, jusqu'à un certain point, ancrée dans la réalité. En effet, dès sa naissance, X refuse le lait maternel :

Elle fai... On dirait qu'è (*elle*), è, è... mordillait. (*le sein plutôt que de s'y abreuver*)

Aucune anomalie médicale n'a été détectée chez X qui aurait pu l'empêcher de téter. Est-ce qu'il pourrait s'agir d'un rejet du lait maternel? D'une tentative, de la part de bébé X, de se défendre contre un sein perçu comme attaquant ou mauvais? Le refus d'être nourrie par celle-là même qui aurait ressenti une ambivalence quant à son existence propre?

Madame rationalisera cette difficulté de sa fille à téter comme étant de l'ordre de la paresse, lui permettant ainsi de mettre à distance le sentiment désagréable de ne pas être, selon elle, « une bonne mère » :

T'sais j, j'pense que c'était plus de la paresse pour elle ». (*si le bébé ne tétait pas*)

Puis ironiquement, lorsque madame parle de l'arrivée de X à la maison après son séjour à l'hôpital, elle affirmera :

Euh, quand j'suis rentrée à la maison, elle était continuée à être allaitée. (*lapsus*)

Par la formulation d'un lapsus, madame nous indique qu'elle a continué à allaiter alors qu'en réalité, elle a nourri sa fille au biberon. S'agirait-il ici d'un déni (partiel) de son incapacité à « nourrir », physiquement et affectivement, sa fille?

Par ailleurs, X a fait une allergie au lactose et a finalement dû être nourrie au lait de soya.

[...] X a fait une réaction au lactose. J'ai dû la mettre sur du lait de soya, mais seulement deux semaines après que je l'ai accouchée. Donc, les deux premières semaines, elle régurgitait toujours en jets pis tout ça. Fait que, c'est quand j'suis allée voir le pédiatre deux semaines après que [...]

Ce qui nous frappe dans cette anecdote, c'est le délai que madame a mis avant de consulter le pédiatre. Bien que sa fille ait le visage recouvert de boutons et qu'elle rejette toute nourriture, madame met deux semaines avant de consulter un médecin. En fait, et bien que ce soit en lien avec la période post déni, nous avons été à même d'observer fréquemment ce que nous pourrions appeler un *manque de sensibilité maternelle et d'accordage affectif** entre madame et son bébé, ce qu'elle présentait possiblement avant même de tomber enceinte. Tout en gardant en tête que madame en était à sa toute première expérience en matière de maternité et que le manque de pratique puisse certainement expliquer partiellement cette difficulté à reconnaître les besoins de son enfant et à bien y répondre, plusieurs exemples illustrent bien ce point :

[...] Ce, ces moments-là (*les premiers mois du bébé*) ont été plus durs pis j'm'étais dit : « J'voudrais avoir dix enfants, mais si je pourrais skipper les cinq – six premiers mois... j'les aurais les dix ». Mais vu que on peut pas skipper les six premiers mois¹,

¹ Son déni lui aura quand même permis d'éviter les sept premiers mois et demi de grossesse *in utero*.

genre ma, m'a en mettre à deux pis ça va être ben assez. Hum. Pis ça. [...] Pas que j'ai été impatiente avec X mais souvent j'allais, j'allais chercher ma mère : « Pourquoi? Peux-tu la prendre m'man parce que je sais pas ». Pis ma mère l'a prenait pis c'tait comme instantané, elle arrêtait (*de pleurer*), pis... Était..., Ch, ch, elle sentait aussi sûrement mon stress à moi, t'sais... Face à ça pis ma mère était pas stressée. Elle la prenait. Mais euh... C'est ça...

Le deuxième et le troisième (*mois*) ont été un peu plus difficiles parce que là, justement, euh. Le premier mois tout est beau, tout est correct. Quand qu'y pleure, on trouve donc ça mignon.

Là c'est comme j'vous dis, le premier mois, le deuxième... Un mois et demi, elle a été correcte. Deuxième et troisième mois ça l'a été plus difficile les crises. Ça commençait à être plus fort pis t'sais quand qu'a pleurait, sans nécessairement que je sache pourquoi. J'avais changé sa couche, j'l'avais nourrie euh... Ça ça l'a été un peu plus dur. Surtout que j'avais vingt ans que j'tais pas... C'était pas un enfant que je désirais. Fait que t'sais, j'étais pas vraiment prête mentalement à entendre pleurer quasiment euh toute la journée pis à rester debout les nuits t'sais.

6.2.24 *Devenir « maternelle »**

Dans les derniers moments de sa grossesse, alors que madame sait maintenant qu'elle est enceinte, elle dit s'être sentie devenir plus « maternelle ». Il est intéressant de voir comment s'est traduite cette nouvelle réalité pour elle :

C'est ça... Hum... C'est ça, j'pense que les, les... les deux dernières semaines, j, j,... j'avais vraiment une bedaine pis on voyait bouger comme faut t'sais. On sentait tout. Là j'ai vraiment été plus euh... Côté maternel là. T'sais, j'flattais toujours mon ventre. J'le, j'le tenais pis euh, j'lui disais souvent : « *Ça (pronom impersonnel; se reprend (correction))* sent, *tu t'en viens-tu là, tu t'en viens-tu?* » Parce que t'sais, ça faisait juste un mois et demi pis j'tais tannée (*part à rire*).

Madame commence à se sentir plus « maternelle » et parle à sa fille dans son ventre; ironiquement, elle lui demande en fait quand elle va sortir, car elle est tannée de la porter! Continuons :

J, pis là, vu que j't'ais rendue comme très maternelle vers la fin, j'me suis dit : « Ces femmes-là (*celle qui ont subi une césarienne*) y ont pas à t'nir le bébé dès les premiers instants t'sais. C'est ça qu'j'trouvais important aussi. J'me suis dit : « l'enfant déjà, qu'elle a pas eu moi à 100 % pendant neuf mois et demi (*pourquoi « et demi », d'autant plus que madame a accouché une semaine avant la date prévue*), t'sais j'me dis : « Là la première affaire qui t'sais? La première personne qui va la toucher là ben ça sera, ça sera même pas moi pis ça j'acceptais moins ça aussi.

En exprimant être « devenue plus maternelle », il est loisible de penser que madame voulait dire que les femmes ayant subi une césarienne « y peuvent pas », plutôt qu' « y ont pas à », tenir le bébé dès les premiers instants. Ce lapsus serait donc à comprendre dans le sens que madame se sentait obligée de tenir son bébé dès les premiers instants plutôt qu'elle s'en sentait privée.

Ici se termine l'analyse de l'entrevue de madame Z, examinée à la lumière des facteurs de risques et hypothèses proposés par les chercheurs afin de tenter d'expliquer le déni de grossesse. Au prochain chapitre, nous reprendrons certaines de ces idées, ainsi que d'autres caractéristiques issues du discours de madame, en tentant de mettre au jour les mécanismes intrapsychiques inconscients qui pourraient nous permettre d'appréhender sous un regard différent, plus nuancé et approfondi son déni de grossesse.

CHAPITRE VII

ANALYSE DU DISCOURS : MÉCANISMES DE DÉFENSE ET INDICATEURS SÉMANTIQUES

Dans cette deuxième partie d'analyse, nous nous sommes évertuée à découvrir et à mieux comprendre, à partir de l'interprétation des manœuvres défensives observées dans le discours de madame Z, ce qui aurait pu contribuer à son déni de grossesse. Ainsi, ont été repérés puis analysés les mécanismes de défense et indicateurs sémantiques définis¹ et décrits dans le lexique, ainsi que tout autre paramètre (ex. la difficulté d'élaboration sur un thème, les processus intergénérationnels, les émotions exprimées, etc.) que nous jugeons pertinents à la compréhension de son déni de grossesse. Parce qu'ils étaient les plus parlant, nous nous sommes particulièrement intéressée aux éléments suivants qui, selon nous, permettaient le mieux de comprendre ce qu'elle avait inconsciemment mis en place afin d'éviter le caractère traumatique lié à son état de gravidité : les détours imprévus et/ou drastiques au niveau de ses associations d'idées, les failles logiques et les contradictions dans le discours, les indicateurs de projection, les incongruités entre le discours et les émotions exprimées, les thèmes ayant suscité des défenses massives et ceux pour lesquelles le processus de mentalisation nous apparaissait déficient.

¹ Les définitions pouvant varier d'un auteur à l'autre, nous référons le lecteur à celles que nous avons retenues dans le lexique.

7.1 Un bris discursif signifiant

D'emblée, et ce dès notre toute première lecture du verbatim, nous avons été en mesure d'observer un bris discursif qui allait se révéler déterminant dans notre compréhension du déni de grossesse de madame Z. Alors que notre participante nous expliquait qu'elle aurait souhaité passer autant de temps avec sa mère qu'elle-même en passait maintenant avec sa fille (X), elle fit la révélation suivante :

Euh t'sais c'est ça, elle (*sa mère*) travaillait beaucoup, mais je lui en veux pas (*dénégation*) encore là parce que, si j'avais tout ce que j'voulais, si, pas si, j'avais tout ce que je voulais. J'veux pas dire que j'ai été un enfant choyé mais...on manquait de rien chez nous. J'pense que si on manquait de rien c'était justement à c, parce que mes parents travaillaient très fort... pis je l'savais qu'y avait pas d'autres moyens non plus (*rationalisation*). C'tait un p'tit, commerce donc tu peux pas engager euh 5000 employés pour euh travailler dans un petit commerce.... Euh... J,...**Ma mère était beaucoup présente... pour mon frère... Pourquoi? Parce que, je l'sais pas.** C'est peut-être une hypothèse que je me fais là... Quand mon frère est né euh... j'l'ai mordu. Très fort. J'étais jalouse. Je l'ai sorti de sa basinette (...). Pis là j'disais : « On n'en a pas besoin maman ».

Cette anecdote où, alors qu'elle avait 2-3 ans, elle aurait voulu jeter son petit frère nouveau-né dans la poubelle parce qu'« on n'en a pas besoin maman », témoigne d'une rivalité et d'un sentiment de « perdre sa place » tout à fait naturels chez une jeune de cet âge. Se sentant rejetée par sa mère depuis que cette dernière dirigeait une partie importante des soins, habituellement prodigués envers elle, sur son nouveau petit frère, elle a cherché à se « faire justice ». Sa tentative de se débarrasser de son petit frère est à interpréter dans le sens d'un déplacement de la colère éprouvée envers sa mère, sur ce dernier. Ce faisant, elle fait porter le blâme à son petit frère plutôt qu'à sa mère, ce qui constitue une question de survie psychologique pour un enfant de cet âge. En effet, comment peut-on espérer survivre si on détruit la personne même qui est censée prendre soin de nous et assurer notre pérennité? Malheureusement pour elle, ce geste a été très mal accueilli par ses parents :

Pis là, mon père avait pas accepté le geste, pis y avait dit : « Là, tu vas aller habiter un mois en Italie avec... », parce que lui y est Italien donc, « Tu vas aller habiter un mois avec ma famille pis eux autres y vont vraiment t'apprendre, t'sais, qu'est-ce que c'est la famille pis tout ça ».

Le séjour, qui devait durer un mois, s'étira finalement sur une période de deux ans et demi. Cet abandon, forcément traumatique chez une enfant de cet âge, est intellectuellement remémoré et idéalisé. Il n'y a pas d'élaboration au niveau de la pensée. L'affect, probablement trop souffrant, est isolé :

Là j'ai passé deux ans et demi là-bas. Parce que **je voulais pas revenir...**
Intervieweuse : Ah oui? *Madame* :... **J'aimais trop ça** (*Négation dans le fantasme*). Pis euh, c'est ça.

Madame nous dit qu'elle est restée deux ans et demi en Italie plutôt qu'un seul mois « parce qu'elle ne voulait pas revenir ». Sur le plan psychologique, il est invraisemblable de penser qu'une enfant de cet âge ait pu vivre aisément la séparation d'avec ses parents, dont elle dépendait alors presque exclusivement, et encore moins qu'elle puisse en tirer un plaisir assez grand, après un seul mois parmi les « inconnus » qu'étaient pour elles les membres élargis de la famille paternelle, pour ne plus vouloir revenir chez les siens. Si ça avait néanmoins été le cas, il serait, alors, légitime de croire que madame aurait effectivement été victime d'abus particulièrement sévères dans sa famille d'origine. Rien, dans le verbatim, ne témoigne cependant en ce sens. La raison évoquée par madame (*ne pas vouloir revenir*) constitue plutôt, à notre avis, une rationalisation visant à mettre à distance la souffrance, inévitablement traumatique, d'avoir été abandonnée par ses parents, au profit de son frère. Cette mise à l'écart par sa famille a sans doute été ressentie par cette dernière, encore toute jeune et à la merci des personnes qui en prenaient soin, comme un rendez-vous avec la mort, comme un événement d'une telle violence qu'il n'a pu qu'être à l'origine d'une désorganisation de son appareil psychique.

Par ailleurs, la remémoration de ce souvenir d'enfance est plutôt confuse. Le geste d'aller jeter son petit frère dans les poubelles est d'abord présenté comme ayant eu réellement lieu (« j't'allée ») puis, plutôt, fantasmé (« j'ai voulu aller »).

J, je l' (*son frère*) ai sorti de la basinette pis j't'allée l'mettre dans les, j'ai voulu aller le mettre dans les poubelles.

Souvenirs réels et ceux issus des histoires racontées et des photographies semblent se confondre :

Intervieweuse : OK. C'est, c'est une histoire qu'on vous a conté par après ou...?
Madame : « Oui. C'est ma m (*mère?*). Ben c'est parce que je l'ai vécu par après. (*lors de son séjour de 2 ans et demi en Italie*) [...] J'ai des, j'ai très beaux souvenirs, j'sais pas à ce que j'm'es rappelle avec les photos que je vois, parce qu'on dirait que moi je m'en rappelle pas comme ça quand j'avais trois ans, mais souvent mon père me dit des choses pis j'suis comme « Ah, oui ça m' ». Pis je regarde les photos pis j'suis comme « Ah wow! » T'sais. J'tais... j'avais d'l'air heureuse, t'sais?...

En ce qui concerne le père de madame Z, nous pouvons comprendre que cet événement de mise à distance de sa fille a, pour lui, bien eu lieu. C'est sa signification comme geste d'abandon qui est non reconnue. Il serait intéressant de connaître ce que son père a pu lui raconter de ce séjour en Italie, d'autant plus qu'il est lui-même demeuré au Québec durant toute cette période. Bien qu'elle dise ne garder elle-même aucun souvenir de cet épisode de sa vie, la reconstitution que son père lui en a faite semble avoir eu l'heur de lui plaire et de la rassurer. L'utilisation de l'hyperbole « wow! » et le « t'sais » final, qui semblent vouloir nous prendre à partie de son « bonheur », en témoignent. Seul le « **j'avais d'l'air heureuse** » laisse planer un doute.

Du point de vue de la mère de madame Z, par ailleurs, la lecture de cet épisode de vie prend une tout autre tournure. C'est un bref extrait, issu d'une discussion entre madame Z et sa mère concernant le sort de bébé X (l'avorter, la faire adopter ou la garder) qui nous met sur cette piste. Alors qu'elle vient d'expliquer à sa mère que l'avortement ne constitue pas une

option pour elle, du fait qu'elle risque de devenir stérile et qu'elle souhaite avoir des enfants « dans un futur éloigné », sa mère enchaîne en lui disant :

Avec, avec expérience c'est impossible de donner naissance à un enfant pis de le donner [...].

Ce qui nous a immédiatement frappée, à la lecture de cet extrait, c'est comment la mère de madame Z a, par le déni, désavoué massivement un épisode d'abandon qui n'aura pu marquer que de façon importante, voire traumatique, sa propre vie, celle de sa fille (madame Z) et celle de la famille en entier. Le fait qu'elle ait elle-même abandonnée sa propre fille en bas âge, même si ça se voulait temporaire, semble avoir été complètement évacué hors de sa conscience. Son idée est exprimée comme si l'événement en question n'avait jamais eu lieu (« avec expérience... »). Un deuxième extrait, cependant, abonde davantage dans le sens d'un déni partiel :

[...] Quand j'lui (*la mère de madame Z*) ai dit qu'on (*madame Z et son copain*)... l'gardait (*le fœtus*), elle m'a dit : « J'suis très très contente de ta décision » euh que d'avorter euh, de s'faire avorter c'tait vraiment la pire idée et que de donner l'enfant : « j'pense que ça aurait été une grave décision **parce que j'suis sûre que tu t'en serais rappelé tout le restant de ta vie** ».

Cette remarque de la mère nous amène à penser qu'une partie d'elle, plus ou moins consciente, a été effectivement marquée par la séparation de deux ans et demi d'avec sa fille. Néanmoins, bien que ce souvenir semble persister et puisse parfois être consciemment remémoré, ce n'est certes pas en termes d'« abandon ». De se souvenir de cet événement en ces termes aurait été psychiquement trop menaçant pour la mère, d'où ce déni partiel. Dans son cas, le désaveu de cet épisode de vie nous semble plus profond que chez le père, car bien que le souvenir de l'événement semble parfois refaire surface, il arrive qu'il soit totalement désavoué. Quoiqu'il en soit, le développement de madame Z s'est déroulé au travers de cette non-possibilité de se vivre comme enfant abandonnée. L'événement d'abandon comme tel, de même que la charge affective importante, inévitablement associée à cette expérience,

semblent avoir été frappés de non-existence, empêchant ainsi la perlaboration du traumatisme. Nous y reviendrons plus loin.

Continuons :

Donc, ma mère à, j'pense que ça l'a été un manque là que ma mère m'aye (*ait*) pas de trois à cinq ans et demi. *Intervieweuse* : Un manque euh? Pour vous? Pour elle? *Madame* : J'pense plus pour elle... (*projection*) parce que moi j'pense (*intellectualisation qui vise à mettre la souffrance de l'abandon à distance*) que j'ai appris beaucoup. C'est de d'là qu'vient ma troisième langue... pourquoi je peux parler.

On ne peut manquer d'être frappé par l'écart immense entre le traumatisme subi et dénié, l'abandon, et le « bénéfice » obtenu en échange, soit l'apprentissage d'une autre langue. Il nous semble évident que madame projette sur sa mère la souffrance qu'elle a elle-même ressentie lors de cet abandon. Selon nous, cet évènement constitue assurément une *maltraitance émotionnelle ou un vécu traumatique de l'enfance, non traité*¹. À l'âge qu'elle avait lorsque cet évènement traumatique est survenu, elle ne pouvait, bien évidemment, reporter sur ses parents la rage, le désespoir, la détresse et le sentiment d'injustice qu'elle n'a alors pu manquer de ressentir. Il en allait de sa survie même. Le ressentiment, plus ou moins avoué, de madame Z envers sa mère transparaît cependant dans d'autres extraits :

Pis ma mère c'est ça (*quoi?*). A l'a toujours été très très (*hyperbole*) proche de son gars, de mon frère, pis j'me disais: « c'est son p'tit bébé ». (*rationalisation*)

On comprend ici que l'utilisation de la rationalisation « c'est son p'tit bébé » a pour but de trouver une justification à un évènement pressenti comme particulièrement souffrant.

Continuons :

Elle (*sa mère*) a passé beaucoup pl, elle a passé deux ans et demi plus avec lui qu'avec moi. Euh... à l'a toujours été très impliquée, là. Tous mes spectacles a v'nait les voir, parce que je faisais de la danse plus jeune.

¹ Deux des hypothèses proposées par les chercheurs afin d'expliquer le déni de grossesse.

Ici, madame fait dériver son discours de l'attention que sa mère portait à son frère à celle qu'elle lui portait à elle; ça semble avoir pour but d'amoindrir la souffrance liée à l'abandon. La suite du discours abonde dans le même sens :

Les matchs de ballon-volant (*auxquels participait madame Z étant jeune*), elle (*sa mère*) trouvait ça plus dur parce qu'elle trouvait que c'était un... (*rit un peu*)¹; elle trouvait que c'était un sport euh. Pas que c'était un sport de contacts là, mais... Chaque fois qu'a... Était venue (*me voir jouer*) **la première fois** pis là j'm'étais blessée à la cheville... pis là a, a l'avait trouvé donc (*hyperbole*) ça dur pis là a l'a dit : « Je r'tournerai pu t'voir »! T'sais. « **À chaque fois que j'y vas, tu te blesses** »². Fait qu'elle était v'nue me voir une couple de fois, mais mon frère, elle (*lapsus*), c'tait sacré. Y avait ses pratiques de hockey³, y (*lapsus; parle de la mère*) était là.

Une fois établie l'idée que madame Z a bel et bien vécu un **trauma** (d'abandon), **non traité**, dans son enfance, de quelle façon peut-on lier ce trauma à son déni de grossesse? Une brève incursion sur la façon dont peut se mettre en place le mécanisme de déni nous permettra d'apporter un premier éclairage sur cette question.

7.2 Origine du déni

Le déni tiendrait son origine à un défaut de symbolisation du manque. Dans sa relation à une mère « suffisamment bonne » (au sens de Winnicott) l'absence, brève, mais répétée, de l'objet (la mère) amène le sujet (ici, le nourrisson) à symboliser ce manque, ce qui constitue un progrès décisif au plan de sa pensée. Ce qui a été et qui n'existe plus, refait surface de façon symbolique, dans l'acte de penser. Comme le souligne Penot (1989), toutefois, ce qui peut faire obstacle, dans la pensée d'un sujet, à ce qu'il puisse prendre acte d'une absence

¹ Le rire semble avoir pour but de mettre l'affect souffrant à distance.

² Soulignons que madame vient de préciser que c'était la première fois que sa mère venait la voir jouer.

³ En réalité, le hockey (pratiqué par son frère) constitue un sport de contacts probablement plus susceptible de blesser que le ballon-volant (pratiqué par madame Z).

possible, prend appui, et force de loi, dans un registre de signaux parentaux dont il continue à dépendre. Dans le déni donc, ce qui est internalisé par le sujet, c'est ce qu'il aura pu percevoir et intégrer de la façon de penser de ses référents parentaux.

Un certain défaut de symbolisation, au travers des messages parentaux, de données affectant fortement l'enfant, serait déterminant dans l'incapacité durable de ce dernier à les traiter autrement que par le déni. (Penot, 1989, p. 27)

7.2.1 Le déni : protection contre les traumatismes

Au chapitre II (section 2.5.1.1), nous avons vu que le déni est mis en place dans le but de se protéger de la réalité d'une perception traumatisante. Dans son livre sur le sujet, Bernard Penot (1989) nous explique que la potentialité traumatique liée à un événement ne dépend en fait pas tant des qualités inhérentes à telle représentation (sa « toxicité ») que du fait, pour cette représentation de n'avoir pu être liée psychiquement dans l'univers mental (le discours, le mythe) de la famille. Darchis (2008) abonde dans le même sens que c'est généralement la famille qui est l'instigatrice inconsciente d'un déni. Une ou plusieurs situations intenable ou douloureuses du passé sont tenues hors du discours, rendant ainsi leur métabolisation et leur intégration impossibles. Cette même chercheuse nous rappelle que des secrets, des clivages, des déchirures, des deuils non faits ou des traumatismes non élaborés, sources de honte et d'un malaise profond, caractérisent généralement ces familles.

Dans la famille de madame Z, nous avons pu observer, tant chez madame Z elle-même que chez ses parents, une impossibilité ou une difficulté à manier symboliquement certaines réalités de la vie qui, en retour, semblent poser problème. Le trauma d'abandon présenté de façon détaillée en début de ce chapitre en représente le meilleur exemple. Par ailleurs, comme nous avons pu le constater au chapitre VI, l'abord de certains phénomènes comme la sexualité, la reproduction et la maternité (sections 6.2.17 et 6.2.18) crée un inconfort palpable qui fait qu'on en parle qu'en cas de nécessité absolue. D'autres réalités familiales semblent

aussi frappées d'un interdit. Elles surgissent dans le discours tels des secrets inarticulés qui auraient teinté, en filigrane, le vécu de cette famille :

Euh, ma mère est très, très, très éloignée¹ de sa famille... (*Donc il m'est impossible de vous dire si des difficultés en lien avec la grossesse ont eu lieu dans cette famille*)

C'tait... J, on était pas mal des enfants uniques moi pis mon frère. Y avait, t'sais, on n'avait pas d'entourage. La famille à ma mère on la voyait pas...`

À quoi est due cette rupture de contact présumée entre la mère de madame Z et sa famille? Cette dernière est-elle la seule de la famille à avoir coupé les ponts avec sa parenté? Depuis quand ces contacts ont-ils cessé? Par ailleurs, s'il s'agit plutôt d'un éloignement causé par une grande distance géographique : n'est-il pas surprenant de constater, avec toutes les percées technologiques qui caractérisent notre époque, que la mère de madame Z soit aussi peu au courant de ce que vivent les autres membres de sa famille? Ces questions demeurent tout entières ouvertes. Poursuivons :

Mon père s'est assis pis y dit : « Dans mon temps les femmes avaient... Tu sais ma mère a m'a eu très jeune pis y'a rien là, pis euh... Tu vas passer au travers, ça l'arrive pas pour rien ».

À quel âge et dans quel contexte (culturel, social, religieux, etc.) a eu lieu la conception du père de madame Z? A-t-elle eu lieu au Québec ou en Italie? Est-ce que la grossesse de madame Z a contribué à faire resurgir dans le mythe familial cet épisode de la vie de monsieur? Y a-t-il un élément de honte rattaché à cette histoire? On pourrait concevoir qu'une grossesse en bas âge à la fin des années quarante (époque de la conception de monsieur) aurait pu constituer un événement entaché de tabous importants, dépendant du contexte dans lequel elle s'est déroulée. Encore une fois, nous nous retrouvons devant davantage de questions, qu'il aurait été pertinent d'élucider, que de réponses.

¹ Nous croyons comprendre, à la lecture du texte, qu'il s'agit d'une rupture de contacts entre la mère de madame et sa famille plutôt que d'un simple éloignement géographique.

La mise en commun de tous ces éléments nous amène à proposer un début d'hypothèse explicative quant à la survenue du déni de grossesse de madame Z :

Nous croyons que l'épisode d'abandon en bas âge de madame Z a inévitablement été vécu par elle comme un traumatisme. Pour un enfant de l'âge (2-3 ans) qu'elle avait au moment où sont survenus les événements, il ne pouvait être que légitime de vouloir se débarrasser de ce qui faisait obstacle à son bien-être. À cet âge, le sens moral n'est pas encore développé et la nécessité de voir ses besoins satisfaits ne s'encombre pas de délibérations à teneur éthique. Dans l'impossibilité de bien saisir les enjeux qui ont mené leur fille à poser un tel geste d'agression à l'égard de son frère, les parents ont réagi de façon tout à fait inadaptée à la situation. En lui intimant d'aller vivre dans la famille de ses grands-parents paternels, pour elle de purs étrangers, ils n'ont nullement tenu compte de son besoin, maladroitement exprimé, de se sentir aussi importante et aimable que son petit frère. Par surcroît, après deux ans et demi passés dans sa « famille d'accueil » avec laquelle elle a inévitablement tissé des liens, elle est retournée chez ses parents. Ce second déplacement n'a pu être ressenti que comme un second abandon chez la petite madame Z, déjà fragilisée. Ces expériences d'abandon, qui ne peuvent faire sens à un âge aussi jeune, n'ont pu être vécues que dans un registre traumatique. Le fait d'être ainsi soudainement rejetée de ses parents (biologiques et d'accueil), inévitablement porteur d'une angoisse et d'une détresse désorganisatrices, n'a pu être expérimenté que comme une menace innommable et donc, non-métabolisable, à son intégrité psychique (et, possiblement même, physique). Les parents biologiques, quant à eux, vraisemblablement aussi envahis psychiquement que leur fille et dans l'incapacité de se percevoir comme parents abandonnant, probablement du fait de leur propre vécu, ont même dénié, comme la mère l'a fait (partiellement, à tout le moins), que l'incident ait eu lieu, ou l'ont interprété *a posteriori* comme un événement relativement banal, comme l'a fait le père. Les traumatismes, désavoués, n'ont pu être mentalisés et, par le fait même métabolisés au niveau psychique. On ne peut d'ailleurs manquer de faire le parallèle entre le fait que la mère de madame Z ait abandonné sa fille alors qu'elle-même semble avoir été ou s'être mise à distance de sa propre mère (à cause de circonstances qui nous sont inconnues). Nous y voyons là l'indice qu'une compulsion de répétition est à l'œuvre. Quoiqu'il en soit, nous

croions que ces épisodes d'abandon ont constitué un terreau fertile pour ce qui allait se mettre en place plus de quinze ans après.

En grandissant, madame Z accepte difficilement sa sexualité naissante. Tout comme sa mère, elle se présente et agit comme un « garçon manqué ». Quelque part en elle doit subsister l'idée que d'être une fille, c'est de risquer de se faire abandonner. D'ailleurs, elle a bien vu avec sa mère que son frère lui a été préféré. Et son père qui aurait tellement souhaité un garçon au moment de sa naissance! (Section 6.2.21) Par ailleurs, elle a une crainte viscérale de son père qui deviendra une peur irrationnelle de se faire « tuer », « crucifier », « battre » ou « renier » (section 6.2.1) au moment de se découvrir enceinte. Elle sait ce qui peut lui arriver lorsqu'elle agit à l'encontre des idéaux parentaux conservateurs. Madame, grandement fragilisée, semble avoir gardé en elle l'idée que de déplaire à son père (ou à sa mère), c'est de prendre le risque de se faire rejeter. Cette crainte de se positionner à l'encontre des valeurs parentales sera d'ailleurs vécue de façon très défensive (section 6.2.14) lorsque, 17 ans plus tard, elle anticipera que son désir de garder bébé X ne soit pas partagé par ses parents.

Bien sûr, nous ne croyons nullement que ce sont les traumas d'abandon expérimentés en bas âge par madame Z qui sont directement à l'origine de son déni de grossesse. Lorsque nous nous intéressons à l'histoire des femmes ayant vécu cette expérience (AFRDG, 2009), nous sommes obligée de constater que chacune d'elle présente une histoire unique et singulière. Ce que nous avançons plutôt comme hypothèse, c'est que les femmes, non psychotiques, susceptibles de développer un déni de grossesse dans leur vie pourraient présenter un fonctionnement intrapsychique particulier, apparenté à celui propre aux organisations limites de la personnalité. Leur façon d'appréhender les épreuves de la vie, probablement transmise de génération en génération, est marquée par une incapacité ou une difficulté à mentaliser et donc, à lier les registres de la sensation, de la représentation formelle et du représentant langagier. Faute de ce nouage, il y aurait une faille dans le psychisme à l'origine d'une incapacité à manier symboliquement ce qui les affecte et les éprouve. Selon Penot (1989), cette incapacité des parents est souvent perceptible chez leurs enfants au

travers de manifestations d'ordre comportemental, un peu comme si elles leur avaient été inconsciemment dictées. Toujours selon le même auteur :

Ce qui paraît ici essentiel, c'est que l'activité de pensée de ces sujets ne parvient aucunement à traiter ces représentations étranges par un recours à la (dé)négarion, ni non plus par le refoulement. L'un et l'autre processus s'avérant radicalement invalidés, dans la mesure où la représentation traumatique est le lieu non seulement d'une inquiétante condensation imaginaire, mais aussi d'une non-liaison de sens (un non-jugement). (p. 28)

En définitive, voici comment nous comprenons le déni de grossesse de madame Z : la perception des mouvements fœtaux (seul indice encore détectable de son état de gravidité) à un stade avancé de sa grossesse a fait écho à ses traumatismes d'abandon, non perlaborés, vécus en bas âge. Inconsciemment, la possibilité d'être enceinte a fait remonter la peur d'être abandonnée à nouveau par ses parents, des gens stricts et aux valeurs conservatrices, et eux-mêmes prisonniers de leur propre histoire, non métabolisée, parce que partiellement désavouée. Ainsi, la réalité même d'une grossesse a été maintenue à l'écart de la réalité psychique de madame Z (et ce, dès son tout jeune âge), car inconsciemment, persistait en elle l'idée que la venue au monde d'un bébé ne pouvait représenter que son propre anéantissement.

La difficulté pour madame Z de trouver une signification à son expérience de déni de grossesse et à l'arrivée de X dans sa vie ressort tout au long de son discours. La notion de destin est évoquée à de multiples occasions comme une tentative ultime de donner un sens à ce qui pour elle (et ses parents) semble totalement incompréhensible.

7.3 Fonctions du destin dans le déni de grossesse de madame Z

7.3.1 Le destin : instaurateur de sens

À quelques reprises, nous avons demandé à madame Z ce qu'avait représenté pour elle l'arrivée de X dans sa vie. Ces questionnements ont semblé grandement déstabilisants et ont suscité une utilisation importante de mécanismes de défense. Voici ce qui est ressorti :

Au moment où madame Z apprend qu'elle est enceinte, elle n'est pas réellement prête à accueillir son enfant. Et bien qu'elle choisisse de la garder, ça ne se fait pas sans difficulté. Ainsi, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, X est tantôt identifiée comme une « grosse bosse cancéreuse », comme une « source d'ennui », en tant que « briseur de rêves », comme une « empêcheuse de vivre sa jeunesse et d'avoir accès à une vie sociale épanouissante » ou encore, comme une « prison ». Dans le discours, elle est chosifiée et identifiée par des pronoms impersonnels (« ça », « le bébé », etc.) à de multiples reprises. À d'autres moments, dans ce qui semble une tentative ultime de se racheter d'avoir pu en penser ou en dire du mal, bébé X devient alors le « cadeau du destin », celui qui aura, entre autres, pour mission de cimenter son couple alors vacillant :

Intervieweuse : Est-ce que vous, vous iriez jusqu'à dire que ça l'a **cimenté** même la relation avec votre conjoint? *Madame Z* : Ça nous a, ça nous a ouvert les yeux pis on s'est dit : « c'pas pour rien que c't'arrivé. C'parce que... Non, on pensait pas se séparer avant que je l'aie su mais... on savait qu'à un moment donné, on, on, on s'rait peut-être pour se dire : « Ben, p't'être qu'on se r'trouvera dans cinq ans », t'sais? » Ah, on, on va vivre. C'est, c'est plus comme ça qu'on... qu'on se dirigeait fait que on s'est dit que : « Ça si c'est arrivé, c'est parce qu'y fallait qu'on soit maintenus ensembles pis qu'on avait quelque chose à vivre maintenant ensemble ».

Bébé X aura aussi pour rôle de l'aider à développer sa féminité :

Intervieweuse : Pis euh, concernant votre croyance en la, en, en le destin, est-ce que vous pensez que c'est une fille pour une raison aussi particulière ou euh? Madame Z : Ben maintenant qu'j'ai deux filles, j'me dis peut-être que « oui » parce que ça va m'aider à, à apporter plus mon côté féminin que je l'avais pas **du tout, du tout, du tout** avant. Fait que j'me suis dit que si j'ai deux filles c'est parce que ça va apporter mon p'tit côté ma, féminin, mon p'tit côté magasinage, mon p'tit côté je..., t'sais, tout ça. Ça me l'a fait sortir en ayant des filles euh... mais sinon euh... j, prrr, ça, ça j'pense pas vraiment. Je l'sais pas.

Bébé X sera aussi à l'origine d'un changement de vocation pour quelque chose de plus adapté aux valeurs profondes de madame :

Intervieweuse : Pourquoi vous dites que ça (*la naissance de X*) été la plus, la plus belle expérience? *Madame* :... Parce que ça m'a fait hum... Ça m'a fait comprendre ce que je voulais vraiment être.

Intervieweuse : Donc, donc la directrice de marketing? OK, c'est ça...Fini. *Madame Z* : Fini. *Intervieweuse* : C'est ça! OK. OK. *Madame Z* : C'est ça que j'veus dit. X est pas arrivée pour rien, a m'a comme réorientée.

Peut-être que le premier enfant que j'aurais eu (*si madame l'avait eu plus vieille*) m'aurait fait vivre, m'aurait fait devenir cette femme-là (*dont la vocation serait finalement de travailler auprès des jeunes*) aussi (*comme elle dit que X l'a fait*), t'sais. Mais là je le suis devenue beaucoup plus rapidement... Pis, c'est peut-être pas pour rien.

7.3.2 Le destin : celui qui rend acceptable ce qui ne l'est pas

Comme nous l'avons vu au chapitre VI, madame est ambivalente quant à sa perception de X. Cette enfant est arrivée trop tôt dans sa vie pour différentes raisons et une partie d'elle lui en tient rigueur au point où elle en vient à nommer que cette enfant n'était pas désirée. Cet aveu suscite un intense sentiment de culpabilité qui va l'amener à idéaliser X et le fait qu'elle fasse maintenant partie de sa vie. Ne trouvant pas, semble-t-il, de raison profondément satisfaisante à son existence, l'utilisation du concept de destin lui permettra de lier en elle ces deux mouvements antagonistes de désir et de rejet. Voici comment nous pourrions résumer

ce processus : « une partie de moi ne désire pas cette enfant (ce qui provoque un affect de culpabilité intolérable), mais grâce à l'idée du destin, sa présence va acquérir un sens (et va me permettre de me réguler émotionnellement) ».

Bien qu'elle y réfère abondamment, l'idée qu'X ait pu être un cadeau du destin est, la plupart du temps, peu élaborée :

Euh... elle (*la mère de madame Z*) s'est mise à pleurer (*lorsqu'elle a appris que sa fille était enceinte*), mais en même temps elle s'est dit : « y a jamais rien qui arrive pour rien euh, c'est peut-être un cadeau de la vie qui s, qui est sur notre destin ». (*lapsus*)

Mais euh... T'sais, j, j... Un mois ap, pas un mois après. J'pense que quelques jours après je me suis dit : « A l'a pas été mis sur mon chemin pour rien... J'**dois** l'accepter [...]».

Dit par la mère de madame Z à cette dernière suite à l'annonce de sa grossesse : « [...] tu vas passer au travers, ça l'arrive pas pour rien [...] »

Madame nomme ce qu'elle a fait étant enceinte (prendre la pilule du lendemain, des anti-inflammatoires, faire du canot, de l'hébertisme, du ballon volant, perdre du poids) : T'sais ma mère a s'est dit : « Écoute là. Si l'enfant est là, c'parce que... ». *Intervieweuse* : Elle est due... *Madame* : A, a l'aurait décroché avant là. Fait que. *Intervieweuse* : Ça rejoint un peu ce que vous aviez dit en tout début d'entrevue. Vous avez commencé comme ça euh... « Y a des événements dans la vie qui arrivent pas pour rien » ou ça, ça... *Madame* : Exactement... J'ai... Au début, j'me disais pas ça quand j'l'ai su. Mais euh... T'sais, j, j... Un mois ap, pas un mois après. J'pense que quelques jours après je me suis dit : « A l'a pas été mis sur mon chemin pour rien... »

Dans ces extraits, nous avons pu observer que la mère même de madame Z explique l'existence de X par le concept de destin. Cette référence à la destinée est-elle couramment utilisée dans la culture de madame? Est-elle propre à cette famille et liée à des événements de vie qui dépassent leur entendement et/ou la capacité d'intégration psychique de la personne qui les vit?

« y a jamais rien qui arrive pour rien », « A l'a pas été mis sur mon chemin pour rien... J'dois l'accepter [...] », « ça l'arrive pas pour rien », « Y a des événements dans la vie qui arrivent pas pour rien », constituent des phrases toutes faites, stéréotypées, que l'on appelle des « lieux communs ». Elles sont généralement utilisées dans le but « d'obtenir l'adhésion d'un interlocuteur sans s'expliquer, en se fiant à la complicité créée par les notions socialement admises » (D'Unrug (1974; p. 198)). Toujours selon la même auteure : « le recours à un lieu commun, comme l'échec d'une démonstration, montre une absence de réflexion, le refus d'une question » (p.199) [...] « S'il s'agit d'obtenir l'adhésion de l'interlocuteur, il peut s'agir aussi de renforcer sa propre conviction » (p.199).

Il est indéniable pour nous, que c'est la croyance en l'intervention du destin qui a permis à madame Z et aux membres de sa famille de donner un semblant de sens à la conception puis, à la naissance de X. Il s'agissait probablement là d'une façon d'essayer de rendre plus acceptable la venue au monde d'une enfant contre toute attente. Une tentative de donner une signification à un évènement qui n'en avait pas. Quoi qu'il en soit, le sens donné à l'existence de X demeure flou et peu élaboré, ce qui témoigne bien d'un échec du processus de mentalisation. Les explications ne sont pas élaborées et plusieurs d'entre elles n'invitent pas à la réplique :

Faut être suivie (*parle du suivi médical lorsqu'une femme est enceinte*) encore de plus près, t'sais. Y aurait pu avoir plein de choses comme ça (*diabète de grossesse, haute pression*) qu'y aurait pu m'arriver pis que. Justement, ça m'est pas arrivé parce que... J'devais avoir c't'enfant encore là pour... Dans ma tête c'est comme ça que j'le vois.

Hum j'lui (*à son frère*) ai dit que c'tait l'destin pis que peut-être que c'tait pas pour rien que c'tait arrivé sur mon chemin. Pis c'est ça.

Pourquoi ça m'est arrivé à moi? (*sa première grossesse*) Je l'sais pas pis, comme j'vous dis, j'crois beaucoup, beaucoup, beaucoup (*hyperboles*) au destin, y a rien qui arrive pour rien. Donc euh... Elle a été mis sur mon chemin pis c'tait, c'tait parce qu'y fallait qu'elle soit mis sur mon chemin.

CONCLUSION

Dans le cadre de cet essai doctoral, nous avons cherché à comprendre ce qui avait pu amener une femme à vivre un déni (partiel) de grossesse et à connaître le sens qu'elle avait donné, *a posteriori*, à cet événement particulier. Le désaveu de grossesse pouvant parfois être la cause d'une absence de suivi médical chez la femme gestante (avec tous les risques que ça comporte) et de néonaticides (action de tuer un nouveau-né dans les 24 heures suivant sa naissance) dans les cas les plus sévères, nous n'avons aucun doute en ce qui concerne la pertinence de s'intéresser à une telle problématique. Au moment d'entreprendre ce travail, en 2006, les quelques travaux concernant ce sujet étaient principalement issus du domaine de la psychiatrie et nous renseignaient peu sur les enjeux inconscients pouvant amener une femme à ignorer son état de gravidité. C'est dans le but de pallier cette lacune que nous avons amorcé notre étude de cas.

Notre revue de littérature concernant le déni de grossesse nous a permis de faire ressortir les facteurs de risques et hypothèses jusqu'à maintenant proposés par les chercheurs afin de mieux comprendre cette problématique. Notre premier objectif consistait à reprendre ces facteurs de risque et hypothèses et à les mettre en parallèle avec les données issues du verbatim (de deux entrevues semi-structurées) de notre participante. L'idée était de confirmer ou d'infirmer les connaissances actuelles sur le sujet à partir de notre étude de cas. Pour ce faire, les variables proposées par les chercheurs ont été repérées dans le discours de madame Z¹ et interprétées à la lumière des processus inconscients, tels les mécanismes de défense (projection, lapsus, déni, etc.), les indicateurs sémantiques (contradictions, failles logiques, etc.) et autres particularités (bris associatif, absences d'élaboration, processus intergénérationnels, etc.) de son discours (la procédure est décrite en détail à la section 5.2.1). Ce qui a guidé la mise en place de notre grille d'interprétation (sur la base de processus défensifs) est issu du discours même de madame. En effet, dès la toute première lecture de l'entrevue, nous avons été frappée par l'abondance des mécanismes défensifs qui ponctuait

¹ Pseudonyme donné à notre participante.

son récit et qui en nuancait le contenu manifeste. L'analyse du contenu latent de son discours allait d'ailleurs constituer pour nous une riche source d'enseignement.

Notre deuxième objectif de recherche visait à comprendre ce qui avait pu amener madame Z en particulier à vivre un déni de grossesse ainsi que le sens qu'elle avait donné, cinq ans après l'événement, à son expérience. Une analyse attentive des données issues de son verbatim nous a permis de repérer rapidement qu'un épisode d'abandon traumatique, vécu en bas âge et non perlaboré, avait constitué un terrain propice à la mise en place de son déni. Cet événement et d'autres s'y étant greffés ont été encore une fois interprétés à la lumière des mécanismes défensifs énumérés ci-haut (la procédure est décrite en détail à la section 5.2.2).

Bien que nos résultats ne puissent être généralisés à l'ensemble des femmes ayant expérimenté un déni de grossesse, nous avons été à même de faire certaines observations. Plusieurs facteurs semblent avoir favorisé la mise en place du déni de grossesse de madame Z. Ainsi, bien qu'au niveau manifeste le désir d'enfant était présent chez elle, une ambivalence ressortait fortement au niveau latent. Il est clair que cette grossesse arrivait à un moment inopportun de sa vie tant sur les plans personnel, familial, scolaire que professionnel.

Par ailleurs, nous avons été frappée par le peu d'attention que madame porte à son corps et à son ressenti, rendant déjà plus difficile la détection d'une grossesse quasi asymptomatique (hormis l'absence de menstruations et une perception diffuse des mouvements fœtaux). Ses connaissances de l'anatomie et de la reproduction humaines sont limitées. En fait, il n'est pas étonnant que ce soit le cas puisque madame est issue d'un milieu strict où les questions liées à la sexualité et à la reproduction sont frappées d'interdit. Dans sa famille, la féminité n'est pas valorisée et les garçons semblent préférés aux filles. Il s'agit d'une famille « tricotée serrée », ne favorisant pas l'individuation.

La poursuite de notre analyse nous a permis de comprendre qu'à l'âge où madame s'est mise à ressentir ses premiers émois œdipiens (entre deux et trois ans), elle a été envoyée en

Italie, dans la famille de son père (pour elle de purs inconnus), pour avoir voulu jeter son petit frère nouveau-né dans la poubelle. Ce séjour s'étira sur une période de deux ans et demi jusqu'au moment où ses parents la retirèrent de sa famille d'accueil pour la reprendre sous leurs ailes. Nous croyons que ces épisodes d'abandon, forcément traumatiques, ont constitué un terreau fertile à la mise en place future de son déni de grossesse et empêché la résolution de son complexe d'Œdipe.

Il est admis, dans la littérature consultée, que le déni consiste en un refus, par un sujet, de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. À partir de ce constat et des expériences d'abandon vécues par madame Z, nous avons été à même d'en arriver à émettre l'hypothèse explicative suivante concernant son déni de grossesse : la perception diffuse des mouvements fœtaux a fait écho aux traumatismes d'abandon expérimentés en bas âge par la petite madame Z. En effet, inconsciemment, notre protagoniste avait enregistré l'idée que la naissance d'un bébé (son frère rival) et/ou que le fait de désirer obtenir un bébé de son père (cours normal de l'Œdipe) avait provoqué l'ire de son père et de sa mère qui l'ont alors abandonnée. Or, l'analyse du discours nous permet de comprendre que pour les parents de madame Z, cet épisode a été frappé de non-existence (au sens d'un abandon), et n'a donc pu être métabolisée au niveau psychique. Cette incapacité des parents à digérer psychiquement cet événement et donc, à lier les registres de la sensation, de la représentation formelle et du représentant langagier, proviendrait possiblement de leur propre histoire, elle-même traumatique (une coupure avec son milieu familial, pour la mère et le fait d'être né d'une mère « très jeune » dans les années quarante, pour le père) et désavouée. Compris en ce sens, ce ne serait donc pas tant l'événement traumatique (d'abandon) en soi qui serait à l'origine du déni de grossesse de madame Z que la transmission intergénérationnelle, d'une incapacité à gérer les traumas, du fait d'une faille dans le processus de mentalisation, qui en empêche la perlaboration. Ce faisant, la réalité d'une grossesse a été maintenue à l'écart de la réalité psychique de madame Z, car inconsciemment, persistait en elle l'idée que la venue au monde d'un bébé ne pouvait représenter que son propre anéantissement.

L'idée entretenue par la famille que la notion de destin expliquerait la grossesse de madame Z appuie cette hypothèse. Chez elle, tout ce qui ne semble pas faire de sens aux yeux de celui ou de celle qui le vit, est attribué au destin. À défaut de pouvoir mentaliser et donner un sens à ce qui s'avère incompréhensible et inacceptable, le destin vient à la rescousse. Ainsi est préservé un fragile équilibre, tant psychologique que familial.

La méthodologie que nous avons développée dans le but de connaître les enjeux inconscients impliqués dans le déni de grossesse de madame Z nous a permis d'appréhender sous un regard différent et original cette problématique singulière. L'hypothèse avancée de la transmission intergénérationnelle d'une incapacité à gérer autrement les traumatismes (pressentis et réels) que par le déni, dans les familles où on peut observer un déni de grossesse, pourrait faire l'objet de nouvelles avenues de recherche. Ainsi, il serait intéressant d'interviewer chacun des parents sur leur propre histoire puis d'analyser le verbatim de leurs discours, au plan des contenus manifeste et latent, afin de valider ou d'invalider cette hypothèse.

APPENDICE A

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DÉONTOLOGIQUE (FED)
POUR LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Janvier 2002

A) *Responsable (s) de la recherche :*

Étudiant : France Blanchette _____
Nom en lettres moulées Signature

_____ _____
Téléphone Courriel

Directeur : Irène Krymko-Bleton _____
Nom en lettres moulées Signature

_____ _____
Téléphone Courriel

B) *Titre de l'étude en demande d'évaluation déontologique : Étude de cas portant sur le déni de grossesse (essai doctoral)*

C) *Le projet dont fait partie cette étude a-t-il déjà été approuvé par le comité de déontologie de l'UQAM?*

Oui _____ Non _____; si oui, donnez la date d'approbation du comité :

D) *Titre du projet de recherche dont fait partie cette étude et source de financement (s'il y a lieu) :*

E) *Date de soumission de ce formulaire d'évaluation déontologique : 21 mars 2005*

Les réponses aux questions suivantes permettent d'établir ce que les sujets humains expérimenteront en participant à votre recherche et les mesures qui ont été prises pour les protéger. Des réponses claires aux questions suivantes faciliteront le processus d'évaluation de votre étude par le comité de déontologie du département de psychologie. Merci de votre collaboration.

1. En une ou deux phrases, décrivez l'origine et les objectifs généraux de la recherche proposée :

Cette recherche exploratoire (essai doctoral) vise à approfondir les connaissances sur un phénomène peu étudié dans la littérature scientifique : le déni de grossesse. Des chercheurs (Brozovsky et Falit, 1971; Green et Manohar, 1990; Young, McMahon, Bowman et Thompson, 1990; Kent, Laidlaw, Brockington, 1997; Miller, 2003) ont observé que le déni de grossesse augmentait les délais liés aux soins prénatals, mais aussi, les risques d'abus fœtal (ex. par des coups auto administrés au niveau de l'abdomen) et les possibilités de néonaticide (meurtre du nouveau-né),

Nous comptons explorer le phénomène de la grossesse déniée par le biais de l'analyse d'un ou deux cas (selon la capacité de recrutement) de femmes ayant vécu, par le passé, cette expérience. Dans cette analyse, une attention particulière sera notamment portée sur les questions de la transmission inconsciente de messages intergénérationnels, de la filiation, de la relation de couple, de la relation au corps et du désir d'enfant.

2. Décrivez brièvement chacune des conditions et/ou manipulations de la recherche :

Ne s'applique pas.

3a Quelles mesures et observations seront utilisées pour l'étude? :

Les observations, c'est-à-dire le discours du sujet, seront recueillies pas l'intermédiaire de deux entrevues semi-dirigées d'environ une heure trente chacune, auprès d'une ou deux femmes ayant déjà vécu le déni de grossesse (selon les possibilités de recrutement). Afin de s'assurer qu'il s'agit bien d'un déni de grossesse, les femmes recrutées devront répondre à certains critères qui sont explicités à la question 10) du présent formulaire.

Le délai entre les deux entrevues n'a pas été prédéterminé : il le sera en fonction du besoin de la recherche, du temps nécessaire à la participante pour intégrer ce qui s'est dit la première fois, des disponibilités des protagonistes (chercheuse et participante), etc. Si entre-temps, le sujet souhaite commenter ou nuancer certains propos, en ajouter d'autres ou encore donner un exemple concernant ce qui aura déjà été dit, il sera avisé qu'il peut nous les communiquer par écrit ou encore verbalement, en nous rejoignant par le biais de nos coordonnées.

Un enregistrement audio des entrevues sera fait; il sera par la suite retranscrit sous forme de verbatim qui sera analysé qualitativement selon une approche psychodynamique. Les types d'analyses retenus seront intimement liés et adaptés aux discours des participantes; une oscillation constante entre le matériel analysé et la littérature portant sur les sujets abordés permettront d'aborder en profondeur et sous différents angles cette problématique encore mal connue.

3b. Si des questionnaires, des tests ou d'autres instruments de mesure sont utilisés, fournissez-en une courte description. Si possible, fournissez une copie de ces mesures ou indiquez quand cette copie sera transmise au comité d'évaluation déontologique :

Nous ne prévoyons pas en utiliser.

4a. Les sujets courent-ils des risques psychologiques, sociaux, physiques ou légaux? :

Non. Il est toutefois possible que certains des thèmes abordés avec la participante suscitent chez elle des émotions inconfortables. L'intervieweuse, stagiaire au Centre de services psychologiques de l'UQÀM, fera une rencontre préalable avec Mme Bleton afin d'anticiper et de minimiser ces risques; elle verra aussi à contenir ces émotions et à éviter leur débordement en cours d'entretien. Si néanmoins, la participante souhaitait ou ressentait le besoin d'échanger sur cette expérience, une consultation gratuite avec Mme Bleton Ph.d. (psychologue clinicienne et directrice de cette recherche) lui est offerte après chacune des entrevues.

4b. Si oui, décrivez ces risques :

Non applicable.

5a. Est-ce que les sujets auront à se soumettre à une situation stressante? :

Non.

6a. Est-ce que les sujets seront confrontés à du matériel ou à des conditions expérimentales qu'ils pourraient juger déplaisants, menaçants ou méprisants :

Non.

7a. Dans certains cas, le bon déroulement de l'étude nécessite de déguiser son objectif réel en omettant d'informer les participants de certains aspects de l'étude ou en présentant un tout autre but d'étude. Votre étude implique-t-elle une duperie des participants? :

Non.

8a. Demandra-t-on aux sujets de divulguer des informations qu'ils pourraient juger personnelles ou délicates? :

Oui.

8b. Si oui, décrivez ces informations :

Les entrevues de recherche seront semi-dirigées. Après la prise de contact, il s'agira de laisser la participante aussi libre que possible afin qu'elle puisse développer ses associations. Les questions qui seront posées seront ouvertes et la chercheuse les formulera de manière à suivre plutôt qu'à devancer le discours du sujet. Les principaux thèmes des entrevues seront :

- Famille d'origine (composition, relations avec les membres de la famille avant et lors de la grossesse; survol des histoires médicale et psychologique).

- Situation familiale et maritale (s'il y a lieu) au moment de la conception et lors de la grossesse.
- Croyances, valeurs véhiculées par la famille ou l'entourage, ou encore personnelles à la participante, en lien avec la sexualité, la féminité et le phénomène de la grossesse.
- Représentations liées au corps.
- Situation quant à la grossesse (présence ou absence de grossesse (s) antérieure (s); historique d'avortement (s)? Âge au moment de- et circonstances liées à la conception, déroulement de la grossesse (niveaux physique, émotionnel et comportemental), réactions de l'entourage).
- Circonstance de l'accouchement (lieu, assistance offerte ou en isolation, complications, réactions à la vue du bébé).
- Période post déni (intégration de la réalité, lien avec l'enfant, le père de l'enfant et la famille).
- Devenir du bébé.

Les thèmes que la participante n'aura pas abordés spontanément seront introduits sans insistance, soit au moment opportun de l'entrevue, soit à la fin. La chercheuse garde en tête que le silence à propos de certains thèmes est aussi parlant qu'un discours articulé.

9. Combien de temps l'expérience exigera-t-elle de chacun des sujets? :

Deux entrevues d'environ une heure trente avec un intervalle à déterminer (voir question 3a) entre les deux.

10. Quelles sont les caractéristiques des sujets qui participeront à l'étude? :

Les sujets seront des femmes qui, au 5e mois ou plus de leur grossesse, ne savaient pas qu'elles étaient enceintes. Nous avons fixé le nombre de mois de grossesse à cinq pour les raisons suivantes :

- À cette étape, la grossesse devient généralement visible pour un observateur extérieur.
- La prise de poids à ce stade de la grossesse nécessite habituellement le port de vêtements adaptés et donc différents des vêtements habituels de la femme enceinte.
- Les mouvements du bébé devraient normalement être aisément perceptibles pour la femme qui le porte.
- Échantillonner à partir de davantage de mois de grossesse risquerait de limiter de façon trop importante la population de femmes correspondant aux critères spécifiés pour cette recherche, ce qui nous laisserait moins de choix lors du recrutement.

2. Facteurs d'exclusion :

- **Femme présentant un problème d'obésité lors de sa grossesse** (déterminée d'après l'« indice de masse corporelle » (IMC) de la femme au début de sa grossesse) : Effectivement, il semble relativement fréquent que des femmes enceintes obèses ne soient pas certaines de leur état de gravidité même lorsque celui-ci est avancé.
- **Femme ayant été diagnostiquée stérile (diagnostic médical), ayant subi une ligature des trompes préalables à leur grossesse ou prenant la pilule anticonceptionnelle avant et au moment de leur grossesse** : Nous voulons ainsi éviter de recruter des femmes dont un doute quant à une grossesse possible pouvait être justifié.
- **Femme ayant déjà expérimenté ou expérimentant sur une base régulière une perte de contact avec la réalité** : Nous voulons, dans le but de faciliter les entrevues, exclure de notre échantillon les psychotiques « reconnues »

11. Comment les sujets seront-ils sollicités pour leur participation à l'étude? :

Par des affiches à l'intérieur des murs de l'UQÀM, par des annonces dans les journaux (lesquels?: à déterminer), par le biais de gynécologues ou d'obstétriciens et par l'intermédiaire d'un forum de discussion qui a cours dans le site Internet des « Futures mamans ». Ce site (<http://groups.msn.com/lesfuturesmamans/gnral.msnw>), parrainé par MSN™, s'est doté de règles éthiques qui régissent sa fréquentation et sa participation; ainsi,

il est orchestré par des animatrices qui s'assurent du bon déroulement des relations entre les participants. Pour afficher un message sur un forum de discussion, il faut avoir le statut de participant. Dans le cadre d'une étude entreprise (en 2002) par des chercheurs du Groupe de recherche sur la grossesse et la périnatalité de l'UQÀM (dirigé par Irène Krymko-Bleton), Mme Isabelle Ménard a obtenu ce statut. Ce faisant, elle s'engageait à respecter des règles de politesse, de civisme et de respect en annonçant sur le site. Afin de minimiser l'ampleur des démarches liées à notre propre recherche, nous prévoyons présenter notre projet aux animatrices du forum en question, par le biais de Mme Ménard. Son implication dans la présente étude s'arrêtera à cette étape. Si notre démarche est approuvée par votre comité, nous présenterons donc à Mme Ménard l'annonce que nous souhaitons faire passer (voir question suivante) qui elle, se chargera d'obtenir l'approbation des animatrices du site. Les messages approuvés font l'objet de vérifications continues de la part de ces animatrices afin que les échanges se fassent toujours dans le respect des personnes. Comme ce site s'adresse avant tout à des « futures mamans », nous espérons rejoindre des participantes ayant déjà vécu un déni de grossesse par le « bouche à oreille », par le biais de cette clientèle intéressée par les questions liées à la maternité et possiblement sensibilisée aux problématiques liées à la grossesse¹.

11b. Veuillez inclure un bref aperçu des informations qui seront fournies aux sujets avant qu'ils se portent volontaires pour participer à l'étude. Si possible, joignez une copie de la sollicitation écrite et/ou un résumé de la sollicitation orale :

Voici comment se formulera la sollicitation écrite :

Le Groupe de recherche sur la grossesse et la périnatalité du Département de psychologie de l'UQÀM est à la recherche de femmes ayant déjà, par le passé, vécu 5 mois de grossesse et plus, sans savoir qu'elles étaient enceintes. Ces femmes ne devaient alors pas : 1) avoir subi une ligature des trompes préalable à la grossesse; 2) Se penser infertiles (suite à un diagnostic médical); 3) avoir fait usage de la pilule anticonceptionnelle au moment de leur grossesse; 4) Avoir eu un « indice de masse corporelle » (IMC) de 30 ou plus en début de grossesse (problème d'obésité); 5) Éprouver de façon courante des pertes de contact avec la réalité

Votre participation se résumerait à deux entrevues individuelles d'environ une heure trente chacune, durant lesquelles vous nous parleriez de ce que vous avez vécu par rapport à cette grossesse. La chercheuse faisant les entrevues est une étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal; elle pourrait se déplacer à votre domicile pour chacune des rencontres ou encore, si vous le préférez, réserver un local à l'Université, à ces fins. Une compensation de 20 \$ par entrevue par personne est offerte. L'anonymat et la confidentialité seront respectés.

¹ Pour des raisons hors de notre contrôle et parce que les autres méthodes de recrutement nous ont permis d'atteindre nos objectifs, cette dernière stratégie n'a finalement pas été retenue.

Si vous êtes intéressée à participer, ou pour de plus amples renseignements, veuillez nous contacter au numéro de téléphone suivant : (YYY) YYY-YYYY. (adresse email:).

12a. Quelles démarches seront prises pour s'assurer que la participation des sujets soit volontaire? :

En m'assurant tout d'abord que la personne n'aura subi aucune pression de son entourage. Ensuite, après lui avoir expliqué les objectifs de la recherche, la méthode utilisée pour recueillir ses propos et mes attentes quant à son implication (deux entrevues d'environ une heure trente enregistrées sur magnétophone, qui se tiendront dans un local de l'Université ou directement au domicile du sujet), j'allouerai un temps de réflexion (24 à 48 heures) à la participante afin de m'assurer que sa décision ne soit pas prise sous l'effet de la pression que peut représenter une conversation avec un chercheur. Finalement, je n'insisterai pas si le sujet montre des réserves ou semble trop inquiet face à sa participation éventuelle.

12b. Le cas échéant, quelles sont les incitations offertes aux sujets en retour de leur participation? :

Une rétribution de 20 \$ sera offerte par entrevue (40 \$ en tout).

13a. Comment vous assurerez-vous que les sujets donneront un consentement éclairé avant leur participation à l'étude? :

Par la signature d'un formulaire de consentement qui sera adapté au niveau de langage et de compréhension du sujet. Le formulaire précisera le nom de la chercheuse, son lien avec l'UQÀM, le nom de sa directrice de projet et son lien avec l'UQÀM, ainsi que le titre de l'étude. La signature de la chercheuse y apparaîtra. Le formulaire indiquera aussi qu'il y aura enregistrement audio des deux rencontres et qu'un verbatim sera tiré de chacun de ces enregistrements à des fins d'analyse de la problématique. Seules la chercheuse et la directrice de recherche (cette dernière contribuera à la fidélité inter juges) auront accès tant à l'enregistrement qu'au verbatim. Il sera précisé que le sujet pourra en tout temps et sans préjudice se retirer de l'étude. Son anonymat et la confidentialité de ses propos seront préservés, et ce, même si des publications devaient faire suite à la recherche

13b. Un formulaire écrit de consentement averti sera-t-il utilisé pour votre étude :

Oui. Formulaire ci-joint.

14. Quels sont vos critères d'inclusion des participants à votre étude et quelle (s) méthode (s) utiliserez-vous pour départager les sujets qui ne satisfont pas ces critères? :

Ces critères ont été largement explicités à la question 10). Nous nous fions à la bonne foi des participantes, afin de discriminer adéquatement les critères recherchés des critères d'exclusion, lors de la rencontre téléphonique initiale.

15. Est-ce que certains aspects des résultats seront conservés dans une base de données permanente qui permettrait de retracer l'identité des sujets qui les ont produites? :

Si les résultats devaient être conservés, les données nominales et autres données « parlantes » seront modifiées afin que l'on ne puisse retracer l'identité des participantes.

16. Est-ce que le fait qu'un sujet ait ou non participé à une étude particulière sera enregistré dans une base de données permanente disponible à un superviseur, professeur ou employeur? :

Non.

17. Quelles seront les démarches suivies pour assurer la confidentialité des résultats ? :

Pour la durée de cette recherche, seules la chercheuse et la directrice de projet auront accès aux enregistrements audio et aux verbatims. Des noms fictifs seront utilisés pour la rédaction du rapport de recherche. Après la rédaction de ce document, les cassettes audio et les verbatims seront conservés sous clef après avoir modifié toutes données pouvant permettre d'identifier les participantes.

18. Décrivez les bénéfices compensatoires dont pourraient profiter les participants de votre étude ou la société en général :

La participante pourra élaborer certains aspects de son expérience subjective, ce qui pourra la mener à une connaissance accrue de sa réalité. Par ailleurs, le déni de grossesse est un phénomène fort peu documenté dans la littérature scientifique; or, comme il a été observé (voir question 1) que le déni de grossesse est souvent à mettre en lien avec les néonaticides, les abus aux fœtus et le retard dans l'accès à des soins prénataux chez la future parturiente, il est pertinent et souhaitable que cette problématique soit davantage approfondie. Il va de soi que les informations que nous pourrions acquérir face au déni de grossesse ne pourront qu'être bénéfiques, tant sur le plan de la recherche, qu'au niveau de la prévention et de la thérapeutique en lien avec ce problème; dans ce dernier optique, une meilleure compréhension de cette problématique ne pourra que bonifier les acquis au niveau du traitement chez les personnes qui en sont affectées de près ou de loin (femmes touchées par le problème tant au moment de leur grossesse qu'en période postgrossesse, individus (bébé, enfant ou adulte) issus d'une grossesse vécue sur le mode du déni).

19a. Utiliserez-vous de l'information de fichiers ou d'archives? :

Non.

RÉFÉRENCES

- Brozovsky, M., et H. Falit. 1971. "Neonaticide: Clinical and Psychodynamic Considerations". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 10, no 4 (octobre), p. 673-683.
- Green, C. M., et S. V. Manohar. 1990. "Neonaticide and Hysterical Denial of Pregnancy". *British Journal of Psychiatry*, vol. 156 (janvier), p. 121-123.
- Kent, L., J. D. D. Laidlaw et I. F. Brockington. 1997. "Fetal Abuse". *Child Abuse and Neglect*, vol. 21, no 2 (février), p. 181-186.

- Miller, L. J. 2003. "Denial of pregnancy". In *Infanticide : psychosocial and legal perspectives on mothers who kill.*, Spinelli, M.G. (dir. publ.), p. 81-104. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Young, C. L., J. E. McMahon, V. M. Bowman et D. S. Thompson. 1990. "Psychosocial Concerns of Women who Delay Prenatal Care". *Families in Society*, vol. 71, no 7 (septembre), p. 408-414.

APPENDICE B

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'accepte de participer à la recherche sur la grossesse effectuée par France Blanchette, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal ((450) YYY-YYYY; adresse.internet@hotmail.com), sous la direction de Mme Irène Krymko-Bleton, Ph.D., professeure à l'UQAM ((514) 987-300, poste 4806; krymko-bleton.irene@uqam.ca).

J'accepte d'accorder entre deux et quatre entrevues d'environ une heure trente chacune. Je consens à ce que ces dernières soient enregistrées au magnétophone et fassent l'objet d'une transcription écrite aux fins d'analyse. Il va de soi que ces données brutes demeureront confidentielles, les seules personnes y ayant accès étant Mme France Blanchette et Mme Irène Bleton, à des fins d'analyse comparative. En tout temps, mon anonymat sera préservé. La ou les publications qui seront produites à partir de ces données respecteront aussi ma confidentialité et mon anonymat.

J'ai été informée que Mme Bleton, psychologue clinicienne et directrice de cette recherche, pourra m'accorder une consultation thérapeutique gratuite, si j'en ressentais l'utilité ou le besoin, à la suite de l'une ou l'autre des entrevues de recherche.

Je suis informée que je peux me retirer de cette recherche sans préjudice et à tout moment, en interrompant l'entrevue ou en demandant qu'elle ne soit pas utilisée aux fins d'analyse.

Nom de l'interviewée (lettres moulées)

Nom de la chercheuse (lettres moulées)

Signature de l'interviewée

Signature de la chercheuse

Signé à

Date : Jr/ms/an

APPENDICE C

INDICE DE MASSE CORPORELLE¹

L'**obésité** est l'état d'une personne, ou d'un animal, souffrant d'une hypertrophie de la masse adipeuse, qui se traduit par un excès de poids, réparti de façon généralisée dans les diverses zones grasses de l'organisme.

La graisse est stockée dans des cellules appelées lipocytes ou adipocytes. En cas de stock important, on distingue deux situations :

- Le surpoids : les adipocytes stockent de plus en plus de graisse et grossissent .
- L'obésité : lorsque les adipocytes arrivent à saturation, ils se multiplient.

Les évaluations courantes de l'obésité font intervenir la masse (que l'on appelle souvent le « poids ») et la taille.

L'indice de masse corporelle

Le principal indicateur de mesure utilisé est l'indice de masse corporelle (IMC). Il tient compte de la morphologie de l'individu même s'il peut être exceptionnellement biaisé dans le cas de sportifs avec une masse musculaire très importante.

Pour les adultes, l'indice de masse corporelle est égal à la masse (exprimée en kilogrammes) divisée par le carré de la taille de la personne (en mètres) :

$$IMC = \frac{\text{masse}}{(\text{taille en } m)^2}$$

Exemple : $75 \text{ kg} / (1,75\text{m})^2 = 75 \text{ kg} / 3.0625\text{m}^2 = 24,49$ (le résultat est en kg/m^2 , mais la plupart du temps, on n'écrit pas l'unité)

¹ Informations tirées du site Internet Wapedia-Wiki : Obésité.

- Un *IMC* entre 18,5 et 25 est considéré comme normal chez un adulte.
- Entre 25 à 30, on parle de surpoids (surcharge pondérale).
- **Au-delà de 30, on parle d'obésité.**
- **De 35 à 40, on parle d'obésité sévère et, au-delà de 40, d'obésité morbide.**

LEXIQUE

MÉCANISMES DE DÉFENSE ET INDICATEURS SÉMANTIQUES¹

Tirés de :

Freud, A. 1946. *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris: Presses Universitaires de France.

Laplanche, J., et J.-B. Pontalis. 1997. *Vocabulaire de la psychanalyse*, 13^e éd. Paris: Presses Universitaires de France.

Muchielli, A. 1980. *Les réactions de défense dans les relations interpersonnelles : connaissance du problème, applications pratiques*. 2^{ième} éd. Paris : ESF.

———. 1981. *Les mécanismes de défense*. Coll. « Que sais-je? », no 1899. Paris : Presses Universitaires de France.

Petit Larousse illustré, Le. 2010. Paris : Larousse

Unrug, M.-C, d'. 1974. *Analyse de contenu et acte de parole: de l'énoncé à l'énonciation*. Paris : Éditions universitaires.

Alibis. (ou **recours à l'autorité d'autrui**) L'utilisation d'un alibi consiste à escamoter une **contradiction** en se référant à une « autorité » extérieure au discours. Il peut se produire lorsque le locuteur est relativement moins concerné par ce dont il parle. Son choix est significatif du désir de surmonter une contradiction ou de la masquer. L'alibi permet de « résoudre² » un conflit sans même l'avoir abordé. Il est souvent suivi, par exemple, d'un **illogisme**. (Unrug, 1974)

¹ Ne sont brièvement définis que les principaux d'entre eux. Nous invitons le lecteur à consulter les références ci-jointes pour en connaître et en comprendre davantage à leur sujet.

² C'est nous qui soulignons.

Ambivalence. Créée par les allers-retours de la pensée du locuteur. Tout se passe comme si le locuteur tentait de maintenir un équilibre toujours menacé. Voir **récurrence**. (Unrug, 1974)

Annulation rétroactive. Organisation des conduites destinées à réparer une action commise ou une intention coupable par un comportement magique qui veut effacer (annuler) la pensée que l'on a eue ou l'action commise (jugées insupportables) : Ex. les rituels conjuratoires d'une obsession. (Muchielli, 1980)

Atténuations (ou minimisation). Elles servent à diminuer la force, l'intensité de quelque chose. (Larousse, 2010) L'utilisation des atténuations peut représenter une tentative pour diminuer un **illogisme**. (Unrug, 1974)

Catachrèse. Procédé qui consiste à utiliser un mot au-delà de son sens propre. (Larousse, 2010). Détourne le sens des mots. Ex. Bras d'un fauteuil, ailes d'un bâtiment, etc. A un pouvoir de suggestion. (Unrug, 1974)

Compensation. Le sujet remplace un sentiment intolérable (l'infériorité, la culpabilité...) par un autre sentiment (la supériorité, le mérite...) développé à l'occasion d'autres situations inconsciemment provoquées. Ex. Pour un certain nombre de femmes, le fait d'être femme est angoissant, culpabilisant et infériorisant. La défense du moi contre ces sentiments donne les conduites compensatoires de négation de la féminité. (Muchielli, 1981)

Connotation. Propriété d'un terme de désigner, en même temps qu'une idée principale, une idée secondaire qui s'y rattache. Un faisceau de raisons conditionne ces idées secondaires : des raisons historiques, liées à l'étymologie, mais aussi à l'usage, aux habitudes linguistiques d'une époque donnée ou de plusieurs époques successives. Le contexte de l'énoncé met plus ou moins en valeur ces significations annexes. (Unrug, 1974)

Conjonctions (utilisation des). Comme « mais », « donc », « et »..., sans signification bien précise : peut servir, par exemple, à masquer une argumentation vécue comme fallacieuse. (Unrug, 1974) La conjonction « mais » peut indiquer une opposition (ex. Ce n'est pas vert, mais bleu), introduire une objection, une restriction ou une précision (ex. Ce vin est bon, mais un peu sec). (Larousse, 2010)

Contradictions. Opposition de deux termes, de deux thèses au sein d'un mouvement dialectique. Situations où une proposition est à la fois vraie et fausse. (Larousse, 2010)

Face à des contradictions, le locuteur entreprend une action pour les neutraliser. Elles incitent le locuteur à la conciliation de faits incompatibles en ayant recours au raisonnement (qui peut aboutir à l'**illogisme**), à un **alibi (lieu commun, jeu de mots...)** ou à certaines figures de mots comme l'**oxymoron (ou paradoxisme)** et l'**hyperbole**. (Unrug, 1974)

Cooccurrence. L'analyse des cooccurrences étudie la présence simultanée de deux éléments (mot ou thème) dans un même fragment de discours (la phrase ou le paragraphe), ou dans un même contexte sémantique. Si les occurrences de terme sont trop espacées, il ne peut y avoir interférence entre elles. La fréquence d'apparition d'un thème est considérée comme indicative de son importance. La cooccurrence est significative d'une relation entre deux termes dans l'esprit du locuteur (Baldwin, 1942 in Unrug, 1974). La répétition de certaines associations, ou leur évitement répété dans un discours, correspond à ce que l'on pourrait appeler des « préoccupations latentes » chez un sujet ou à l'intérieur d'un groupe, à un moment et dans des circonstances données. La relation négative entre deux éléments renvoie à une véritable réaction d'« évitement » dans la mise à distance de deux notions (ex. peut être une problématique). (Unrug, 1974)

Correction. Figure par laquelle on rétracte ce que l'on vient de dire à dessein, pour y substituer quelque chose de plus fort, de plus tranchant ou de plus convenable. Il s'agit d'une figure de **style** qui se borne à revenir sur certaines expressions pour leur donner plus de sens, ou plus d'énergie. Dans la correction, le rapport de l'interlocuteur est particulier. D'une part, le locuteur se tourne vers lui, par la mise en valeur de son énoncé et de sa propre personne. D'autre part, il l'élimine par l'utilisation massive du « je », l'autocorrection, etc. Il s'en suit que l'objet du discours ne peut pas apparaître vraiment. Ultimement, le locuteur en revient à retarder l'élaboration difficile d'une parole sur quelque chose. Ne pas confondre avec la **rétroaction**. Voir « **interpolations** ». (Unrug, 1974)

Dénégation. Repose sur la déclaration du contraire de ce que l'on « veut¹ » dire. (Unrug, 1974). (Dé) négation : Procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue en s'en défendre en niant qu'il lui appartienne (Laplanche et Pontalis, 1997).

Déni (de la réalité; ou désaveu). Consiste en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Ex. Personne qui refuse de changer quoi que ce soit dans sa vie alors que ses conditions matérielles de vie ont changé ou qu'elle vient de perdre son époux ou son enfant. (Muchielli, 1981)

¹ C'est nous qui soulignons.

Déplacement. L'affect ou la pulsion associée à une représentation se détache de celle-ci et s'investissent sur une autre représentation ou un objet substitut pour se dévouer. Tel est le sens du phénomène du bouc émissaire, ou aussi, de la fixation phobique, dans laquelle le déplacement sur l'objet phobique permet d'objectiver, de circonscrire l'angoisse. (Muchielli, 1980)

Désaveu. Voir « déni ».

Digressions. Développement étranger au sujet, dans un texte, un discours, une conversation. S'écarter de son chemin. (Larousse, 2010) Peut indiquer que le locuteur n'a pas réfléchi à la question au préalable, mais se sent tenu d'en dire quelque chose. (Unrug, 1974)

Euphémisme. Adoucissement d'une expression jugée trop crue, trop choquante. Ex. Il nous a quitté vs Il est mort. (Larousse, 2010)

Expolition. Consiste à « reproduire une même pensée sous différents aspects ou sous différents tours » (Fontanier, 1968 in Unrug, 1974, p. 177). Il peut s'agir du retour du même mot, de ses dérivés ou de ses différentes formes, de ses synonymes ou, enfin, de fragments d'énoncés. Fait partie des **réurrences**. (Unrug, 1974)

Failles logiques. Faux raisonnements, masqués par une cohérence apparente du discours, une logique subtilement déformante, satisfaisante à une lecture rapide, mais ne résistant pas à une lecture attentive. Les failles logiques s'accompagnent généralement d'une perte de la maîtrise du discours. Voir **illogismes/perte de maîtrise du discours**. (Unrug, 1974)

Formation réactionnelle (ou la transformation en contraire). Manière d'être stéréotypée qui s'oppose à un désir, à un sentiment, et qui constitue même une réaction contre ce désir ou ce sentiment. La formation réactionnelle, par le « contre symptôme » qu'elle met en place assure un « contre-investissement », force protectrice contre le retour du refoulé. Par ce mécanisme, le Moi s'affirme dans une négation radicale du sentiment intolérable pour lui et il réagit par un comportement qui correspond à l'inverse du comportement associé au sentiment refoulé. Ex. : un petit enfant, jaloux de son petit frère qui vient de naître, ne peut laisser libre cours à son envie de le faire disparaître. Ce désir de tuer est refoulé et l'angoisse interne provoquée est maîtrisée par une conduite de formation réactionnelle qui consiste, en l'occurrence, à s'occuper attentivement et tendrement du bébé. L'agressivité est transformée en contraire, en amour. (Muchielli, 1981)

Fuite. Voir « rétractation ».

Généralisations. Ex. « En général, c'est comme ça », « dans la vie », « à notre époque », « il y a des tas de trucs »... Témoignent d'une crainte. (Unrug, 1974)

Harmonisme. Voir « style ».

Hyperbole. Consiste à exagérer pour impressionner. L'hyperbole « augmente ou diminue les choses avec excès (...) dans la vue, non de tromper, mais d'amener la vérité même et de fixer, par ce qu'elle dit d'incroyable, ce qu'il faut réellement croire (...) L'hyperbole, pour être une beauté d'expression et pour plaire, doit porter le caractère de la bonne foi et de la franchise (...) Il faut que celui qui écoute puisse partager jusqu'à un certain point l'illusion... » (Fontanier, 1968 in Unrug, 1974, p. 204). Le « surplus » de signification (qu'on peut se représenter comme l'écart entre la formulation et le signifié) n'apporte pas, à proprement parler, d'information; il traduit l'intensité avec laquelle le locuteur ressent ce qu'il dit. Un minimum de sincérité semble requis pour qu'une hyperbole apparaisse dans le discours. Cette sincérité peut ne pas exclure l'**ambivalence** et une égale intensité dans la croyance du contraire. L'hyperbole joue au niveau d'un désir et d'une réalité. Elle accuse leur disjonction et, en même temps, abolit la réalité en question. L'hyperbole constitue une solution que l'on peut qualifier de « magique »; elle renonce à satisfaire le désir ailleurs que dans les mots; mais, ce faisant, elle introduit une transformation qui est, à sa façon, efficace. L'hyperbole constitue un excès et un saut dans l'imaginaire et introduit une réorganisation conceptuelle. L'interlocuteur est d'autant plus indispensable; si l'hyperbole n'est jamais crédible et si l'interlocuteur le sait, en acceptant tout de même la figure il se fait complice du procédé, assumant à son tour la **contradiction** et, par là, sa résolution. (Unrug, 1974)

Identification (pas un mécanisme de défense, mais plutôt un « mécanisme d'expansion du Moi »). Dans ce processus, le sujet assimile un aspect d'un autre sujet et se transforme sur le modèle de celui qu'il s'efforce d'imiter en quelque sorte. Dans certains cas, l'identification peut être utilisée à des fins défensives. (Ex. **identification à l'agresseur**). (Muchielli, 1981)

Identification à l'agresseur. Processus par lequel le Moi se substitue au rôle d'un autrui menaçant : un sujet qui a peur d'être agressé devient soudain agressif; celui qui a peur d'être réprimandé agresse la personne dont il attend les reproches... (Muchielli, 1980) Le sujet, confronté à une menace extérieure, s'identifie au porteur de la menace soit en reprenant à son compte l'agression et en la dirigeant sur l'agresseur, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit encore en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. (Muchielli, 1981)

Illogismes/perte de maîtrise du discours. Se voit dans le **style** confus, hésitant et répétitif; par l'utilisation d'illogismes, d'**atténuations** (ex. « peut-être moins »...), par la non-prise en compte d'une situation réelle ou encore l'utilisation de **conjonctions** (« mais », « donc »...) sans signification bien précise, etc. La maîtrise du discours est momentanément perdue. Parfois, les illogismes découlent directement d'une **contradiction** ressentie par le locuteur dans son comportement, contradiction qu'il peut chercher à masquer. Les illogismes mettent en évidence la présence d'un conflit et empêchent sa résolution. Il existe une catégorie d'illogismes visant à justifier un comportement personnel, une décision prise, un jugement émis, en contradiction avec la situation réelle. L'illogisme et la perte de maîtrise du discours peuvent ainsi être des indicateurs de « mensonges » et témoigner de l'échec d'une tentative de justification. L'illogisme peut être un indicateur de « mauvaise foi » en ce sens qu'il peut indiquer une attitude défensive à l'égard d'une contradiction et le refus de son caractère problématique. Le passage du **lieu commun** à l'illogisme découle de la prise de conscience de l'existence d'un problème. Voir **failles logiques**. (Unrug, 1974)

Incidente (ou incise). Proposition, généralement courte, insérée dans une autre. Ex. L'homme, *dit-on*, est raisonnable. (Larousse, 2010) Peut indiquer que le locuteur n'a pas réfléchi à la question au préalable, mais se sent tenu d'en dire quelque chose. Voir « **interpolations** ». (Unrug, 1974)

Incise. Voir « **incidente** ».

Incorrection grammaticale. Ex. : utiliser, dans la même phrase, la forme impersonnelle « on » et la forme personnelle « je » peut inciter à faire penser que le locuteur est largement dépassé par sa pensée et/ou par sa parole, qui viennent nier ce qu'il a affirmé auparavant. (Unrug, 1974)

Indicateurs d'agressivité. Répliques très courtes, **illogismes**, caractère tranchant des explications, cynisme.

Inhibition. Évitement d'une situation qui réveillerait des pulsions pénibles. L'individu se « bloque », se raidit, se paralyse de toutes les forces de son Moi pour ne pas entrer dans la situation redoutée ou angoissante. (Muchielli, 1980) Défense contre la réalisation d'une pulsion interdite, c'est-à-dire contre le déplaisir provoqué par un danger intérieur. (Muchielli, 1981) Ex.: L'impuissance sexuelle.

Intellectualisation. Processus par lequel le Moi tente de « maîtriser les pulsions en les rattachant à des idées avec lesquelles on peut consciemment jouer... ». (Freud, 1946) Il s'agit de transformer en pensées abstraites ce que l'on ressent. (Muchielli, 1981) « Moyen de tenir à distance et de neutraliser les affects ». (Laplanche et Pontalis, 1997)

Interpolations. Supposent un arrêt dans le discours et/ou une rupture dans la continuité, ce qui produit un effet de retardement sur ce qui vient à l'esprit du locuteur. L'analyse des effets de retardement montre la fragilité de toute relation d'un sujet à lui-même. À l'intérieur des séquences et souvent en début d'entretien, les interpolations ont pour effet de retarder l'apparition d'un conflit. Les interpolations visent l'interlocuteur ou sont, en tout cas, fortement motivées par sa présence et le tiennent en haleine. Elles se présentent comme l'effet d'une **inhibition**. Elles prennent la forme de **silences**, d'**incidentes**, de **corrections**... (Unrug, 1974)

Ironie. Raillerie consistant à ne pas donner aux mots leur valeur réelle ou complète, ou à faire entendre le contraire de ce qu'on dit. (Larousse, 2010) Repose sur la déclaration du contraire de ce que l'on veut dire. (Unrug, 1974)

Isolation. En quelque sorte un refoulement partiel : les affects associés à une représentation sont dissociés de cette représentation et sont seuls rejetés dans l'inconscient. Il reste la connaissance intellectuelle pure; l'idée est discutée dans une indifférence affective étrange. (Muchielli, 1980)

Jeux de mots. Peuvent servir à masquer une **contradiction**, être créés en réponse au choc d'une question stimulus (en début d'entretien), agir en tant qu'**alibis**... Le jeu de mots est une allusion; en tant que tel, il peut, impunément, violer un tabou. Mais il y a plus que cela : le plaisir, d'ordre esthétique, créé par la réussite formelle du mot d'esprit permet la libération du plaisir accompagnant la levée d'une **inhibition**. Dans le discours courant, le jeu sur le sens des mots s'avère possible dans certaines conditions d'implication du locuteur. Une relation affective forte à l'objet du discours s'avère primordiale. (Unrug, 1974)

Lapsus. Acte manqué. Irruption de l'inconscient dans le fil du discours. Les lapsus sont significatifs de la présence indestructible de l'idée refusée et témoignent de l'irruption d'un des éléments en conflit. (Unrug, 1974)

Lieux communs (ou stéréotypes, phrases toutes faites, allusions littéraires ou historiques). Permettent de répondre sans répondre en recourant à une idée admise socialement. Ex. : « On n'est jamais aussi bien servi que par soi-même », « Autant ne pas mettre tous ses œufs dans le même panier »... Les lieux communs peuvent, par exemple, s'interpréter

comme des manières de se justifier, d'obtenir l'adhésion de l'interlocuteur sans s'expliquer, en se fiant à la complicité créée par les notions socialement admises. Le recours à un lieu commun, comme l'échec d'une démonstration, montre une absence de réflexion, le refus ou l'évitement d'une question. Le passage du lieu commun à l'**illogisme** découle de la prise de conscience de l'existence d'un problème. Il peut être utilisé pour obtenir l'adhésion de l'interlocuteur, mais aussi, afin de renforcer sa propre conviction. Peuvent servir à masquer une **contradiction**. (Unrug, 1974)

Litanie. Voir « style ».

Lyrisme. Voir « style ».

Métalepse. Consiste à substituer l'expression directe à l'expression indirecte, c'est-à-dire, à faire entendre une chose par une autre, plus « acceptable ». Ex. Un locuteur pourrait utiliser le mot « jouir », qui réfère à du sexuel. S'il s'agit d'une idée qu'un individu ne veut pas aborder directement, des mots de compromis (ex. transpirer, remuer, faire un exercice violent) vont annuler ou neutraliser le mot « jouir », cause de l'inconfort. Irruption de l'inconscient dans le fil du discours. (Unrug, 1974)

Métaphore. Procédé par lequel on transporte la signification propre d'un mot à une autre signification qui ne lui convient qu'en vertu d'une comparaison sous-entendue. Ex. La lumière de l'esprit, la fleur des ans, brûler de désir, etc. L'attention de l'auditeur est sollicitée par la figure et attirée sur une caractéristique quelconque de l'objet désigné. A un pouvoir de suggestion. (Unrug, 1974)

Minimisation. Voir « atténuations ».

Négation. Refus d'une affirmation (formulée par autrui) qui vous attribue une pensée, un désir, un sentiment, une action... On nie que cette pensée, ce désir... nous appartiennent. (Muchielli, 1980). Voir (dé)négation (Laplanche et Pontalis, 1997).

Négation dans le fantasme. Fuite de la réalité : le Moi échappe à l'angoisse en substituant à la réalité un imaginaire consolant ou compensatoire. Ex. : le sujet remplace un sentiment intolérable (l'infériorité, par exemple) par un autre sentiment (la supériorité) développé à l'occasion d'autres situations volontairement provoquées. (Muchielli, 1980)

Oxymoron. Voir paradoxisme.

Paradoxisme (ou oxymoron). « Artifice du langage par lequel des idées et des mots, ordinairement opposés et contradictoires entre eux, se trouvent rapprochés et combinés de manière que, tout en semblant se combattre et s'exclure réciproquement, ils frappent l'intelligence par le plus étonnant accord (...); ce n'est pas sans un peu de réflexion que l'on peut bien saisir et fixer ce qu'il donne réellement à entendre. » (Fontanier, 1968 in Unrug, 1974, p. 202). Consiste à unir deux idées qui paraissent inconciliables, deux réalités contradictoires. Ex. : « cette *obscur clarté* », « *il faut cesser de vivre avant que l'on soit mort* » ... Le paradoxisme aboutit souvent à une position cynique ou, en tout cas, relativisée, réaliste. Il introduit une réorganisation conceptuelle. Il permet au locuteur de se « dédoubler » et d'adopter simultanément son propre point de vue et celui d'autrui. Ex. : une assurance vie est à la fois une escroquerie, car les maisons d'assurance s'enrichissent, mais est aussi une sécurité, dans le sens qu'elle permet de ne pas laisser démunie la famille d'un assuré ayant perdu la vie. Le paradoxisme peut servir à masquer une **contradiction**. (Unrug, 1974)

Projection. Consiste à nier pour soi un sentiment, un désir, un affect intolérable, et à l'attribuer à un élément extérieur, et ainsi, d'agent, se transformer en victime. Ex. : Ne pouvant avouer haïr telle personne, on dira « elle me hait »... (Muchielli, 1980)

Rationalisation. Travail de présentation pour rendre acceptables et plausibles les motivations pulsionnelles. (Muchielli, 1980) La rationalisation est différente de l'**intellectualisation** en ce sens qu'il ne s'agit pas d'un évitement systématique des affects, mais d'une sorte de justification, d'explication rationnelle des motivations. La rationalisation vient camoufler secondairement les divers éléments du conflit défensif. Des défenses peuvent être elles-mêmes rationalisées. (Muchielli, 1981)

Recours à l'autorité d'autrui. Voir « **alibi** ».

Récurrence d'un terme (ou d'un thème). Peut constituer un indicateur de l'importance de la notion (en relation avec la question stimulus) et de sa valeur centrale dans l'entretien. Dans un tel cas, la récurrence prend la forme de la reprise (ou du retour) d'une notion émise par l'interviewé. S'il faut parler de récurrences et non de **répétitions** (ou de fréquence, qui englobe les deux, indistinctement) c'est qu'elles sont souvent éloignées dans l'entretien, jouant au-delà de la proposition ou de la séquence et apparaissant parfois dans des contextes assez différents. Elles ne créent pas d'effet de **style**, mais paraissent liées à l'organisation du discours et au déroulement de la pensée du locuteur. Ainsi, la récurrence d'une notion émise par le locuteur peut être liée au désir de se persuader d'une idée. Dans un tel cas, le doute (**ambivalence**) à propos d'une affirmation suscite des récurrences: deux idées contraires se combattent sans que l'une puisse vraiment l'emporter sur l'autre. Comprises en ce sens, les récurrences peuvent traduire une tentative de maîtrise d'une **contradiction**. On peut parfois avoir l'impression, avec la récurrence ou la **répétition**, que le locuteur se familiarise avec la

notion au fur et à mesure de son discours. Il pourrait s'agir de notions importantes, mais non intégrées dans le système conceptuel du locuteur (ex. il peut s'agir de crainte et d'attraction par rapport à une notion-clef). À un premier niveau d'analyse, les récurrences traduisent le caractère non intégré d'une notion par le locuteur, à cause de la présence d'un conflit. Ce conflit se joue entre deux éléments antithétiques (ex. conflit entre une idée répétée et son contraire). L'analyse des récurrences permet de repérer des contradictions découlant de l'insertion des locuteurs dans une situation définie socialement. Dans l'entretien, tout se passe comme si le locuteur, mobilisé par le conflit, ne pouvait ni l'abandonner, ni le résoudre d'emblée, mais cela moins en raison de quelque « bénéfice » qu'il en aurait qu'en raison de la nature de ce conflit, qui concerne son être même dans son enracinement social. Les récurrences introduisent une transformation, ou une tentative de transformation, des données d'un problème (ex. un terme de la contradiction vécue se voit attribué à un autrui). (Unrug, 1974)

Refoulement. Rejet, dans l'inconscient, des représentations inavouables et/ou pénibles liées à une pulsion. Tentative d'étouffement de cette pulsion ou de ce désir. Les souvenirs, sentiments, désirs... ainsi rejetés, mobilisent en permanence, pour être maintenus hors de la conscience, une certaine quantité d'énergie psychique. (Muchielli, 1980; Muchielli, 1981)

Régression. Perte des acquisitions et des comportements appris pour rétrograder vers des types de conduite progressivement de plus en plus anciens. Ainsi, la pulsion combattue n'a plus de raison d'être : l'enfant jaloux de la naissance d'un petit frère « régresse » et redevient bébé... perd le langage, la propreté déjà acquise... (Muchielli, 1980)

Répétitions. On répète un terme pour se familiariser avec lui. La répétition est indicative de l'importance d'une notion. Elle est aussi une réaction directe à la question posée. Tout se passe comme si le locuteur reprenait une notion, la « retournant » dans tous les sens, pour savoir ce qu'il pourrait en dire, ou, encore, la répétant d'une façon presque incantatoire. Ce faisant, il empêche l'interlocuteur d'intervenir dans le processus d'énonciation. Il s'agit d'une façon d'assumer son discours propre aux débuts d'entretien. La répétition repose sur un certain « blocage » au niveau des idées qu'évoque la question stimulus. La répétition fréquente d'un thème ou d'un terme révèle aussi un conflit. On peut parfois avoir l'impression, avec la **récurrence** ou la répétition, que le locuteur se familiarise avec la notion au fur et à mesure de son discours. Il pourrait s'agir de notions importantes, mais non intégrées dans le système conceptuel du locuteur (ex. peut s'agir de crainte et d'attraction par rapport à une notion-clef). (Unrug, 1974)

Retournement contre soi-même. La pulsion impossible à décharger sur son objet véritable, à cause de l'angoisse insupportable qui en résulterait, se retourne sur le sujet lui-même : la haine impossible devient autopunition, l'agression impossible devient automutilation... (Muchielli, 1980)

Rétractation (ou fuite). Fuite devant les situations extérieures susceptibles d'apporter un désagrément redouté. Ex. : on évite les situations provocantes ou humiliantes... (Muchielli, 1980)

Rétroaction. Concerne la « pensée » elle-même (ou le contenu) et constitue une rectification. Ne pas confondre avec la **correction**. (Unrug, 1974)

Silence. Ne pas parler de, omettre volontairement. Refus de commenter, de communiquer. (Larousse, 2010) Voir « **interpolations** ».

Sobriété. Voir « **style** ».

Style. Ex. : Confus, redondant, linéaire, répétitif... **Style sobre:** les phrases sont courtes, disjointes, comme si le locuteur réfléchissait en parlant, sans confusion ou perte de contrôle du discours, mais sans emphase. La sobriété du style traduit un engagement réel dans une situation réelle. Ex. **Style confus, hésitant, répétitif :** témoigne d'une perte momentanée de la maîtrise du discours. **Harmonisme :** Consiste dans « un choix et une combinaison de mots, dans une contexture et une ordonnance de la phrase ou de la période, tels que par le ton, les sons, les nombres, les repos et toutes les autres qualités physiques, l'expression s'accorde avec la pensée ou avec le sentiment » (Fontanier, 1968 in Unrug, 1974, p. 217). Il s'agit d'une figure de style involontaire, motivée par le déroulement de la pensée du locuteur, et non par la recherche d'un effet esthétique. (Fontanier, 1968 in Unrug, 1974; p. 132-133). **Style lyrique :** traduit la nécessité de maintenir un investissement par rapport à un objet, comme s'il subsistait un doute à ce niveau. Le lyrisme peut apparaître en fin d'entretien où, l'objet du discours enfin retrouvé, le sujet se détourne de l'interlocuteur. Il peut s'agir, en fin d'entretien ou non, d'une « irruption de l'inconscient » ou d'une « récupération » volontaire; le thème évoqué sert alors au locuteur de repoussoir, rendant la situation présente plus acceptable. **Litanie :** longue et ennuyeuse énumération. (Larousse, 2010). **Lyrisme** qui repose sur une accumulation de termes pour désigner un seul objet (utilise la disjonction, la conjonction, l'abruption, l'adjonction). (Unrug, 1974)

Sublimation. Consiste à donner à la pulsion condamnée moralement ou socialement (et donc condamnée par le surmoi) un but qui est, lui, accepté socialement. Ex. : le sadisme, par exemple, se défoule dans des métiers comme boucher, chirurgien, policier... (Muchielli, 1980)

Symbole. Mot qui a une signification au niveau idéologique. Ex. liberté, égalité, fraternité, famille, patrie, etc. Un accord minimum sur le sens doit d'abord exister entre locuteur et interlocuteur. (Unrug, 1974)

Synecdoque. Forme de métonymie qui consiste à prendre la partie pour le tout, le genre pour l'espèce, l'espèce pour le genre, l'abstrait pour le concret, etc. Elle fait appel à un lien logique. La synecdoque constitue une sorte de raccourci, permettant d'évoquer l'essentiel en négligeant l'ensemble. Ex. payer tant par tête, acheter un vison... L'attention de l'auditeur est sollicitée par la figure et attirée sur une caractéristique quelconque de l'objet désigné. (Unrug, 1974)

Transformation en son contraire. Voir « formation réactionnelle ».

BIBLIOGRAPHIE

- Abdel-Baki, A., et M.-J. Poulin, 2004. « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement : 1. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse ». *Psychothérapies*, vol. 24, no 1, p. 3-9.
- . 2004. « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement : 2. Perspectives psychodynamiques du vécu normal durant les phases de la grossesse et l'accouchement ». *Psychothérapies*, vol. 24, no 1, p. 11-16.
- Agher, J.-P. 2008. « Dénier de grossesse, formation et information des professionnels ». In *Le dénier de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le dénier de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du dénier de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 157-163. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Ajzenberg, D. 2008. « L'expertise judiciaire psychiatrique dans le dénier de grossesse ». In *Le dénier de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le dénier de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du dénier de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 115-121. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Alami, S., D. Desjeux, et I. Garabuau-Moussaoui. 2009. *Les méthodes qualitatives*. Coll. « Que sais-je? », no 2591. Paris : Presses Universitaires de France.
- André, J. 1995. *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Anzieu, A. 1997. *La femme sans qualité : esquisse psychanalytique de la féminité*. 2^e éd. Paris : Dunod.
- Applegarth, A. 1988. "Origins of femininity and the wish for a child". *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 8, p. 160-176.
- Association française pour la reconnaissance du dénier de grossesse (AFRDG). S.d. En ligne. <<http://www.afrdg.info/>>
- . 2010. *Dénier de grossesse : 99 histoires vécues*. Nantes : Amalthée.
- Aufière, P. 2008. « La loi du dénier de grossesse ». In *Le dénier de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le dénier de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du dénier de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 91-102. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.

- Ballou, J. W. 1978. *The Psychology of Pregnancy: Reconciliation and Resolution*. Lexington (Mass.) : Lexington Books.
- Bardou, H., M.-N. Vacheron-Trystram et S. Cheref. 2006. « Le déni en psychiatrie ». *Annales Médico Psychologiques*, vol. 164, p. 99-107.
- Barte, H. N. 1981. « Magie de la grossesse ». *Perspectives psychiatriques*, vol. 19, no 5, p. 407-408.
- Bayle, B. 2008. « Négations de grossesse et gestation psychique ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 75-90. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- . 2009. Mises au point. « Négations de grossesse: comprendre l'inimaginable ». *Journal international de médecine (JIM.fr)*. En ligne. 26 novembre. http://www.jim.fr/print/e-docs/00/01/B7/ED/document_mise_point.phtml. Consulté le 2 décembre 2009.
- Bécache, Simone. 1987. « Féminité et maternité: la légende d'Ariane ». *Revue française de psychanalyse*, vol.51, no 6 (novembre-décembre), p. 1569-1578.
- Bergeret, J. (dir. publ.). 2000. *Abrégé de psychologie pathologique: théorie et clinique*, 8^e éd. Paris: Masson.
- Berk, B. 1993. "Body Image and Pregnancy: Bridging the Mind-Body Connection". *Journal of Perinatology*, vol. 13, p. 300 – 304.
- Berns, J. 1982. "Denial of Pregnancy in Single Women". *Health and Social Work*, vol. 7, no 4 (novembre), p. 314-319.
- Bertrand, M., et B. Doray. 1989. *Psychanalyse et sciences sociales : pratiques, théories, institutions*. Paris: Découverte.
- Blanchet, A., H. Bézille, M.-F. Florand, A. Giami, F. Giust-Desprairies, A. Gotman, J.-M. Léger, C. Revault d'Allones et L. Zylberstein-Vaisman. 1985. *L'entretien dans les sciences sociales : l'écoute, la parole, le sens*. Paris: Dunod
- Blanchet, A., et A. Gotman, 1992. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Nathan.
- Bonnet, C. 1993. "Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide". *Child Abuse and neglect*, vol. 17, no 4, (juillet-août), p. 501 – 513.
- Bonnie, B. 1993. "Body Image and Pregnancy: Bridging the Mind Body Connection". *Journal of Perinatology*, vol. 13, no 4, p. 300-304.

- Boudreau, C., et A. Arseneault. 1994. « La recherche qualitative: une méthode différente, des critères de scientificité adaptés ». *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, vol. 10 (hiver), p. 121-137.
- Bourguignon, O., et M. Bydlowski. (dir. publ.). 2006, 2^{ème} éd. *La recherche clinique en psychopathologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Brezinca, C. 2008. « À propos des données épidémiologiques ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 15-23. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Brezinca, C., Huter, O., Biebl, W. et J. Kinzl. (1994). "Denial of Pregnancy : Obstetrical Aspects ". *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, vol. 15, no 1 (mars), p. 1-8.
- Brozovsky, M., et H. Falit. 1971. "Neonaticide: Clinical and Psychodynamic Considerations". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 10, no 4 (octobre), p. 673-683.
- Bydlowski, M., 1978. « Les enfants du désir: le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient ». *Psychanalyse à l'Université*, vol. 4, no 13, p. 59-92.
- . 1991. « La transparence psychique de la grossesse ». *Études freudiennes*, vol. 32 (novembre) p. 135-142.
- . 1997. *La dette de vie: Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- . 2000. *Je rêve un enfant: l'expérience intérieure de la maternité*. Paris : Odile Jacob.
- . 2008. *Les enfants du désir: destins de la fertilité*. Paris : Odile Jacob.
- Bydlowski, M. et D. Candilis. 1998. *Psychopathologie périnatale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Casoni, D., H. David, J.-F. Saucier, V. Lussier, R. Clermont, D. Pérusse, F. Borgeat, et O. Bernazzani. 1991. L'adaptation psychologique à la grossesse: observations cliniques. *P.R.I.S.M.E.*, vol. 2, no 1 (automne), p. 103-111.
- Chabrol, C. 1988. « Un dinosaure de compromis : l'entretien non-directif ? ». *Connexions*, vol. 52, p. 59-66.
- Charvet, F. (dir. publ.). 1980. *Désir d'enfant, refus d'enfant*. Paris : Stock.
- Chasseguet-Smirgel, J et B. Grunberger (dir. publ.). 1977. *L'Œdipe : un complexe universel*. Paris : Tchou.

- Chauchat, H. 1985. *L'enquête en psycho-sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Coen, A. 2008. « Le déni de grossesse chez l'adolescente vu des urgences d'un hôpital général ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 253-259. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Cohen, S. 2001. *States of Denial: Knowing about Atrocities and Suffering*. Cambridge (UK) et Malden (USA): Polity.
- Collectif. 2004. *Déni du corps*. Coll. « Champ psychosomatique », no.33. Éd. L'Esprit du temps.
- Condon, J. T. 1987. "Altered Cognitive Functioning in Pregnant Women: a Shift toward Primary Process Thinking". *British Journal of Medical Psychology*, vol. 60, no 4 (décembre), p. 329 - 334.
- Cournut-Janin, M. 1998. *Féminin et féminité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Darchis, E. 2004. « Bébés monstrueux en gestation ». *Imaginaire et inconscient*, vol. 13, p. 91-108.
- Darchis, E. 2008. « Déni de grossesse et transgénérationnel : la part des ancêtres ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 209-220. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Dayan, J. 2003. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris: Masson.
- Dayan, J. 2008. « Le déni de grossesse : aperçus théoriques ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 47-59. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Delassus, J.-M. (dir. publ.). 2009. *Grossesse, du désir au déni : Actes du 7^{ième} congrès de maternologie et périnatalogie* (Versailles, 24 novembre 2008). Paris : Éditions ELPEA.
- Deschamps, C., et R. Letendre. 1998. « L'attitude du chercheur en recherche qualitative ». *Recherches qualitatives*, vol. 18, p. 51-76.
- Deniau, J.-P. 2009. « Le déni de grossesse, un mystère pour la médecine ». *France Info*. En ligne. 9 juin. <http://actuadg.blogspot.com/2009_06_07_archive.html>. Consulté le 8 mars 2010.
- Deutsch, H. 1955. *La psychologie des femmes : étude psychanalytique*. Tome II. Paris: Presses Universitaires de France.

- Devereux, G. 1980. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- Dolto, F. 1992. *L'image inconsciente du corps*, 2^{ième} éd. Paris: Seuil.
- Drapeau, M., et R. Letendre. 2001. « Quelques propositions inspirées de la psychanalyse pour augmenter la rigueur en recherche qualitative ». *Recherches qualitatives*, vol. 22, p. 73-92.
- Dubé, M., S. Léveillé, et J. D. Marleau. 2003. « Cinq cas de néonaticides au Québec ». *Santé mentale au Québec*, vol. 28, no 2, p. 183-194.
- Ducrot, O. 1980. *Les mots du discours*. Paris: Minuit.
- . 1984. *Le dire et le dit*. Paris: Minuit.
- Edelstein, E. L, D. L. Nathanson, et A. M. Stone. 1989. *Denial: a Clarification of Concepts and Research*. New York: Plenum.
- Eiguer, A. 2002. *L'éveil de la conscience féminine*. Paris: Bayard.
- Finnegan, P., E. McKinstry, et G. E. Robinson. 1982. "Denial of Pregnancy and Childbirth". *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 27, no 8 (décembre), p. 672-674.
- France-Soir. 2009. En ligne. <<http://www.francesoir.fr/2009/10/09/deni-grossesse.html>>. Consulté le 8 mars 2010.
- France 24. 2009. « Le déni de grossesse n'est pas reconnu par la médecine ». En ligne. 10 juin. <http://actuadg.blogspot.com/2009_06_07_archive.html>. Consulté le 8 mars 2010.
- Fresnel, H. 2009. *Monique Bydlowski : « Le désir d'enfant échappe souvent à notre volonté »*. Psychologies.com. En ligne. Juillet. <<http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Desir-d-enfant/Articles-et-Dossiers/Vouloir-un-enfant/Monique-Bydlowski-Le-desir-d-enfant-echappe-souvent-a-notre-volonte/>>. Consulté le 8 mars 2010.
- Freud, A. 1946. *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. 1931. *La vie sexuelle*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Friedman, S. H., A. Heneghan et M. Rosenthal. 2007. "Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy". *Psychosomatics*, vol. 48, no 2 (mars-avril), p. 117-122.
- Friedman, S. H., et P. J. Resnick. 2009. "Neonaticide: Phenomenology and Considerations for Prevention". *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 32, p. 43-47.

- Garcia, V. et I. Antognelli. S.d. « *Le reflux du maternel* ». Dialogue/37-44. En ligne. <http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=DIA_169_0037>. Consulté le 9 avril 2010.
- Giami, A., et M. Plaza. (dir. publ.). 1999. *La démarche clinique en sciences humaines : documents, méthodes, problèmes*, 2^{ième} éd. Paris: Dunod.
- Gilbert, S. 1998. « Le biais du chercheur : de l'évolution à la divergence des solutions ». *Recherches qualitatives*, vol. 18, p. 143-170.
- Gitnacht, M. 1989. « Je ne veux pas me séparer de mon bébé ». *Revue française de psychanalyse*, vol. 53, no 1 (janvier-février), p. 277-280.
- Gomez, C. 2008. « L'accueil d'une femme souffrant de déni de grossesse : vécu de sage-femme en salle de naissance ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 67-73. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Gorre-Ferragu, N. 2002. « Le déni de grossesse: une revue de littérature ». En ligne. Université de Rennes 1. <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:hujTxOt6rhsJ:resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/These._Mme_Gorre-Ferragu-2.pdf+th%C3%A8se+gorre-ferragu&hl=fr&gl=ca&pid=bl&srcid=ADGÈESg2uR9sj7pjfcfXE3YVduaRHATRlo0Zlgw11vaEFnnjVUm135HdfyfHae9smjUVSmVD9Hj8fDDeqtNobckjQGKGpgKj-LTXLWPUMNBr1jx7m-nYrh0hPKFuobhYs4JorjA1TxQS&sig=AHIEtbQ-P1zZrh0701fWnbpXGYqKzbjL5w>
- Grangaud, N., 2001. « Déni de grossesse: description clinique et essai de compréhension psychopathologique ». Thèse pour le doctorat d'État de médecine, Paris, Université Paris VII.
- Grangaud, N., 2002. « Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature ». *Perspectives psychiatriques*, vol 41, no 3 (juillet), p. 174-81.
- Green, C. M., et S. V. Manohar. 1990. « Neonaticide and Hysterical Denial of Pregnancy ». *British Journal of Psychiatry*, vol. 156 (janvier), p. 121-123.
- Guernalec-Levy, G. 2007. *Je ne suis pas enceinte: enquête sur le déni de grossesse*. Paris: Stock.
- Guillet, A. 2009. « Affaire Courjault : 1600 cas de déni de grossesse par an en France ». *France-LCI*. En ligne. 9 juin. <http://actuadg.blogspot.com/2009_06_07_archive.html>. Consulté le 8 mars 2010.
- Hazan, M., et K. Mercier. 1992. « Fille ou garçon? I : La féminité entre maternité et bisexualité ». 1^{re} partie, *Filigrane*, vol. 6, no 1, p. 109 -125.

- Hazan, M., et K. Mercier. 1992. « La féminité entre maternité et bisexualité », 2e partie, *Filigrane*, vol. 6, no 2, p. 143-154.
- Igert, B. 1987. « Corps sexué : adolescence et maternité ». *Revue française de psychanalyse*, vol. 51, no 6 (novembre-décembre), p. 1613-1628.
- Information NouvelObs.com. 2009. En ligne.
 <<http://tempsreel.nouvelobs.com/actualite/societe/20090609.OBS9953/le-deni-de-grossesse-un-phenomene-encore-mal-connu.html>>. Consulté le 8 mars 2010.
- Jacobson, E. 1957. "Denial and Repression". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 5, p. 61-92.
- Kaplan, R., et T. Grotowski. 1996. "Denied Pregnancy: Case Report". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 30, no 6 (décembre), p. 861- 863.
- Kent, L., J. D. D. Laidlaw et I. F. Brockington. 1997. "Fetal Abuse". *Child Abuse and Neglect*, vol. 21, no 2 (février), p. 181-186.
- Laplanche, J., et J.-B. Pontalis. 1997. *Vocabulaire de la psychanalyse*, 13^e éd. Paris: Presses Universitaires de France.
- Larousse (Le petit Larousse illustré). 2010. Éd. Larousse
- Lebel, A. 2009. « Ce corps où la pensée s'est logée ». *Filigrane*, vol. 18, no 1, (printemps), p. 7-27.
- Libert, M. 2008. « Propos introductifs ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 105-109. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Lester, E. P., et M. T. Notman et T. Malkah. 1988. "Pregnancy and Object Relations: Clinical Considerations". *Psychological Inquiry*, vol. 8, no. 2, p. 139-159.
- Levy, R. 1994. « Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives ». *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, vol. 1, no 1, p. 92-100.
- Lolo, B. 2008. « Déni de grossesse : quand le psychisme occulte une partie du corps. Discussion anthropopsychanalytique ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. De Félix Navarro, p. 197-207. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.

- Magos, V. 2008. « De l'impensé à l'impensable en maternité : le déni ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 171-179. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Marc-Vergnes, J.-P. 2008. « Pour une approche cognitive et phénoménologique du déni de grossesse ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 149-155. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Marinopoulos, S. 2007. « Le déni de grossesse ». In Coll. Temps d'arrêt. *Yapaka.be*. En ligne. Bruxelles:Ingberg.<http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/TA_Deni_grossesse.pdf>. Consulté le 10 septembre 2009.
- Marinopoulos, S. 2008. « De l'impensé à l'impensable en maternité : le déni ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 123-136. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- McCracken, G. D. 1988. *The long interview*. Coll. "Qualitative Research Methods", vol. 13. Newbury park (Californie): Sage.
- Mc Dougall, J. 1989. *Théâtres du corps: le psychosoma en psychanalyse*. Paris: Gallimard.
- Meyer, C. L., M. Oberman et K. White. 2001. *Mothers who Kill their Children: Understanding the Acts of Moms from Susan Smith to the Prom Mom*. New York: New York university Press.
- Miljkovitch, M. 1977. « La préoccupation maternelle primaire : Illustration à l'aide d'un protocole Rorschach ». *Bulletin de psychologie*, vol. 31, no 1², p. 33-43.
- Miller, L. J. 2003. "Denial of pregnancy". In *Infanticide : psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*, Spinelli, M.G. (dir. publ.), p. 81-104. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Milstein, K. K., et P. S. Milstein. 1983. "Psychophysiologic Aspects of Denial in Pregnancy : Case Report". *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 44, no 5 (mai), p. 189-190.
- Moore, B. E, et D.L. Rubinfine. 1969. "The Mechanism of Denial". In *The Kris Study Group of the New York Psychoanalytic Institute: Monograph 3*. Fine, B. D., E. D. Joseph, et H. F. Waldhorn. (dir. publ.), p. 2-57. New York: International Universities Press.
- Morin, P.-C., et Bouchard, S. 1997. *Introduction aux théories de la personnalité*, 2^{ième} éd. Boucherville : Gaëtan Morin.

- Muchielli, A. 1980. *Les réactions de défense dans les relations inter-personnelles : connaissance du problème, applications pratiques*. 2^{ième} éd. Paris : ESF.
- . 1981. *Les mécanismes de défense*. Coll. « Que sais-je? », no 1899. Paris : Presses Universitaires de France.
- . 1991. *Les méthodes qualitatives*. Coll. « Que sais-je? », no 2591. Paris : Presses Universitaires de France.
- . (dir. publ.). 2002. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Muchielli, R. 1998. *L'analyse de contenu des documents et des communications*, 8^{ième} éd. Paris: ESF.
- Navarro, F. (dir. publ.). 2009. *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse*. Organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse. (Toulouse, 23-24 octobre 2008). Toulouse : Éditions Universitaires du Sud. 274 p.
- Navarro, F. 2008. « Qui vous dit qu'elle l'a tué? ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 137-146. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Neifert, P. L., et J. A. Bourgeois. 2000. "Denial of Pregnancy: a Case Study and Literature Review". *Military medicine*, vol. 165, no 7 (juillet), p. 566-568.
- Oscharoff, R. 2001. "Fertility in the Transference: Analytic Collaboration and Reproductive Conflicts". *Psychoanalytic Review*, vol. 88, no 1 (février), p. 29-49.
- Paillé, P., et A. Muchielli. 2003. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Penot, B. 1989. *Figures du déni: en deçà du négatif*. Paris: Dunod.
- Perrotin, A. 2009. « Comprendre le déni de grossesse ». *Agoravox : Le média citoyen*. En ligne. 18 mai. <<http://agoravox.fr/tribune-libre/article/comprendre-le-deni-de-grossesse-56217>>. Consulté le 8 mars 2010.
- Pinel, J.-P. 2004. « Traumatismes en institutions ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 1, no 42. p. 139-149.
- Pires, A. 1987. « Deux thèses erronées sur les lettres et les chiffres ». *Cahiers de recherche sociologique. L'autre sociologie. Approches qualitatives de la réalité sociale*, vol. 5, no 2 (automne), 2^{ième} éd., p. 85-105.

- Poupart, J. 1993. « Discours et débat autour de la scientificité des entretiens de recherche ». *Sociologie et sociétés*, vol. 25, no 2 (automne), p. 93-110.
- Poupart, J., J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Lapperrière, R. Mayer et A. Pirès. 1997. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Rabant, C. 1992. *Inventer le réel: le déni entre perversion et psychose*. Paris: Denoël.
- Racamier, P.-C. 1998. *De psychanalyse en psychiatrie : études psychopathologiques, travaux réunis*, 2^{ième} éd. Paris: Payot.
- Rader, G. E., L. D. Bekker, L. Brown et C. Richardt. 1978. "Psychological Correlates of Unwanted Pregnancy". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 87, no 8 (juin), p. 373-376.
- Rappaport, J. 1994. "Analytic Work Concerning Motherhood". *Psychoanalytic Review*, vol. 81, no 4 (hiver), p. 695-716.
- Rennie, D., et J. M. Stoppard. 2002. "Qualitative Research: History, Theory and Practice". *Psychologie canadienne*, vol. 43, no 3 (août), p. 141-189.
- Rossignol, L. 2009. « Passagers clandestins *in utero* ». *Le Monde*. En ligne. 17 novembre. <<http://deonto-famille.info/index.php?topic=232.0;theme=13>>. Consulté le 8 mars 2010. (cité?)
- Rotman, C. 2009. « Neuf mois sans savoir ». *Libération*. En ligne. 10 juin. <<http://www.liberation.fr/societe/0101572905-neuf-mois-sans-savoir>>. Consulté le 8 mars 2010.
- Rozan, M.-A. 2008. « L'obstétricien et le déni de grossesse ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 41-45. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Saint-Germain, L. 1995. « Analyse qualitative de discours tenus par des hommes au sujet de l'avortement : Étude des manifestations de dénégation et de déni ». Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal, 127 p.
- Schaffer, J. 2008. *Le refus du féminin: la Sphinge et son âme en peine*, 2^{ième} éd. Paris: Presses Universitaires de France.
- Séguin, S., M. Valente, G. Apter-Danon et B. Golse. 2008. « Le déni de grossesse : fonctionnement psychique et tests projectifs en postnatal ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 185-196. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.

- Sitbon, S. 2009. « Le déni de grossesse n'est pas reconnu par la médecine ». *France 24. En ligne*. 10 juin 2009. <<http://www.france24.com/fr/20090610-le-deni-grossesse-nest-pas-reconnu-medecine-#>>. Consulté le 8 mars 2010.
- Slayton, R. I., et P. H. Soloff. 1981. "Psychotic Denial of Third Trimester Pregnancy". *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 42, no 12 (décembre), p. 471-472.
- Spielvogel, A. M., et H. C. Hohener. 1995. "Denial of Pregnancy: A Review and Case Reports". *Birth: Issues in Perinatal Care*, vol. 22, no 4 (décembre), p. 220-226.
- Spinelli, M. G. 2001. "A Systematic Investigation of 16 cases of Neonaticide". *The American Journal of Psychiatry*, vol. 158, no 5 (mai), p. 811-813.
- Trad, P. V. 1990. "On Becoming a Mother: in the Throes of Developmental Transformation". *Psychoanalytic Psychology*, vol. 7, no 3, p. 341-361.
- Trognon, A. 1988. « Passage à l'acte dans les entretiens d'enquête ». *Connexions*, vol. 52, No 2, p. 67-80.
- Tronche, A.-M., M. Villemeyre-Plane, G. Brousse et P.-M. Llorca. 2007. « Du déni de grossesse au néonaticide : hypothèses diagnostiques autour d'un cas ». *Annales médico-Psychologiques*, vol. 165, no 9 (novembre), p. 671-675.
- Tronche, A.-M., M. Villemeyre-Plane et P.-M. Llorca. 2008. « Une grossesse impossible : réflexion diagnostique autour d'un cas? ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 225-231. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Turner, M.L. 2001. « Conflits maternels entourant le sexe du bébé à naître et fantasmes mortifères concernant ce bébé: une double menace pour des femmes fragilisées par un risque d'accouchement prématuré ». Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal, 191 p.
- Unrug, M.-C, d'. 1974. *Analyse de contenu et acte de parole: de l'énoncé à l'énonciation*. Paris : Éditions universitaires.
- Vallée, E. 2005. *Pas d'enfant dit-elle*. 2^{ième} édition Paris: Imago.
- Van der Maren, J.-M. 2004. *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles : De Boeck.
- Verney-Caillat, S. 2009. "Le déni de grossesse, symptôme dont il reste à trouver les causes ». *N'djamena Matin*. En ligne. 2 juillet. <<http://www.ndjamena-matin.com/article-33345800.html>>. Consulté le 15 mars 2010.

- Welldon, E. V. 1991. "Psychology and Psychopathology in Women: a Psychoanalytic Perspective". *British Journal of Psychiatry*, vol. 158, (suppl. 10) (mai), p. 85-92.
- Wessel, J. 2008. « Quelques données épidémiologiques, maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. de Félix Navarro, p. 25-35. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Winnicott, D.W. 1989. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 2^e édition. Paris: Payot
- . 2006. *La mère suffisamment bonne*. Paris : Éd. Payot et Rivages.
- Young, C. L., J. E. McMahon, V. M. Bowman et D. S. Thompson. 1990. "Psychosocial Concerns of Women who Delay Prenatal Care". *Families in Society*, vol. 71, no 7 (septembre), p.408-414.
- Zach, S. et E. Teissière. 2008. « Du « gros ventre » à l'annonce d'une grossesse à terme : étude d'un cas clinique de déni de grossesse ». In *Le déni de grossesse : Actes du 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse* (Toulouse, 23-24 octobre 2008), organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), sous la dir. De Félix Navarro, p. 245-248. Toulouse : Éditions Universitaires du Sud.
- Zah, A. 1988. « Le lien fragile : ou la relation corps-psyché dans la menace d'accouchement prématuré ». *Psychiatrie à l'Université*, vol. 13, no 52 (octobre), p. 645-669.