

Déni de grossesse : des nouveau-nés comme les autres ?

Claire Dapremont

▶ **To cite this version:**

Claire Dapremont. Déni de grossesse : des nouveau-nés comme les autres ? : Étude rétrospective menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur 24 patientes du 1 er octobre 2009 au 1 er octobre 2013. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-02095516

HAL Id: hal-02095516

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02095516

Submitted on 10 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz

Nancy

DENI DE GROSSESSE : Des nouveau-nés comme les autres ?

Étude rétrospective menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur 24 patientes du 1er octobre 2009 au 1er octobre 2013

Mémoire présenté et soutenu par

Claire DAPREMONT

Directeur de mémoire : Marie Thérèse. BELGY

Sage-femme cadre enseignante

Expert : Isabelle. SCHWEBACH

Sage-femme de consultation

Promotion 2014

Je tiens à exprimer mes plus vifs remerciements à Madame BELGY qui fut pour moi un directeur de mémoire attentif et disponible malgré ses nombreuses charges. Sa compétence, sa rigueur et sa clairvoyance ont été moteurs dans mon travail de recherche.

J'exprime tous mes remerciements à Madame SCHWEBACH pour son écoute, sa gentillesse ainsi que sa confiance.

Je remercie le service social de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy pour la disponibilité accordée à l'élaboration de mon étude et le DIM qui m'a permis d'accéder aux dossiers médicaux.

Ces remerciements seraient incomplets si je n'en adressais pas à l'ensemble des sages-femmes et des formatrices des écoles de Metz et de Nancy pour la qualité de l'enseignement et la pratique dispensées tout au long de ces quatre années qui m'ont confortée dans le choix de cette profession.

Mes dernières pensées vont vers ma famille et surtout mes parents qui m'ont soutenue et permis de poursuivre mes études jusqu'à aujourd'hui, ainsi qu'à mes amies de promotions de Metz et de Nancy.

SOMMAIRE

Sommaire **4**

Liste des abrégés **7**

Préface **8**

Introduction **9**

Partie 1 ..... **11**

1. Définitions **12**

1.1. Aspects psychologiques .....

1.2. Le déni de grossesse (1), (2) 13

1.3. Conséquences du déni de grossesse sur la mère et l'enfant 15

2. conséquences du déni sur la grossesse **18**

2.1. Une grossesse inexistante 18

2.2. Une grossesse non suivie et non éduquée (17) 20

3. PROTOCOLE (14) **21**

Partie 2 ..... **22**

1. L'ETUDE **23**

1.1. Hypothèses 23

1.2. Objectifs 23

1.3. Type d'étude 24

1.4. Population 24

1.5. Facteurs étudiés 24

2. RESULTATS 27

2.1. Facteurs socio-économique et antécédents 27

2.2. La grossesse en déni 32

2.3. La prise en charge 33

2.4. Caractéristiques échographiques 35

2.5. Accouchement et devenir de l'enfant 39

Partie 3 44

1. ANALYSE ET DISCUSSION 45

1.1. Facteurs socio-économiques et antécédents 45

1.2. Prise en charge et échographies 48

1.3. Caractéristiques échographiques 50

1.4. Examen à la naissance 51

2. LIMITES DE L'ETUDE 54

3. PESPECTIVES ENVISAGEES 55

3.1. Codification des dossiers 55

3.2. Prise en charge 55

3.3. Rôle des médias 59

3.4. Formation des professionnels 59

Conclusion 60

Bibliographie 61

TABLE DES MATIERES 65

Annexe I **68**

ANNEXE II **77**

ANNEXE III **78**

ANNEXE IV **81**

ANNEXE V **86**

LISTE DES ABREGES

AFRDG : Association **F**rançaise de lutte pour la **R**econnaissance du **D**éni de **G**rossesse

EPI : Entretient **P**rénatal **I**ndividuel

MRUN : Maternité **R**égionale **U**niversitaire de **N**ancy

PMI : Protection **M**aternelle et **I**nfantile

RCIU : Restriction de **C**roissance **I**ntra-**U**térine

SA : Semaine d'**A**ménorrhée

PREFACE

La grossesse est un moment privilégié dans la vie d'une femme avec une modification du corps et de l'esprit, un passage de l'état de femme à l'état de mère. Ce changement s'effectue durant neuf mois dans un contexte de vulnérabilité psychique et physique important. Dans la majorité des cas, cette étape se déroule sans encombre et naturellement. Cependant, quelques femmes ressentent de réelles difficultés à concevoir ce changement ce qui les amène à nier l'existence de cet être qui se développe en elles.

Lors de ma pratique pendant ces quatre dernières années, je me suis retrouvée en présence de cas de déni de grossesse. Fou, insensé, ces femmes portent un enfant sans le savoir, sans même le sentir pendant sept, huit ou parfois neuf mois. Le déni de grossesse bouleverse la logique, nous heurte dans nos certitudes. Dénégation? Dissimulation? Et nous interroge sur la maternité, sur le désir d'enfant mais aussi sur la force du psyché capable de bloquer toute manifestation extérieure de grossesse.

Introduction

Une grossesse passée inaperçue pour une femme enceinte est une réalité clinique de longue date et dont les mécanismes psychopathologiques ont été analysés par de nombreux auteurs. Des praticiens du siècle passé constatent que la persistance de saignements mensuels pendant la grossesse et l'état dit de « folie puerpérale » de la femme autour de l'accouchement peut conduire à la méconnaissance de celle-ci.

Malgré les contestations et une médecine ne voyant dans le déni qu'une dissimulation, le Dr MARCE et ses collaborateurs arrivent peu à peu à imposer les grossesses inconscientes auprès de tous ceux qui étudient soigneusement la question. Par la suite, le concept de « déni de grossesse » tend à s'affirmer comme une maladie au même titre que toutes les autres reconnues en psychiatrie (28).

A l'heure actuelle, les médecins accordent de plus en plus d'intérêt pour ce phénomène, en particulier dans un but préventif. En effet, en 2003, à Toulouse, le Dr NAVARRO spécialiste en Santé Publique, crée l'AFRDG. En 2008, le premier colloque français sur le déni de grossesse a permis de faire un état des lieux des connaissances sur les plans épidémiologique, obstétrical et psychiatrique de ce phénomène.

L'engouement médiatique sur les récentes affaires de néonaticide a sensibilisé l'opinion publique sur le fait qu'une grossesse puisse passer inaperçue et qu'une mère de famille aimante puisse tuer son nouveau-né. Ces faits divers sont là pour rappeler que le déni de grossesse total peut conduire au décès du bébé mais ne sont pas le reflet de la réalité. Effectivement, en France, sur 1500 à 3000 femmes concernées chaque année, 95% d'entre elles donnent naissance à un enfant en bonne santé avec un développement normal. La naissance est un moment de fragilité pour l'enfant comme pour la mère et comporte un risque puisque des nouveau-nés peuvent décéder dans les suites de couches. Par conséquent, un accouchement survenant sans que la femme ne s'y attende et dans des conditions matérielles inappropriées (seule chez soi, aux toilettes, en voiture...) majore évidemment ce risque de décès. Dans l'immense majorité le déni de grossesse n'est suivi d'aucun acte malveillant. Ainsi, l'assimilation systématique de la mort du nouveau-né à un infanticide, constitue un raccourci trop rapide.

Ces grossesses particulières comportent des risques tant pour la mère que l'enfant tant en anté qu'en post-partum et soulèvent de nombreuses interrogations des professionnels et des particuliers. En effet, quelles femmes peuvent dénier leur grossesse, quels sont les risques, y-a-t-il des conséquences sur le fœtus et sur le nouveau-né et comment pourrait-on éviter ce phénomène? Ainsi, ce travail va tenter d'y répondre.

Dans un premier temps, ce travail définit ce qu'est le déni de grossesse et la population concernée. Puis, il porte sur l'évocation des risques de ce type de grossesse non suivie et les conséquences possibles sur la mère et l'enfant. Enfin il cible la prise en charge de ces grossesses et leurs possibilités d'amélioration.

La seconde partie est consacrée à l'étude qui identifie les patientes en déni de grossesse, étudie les répercutions fœtales et néonatales grâce aux échographies, aux examens réalisés à la naissance et durant le séjour à la maternité. Nous observons pour ces grossesses la spécificité de la prise en charge mise en place à la MRUN.

Pour finir, la dernière partie consiste à analyser et comparer les résultats de notre étude aux chiffres nationaux ce qui permet d'évoquer les moyens existants pouvant limiter l'apparition de conséquences par une prise en charge adaptée et définie.

Partie 1

Le déni de grossesse

1. DEFINITIONS

Dans un premier temps nous définissons les différents concepts du déni.

1.1. Aspects psychologiques

1.1.1. Le déni

Étymologiquement dénier (dé-nier) avec un préfixe défensif *dé,* renforce le fait de nier qui est déjà un refus en soi. Une double dénégation se trouve au cœur du mot. Ce terme, initialement apparu au XIIIe siècle au sens général de refuser quelque chose à quelqu'un, est utilisé en droit dès le XIVe siècle.

Le déni est une notion théorisée par Sigmund FREUD pour désigner la non considération d'une partie de la réalité. Le déni porte autant sur la réalité « extérieure » ou perceptive que sur la réalité ou le ressenti interne.

Dans le domaine de la médecine, on retrouve le déni notamment dans le cas de patients atteints de maladies somatiques graves. Ainsi, le déni de la réalité constitue un mécanisme opérant face aux facteurs d'agression de la maladie ou de la mort qui permet ainsi de « vivre normalement » en diminuant l'angoisse. On retrouve également le déni dans les conduites de refus de deuil, de danger ou encore, comme dans notre étude, de déni de grossesse.

1.1.2. La dénégation (5), (6)

La dénégation est une manière qu'a un sujet de refuser par une formulation négative une idée ou une pensée qu'il énonce. C'est un mécanisme de défense et d'adaptation face à une réalité niée ou refusée.

1.1.3. Différence entre le déni et la dénégation

Le nier à soi-même se représente sous la forme :

- De la dénégation, la représentation n'est plus refoulée, elle parvient à la conscience mais sous une forme totalement niée.
- Du déni, la représentation énoncée est remise en cause, elle n'est pas acceptée pour ce qu'elle est.

Le déni s'étend à la réalité perceptive dans son ensemble et se rapporte généralement aux structures psychotiques. En théorie, la névrose n'a pas recours au déni mais à la dénégation qui est un mécanisme de défense moins violent.

1.2. Le déni de grossesse (1), (2)

1.2.1. Présentation

Le déni de grossesse est un véritable paradoxe dans notre société qui encense la maternité. Il se définit comme l'état pour une femme enceinte de ne pas prendre connaissance de l'être. Le déni ne s'accompagne d'aucun indice ni d'aucune manifestation affective ou comportementale pouvant témoigner de cet état de gestation. Le terme de grossesse à partir duquel il est pathologique de ne pas se savoir enceinte a été déterminé par convention, un seuil étant nécessaire pour mener des enquêtes en population générale. Celui habituellement retenu est de vingt semaines de grossesse.

A partir de là, on distingue plusieurs types de déni en fonction de leur stade de découverte :

- **Le déni partiel** : le plus fréquent. La grossesse est reconnue avant le début du travail.
- **Le déni total** : plus rare. La grossesse n'est reconnue qu'au moment de l'accouchement et peut même se prolonger dans le post-partum.

Mais également en fonction de leurs degrés :

- **Le déni massif** : non seulement la signification émotionnelle mais également l'existence complète de la grossesse sont occultées de la conscience et ce jusqu'au terme.

- **Le déni affectif** : la femme sait qu'elle est enceinte mais ne « ressent » pas sa grossesse, ne peut l'investir et de ce fait présente un manque de préparation émotionnelle et physique, se comportant comme si elle n'était pas enceinte. La future mère oscille alors entre des moments de conscience de la grossesse et des moments de dénégation. Dans cette forme de déni, les femmes « découvrent » le plus souvent leur grossesse vers la fin du premier trimestre. Puis elle passe progressivement d'une phase initiale de déni à une seconde phase d'annulation.

1.2.2. Épidémiologie (24)

D'après l'AFRDG, l'état de grossesse refusé n'est pas rare. Il y aurait 2 à 3 dénis de grossesse pour 1000 naissances, soit 800 à 2400 dénis de grossesse par an en France. On peut donc constater que ce phénomène se situe entre la fréquence de la rupture utérine (1 pour 1500) et celle de l'éclampsie (1 pour 2500). En réalité, une femme est trois fois plus susceptible de donner naissance sans se savoir enceinte que d'accoucher de triplés.

1.2.3. Etudes disponibles (3)

Il existe actuellement 5 études disponibles :

- Étude de **BREZINKA** datant de 1994, appelée "déni et aspects obstétricaux". C'est une étude autrichienne effectuée par un gynécologue obstétricien et deux psychiatres. Elle est prospective sur 3 ans et présente 27 dénis.
- **FIEDMAN** a également effectué une étude intitulée "caractéristiques de femmes en déni" réalisée par des psychiatres américains. Elle recense 61 dénis et 20 grossesses dissimulées parmi les dossiers de toutes les femmes n'ayant pas nécessité de soins prénataux avant le 3ème trimestre de grossesse.
- En 2002, le Docteur **WESSEL**, Obstétricien allemand, fait une étude rétrospective et multicentrique sur un an en se basant sur les diagnostics de grossesse posés après 20 SA. Ainsi, 94 femmes sont recrutées et divisées en deux groupes : les dénis et les autres raisons amenant à un diagnostic tardif.
- Le Psychiatre **PIERRONNE** fait une étude rétrospective sur 7 ans. Aidé d'un collègue psychiatre et d'un psychologue, il met en évidence 56 cas de déni de grossesse dont des totaux et des tardifs.

- Enfin, le Docteur **BONNET**, Psychiatre, accompagnée de deux psychanalystes, réalise une étude en 1993 sur l'adaptation des nouveau-nés nés de déni à la naissance.

Cependant toutes ces études ne s'intéressent qu'à la mère, l'enfant n'est pris en compte que lorsqu'il meurt.

1.3. Conséquences du déni de grossesse sur la mère et l'enfant

1.3.1. Population concernée (3)

D'après les études mentionnées précédemment, toutes dressent la même constatation : il n'existe pas de critères spécifiques des femmes touchées par le déni de grossesse.

En effet, les femmes concernées ont entre 18 et 30 ans, elles ne sont pas nécessairement jeunes mais le risque de faire un déni de grossesse est majoré chez les femmes aux âges extrêmes de leur vie reproductive. Les femmes sont pour plus de 75 % célibataires et ont pour seul soutien leurs parents. La moitié d'entre elles n'ont pas de revenus professionnels, elles sont étudiantes ou sans emploi.

Les études se rejoignent pour dire que plus de la moitié des femmes qui présentent un déni de grossesse sont multipares et ont connu précédemment de une à six naissances. Par ailleurs, plus de deux tiers des femmes sont multigestes, un quart ont un antécédent de fausse-couche ou d'interruption volontaire de grossesse. La primigeste ne représente qu'un tiers des cas.

La Psychiatre BONNET mentionne l'importance de savoir si le bébé a été conçu ou non à l'issu d'un abus sexuel car pratiquement dans ces seuls cas les femmes admettent qu'elles ont été abusées. Ainsi le Docteur BONNET retrouve un antécédent d'abus sexuel dans 20 % des cas contre 8 % pour l'étude de FRIEDMAN. Il est également important de souligner que, selon l'étude de BERZINKA, un grand nombre de facteurs de stress aigu ou chronique peut être la cause d'un déni en début de grossesse : une séparation avec le conjoint, une grossesse rapide après la rencontre avec le conjoint, des conflits familiaux importants ainsi qu'un départ du domicile familial avec acquisition d'indépendance.

Ainsi, contrairement aux idées reçues, le déni de grossesse concerne un groupe hétérogène de femmes, de tout milieu social, de tout âge, de toute race, de toute religion et de tout niveau d'instruction. On peut conclure qu'il n'existe pas de type bien défini de la femme en déni de grossesse. D'où le précepte : « always suspect the condition in any female between 7 and 70 » (soupçonnez toujours une grossesse chez une femme de 7 à 70 ans)

1.3.2. Devenir des enfants nés de déni (4), (6), (12)

L'étude de BONNET dit, qu'après l'angoisse et la stupéfaction liées à la découverte de l'existence du fœtus, les femmes peuvent avoir des fantasmes d'impulsions violentes envers lui ou vivre dans l'espoir d'une fausse couche. D'autres se tapent sur le ventre, prennent des risques en voiture ou travaillent de manière exagérée. Certaines n'expriment pas cette agressivité envers leur fœtus mais envers elles-mêmes. L'émergence de pensées violentes envers leur enfant peut entraîner une colère qui se retourne contre elles et peuvent aller jusqu'à la mutilation et au suicide.

Ces passages à l'acte peuvent présager un risque de maltraitante ultérieure et d'infanticide à la naissance si elles accouchent seules sans avoir pu exprimer leurs craintes. Les études effectuées sur la réaction des femmes à l'annonce de la grossesse montrent que parfois ces femmes refusent d'accepter la réalité et poursuivent une forme de déni en mettant fin à la vie de leur enfant mais ceci reste exceptionnel. En effet, une recherche dans les archives judiciaires françaises montre que probablement moins de 1 % des infanticides sont précédés d'un déni de grossesse. Une comparaison avec les données obstétricales semble indiquer que moins de 1 % des dénis totaux et 0,2 % des dénis partiels sont suivis d'un infanticide. Si certaines mères, totalement sidérées par ce qu'il vient de se passer, peuvent tuer leur enfant dans une sorte de folie passagère, dans la plupart des cas, le bébé meurt d'un défaut de soins et non d'un geste meurtrier de la mère.

Ainsi, ces enfants sont plus à risque de développer un nanisme psychosocial. C'est un trouble de la croissance, observé chez l'enfant entre 2 et 15 ans, causé par une carence affective extrême. Les symptômes sont une baisse de croissance induisant une petite taille, un poids inapproprié pour la taille et un âge osseux immature. Cette maladie est progressive, tant que l'enfant est laissé dans son environnement, ses capacités cognitives et staturales continuent de dégénérer. Ce phénomène est décrit lorsque la mère est dépressive, isolée socialement, rejetante et incapable d'établir des contacts physiques et émotionnels usuels avec son enfant.

D'autre femmes préfèrent choisir l'adoption ou l'accouchement sous X comme mode de protection pour l'enfant car incapables de l'assumer. Les études de FRIEDMAN et de WESSEL rapportent les mêmes chiffres : 9 bébés issus de déni de grossesse sur 61 ont été confiés à l'adoption, soit 15% des cas. Dans son étude, BONNET observe toujours une difficulté de verbalisation très caractéristique avec une difficulté à motiver leur décision.

1.3.3. Aspects médicaux légaux (27)

Jadis, la peine de mort était requise et appliquée pour un déni de grossesse comme dans le cas célèbre de Catherine OZANNE de Meulan en 1793.

En mars 2010, une femme jugée pour infanticide a été acquittée par la Cour d'Assise de Mons (Belgique), le jury populaire constitué de six hommes et femmes ayant reconnu qu'elle avait agi à la suite d'un « déni de grossesse massif » et sous la force d'une « contrainte irrésistible » en étouffant son nouveau-né. Un élément qui, en droit belge, exempte l'auteur d'un crime ou d'un délit de sa responsabilité.

En France, comme dans tous les autres pays, l'infanticide suite à un déni de grossesse est considéré comme un crime. Ceci est régi par l'article 300 du Code Pénal créé par la Loi 1810-02-17 promulguée le 27 février 1810 et modifié par la Loi 1901-11-21 article JORF le 22 novembre 1901. Depuis le 1er mars 1994, abrogé par le Loi 92-1336 article 372 (V) JORF, les femmes ayant tué (ou laissé mourir) leur enfant ne sont plus accusées d'infanticide mais d'homicide volontaire sur mineur de moins de 15 ans.

Pour le moment, le déni de grossesse n'est pas clairement défini et identifié et n'a pas de statut juridique autonome. Il n'est pas considéré comme une pathologie mais comme un symptôme qui vient toucher une souffrance psychique enfouie dans l'inconscience de la personne, passible de la prison à perpétuité.

2. CONSEQUENCES DU DENI SUR LA GROSSESSE

2.1. Une grossesse inexistante

2.1.1. Absence de modification corporelle et interprétation des signes sympathiques de grossesse (10), (13), (16), (22)

Ordinairement, une parturiente suspecte une grossesse par l'arrêt des règles, l'apparition de symptômes végétatifs ou par des modifications corporelles, ces signes physiques sont toujours atténués voire absents en cas de déni.

La grossesse est décrite physiquement par l'aménorrhée. Selon l'étude de BREZINKA, 44 % présentent des métrorragies pendant la grossesse et 22 % présentent des saignements irréguliers. La plupart des femmes déclarent avoir toujours eu des cycles irréguliers. Trois femmes ont pris une contraception orale régulière pendant les mois de gestation jusqu'à la découverte de la grossesse. Deux femmes de plus de 40 ans présentent au préalable une aménorrhée. Pour conclure, l'absence de règles est souvent masquée par des métrorragies plus ou moins régulières pouvant être induites par la prise de pilule contraceptive.

Les mouvements actifs fœtaux, les contractions utérines ou signes sympathiques de grossesse tel que nausées, algies dorsales, fatigue... ne sont pas perçus en tant que tels. Les sensations abdominales sont perçues et interprétées comme le résultat de symptômes intestinaux.

La prise de poids peut être négligeable et parfois même des amaigrissements sont observés. Pour celles qui ont eu une légère prise de poids pendant leur grossesse, certaines se sont mises au sport ou ont entrepris un régime pensant à une mauvaise alimentation.

Par ailleurs, habituellement vers 13 SA, l'utérus même s'il est au départ rétroversé, opère une véritable bascule et devient antéversé, participant à l'évolution de la silhouette, le ventre pointant vers l'avant. Dans le déni, l'utérus ne bascule pas vers l'avant mais se tient vertical et se développe autant qu'il se peut en hauteur. Ainsi, l'utérus lui-même semble complice. Les muscles de la paroi abdomino-pelvienne ne se relâchent pas ou très peu, au point que le ventre peut rester longtemps complètement plat. De son côté, le fœtus se place le long de la colonne vertébrale de sa mère et, dans

la plupart des cas, en présentation du siège ce qui diminue encore la proéminence du ventre. [Annexe V]

Devant ce tableau, l'idée de grossesse ne vient pas à l'esprit de la femme et de son entourage, même le plus proche. Entraîné par la conviction de la parturiente, il participe au phénomène de « collusion du déni ». Ainsi, de nombreux médecins expérimentés ont pu passer à côté de grossesses parfois à terme chez les femmes en déni.

La grossesse est présente mais silencieuse dans le psyché comme dans le corps, c'est la connivence psychosomatique. À l'annonce de cette grossesse, les signes physiques apparaissent parfois très tardivement et brutalement. Ainsi la femme prend donc conscience de cette grossesse passée inaperçue et intègre le fait de devenir mère avant l'accouchement. La prise de conscience de la grossesse s'accompagne, en quelques heures ou jours, de l'apparition nette ou de l'exagération franche de la distension abdominale jusqu'alors absente ou minime.

2.1.2. Absence de processus de grossesse (5), (8)

Lors d'une grossesse physiologique, la prise de conscience de son état par la mère se divise en trois phases : une pour chaque trimestre. Au premier trimestre, la femme prend conscience de son corps fécondé, il s'agit d'un état d'être. Elle prend conscience de son ventre sans se représenter l'enfant qu'elle attend. Pendant le deuxième trimestre, elle se le représente dans ses pensées imaginaires et fantasmatiques. Enfin au dernier trimestre de la grossesse, la femme élabore l'image des corps physiques et psychiques.

Certains praticiens soulignent que la période anténatale représente, à part entière, une phase spécifique du développement psychologique de l'être humain. L'analyse des compétences du bébé paraît indissociable de sa maturation physiologique anténatale. Dès la conception, il existe une continuité psychique entre l'être humain conçu et ceux qui lui ont donné la vie. « L'être humain en gestation » vit dans un environnement psychique anténatal où s'expriment parfois des problématiques psychopathologiques qui déjà le concernent et contribuent à former son identité psychique. D'autre part, l'être humain conçu possède une identité conceptionnelle qui se trouve riche de nombreuses déterminations psycho-socioculturelles.

Les psychiatres expliquent que de façon générale les étapes du développement de l'enfant doivent être médiatisées par des paroles, des conflits, des joies, des peines. Les périodes « sans » peuvent provoquer des troubles graves de « non-structuration » de la personnalité de l'enfant. S'il en est de même pendant la période anténatale, l'absence de conflit psychique dans le déni de grossesse aurait possiblement une incidence sur le développement ultérieur de l'enfant.

Le déni de grossesse court-circuite tout ce travail d'élaboration. Le « temps psychique de la grossesse » est réduit ou inexistant. L'impossible perception corporelle de la grossesse rend impossible la représentation mentale de la grossesse et vice versa : aucun espace psychique n'est créé pour l'enfant. Le déni de grossesse s'accompagne d'un vide perceptif, représentatif et d'une carence affective pour l'enfant à venir.

2.2. Une grossesse non suivie et non éduquée (17)

Une étude rétrospective cas-témoin sur 3 ans dans la Maternité de Lariboisière à Paris compare 76 patientes non suivies à 76 autres patientes suivies et ayant accouchées le même jour dans le même hôpital. Chez les patientes non suivies l'accouchement est plus eutocique avec moins de césarienne et d'extraction instrumentale. Par contre les complications néonatales sont plus importantes dans le groupe non suivi avec plus d'accouchements prématurés, des petits poids de naissance, huit cas de décès périnatal et une augmentation du taux de détresse respiratoire. Ainsi, une grossesse en déni non suivie car non connue serait plus à risque pour l'enfant.

Ceci peut être expliqué et majoré par un comportement maternel à risque. La femme en déni de grossesse mène sa vie habituelle. Elle continue à pratiquer du sport, à avoir des conduites à risques et à consommer des boissons alcoolisées. Elle ne respecte aucune des précautions qu'une femme enceinte tend à prendre spontanément ou sur les conseils d'un professionnel.

3. PROTOCOLE (14)

Ayant pris connaissance du déni de grossesse et des éventuelles conséquences sur la mère et l'enfant, faut-il mettre en place un protocole permettant de prendre correctement en charge la mère et son enfant ?

Il n'existe pas de données consensuelles concernant une prise en charge spécifique du déni de grossesse mais il existe à la MRUN une procédure d'usage concernant ces grossesses. En effet, ces patientes sont directement envoyées au service social qui les informe sur les prestations sociales et les démarches administratives liées à la grossesse. Puis les oriente et organise la prise de rendez-vous pour le suivi de la grossesse (échographie, consultation sage-femme, anesthésie...).

Partie 2

Enquête et résultats

1. L'ETUDE

1.1. Hypothèses

Le déni de grossesse et les connaissances actuelles sur le sujet nous amènent à poser plusieurs hypothèses :

- La prise en charge des patientes en déni de grossesse n'est pas spécifique.
- Le fœtus issu de grossesse en déni est plus à risque de RCIU.

1.2. Objectifs

Ces hypothèses de départ vont pouvoir être infirmées ou confirmées grâce aux objectifs suivants :

- **Principal**

Identifier les impacts du déni de grossesse sur la croissance fœtale.

- **Secondaire**

Identifier les caractéristiques communes aux femmes concernées par le déni de grossesse.

Mettre en évidence l'éventuelle prise en charge d'usage à la MRUN.

Décrire les caractéristiques échographiques et les biométries des fœtus de femmes en déni de grossesse.

Mettre en évidence des retentissements néonatals.

4.3. Type d'étude

Pour répondre à ces hypothèses une étude épidémiologique mono-centrique, non randomisée, observationnelle rétrospective sur 4 ans d'après les dossiers classés en déni de grossesse par le service social à la MRUN a été réalisé.

Vingt-quatre dossiers ont répondu aux critères d'inclusion de l'étude.

4.4. Population

4.4.1. Critères d'inclusion

Toute femme répertoriée au service social de la MRUN, ayant déclarée sa grossesse tardivement c'est-à-dire après 20 semaines d'aménorrhée ou en déni de grossesse.

4.4.2. Critères d'exclusion

- Toute déclaration tardive avant 20 semaines d'aménorrhée non considérée comme déni de grossesse conformément à sa définition,
- Toute femme ayant bénéficié d'un suivi de grossesse en France ou à l'étranger avant leur première consultation à la MRUN,
- Les patientes ayant volontairement caché leur grossesse.

4.5. Facteurs étudiés

- L'étude cherche à dresser un tableau de la population concernée par le déni de grossesse en détaillant les caractéristiques socio-économiques, les antécédents familiaux et personnels, psychologiques ou traumatiques des patientes,
- Le type de prise en charge proposé à ces femmes au sein de la MRUN,
- Les caractères échographiques des fœtus pendant la grossesse,
- L'examen à la naissance des enfants nés de déni de grossesse partiel ou total.

1.5.1. Facteurs socio-économiques et antécédents

- Âge,
- Situation maritale,
- Logement stable,
- Profession,
- Addictions
- Morphologie
- Gestité parité,
- Antécédents familiaux de dépression, de maladies héréditaires, de mort subite du nourrisson, de syndrome de l'enfant secoué, de dépression ...,
- Antécédents personnels de dépression, de troubles psychiques et psychologiques.

1.5.2. Prise en charge spécifique

- Prise en charge des femmes à l'annonce de leur grossesse : entretiens psychologiques, assistantes sociales, PMI,
- Nombre d'échographie réalisé après l'annonce de cette grossesse et à quel terme,
- Adaptation de la prise en charge en fonction du cas et des biométries fœtales.

1.5.3. Caractéristiques échographiques

- Position et présentation du fœtus lors des échographies,
- Biométries fœtales en fonction de l'âge gestationnel,
- Présence d'anomalies fœtales,
- Position, localisation et état du placenta,
- Cordon et son aspect,
- Doppler fœtal et ses anomalies.

1.5.4. Examen à la naissance de l'enfant.

- Apgar et poids,
- Adaptation de l'enfant,
- Présence de malformation,
- Geste particulier dispensé à la naissance,
- Hospitalisation en secteur de néonatalogie lors du séjour,
- Particularité des suites de couches.

2. RESULTATS

2.1. Facteurs socio-économique et antécédents

2.1.1. Âge

L'étude révèle que les femmes concernées ont en moyenne 27 ans. Elles ont entre 15 et 42 ans, seul 12,5 % sont mineures.

2.1.2. Situation maritale

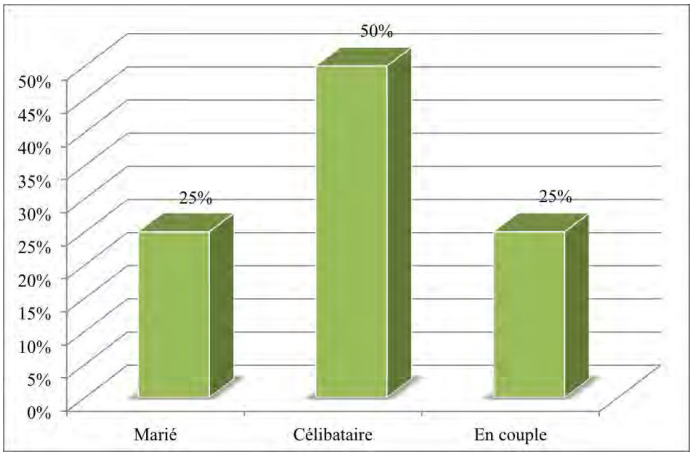


Figure 1 : Situation maritale des femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 24

Ce graphique montre que 50 % des femmes vivent sans partenaire stable. L'autre moitié a une vie de couple (N = 6, soit 25 %) ou est mariée (N = 6, soit 25 %).

2.1.3. Logement stable

D'après notre étude, 88 % des femmes ont un logement stable apporté soit par les parents soit par la patiente elle-même.

2.1.4. Origine géographique

20 femmes sur les 24 intégrées à l'étude sont françaises, les autres sont algériennes, espagnoles, turques ou thaïlandaises.

2.1.5. Profession

En ce qui concerne l'exercice professionnel, on souligne qu´une grande majorité des femmes travaillent (N = 14, soit 53 %).

En effet, elles sont assistante maternelle, aide-ménagère/aide à domicile, auxiliaire de vie, secrétaire médicale, vendeuse, chef de cuisine, commerciale, professeur de français, téléconseillère ou encore fonctionnaire des impôts. Tous ces métiers nécessitent un niveau intellectuel moyen et une formation particulière.

2.1.6. Addictions

Peu de femmes (N = 2, soit 8 %) ont une consommation d'alcool occasionnelle pendant la grossesse.

L'étude nous montre que 50 % sont fumeuses mais les femmes concernées ne sont pas de grosses fumeuses. En effet, 58 % d'entre elles ont une consommation journalière inférieure à 10 cigarettes par jour, avant et pendant la grossesse.

Dans notre population, une minorité (N = 1, soit 2 %) est sous l'emprise de stupéfiants.

2.1.7. Morphologie

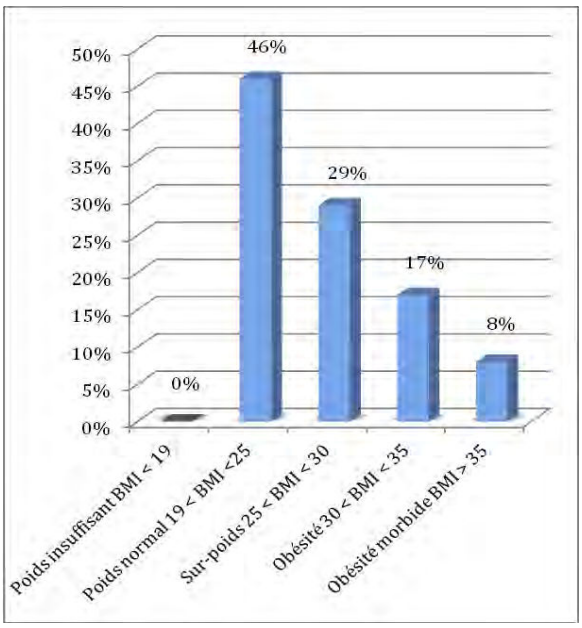


Figure 2 : Indice de Masse Corporel chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 24

Les femmes ayant vécu un déni de grossesse ont un poids supérieur à la moyenne, leur indice de masse corporelle est en moyenne de 26 ce qui correspond à un surpoids. Ils sont compris entre 19 (poids insuffisant) et 47 (obésité morbide). On constate que 54 % des patientes en déni ont un poids excessif. En effet, 29 % sont en surpoids, 17 % en obésité et 8 % en obésité morbide.

2.1.8. Antécédents médicaux, familiaux et obstétricaux

Dans la population concernée, 72 % ne présentent aucun antécédent familial et personnel. Un quart ont des d'antécédents pouvant avoir une incidence sur une grossesse que ce soit sur le plan psychologique ou physique. C'est-à-dire, retard mental, mort subite du nouveau-né, grossesse gémellaire, diabète.

Une patiente seulement est traitée par antalgiques pour névralgies cervico-brachiales.

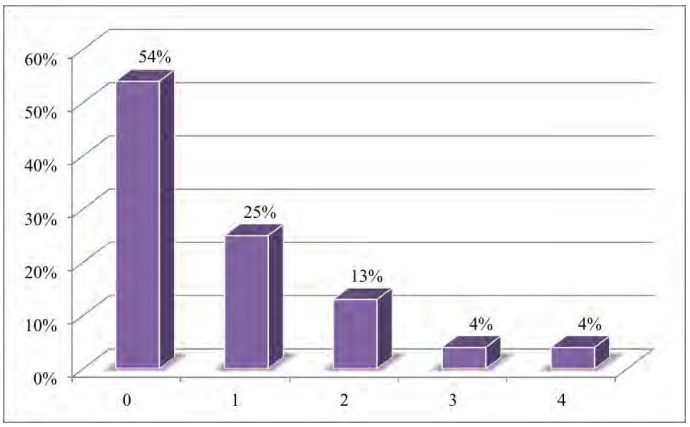


Figure 3 : Nombre d'enfant chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 24

Dans notre étude, la moitié des femmes (N = 11, soit 46 %) sont multipares et ont connu précédemment une à quatre naissances.

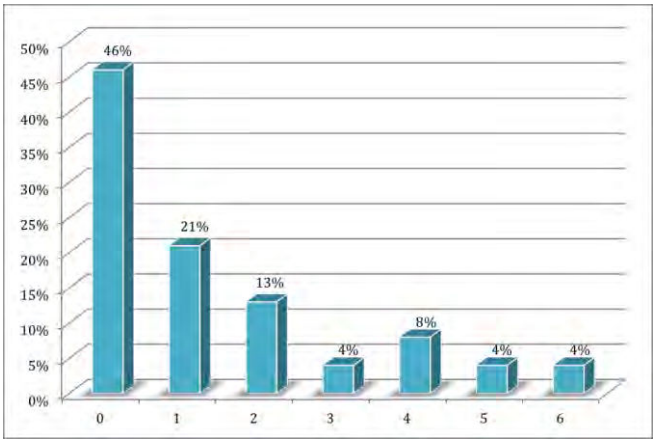


Figure 4 : Nombre de grossesse antérieure chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total = 24

Les primipares (N = 13, soit 56 %) se partagent entre les nulligestes qui n'ont jamais eu de grossesse antérieure (N = 11, soit 92 %) et les multigestes qui ont réalisé une fausse couche (N = 1 soit 8 %).

2.1.9. Les grossesses des multipares

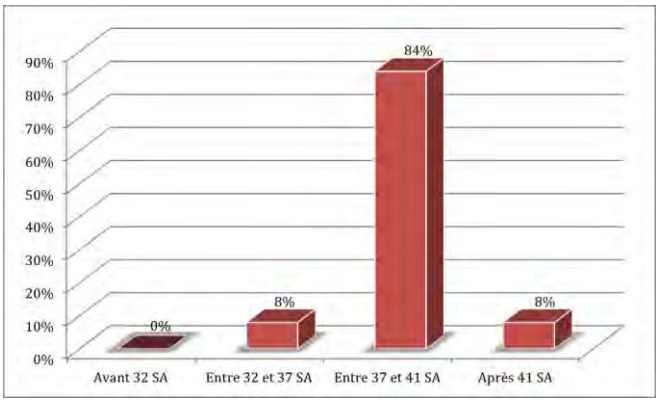


Figure 5 : Terme d'accouchement des multipares pour leurs grossesses précédentes chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 12

Plus de quatre cinquièmes des multipares ont accouché à terme pour leurs grossesses précédentes, 8% ont eu une grossesse prolongée et la même proportion ont accouché prématurément.

Tous ces enfants étaient en présentation céphalique et seuls deux d'entre eux sont porteurs de malformations réversibles qui sont un problème auditif et une hypotonie axiale.

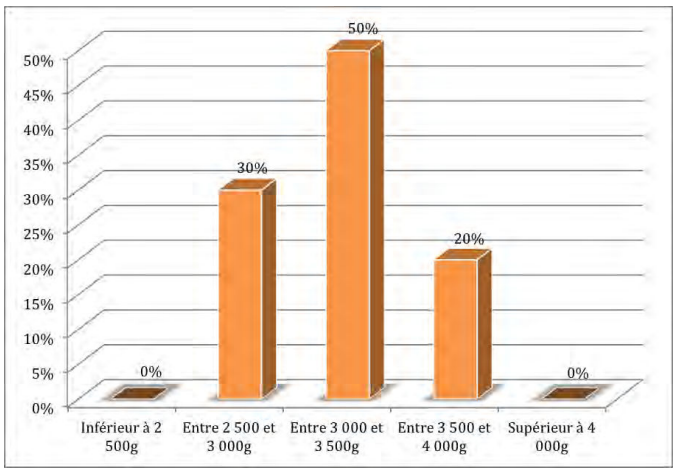


Figure 6 : Poids des précédents enfants des multipares chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 12

Tous les nouveau-nés avaient un poids normal compris entre 2 500 et 4 000 g dont la moitié (N = 6, soit 50 %) pesait entre 3 000 et 3 5000 g. Leur taille varie entre 47 et 50 cm avec une moyenne à 48 cm. Ils se portent tous bien à l'heure actuelle et n'ont nécessité aucune prise en charge néonatale et pédiatrique particulière.

2.2. La grossesse en déni

2.2.1. Grossesse et découverte

On considère une grossesse en déni lorsqu'elle est découverte après 20 SA. Pour ces femmes, l'annonce se fait entre 24 et 40 SA et le terme moyen de découverte de la grossesse est de 33 SA. Pour 37,5 %, la découverte de la grossesse se fait dans un âge avancé de la grossesse c'est-à-dire après 37 SA et 25 % dans la première moitié du 3ème trimestre de grossesse soit entre 32 et 37 SA. Les autres ont plus le temps de se faire à l'idée qu'elles sont enceintes avant l'accouchement puisqu'elles apprennent l'existence de leur enfant entre 24 et 32 SA.

Une grande partie découvre leur grossesse brutalement. Pour 21 % des patientes, aucune information sur le motif de découverte n'est mentionnée dans le dossier médical. Pour les autres, 89,5 % ont eu le temps de venir consulter chez un spécialiste, aux urgences (N = 4, soit 21 %), chez leur médecin traitant (N = 7, soit 37 %), chez un gynécologue (N = 3, soit 16 %) ou encore lors d'une consultation spécialisée (N = 1, soit 5 %). Celles qui n'ont découvert leur grossesse qu'au moment de l'accouchement restent nombreuses (N = 2, soit 10,5 %) et ont accouché seules à leur domicile.

Dans le cas où le dossier est rempli, on relève qu´une minorité des patientes (N = 3, soit 12.5 %) décrivent, après coup, des signes évocateurs de grossesse comme une prise de poids ou une aménorrhée. Ainsi, l'entourage de ces patientes a eu des doutes et leur a conseillé de consulter un spécialiste.

2.3. La prise en charge

2.3.1. Nombre total d'échographie

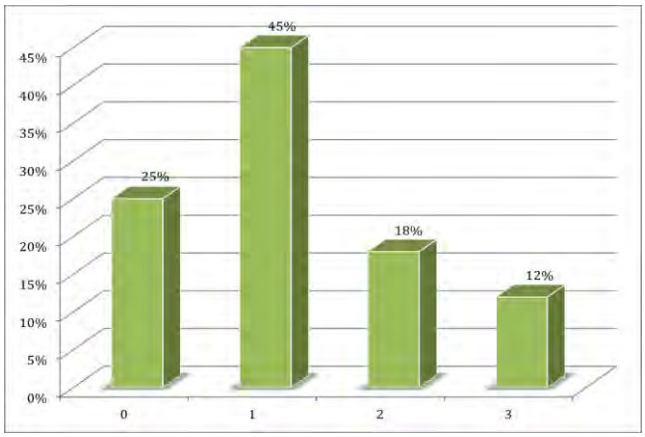


Figure 7 : Nombre d'échographie réalisé chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 24

Les trois quarts des femmes (N = 18, soit 75 %) en déni de grossesse ont bénéficié d'au moins une échographie parmi elles, un peu moins de la moitié (N = 11, soit 45 %) n'en ont eu qu'une. Pour finir, une proportion égale de femmes en ont fait 2 durant leur grossesse (N = 4, soit 18 %) et 3 (N = 3, soit 12 %).

Concernant les termes de réalisation des échographies :

- La première est réalisée en moyenne à 31 semaines d'aménorrhée avec une très grande proportion entre 24 et 32 SA (N = 8, soit 44 %), les autres se partagent entre 32 et 37 SA et après 37 SA.
- La deuxième est réalisée en moyenne à 33 SA. Les autres sont donc réalisées entre 28 et 41 SA dont les trois quarts avant 37 SA (N = 5, soit 71 %).
- La troisième est faite entre 32 et 33 SA.

2.3.2. Prise en charge

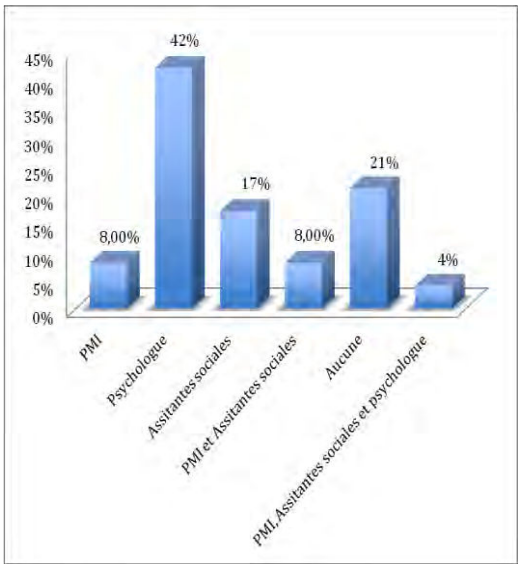


Figure 8 : Prise en charge chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 24

En ce qui concerne la prise en charge, on constate que sur les 24 patientes, 5 (N = 5, soit 21 %) n'ont eu aucune prise en charge particulière en anté ou post natale. Une seule patiente (N = 1, soit 4 %) a bénéficié d'une prise en charge complète avec consultation sociale, psychologique et un suivi PMI au retour à la maison. Un peu moins de la moitié (N = 10, soit 42 %) ont demandé à n'avoir qu'une consultation avec la psychologue de la maternité. Une minorité de patientes (N = 2 soit 8 %) n'ont accepté que la PMI au retour à la maison et d'autres (N = 4, soit 17 %) qu'une aide sociale. Enfin les deux dernières (N = 2, soit 8 %) ont bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire à la fois par le service social et la PMI.

2.4. Caractéristiques échographiques

2.4.1. Présentation des fœtus

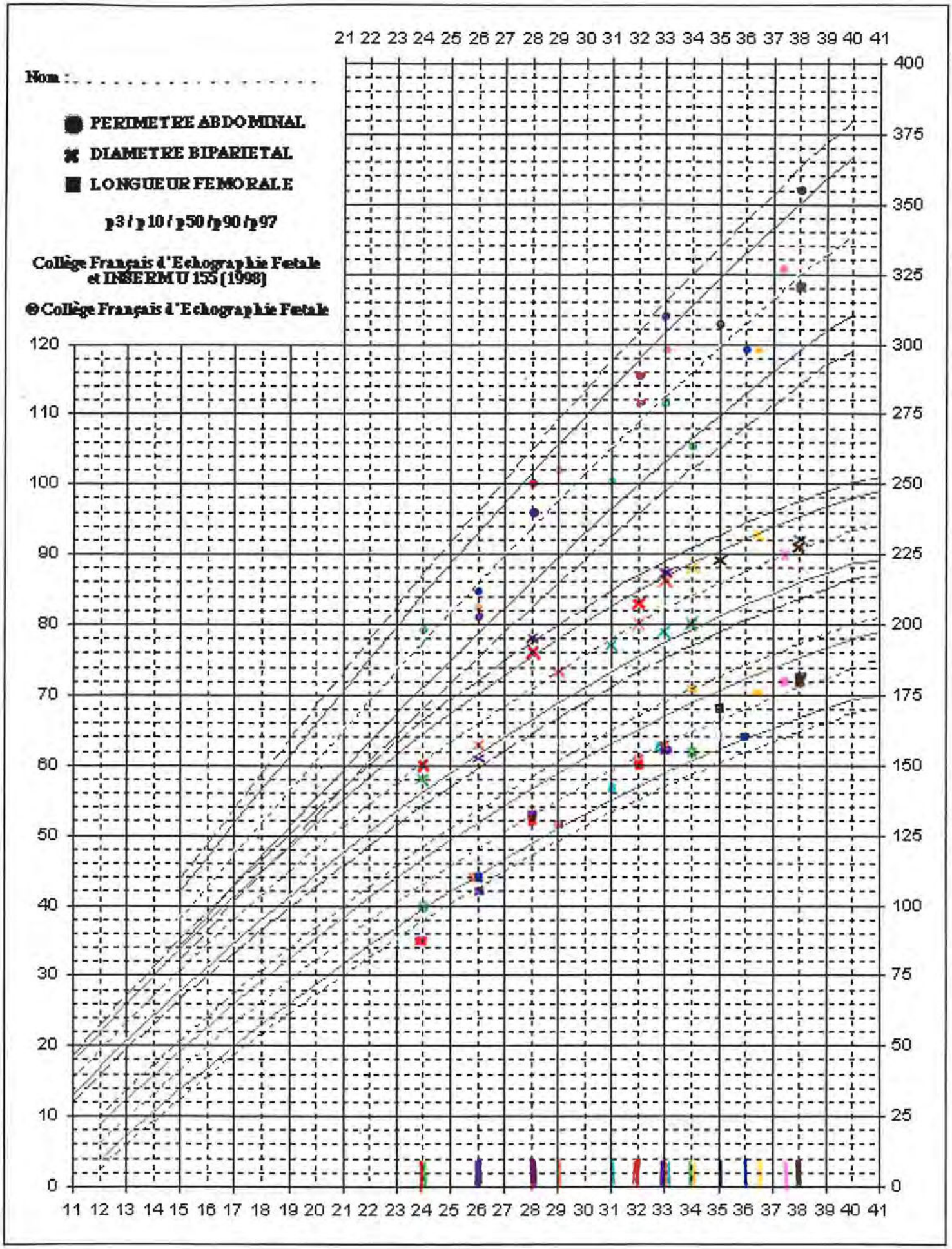
Les fœtus de déni de grossesse sont pour la quasi-totalité en présentation céphalique. Un seul est en présentation du siège lors de la première échographie.

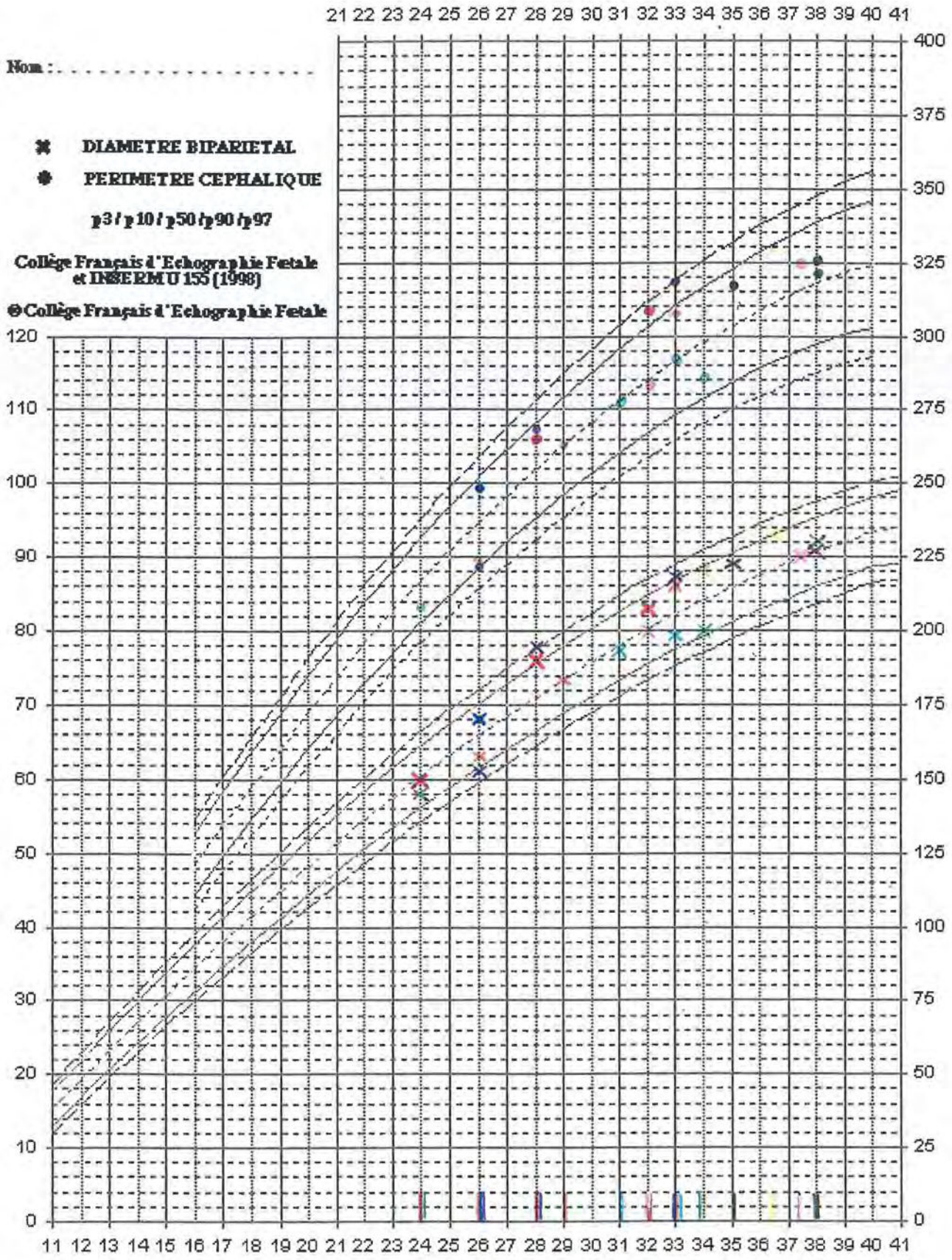
2.4.2. Biométries des fœtus des patientes en déni de grossesse

A la page suivante :

Figure 9 : Biométries des fœtus chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 21


Nom : . . . . . .
PERIMETRE ABDOMINAL
DIAMETRE BIPARIETAL
LONGUEUR FEMORALE
p3 / p10 / p50 / p90 / p97
Collège Français d'Echographie Fetale et INSERM U 155 (1998)
©Collège Français d'Echographie Fetale
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41
400 375 350 325 300 275 250 225 200 175 150 125 100 75 50 25 0
120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41



Echo. T_1 : __ __ ____	T_2 : __ __ ____ SA	T_3 : __ __ ____ SA
LCC :	Placenta :	Placenta :
CN :	Remarques :	Remarques :
Remarques :		

Dans notre étude, seul un fœtus (N = 1, soit 4 %) présente une pathologie non négligeable, une RCIU harmonieux avec infléchissement de la courbe de toutes les biométries au 10ème percentile à la deuxième et dernière échographie. [Annexe III]

Pour une grande majorité des biométries, on constate que les longueurs fémorales des fœtus sont au 10ème percentile voir légèrement en dessous. On remarque de nombreuse fois une accélération de croissance rapide entre la première échographie effectuée lors du diagnostic de grossesse et les suivantes. [Annexe IV]

Pour 4 patientes, aucune valeur échographique n'a pu être prise en raison de la brutalité et l'espace de temps extrêmement court entre le diagnostic de grossesse et l'accouchement.

La plupart des biométries retrouvées chez les patientes présentant un déni de grossesse sont normales. Les fœtus présentent une croissance régulière sans particularités.

2.4.3. Pathologie décelable par échographie

La plupart des fœtus observés par échographie lors de déni de grossesse (N = 21, soit 88%) ne présentent pas de malformations. Le peu de pathologies décelées sont un tératome sacro-coccygien, une hypertrophie cardiaque et une croissance au 10ème percentile.

2.4.4. Les annexes et les échange placentaire

En ce qui concerne les dopplers et les cordons des fœtus, on ne met en évidence aucune anomalie.

Sur toutes les échographies, nous constatons une proportion égale entre les placentas positionnés en antérieur et ceux en postérieur. De plus, tous sont de grade 1 voire parfois 2 et seuls deux d'entre eux sont retrouvés de grade 3.

La femme présentant le placenta de grade 3 est fumeuse à moins de 10 cigarettes par jour pendant sa grossesse. C'est une deuxième pare qui ne présente aucun antécédent particulier avec une grossesse antérieure physiologique. Le placenta a été diagnostiqué de grade 3 à partir de la deuxième échographie à 38 semaines d'aménorrhée et les dopplers réalisés à la suite se sont révélés normaux.

La totalité se trouve à distance du col et d'épaisseur normale.

2.5. Accouchement et devenir de l'enfant

2.5.1. L'accouchement

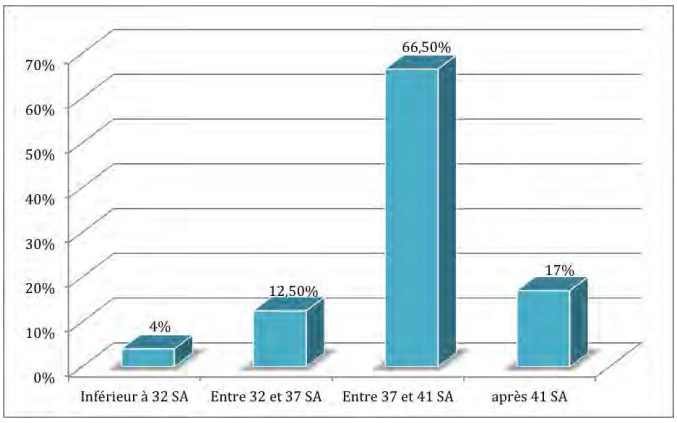


Figure 10 : Terme d'accouchement chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 24

Quatre patientes sur cinq (N = 20, soit 83 %) ont accouché à terme. Quatre d'entre elles ont même accouché après 41 semaines d'aménorrhée (N = 4, soit 17 %) et la même proportion (N = 4, soit 12,5 %) ont accouché prématurément dont une avant 32 semaines d'aménorrhée (N = 1, soit 4 %).

Tous ces fœtus se trouvent en présentation céphalique, avec un travail compris entre dix minutes et vingt-quatre heures, la moyenne étant cinq heures trente.

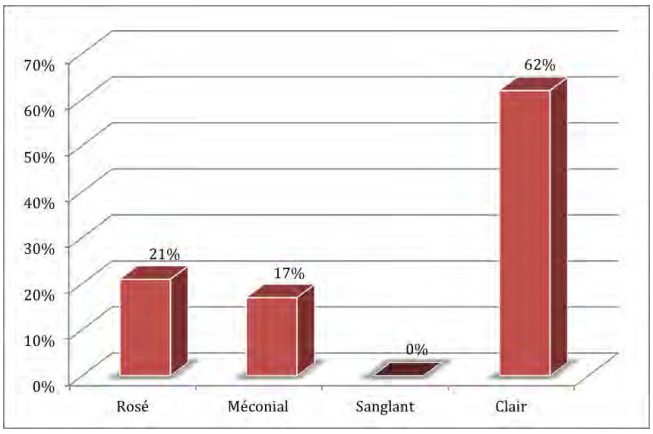


Figure 11 : Aspect du liquide amniotique pendant le travail chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 24

On peut conclure que pour une grande majorité des accouchements, le liquide amniotique était clair (N = 15, soit 62%). Seul un fœtus sur six présente un signe de souffrance durant le travail avec un liquide méconial et pour la même proportion un liquide rosé. Les trois quarts (N = 18, soit 75 %) des fœtus n'ont montré aucun signe de souffrance pendant le travail.

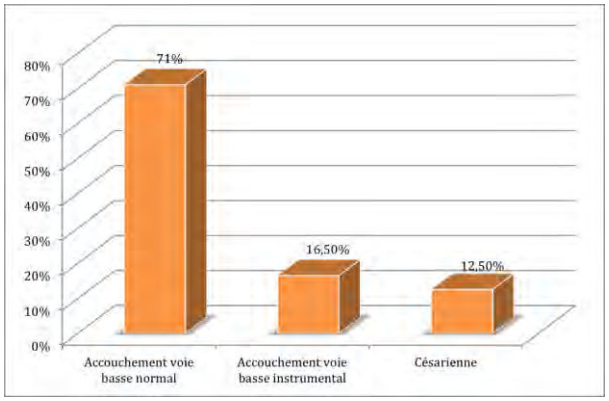


Figure 12 : Mode d'accouchement chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 24

Une grande majorité des femmes a accouché normalement (N = 17, soit 71 %). Certaines ont dû être aidées par une extraction instrumentale (N = 4, soit 16,5%), et d'autres ont dû avoir une césarienne en urgence (N = 3, soit 12,5%).

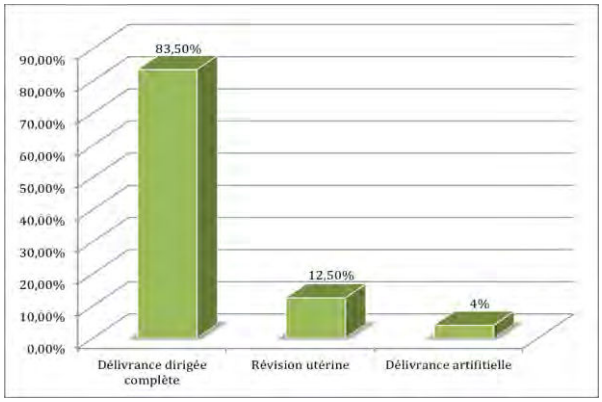


Figure 13 : Mode de délivrance chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 24

La quasi-totalité des patientes a délivré naturellement (N = 20, soit 83,5 %). Une patiente a nécessité d'une révision utérine (N = 3, soit 12,5%), les autres (N = 1, soit 4 %) ont eu une délivrance artificielle pour non décollement placentaire.

Dans l'étude, la plupart des enfants nés de déni de grossesse sont des garçons (N = 18, soit 75%).

Tableau de comparaison des données à partir d'un test de comparaison de fréquence

	Déni de grossesse	Population MRUN	P
Fréquence des garçons	18	7 246	0,04
Fréquences des filles	6	6 426	
Effectif total	24	13 672	

Dans ce tableau, p représente la p-value du test statistique comparant la fréquence des garçons entre la population de déni de grossesse et la population générale de la MRUN sur quatre ans.

Ainsi, sur quatre ans, il y a une différence significative de fréquence de garçons entre la population de déni de grossesse et la population générale de la MRUN, au seuil de 95 % (soit p = 0,04)

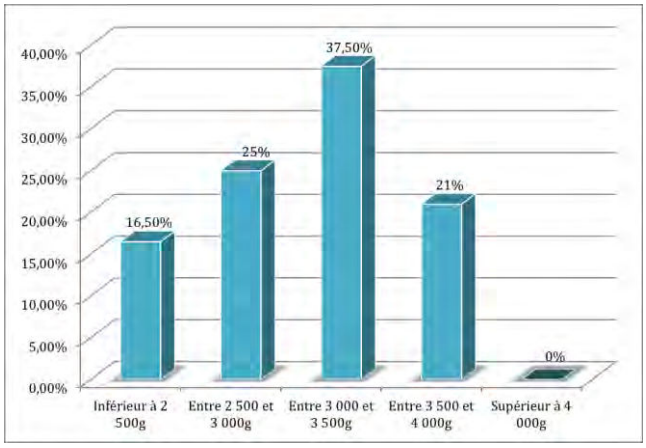


Figure 14 : Poids des nouveau-nés chez les femmes en déni de grossesse

Nombre total N = 24

On constate qu'une grande partie des enfants (N = 19, soit 80 %) ont un poids normal c'est-à-dire entre 2 500 et 4 000 g. Bon nombre (N = 9, soit 37,5 %) des enfants ont un poids plus que confortable entre 3 000 et 3 500 g, les autres se partagent équitablement (N = 5, soit 21 %) entre 2 500 et 3 000 g et entre 3 500 et 4 000 g. Peu d'enfants sont hypotrophes avec un poids inférieur à 2500g (N = 4, soit 17%).

Une bonne partie des enfants (N = 19, soit 79 %) se sont bien adaptés à la vie extra utérine, leur Apgar est de 9/10 (N = 16, soit 67 %), deux ont eu des difficultés à la naissance avec un Apgar bas à 4/5 et 3/5. Les autres ont un score correct compris entre 8/9 et 7/9. Seule une minorité (N = 4, soit 17 %) ont nécessité des gestes particuliers pour causes d'hypertrophie cardiaque, hypotonie axiale, tératome sacro-coccygien ou encore réanimation.

2.5.2. Les suites

Une grande partie (N = 8, soit 33 %) des enfants nés de déni de grossesse ont dû être transférés en secteur de néonatologie pour une prise en charge particulière, soit directement après la naissance soit durant le séjour en maternité. Les pathologies retrouvées sont un tératome sacro-coccygien, une hypertrophie cardiaque, une hypotonie axiale, une prématurité, une acidose métabolique, un syndrome de sevrage, un ictère à 3 jours de vie, une infection ou encore une perte de poids importante.

En ce qui concerne le devenir des enfants nés de déni de grossesse, ils sont essentiellement reconnus et élevés par leur mère ou le couple de parents qui les ont conçus. Le nombre total d'enfants confiés et non reconnus ne s'élève qu'à 3 (N = 3, soit 17 %).

Partie 3

Débat

1. ANALYSE ET DISCUSSION

En quatre ans, 13 672 femmes ont accouché à la MRUN dont 24 en déni de grossesse.

Dans un premier temps on peut se demander si les femmes touchées répondent toutes au même profil.

1.1. Facteurs socio-économiques et antécédents

Les chiffres de cette étude sont comparés à ceux de l'étude prospective de Berlin de 1995, étude la plus complète à ce jour, portant sur une population de 94 cas de déni de grossesse.

L'étude ne met en évidence aucun profil de patiente type touchée par le déni de grossesse.

1.1.1. L'âge

Dans l'étude de Berlin, l'âge des femmes varie entre 15 et 44 ans avec une médiane à 26 ans. Ces chiffres correspondent aux nôtres puisque la moyenne d'âge est de 27 ans avec des extrêmes à 15 et 42 ans.

Nous concluons donc que l'âge n'est pas un facteur de risque puisque la majorité de ces femmes sont en capacité de diagnostiquer et de comprendre leur état de grossesse.

1.1.2. Le poids maternel (7), (11)

L'étude montre que la plupart des patientes en déni de grossesse sont en surpoids.

Le poids tient à la génétique, la biologie, la psychologie et les structures familiales dans des proportions qui varient d'un individu à l'autre.

Dans notre société actuelle, le surpoids est stigmatisé par des attitudes et des croyances négatives qui s'expriment sous la forme de stéréotypes, de préjugés et de traitement injuste. Ceci a un impact sur le bien être émotionnel et psychologique des personnes avec des risques de dépression, d'estime de soi, d'image négative du corps, d'anxiété et encore de pensées ou de comportements suicidaires.

L'image du corps est celle faite par l'esprit. Les représentations mentales du corps ne correspondent pas forcément à celles du corps réel. Certaines zones qui déplaisent peuvent paraître floues, fantasmatiques et non investies.

Une image corporelle négative peut affecter le comportement de plusieurs façons :

- Évitement des situations sociales,
- Effacement de la personnalité et repli sur soi,
- Fuite du regard des autres et de soi-même,
- Désinvestissement du corps et de ses perceptions.

Effectivement, l'être humain n'est pas seulement un être perceptif et actif mais aussi, et avant tout, un être doué d'affectivité. Les émotions les plus fortes se rapportent essentiellement à notre corps.

De plus, la grossesse est moins visible chez les femmes corpulentes. Leur ventre déjà prédominant cache la perception extérieure de la grossesse.

On peut ainsi mieux comprendre pourquoi la femme en déni de grossesse est plus souvent en surpoids. Elle n'est pas à l'écoute de son corps, son ventre signe représentatif de la femme enceinte ne se voit pas et son entourage n'a donc pas de doute sur une éventuelle grossesse.

On peut également constater que cette particularité est retrouvée en grande partie dans la littérature et les faits divers récents. En effet, Mesdames V. COURJAULT et S. DEDIEU sont des femmes en surpoids. Leur grossesse a donc passé plus facilement inaperçue.

1.1.3. Situation maritale et socio-économique

Dans l'étude allemande, la majorité des femmes ont une vie de couple stable. En effet, 11 % sont sans partenaire. Dans notre étude, la moitié des patientes sont en couple ou mariées. Ainsi les femmes en déni de grossesse sont investies le plus souvent dans une relation durable.

Par ailleurs, elles disposent d'un logement stable et appartiennent à une classe socio-économique moyenne, en accord avec les résultats trouvés dans l'étude de Berlin qui met en évidence que 34 % de femmes ont un niveau scolaire moyen. Pour la plupart, leur profession est basée sur le contact, l'écoute des gens et des enfants (assistante maternelle, auxiliaire de vie, aide à domicile, aide-ménagère, commerciale ou encore professeur de français). On peut émettre l'hypothèse que ces femmes qui exercent leurs fonctions au contact des autres, ne s'écoutent pas elles-mêmes.

1.1.4. Addictions

8% consomment de l'alcool occasionnellement et 2% de l'héroïne. Ces addictions touchent généralement des femmes isolées et fragiles. On remarque également que la moitié de notre population est fumeuse avec pour un quart d'entre elles une consommation journalière inférieure à dix cigarettes. Ceci est directement lié à leur catégorie socio-économique ainsi qu'à leurs conditions de travail (pénibilité, stress).

1.1.5. Antécédents familiaux et personnels

Dans cette étude, un quart des femmes présente un antécédent notable : déni de grossesse, toxicomanie ou encore mort subite du nourrisson. Ainsi, 4 % ont un antécédent de mortalité périnatale ce qui peut, pour ces patientes, expliquer le rejet d'une grossesse ultérieure.

1.1.6. Antécédents obstétricaux

Contrairement aux idées reçues, les femmes en déni de grossesse ont déjà une ou plusieurs expériences de grossesse. En effet, dans l'étude de 1995, 56 % des femmes étaient multipares. Dans la nôtre, 50 % sont concernées et ont connu précédemment une à six grossesses. Les primipares se partagent entre celles qui, bien qu'ayant démarré une grossesse dans le passé l'ont conclue soit par une interruption volontaire de grossesse soit par une fausse couche spontanée et celles qui n'ont jamais eu de grossesse antérieure, soit 46 %. Donc une grande majorité de nos patientes connaissent les signes évocateurs et les sensations ressenties lors d'une grossesse.

Les trois quarts des multipares ont accouché à terme et physiologiquement. Leur enfant a un poids normal (pour plus de la moitié compris entre 3 000 g et 3 500 g) et se porte bien à l'heure actuelle.

L'étude met en évidence que les femmes concernées par le déni de grossesse n'ont pas de prédisposition à présenter une grossesse à risque ou à faire des nouveau-nés hypotrophes.

1.2. Prise en charge et échographies

1.2.1. Prise en charge

À la MRUN, trois types de prise en charge sont mis en évidence dans les dossiers de déni de grossesse :

- Psychologique : une consultation avec un psychologue spécialisé dans la grossesse.
- Sociale : information sur les droits en matière de prestations sociales, orientation vers des lieux d'accueil spécialisés et médiateurs. Le travailleur social participe aux démarches administratives et à la mise en place d'aide à domicile.
- PMI : un rôle de prévention et d'accompagnement global des femmes en difficultés médico-psycho-sociales. C'est un lieu d'accueil et d'écoute où les femmes rencontrent les sages-femmes, les puéricultrices, les médecins ou encore les assistantes sociales qui peuvent également se déplacer à domicile et soutenir les parents dans leur environnement.

Dans 12 % des cas, la femme bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire. A contrario, 21 % n'ont aucune prise en charge. Pour les autres, 42 % ont accepté d'être accompagnées par un psychologue plutôt que par la PMI ou le service social.

Pour conclure, notre hypothèse est confirmée : il n'existe pas de prise en charge spécifique à la MRUN. Cependant, il existe une procédure d'usage qui propose différents accompagnements à la patiente par le biais du service social. Majoritairement, ces femmes s'interrogent sur cette grossesse ignorée et recherchent une aide psychologique qui leur permet d'en comprendre les raisons.

1.2.2. Nombre d'échographies

La moitié des patientes recensées dans l'étude ont bénéficié d'une échographie. Toutes ont découvert leur grossesse très tardivement après 34 SA et ont accouché dans les jours ou semaines qui suivent. L'échographie étant normale à la découverte de la grossesse, il n'y avait pas lieu d'en effectuer d'autre.

Un quart des patientes ont bénéficié de deux à trois échographies. Il s'agit de dénis partiels dont le diagnostic de grossesse a été posé entre 24 et 30 SA. Ainsi, on réalise l'échographie du deuxième et du troisième trimestre comme lors de grossesse physiologique.

25 % des femmes n'ont bénéficié d'aucune échographie durant la grossesse. En effet, lors de déni total, la découverte de la grossesse se fait au moment de l'accouchement. On peut donc comprendre que dans ce cas, le suivi échographique est impossible. Pour certaines, la découverte de la grossesse se fait en début de travail et une échographie brève peut être réalisée aux urgences ou en salle de naissance afin de dater approximativement la grossesse, estimer le poids fœtal et détecter de grosses anomalies. Ces échographies ne permettent pas de faire une biométrie détaillée du fœtus.

Par conséquent, le terme et le nombre d'échographies réalisées lors de grossesse en déni sont variables selon le terme de découverte.

1.3. Caractéristiques échographiques

Après l'étude des comptes rendus échographiques des patientes présentant un déni de grossesse, on remarque que la quasi-totalité des fœtus sont en présentation céphalique. Seul un enfant se présente en siège lors de la première échographie. On constate que 88 % des fœtus ne présentent aucune malformation ou anomalie, à l'exception de deux porteurs d'un tératome sacro-coccygien et d'une hypertrophie cardiaque.

Chez les patientes en déni de grossesse partiel ayant bénéficié d'une prise en charge uni ou pluridisciplinaire, on constate que 90 % des biométries fœtales sont normales. Seul un fœtus présente une RCIU peu sévère avec des valeurs inférieures au 10ème percentile. Il n'a été diagnostiqué qu'à la deuxième échographie puis confirmé à la dernière comme une RCIU harmonieux. En raison d'une grossesse non suivie, de l'absence d'échographie de datation et d'une date de dernières règles imprécise, on peut se demander si le terme de la grossesse est exact. En conclusion, le terme pouvant être incertain, le diagnostic d'une RCIU peut être posé chez un enfant constitutionnellement petit.

On retrouve, comme étiologie de la RCIU, des antécédents de maladie génétique, d'anomalie placentaire et des annexes, des conduites addictives en particulier la consommation de tabac. Dans notre étude, la patiente qui présente une RCIU est une nullipare, âgée de 15 ans, célibataire, vivant chez ses parents et ne présentant aucun antécédent ni d'addiction. Le placenta est postérieur de grade 1, d'épaisseur normale et à distance du col. Les dopplers sont normaux. Le déni de grossesse a été levé tôt et la patiente a accouché 10 semaines plus tard avec une prise en charge sociale. La naissance a été physiologique avec un enfant qui s'est bien adapté à la vie extra utérine. Ainsi, aucune étiologie réelle de retard de croissance n'a été retrouvée chez cette patiente. Elle a accouché sous X, n'a pas voulu voir ou toucher l'enfant et l'a confié à la naissance. Compte tenu de la physio-pathologie du déni de grossesse, ceci peut expliquer que l'enfant, non investi par sa mère, continue une croissance silencieuse collé contre sa colonne vertébrale ce qui n'est pas propice à sa croissance.

Chez les patientes en déni de grossesse partiel n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge, notre étude met en évidence que les biométries de la première échographie sont toutes en dessous du 10ème percentile. Ces échographies correspondent aux échographies diagnostic réalisées lors de la découverte de la grossesse. Une fois la grossesse acceptée par la patiente, on voit apparaître, aux échographies suivantes, une accélération de la croissance fœtale.

Au final, ces enfants rattrapent leur retard rapidement après le levé du déni et atteignent des biométries à la dernière échographie dans les limites supérieures avec un poids de naissance compris entre 3 000 et 3 500g.

Ces résultats nous autorisent à émettre une hypothèse. Les dénis de grossesse partiels pris en charge ne sont pas de vrais dénis puisque ces patientes acceptent une prise en charge spécialisée. En étudiant le contexte de découverte de la grossesse de ces patientes, on constate que 54 % d'entre elles ont présenté des signes évocateurs de grossesse ou un entourage suspicieux. On peut donc conclure que la plupart avait connaissance de leur grossesse. Elles sont donc en dénégation de grossesse plus qu'en déni. C'est pourquoi, les enfants issus de ces grossesses ont une croissance comparable aux grossesses physiologiques. La mère a conscience de la grossesse et le fœtus n'a donc plus besoin de se cacher et se développe physiologiquement.

Les données des dénis totaux sont très peu exploitables et deux d'entre eux ont pu bénéficier d'une échographie rapide dont les biométries étaient normales. Dans les dénis totaux, on constate que 57 % des enfants ont un poids de naissance compris entre 2 500 et 3 000g. Ce chiffre n'est pas assez représentatif pour faire un lien de causalité entre déni de grossesse et petit poids de naissance.

Ainsi, l'étude infirme notre hypothèse. Les comptes rendus échographiques ne montrent pas de RCIU systématique chez ces fœtus. Seul un est diagnostiqué hypotrophe, les autres ont une croissance physiologique. Les quelques fœtus présentant des biométries inférieures au 10ème percentile à la première échographie rattrapent leur retard de croissance après l'investissement de la grossesse par la mère. Ceci montre bien la nécessité d'une prise en charge spécifique permettant la mise en place du lien mère-enfant.

1.4. Examen à la naissance

En prenant en compte le contexte de ces grossesses avec des fœtus qui se développent contre la colonne vertébrale de leur mère sans se faire voir de l'extérieur, on peut penser que ces enfants ont plus de risque d'être prématurés. Les données de l'étude concernant le devenir de l'enfant après la naissance, nous montrent que la quasi-totalité des accouchements se fait à terme soit 83%. En effet, le reste des femmes se partagent à proportion égale entre un accouchement prématuré avant 37 SA et un accouchement post-terme après 41 SA. On peut donc conclure que les femmes touchées par un déni de grossesse n'ont pas plus de risque d'accoucher prématurément, bien au

contraire. L'étude nous montre que les trois quarts des enfants présentent une bonne adaptation à la vie extra-utérine sans prise en charge particulière à la naissance ainsi qu'un test d'Apgar à 9/10. On peut donc penser qu'à première vue ce phénomène n'a pas de retentissement sur le déroulement de l'accouchement et il n'en a pas non plus sur le développement physiologique du fœtus.

En étudiant le cas des enfants ayant eu des difficultés d'adaptation à la vie extra utérine, nous constatons que le déni de grossesse n'est pas en cause. Effectivement, le bas score d'Apgar des nouveau-nés est dû à : une altération du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction par césarienne en urgence ; un liquide amniotique teinté ; un accouchement difficile.

Les nouveau-nés qui ont nécessité d'une prise en charge pédiatrique dès la naissance sont porteurs de malformations : tératomes sacro-coccygiens et hypertrophie cardiaque ou encore d'une hypotonie axiale. Ces pathologies ne nous permettent pas de faire un lien avec le déni de grossesse.

Mais l'étude nous permet de constater que 21 % des enfants sont transférés en néonatologie pendant le séjour à la maternité. Les motifs de transfert sont une protéine de l'inflammation augmentée, un ictère, un syndrome de sevrage, une acidose métabolique ou encore une perte de poids de plus de 10 % du poids de naissance. Ces pathologies peuvent être la conséquence d'un manque d'attention de la mère à son enfant.

En ce qui concerne le devenir des enfants, 17 % ne sont pas reconnus par leur mère biologique et sont confiés.

Une constatation surprenante est faite : 75 % des enfants nés de déni de grossesse sont des garçons. Un test de comparaison (Fisher) nous permet d'affirmer que cette proportion est significative avec un p-value inférieur à 0,05 par rapport à la proportion de garçons nés à la MRUN sur 4 ans. Ainsi, les femmes en déni de grossesse sont plus sujettes à mettre au monde des garçons que des filles

En étudiant et comparant les dossiers des patientes ayant accouché d'enfant de moins de 3 000g aux autres, on constate que 57 % d'entre elles ont eu un déni de grossesse total. Plus de la moitié ne sont pas isolées et ont accouché prématurément entre 27 et 35 SA. Une de ces patientes présente une toxicomanie ce qui peut expliquer le petit poids de naissance de l'enfant.

Le déni de grossesse n'est pas une cause de prématurité puisque dans notre étude, 83 % des femmes ont accouché à terme. Deux de ces femmes sont multipares et pour l'une d'elles, ces précédents enfants pesaient moins de 3 kg à la naissance.

Par ailleurs, on constate que ces enfants ont pour une grande majorité un poids normal compris entre 3 000 et 4 000 g, soit 58 %. Pour les autres, un quart des enfants ont un poids satisfaisant entre 2 500 et 3 000 g et une minorité ont un poids insuffisant inférieur à 2 500 g.

En conclusion, les enfants nés de déni de grossesse ont un poids normal pour une grande majorité des cas. Ces fœtus qui se développent sans se faire voir jusqu'au terme, en ne prenant pas de place dans le ventre de leur mère, n'ont a priori pas un poids plus faible que les enfants se développant confortablement. Ils compensent ce manque de place afin de se développer normalement et notre étude retrouve même une bonne moitié des enfants avec un poids eutrophe. Ainsi, même les fœtus aux limites inférieures des courbes, à la première échographie, rattrapent leur retard et ont un poids de 3 140g et 3 260g à la naissance.

2. LIMITES DE L'ETUDE

À la MRUN, les archives ne disposent pas de codification particulière pour les dossiers de déni de grossesse. Il est donc très difficile de les repérer parmi l'ensemble des dossiers. C'est le service social qui, à l'aide d'un cahier, récapitule le motif de prise en charge. Cependant, avec ce système de recueil de données, les dénis de grossesse qui ne passent pas par le service social ne sont donc pas signalés. De plus, la rareté de ces grossesses a limité mon étude à 24 patientes ce qui n'est pas significatif par rapport à la population générale.

Par ailleurs, les dénis de grossesse totaux ou même partiels, découverts très tardivement, ne permettent pas de constituer un dossier complet. En effet, lorsque ces patientes arrivent en phase expulsive elles n'ont pas de dossier et c'est pourquoi nous ne retrouvons aucun suivi de grossesse (consultation mensuelle, échographie, bilan sanguin...), seuls les comptes rendus d'hospitalisation anté et post nataux apportent des informations.

3. PESPECTIVES ENVISAGEES

Il n'existe pas de données consensuelles spécifiques à la prise en charge des femmes déniant leur grossesse. Ceci nous amène à nous questionner sur la mise en place d'un protocole de prise en charge de ces grossesses dès la première consultation et jusqu'au retour à domicile.

3.1. Codification des dossiers

Le service des archives devrait se doter d'un système de codage des dossiers de déni de grossesse ce qui permettrait de connaître rapidement le contexte particulier de la grossesse. Cependant au vu du respect de la confidentialité ceci ne peut être mis en pratique.

3.2. Prise en charge

En complément de l'usage déjà en place à la MRUN voici une proposition de prise en charge pour les patientes en déni de grossesse.

Une prise en charge échographique ou obstétricale particulière n'est pas nécessaire puisque ces accouchements ne sont pas plus incidentés. Les enfants ne présentent pas de malformations ou de restriction de croissance et ont une bonne adaptation à la vie extra utérine.

Nous notons que ces femmes sont rarement rencontrées en EPI. Moment d'échanges et d'informations indispensables qui permet de faire le point sur la grossesse et le ressenti des parents. Cet entretien peut être mené avec les deux parents ou séparément afin d'évaluer leurs capacités à prendre en charge et à accepter l'enfant suite à cette annonce brutale et à l'inexistence du lien mère-enfant. Certaines mères ne sont pas à leur premier déni de grossesse et d'autres peuvent arriver au paroxysme d'un infanticide.

L´étude met également en évidence une proportion assez importante de femmes en demande d'une consultation psychologique qui devrait être proposée en systématique après l'accouchement. En ce qui concerne le déni total, la mère n'ayant bénéficié d'aucun soutien psychologique, il est fortement recommandé qu'à la sortie elle s'inscrive dans cette démarche. Cet entretien peut également être proposé au père afin de l'aider à comprendre et à expliquer ce phénomène. Certains pères culpabilisent de n'avoir rien vu, d'autres le reprochent à leur femme et pensent avoir été trompés.

Les patientes en déni de grossesse total ne peuvent bénéficier de séances de préparation à la naissance. Par contre, les primipares en déni partiel, devraient y participer afin de recueillir des informations, de prendre conscience de leur état de grossesse, de son évolution et de l'accouchement. Il serait intéressant que le père y participe afin de s'impliquer et de s'investir dans son future rôle de père.

Une minorité de ces femmes bénéficient d'un suivi à domicile. Une hospitalisation prolongée de la mère et de son enfant lors de déni de grossesse total serait souhaitable afin de permettre d'évaluer le lien mère-enfant et de proposer une prise en charge adaptée.

Lors de situations particulières, la psychologue de la maternité contacte une psychomotricienne en service de suite de couche afin d'évaluer par des moyens simples le lien mère-enfant. Elle réalise une échelle de Brazelton : examen clinique de l'enfant effectué par les parents et analysé par la psychomotricienne qui révèle les comportements du nourrisson et les commente avec les parents. Ceux-ci sont plus à même de reconnaître les signaux exprimés par leur enfant et apprennent à lui répondre, ce qui renforce les liens d'attachement. Ce test est réalisé entre trois jours et deux mois de vie de l'enfant et permet d'évaluer le répertoire comportemental du nouveau-né et ses compétences grâce à :

- 28 items comme par exemple la qualité du sommeil, la consolabilité, la calinité, la robustesse, la fragilité, la sensibilité, les réponses visuelles ou auditives, l'intérêt de l'échange, l'autonomie et les besoins de protection ;
- 18 réflexes qui traduisent l'état neurologique de l'enfant ;
- Un groupe d'items visant à mieux saisir le répertoire et la qualité du comportement du nourrisson fragile et l'aide dont il a besoin de la part de l'examinateur pour organiser ses réponses (25).

Ainsi, cette évaluation devrait être préconisée en systématique dans des situations de déni et en particulier de déni total. Ceci reste difficile à mettre en place en raison de la durée d'hospitalisation post-natale de plus en plus courte.

Pour les autres, une consultation auprès d'une sage-femme libérale ou la visite de la PMI au domicile de la patiente permettrait d'assurer un suivi qui pourrait s'échelonner de quinze jours à 2 mois, à la fréquence d'une visite par semaine en consensus avec le pédiatre familial. Ce protocole permettrait de garder un lien étroit avec la patiente tout en maintenant une vigilance bienveillante.

Dans la majorité des cas, ces femmes n'ont aucune contraception avant leur grossesse en déni. La sage-femme chargée de l'entretien de contraception avant la sortie de la maternité doit s'assurer de la parfaite compréhension des méthodes contraceptives.

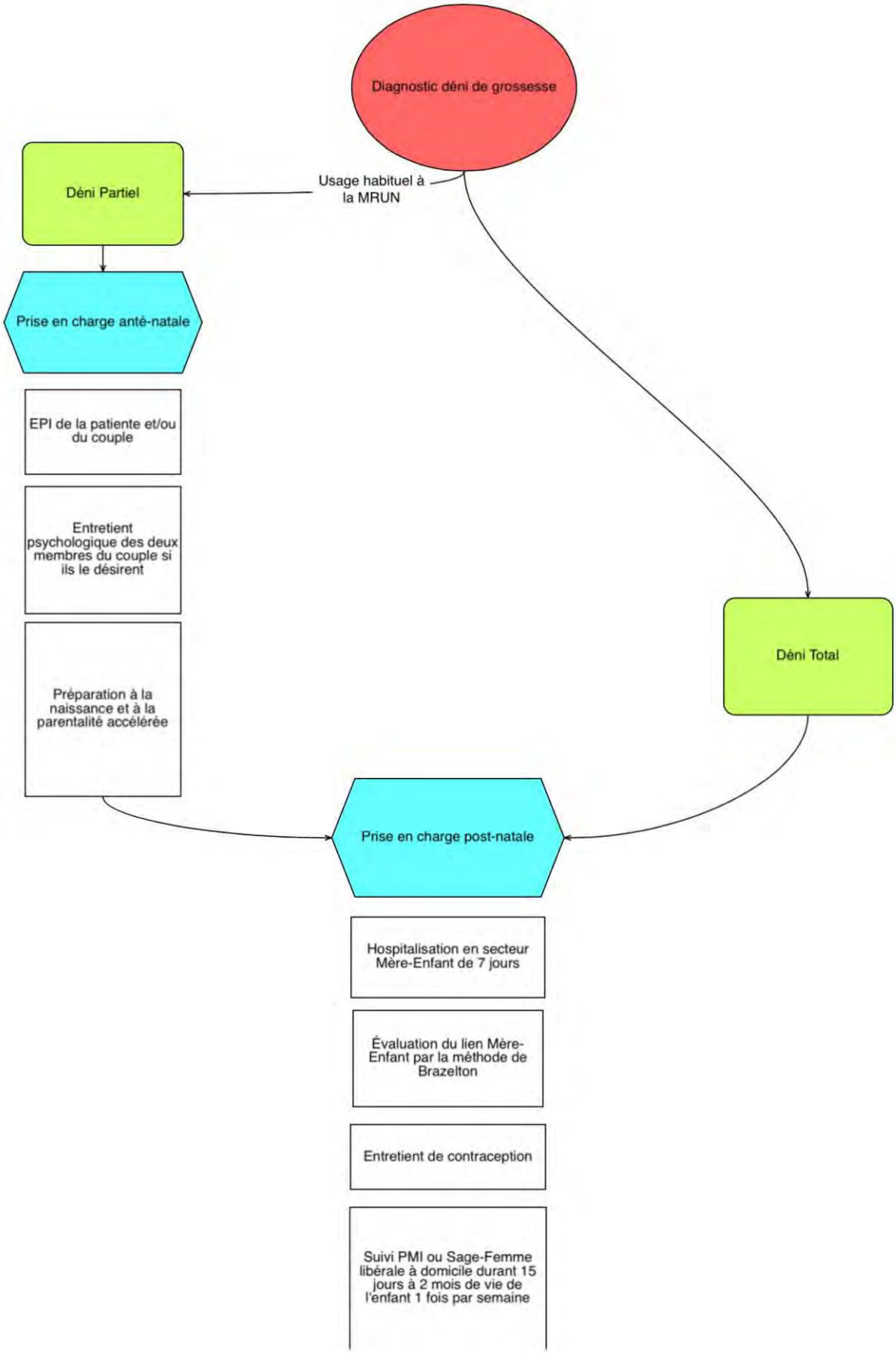


Schéma récapitulatif du protocole de prise en charge à la MRUN

3.3. Rôle des médias

A grande échelle, bon nombre d'informations et d'actions de prévention passent par les médias. Un cas de déni de grossesse médiatisé est un moyen efficace d'informer, de débattre sur le sujet et de rappeler que ce phénomène n'arrive pas qu'aux autres. Par ailleurs la contraception thématique ainsi que les signes évocateurs de grossesse sont encore trop peu abordés.

3.4. Formation des professionnels

Dans le cadre de la formation continue, il serait nécessaire de sensibiliser les soignants sur le sujet et de mettre en place des campagnes d'information.

Conclusion

Le déni de grossesse est un phénomène qui a toujours existé mais de plus en plus médiatisé de par son caractère invraisemblable. Pourtant il reste encore méconnu des professionnels et du grand public.

On ne retrouve pas de profil spécifique de femmes concernées. La moitié a déjà une expérience de grossesse physiologique. Il est intéressant de noter qu'une majorité est en surpoids ce qui peut expliquer une grossesse non visible et un rapport au corps particulier. Dans seulement 4 % des cas, on retrouve un élément traumatique périnatal pouvant expliquer le déni. Ces femmes ne sont pas plus à risque d'accouchement dystocique et l'enfant ne présente aucune malformation pouvant être en lien avec le déni de grossesse.

D'après les résultats de notre étude, on note que les fœtus qui présentent une RCIU à la première échographie rattrapent leur retard grâce à une prise en charge anténatale permettant à la mère l'investissement et le suivi de sa grossesse. Seul un est diagnostiqué en RCIU à 24 SA et ce jusqu'à la fin de la grossesse.

Cependant, le déni de grossesse peut engendrer des risques somatiques et psychiques pour la mère et l'enfant auxquels s´ajoutent des facteurs de vulnérabilité pour la mise en place des interactions précoces. 21 % des enfants nés de déni de grossesse sont hospitalisés en service de néonatologie dans les suites de la naissance et peut être expliqué par un manque d'investissement de l'enfant par sa mère. Il n'existe qu'une procédure d'usage anténatale à la MRUN concernant les grossesses en déni. Nous proposons donc un protocole de prise en charge post-natale composé d'une évaluation psychologique ou psychiatrique systématique au moment de la levée du déni de grossesse ainsi qu'un accompagnement multidisciplinaire en anté et post partum afin de favoriser la mise en place du lien mère-enfant et ainsi de limiter les conséquences néonatales.

Nous avons peu de données concernant l'évolution à long terme de la relation mère-enfant et des études plus poussées seraient à entreprendre afin de savoir s'il existe une psychopathologie particulière.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrage :

1. DAYAN, J., ANDRO, G., DUGNAT, M. (1999). Déni de grossesse. Paris : Masson. 41-49p.
2. MARINOPOULOS, S. et NISAND, I. (2011). Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Brignon : Les liens qui libèrent. 229 p.
3. NAVARRO, F., BACHELOT-NARQUIN, R., et ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LA RECONNAISSANCE DU DÉNI DE GROSSESSE. (2009). Acte du 1er colloque français sur le déni de grossesse, 23-24 octobre 2008, Université Paul Sabatier. Toulouse : Édition universitaire du sud. 275 p.

Article de périodique :

4. COMBALUZIER, S. et VIAUX, JL. (2010). Néonaticide, un non désir mélancolique : étude clinique de 12 cas. *L'évolution psychiatrique*, 75 (1), p. 3-17.
5. DELASSUS, JM. (2009). Le syndrome de l'enfant invisible et le déni de grossesse. *Les dossiers de l'obstétrique.* (381), p 48-50.
6. MARIANI, A., CHARLIES, C., JEANDEL, C., et RODIER, M. (2008). Le nanisme psychosocial, une réalité toujours d'actualité – à propos d'un cas. *Archives de pédiatrie*, 17 (5), p. 446-490.
7. MARZIN, P. (2006). Rapport au corps : du corps analysé au corps ressenti. *IUFM de l'académie de Grenoble,* (42), p1-24.
8. MONTERO, M. (2009). Grossesse, du désir au déni. *Soins pédiatrie/puériculture*, 30, (246), p. 12.
9. NAVARRO, F. (2009). Le déni de grossesse : « Une maladie ». *Ouest France*, (24), p38-40.
10. PANEL, P., PRIGENT, G. (2009). Le déni de grossesse. Quand le corps porte une grossesse dont le psychisme ne reçoit aucune trace. *Les dossiers de l'Obstétrique*, (381), p29-33.
11. PUHL, R. (2009). Stigmatisation de l'obésité : causes, effets et quelques solutions pratiques. *Diabetes Voice*, 54 (1).
12. SANSELME-CARDENAS, ME. (2012). Y a-t-il des dénis de grossesse qui se terminent bien ? *Vocation Sage-Femme*, (99), p. 30-32.

13. SIONI, MR. (2008). Le déni de grossesse. *Vocation Sage-Femme*. 7 (63), p. 5
14. STERN-VERRIÈRE, E. (20009). Quelle prise en charge pour le déni de grossesse? *Les dossiers de l'Obstétrique*, (381), p50-53.
15. TIGNOL, J., PIERRE, P.H. LABARTHE, S. (1990). Le déni de grossesse, une pathologie méconnue. *Praticien du Sud-ouest*, (7).

Thèse - Mémoire :

16. BAYLE, B. (2008). *Négation de grossesse et gestation psychique*. Thèse de médecine. Toulouse.
17. FRONTEAU, V. (2008). *Le déni de grossesse: étude clinique, psychopathologie, conséquences, prise en charge et prévention.* Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme. Angers.
18. GRANGAUD, N. (2001). *Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique.* Thèse de psychiatrie. Paris VII.
19. JOB, N. (2009). *Déni de grossesse : Etude rétrospective descriptive. A propos de 41 cas.* Thèse de médecine. Toulouse.
20. LABARTHE, S. (1988). *Le déni de grossesse.* Thèse de médecine. Bordeaux.
21. MENEGHIN, L. (2008). *Déni de grossesse : essai de compréhension et perspectives de prise en charge. Etude de cas à la maternité du CHU de Bordeaux.* Thèse de médicine. Bordeaux II.
22. REMY, Maeva. *Déni de grossesse : il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant* [en ligne]. Mémoire de sages-femmes. Nancy : Université Henri Poincaré, 2011. Disponible sur : http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2011_REMY_MAEVA.pdf [consulté le 4 janvier 2013]

Communication à congrès :

23. CHAULET, S., JUAN-CHOCARD, A.S., BUFFET, D., DESCAMPS, Ph., DUVERGER, Ph. *Le déni de grossesse : Mme G, un deuxième déni qui interroge. Congrès de L'Encéphale 2011*. Paris : Communication affichée : PO-477.

Site web :

24. AFRDG. Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse [en ligne]. Dossier mis à jour le 20 novembre 2012. Disponible sur : http://www.afrdg.info [consulté le 23 décembre 2012]
25. CENTRE BRAZELTON SUISE. La méthode Brazelton [en ligne]. Disponible sur : www. Brazelton.ch/spip.php?rubrique26 [consulté le 20 janvier 2014].
26. INPES. Grossesse et accueil de l'enfant - Fiche action : le vécu de la grossesse par les femmes [en ligne]. Disponible sur :www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf [consulté le 8 janvier 2013]
27. LEGIFRANCE. Le service public de la diffusion du droit [en ligne]. Dossier mis à jour le 15 février 2014. Disponible sur : légifrance.gouv.fr [consulté le 5 janvier 2014].
28. MARCE, LV. Traité de la folie des femmes enceintes. [en ligne]. Disponible sur : http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k768858/f9.image. [consulté le 2 décembre 2013].
29. SAID, Rachida. Enregistrement vidéo : Déni de grossesse [en ligne]. 7 février 2011. 578 secondes. Disponible sur : http://www.youtube.com/watch?v=cB9j8qtw0gw&feature=youtube_gdata_player [consulté le 4 janvier 2013]
30. YAPAKABE et MARINOPOULOS, Sophie. Enregistrement vidéo : Le déni de grossesse [en ligne]. 6 octobre 2009. 515 secondes. Disponible sur : http://www.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.youtube.com%2Fwatch%3Fv%3D3oDfFZtEPvo%26feature%3Dyoutube_gdata_player&h=NAQGCThC [consulté le 4 janvier 2013].

TABLE DES MATIERES

Sommaire **4**

Liste des abréges **7**

Préface **8**

Introduction **9**

Partie 1 ..... **11**

1. DEFINITION **12**

1.1. Aspects psychologiques 12
1.1.1. Le déni 12
1.1.2. La dénégation 12
1.1.3. Différence entre le déni et la dénégation 13
1.2. Le déni de grossesse 13
1.2.1. Présentation 13
1.2.2. Épidémiologie 14
1.2.3. Etudes disponibles 14
1.3. Conséquences du déni de grossesse sur la mère et l'enfant 15
1.3.1. Population concernée 15
1.3.2. Devenir des enfants nés de déni 16
1.3.3. Aspects médicaux légaux 17

2. CONSEQUENCES DU DENI DUR LA GROSSESSE **18**

2.1. Une grossesse inexistante 18
2.1.1. Absence de modification corporelle et interprétation des signes sympathiques de grossesse 18
2.1.2. Absence de processus de grossesse 19
2.2. Une grossesse non suivie et non éduquée 20

3. PROTOCOLE **21**

Partie 2 ..... **22**

1. L'ETUDE **23**

1.1. Hypothèses 23
1.2. Objectifs 23
- Principal 23
- Secondaire 23

1.3. Type d'étude 24
1.4. Population 24
1.4.1. Critères d'inclusion 24
1.4.2. Critères d'exclusion 24
1.5. Facteurs étudiés 24
1.5.1. Facteurs socio-économiques et antécédents 25
1.5.2. Prise en charge spécifique 25
1.5.3. Caractéristiques échographiques 25
1.5.4. Examen à la naissance de l'enfant. 26

2. RESULTATS **27**
2.1. Facteurs socio-économique et antécédents 27
2.1.1. Âge 27
2.1.2. Situation maritale 27
2.1.3. Logement stable 27
2.1.4. Origine géographique 28
2.1.5. Profession 28
2.1.6. Addictions 28
2.1.7. Morphologie 29
2.1.8. Antécédents médicaux, familiaux et obstétricaux 29
2.1.9. Les grossesses des multipares 31
2.2. La grossesse en déni 32
2.2.1. Grossesse et découverte 32
2.3. La prise en charge 33
2.3.1. Nombre total d'échographie 33
2.3.2. Prise en charge 34
2.4. Caractéristiques échographiques 35
2.4.1. Présentation des fœtus 35
2.4.2. Biométries des fœtus des patientes en déni de grossesse 35
2.4.3. Pathologie décelable par échographie 38
2.4.4. Les annexes et les échange placentaire 38
2.5. Accouchement et devenir de l'enfant 39
2.5.1. L'accouchement 39
2.5 .2. Les suites 43
Partie 3 ..... **44**
1. ANALYSE ET DISCUSSION **45**
1.1. Facteurs socio-économiques et antécédents 45
1.1.1. L'âge 45
1.1.2. Le poids maternel 45
1.1.3. Situation maritale et socio-économique 47
1.1.4. Addictions 47
1.1.5. Antécédents familiaux et personnels 47
1.1.6. Antécédents obstétricaux 48
1.2. Prise en charge et échographies 48
1.2.1. Prise en charge 48
1.2.2. Nombre d'échographies 49
1.3. Caractéristiques échographiques 50
1.4. Examen à la naissance 51
2. LIMITES DE L'ETUDE **54**
3. PESPECTIVES ENVISAGEES **55**
3.1. Codification des dossiers 55
3.2. Prise en charge 55
3.3. Rôle des médias 59
3.4. Formation des professionnels 59
Conclusion **60**
Bibliographie **61**
TABLE DES MATIERES **64**

ANNEXE I **67**
ANNEXE II **74**
ANNEXE III **75**
ANNEXE IV **78**
ANNEXE V **83**

ANNEXE I

Questionnaire mémoire

Questions recherchées à partir des dossiers obstétricaux des patientes en déni de grossesse à la MRUN.

*Obligatoire

1. Quel âge avez-vous ? *

2. Quelle est votre situation maritale ? *
   - Mariée
   - Célibataire
   - En couple
   - Pacsée
   - Autre

3. Avez-vous un logement stable ? *
   - Oui
   - Non

4. De quelle origine géographique êtes-vous ?

5. Quelle est votre source de revenus ?

6. Exercez-vous une profession ?
   - Oui
   - Non

   Si oui laquelle ?

7. Avez-vous une couverture sociale?
   - Oui
   - Non

8. Consommez-vous de l'alcool ? *
   - Oui
   - Non

9. Fumez-vous des cigarettes ? *
   - Oui
   - Non

   Si oui, combien de cigarettes par jour ?
   - Moins de 10 par jour
   - Plus de 10 par jour

10. Consommez-vous des drogues ? *
    - Oui
    - Non

    Si oui, quelle drogue et à quelle fréquence ?

11. Avez-vous des enfants à charge ? *
    - Oui
    - Non

    Si oui, combien ?

12. Quel est votre poids, votre taille ? *

13. Avez-vous des antécédents particuliers familiaux ? *
    Dépression, déni de grossesse, maladies héréditaires...?

14. Avez-vous des antécédents personnels de dépression ? *
    - Oui
    - Non

15. Prenez-vous un traitement médical ? *
    - Oui
    - Non

    Si oui, lequel?

16. Avez-vous des antécédents de: *
    - FCS
    - IVG
    - IMG
    - GEU
    - Autre

17. Combien de grossesse avez-vous eu ? *
    - 0
    - 1
    - 2
    - 3
    - 4
    - Autre

18. Combien d'enfant avez-vous ? *
    - 0
    - 1
    - 2
    - 3
    - 4
    - Autre

19. Vos précédentes grossesses étaient-elles physiologiques ? *

- Oui
- Non

20. Si non, quelle pathologie avez-vous présentée ?
    - Déni de grossesse
    - Déclaration tardive
    - Diabète de grossesse
    - Cholestase gravidique
    - Accouchement prématuré
    - Mort fœtale in utéro
    - RCIU
    - Macrosomie
    - Hydramnios
    - Oligoamnios
    - Autre

21. A quel terme avez-vous accouché pour vos précédentes grossesses ?
    - Avant 32 SA
    - Entre 32 et 37 SA
    - Entre 37 et 41 SA
    - Après 41 SA
    - Autre

22. Dans quelle position se présentaient vos enfants ?
    - Présentation céphalique
    - Présentation du siège
    - Présentation transverse

23. Vos enfants présentaient-ils des malformations à la naissance ?
    - Oui
    - Non

    Si oui, lesquelles ?

24. Vos enfants ont-ils été hospitalisés en néonatologie ?
    - Oui
    - Non

25. Quel poids avaient vos enfants à la naissance ?
    - Inférieur à 2 500g
    - Entre 2 500 et 3 000g
    - Entre 3000 et 3500g
    - Entre 3500 et 4000g
    - Supérieur à 4000g
    - Autre

26. Quelle taille avaient vos enfants à la naissance ?

27. Vos enfants se portent-ils bien à l'heure actuelle ?

- Oui
- Non

28. A quel terme avez-vous appris votre grossesse ? *

29. Quelles ont été les circonstances de découverte de votre grossesse ?

30. Combien de kilos aviez-vous pris avant l'annonce de votre grossesse ?

31. Avez-vous eu des signes évocateurs de grossesse ?
    - Oui
    - Non

    Si oui, lesquels ?
    - Prise de poids
    - Apparition de ventre
    - Absence de règles
    - Mouvements fœtaux
    - Crampes abdominales
    - Gonflement des seins
    - Autre

32. Votre entourage s'est-il douté de quelque chose ?

33. Quelle prise en charge a été mise en place à l'annonce de votre grossesse ?
    - Psychologique
    - Sociale
    - PMI
    - Autre

34. Avez-vous été hospitalisée après l'annonce de cette grossesse ?
    - Oui
    - Non

    Si oui, pour quelle raison ?

35. A quel terme avez-vous accouché pour cette grossesse en déni ? *
    - Avant 32 SA
    - Entre 32 et 37 SA
    - Après 41 SA
    - Autre

36. Dans quelle position se présentait votre enfant lors de l'accouchement ? *
    - Présentation céphalique
    - Présentation du siège
    - Présentation transverse

37. Combien de temps a duré le travail en salle de naissance ?

38. De quelle couleur était le liquide amniotique pendant le travail ? *
    - Clair

- Rosé
- Méconial
- Sanglant
- Autre

39. Y-a-t-il eu des ARCF pendant le travail ? *
    - Oui
    - Non

40. Quel a été le mode d'accouchement ? *
    - AVBN
    - AVB instrumental
    - Césarienne programmée
    - Césarienne en urgence
    - Autre

41. Quel a été le mode de délivrance ? *
    - DDC
    - DA
    - RU
    - Autre

42. Quel est le sexe de votre enfant ? *
    - Masculin
    - Féminin

43. Quel est le poids de votre enfant ? *
    - Inférieur à 2500g
    - Entre 2500 et 3000g
    - Entre 3000 et 3500g
    - Entre 3500 et 4000g
    - Supérieur à 4000g
    - Autre

44. Bonne adaptation à la naissance de votre enfant ? *
    - Oui
    - Non

45. Quel était l'Apgar à la naissance de votre enfant ? *

46. Votre enfant a-t-il nécessité des gestes particuliers à la naissance ? *
    - Oui
    - Non

    Si oui, lesquels ?

47. Votre enfant a-t-il été hospitalisé en néonatologie ? *
    - Oui
    - Non

Si oui, pourquoi ?

48. Votre enfant présentait-il des malformations ? *
    - Oui
    - Non

    Si oui, lesquelles ?

49. Avez-vous fait du peau à peau avec votre enfant à la naissance ?
    - Oui
    - Non

50. Avez-vous reconnu votre enfant ? *
    - Oui
    - Non

51. Avez-vous confié votre enfant ? *
    - Oui
    - Non

52. Comment ce sont passées les suites de couche pour vous ? *

53. Comment ce sont passées les suites de couche pour votre enfant ? *
    Prise de poids, dépistage pathologique, ictère, alimentation, examen pédiatrique, soins effectués par la mère...?

54. Combien échographie ont été réalisées pendant la grossesse ? *
    - 1
    - 2
    - 3
    - Autre

55. A quel terme a été effectuée l'échographie n°1, 2 et 3 ? *

56. Quelles étaient les biométries fœtales à l'échographie n°1, 2 et 3 ? *
    PC, PA, LF, DBP, DAT

57. Quelle était la position de l'enfant à l'échographie n°1, 2 et 3 ? *
    - Présentation céphalique
    - Présentation du siège

58. Votre enfant présentait-il des malformations à l'échographie n°1, 2 et 3 ? *
    - Oui
    - Non

    Si oui lesquelles ?

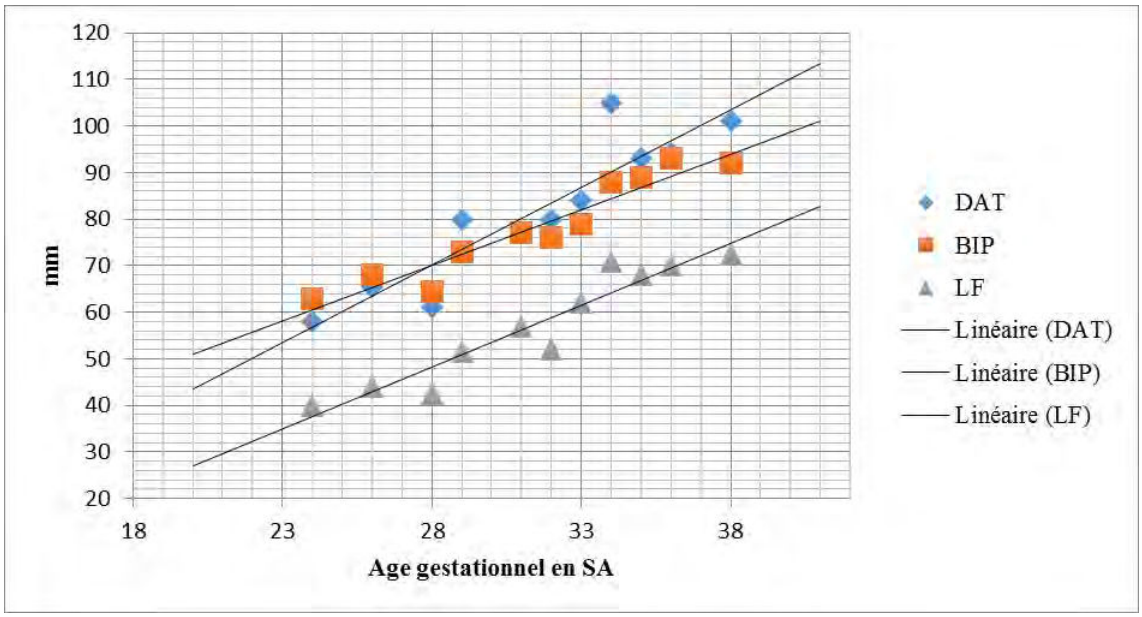
59. Comment était le placenta à l'échographie n°1, 2 et 3 ? *
    Position, taille, position par rapport au col et grade du placenta ?

60. Combien de vaisseaux porté le cordon à l'échographie n°1, 2 et 3 ? *
    - 2
    - 3
    - Autre
61. Quel aspect avait le cordon à l'échographie n°1, 2 et 3 ?

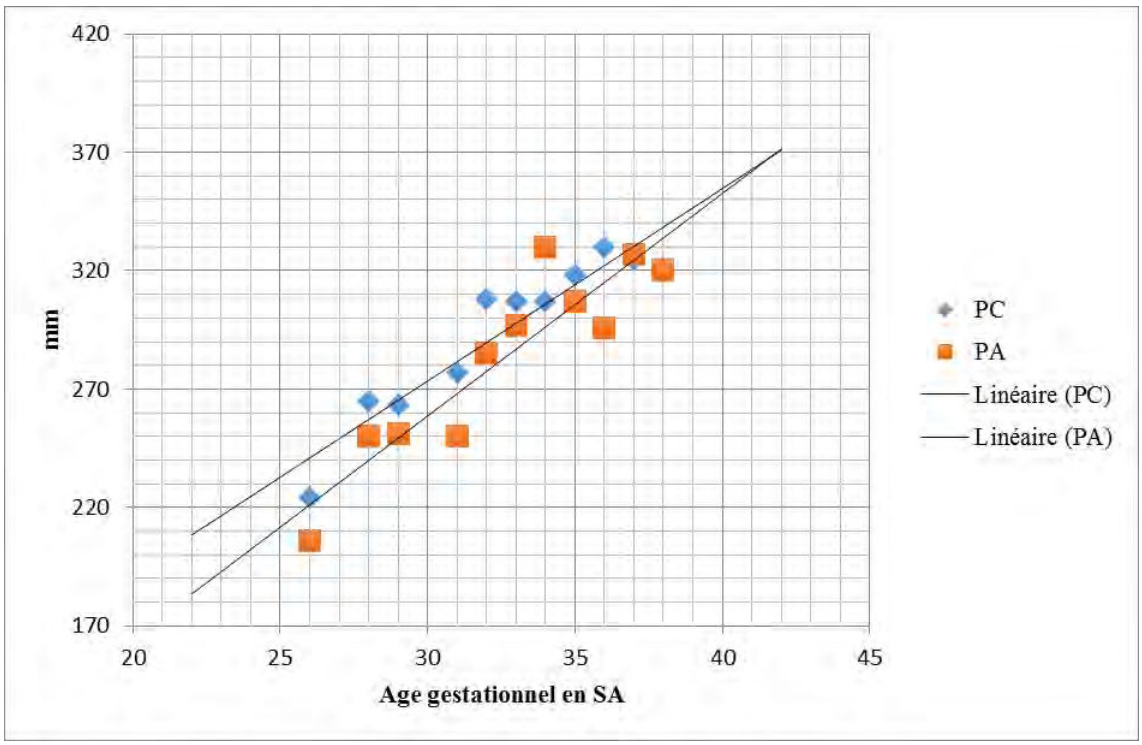
62. Les dopplers était-ils normaux à l'échographie n°1, 2 et 3 ?
    - Oui
    - Non

    Si non, quelle pathologie présentaient-ils ?

ANNEXE II



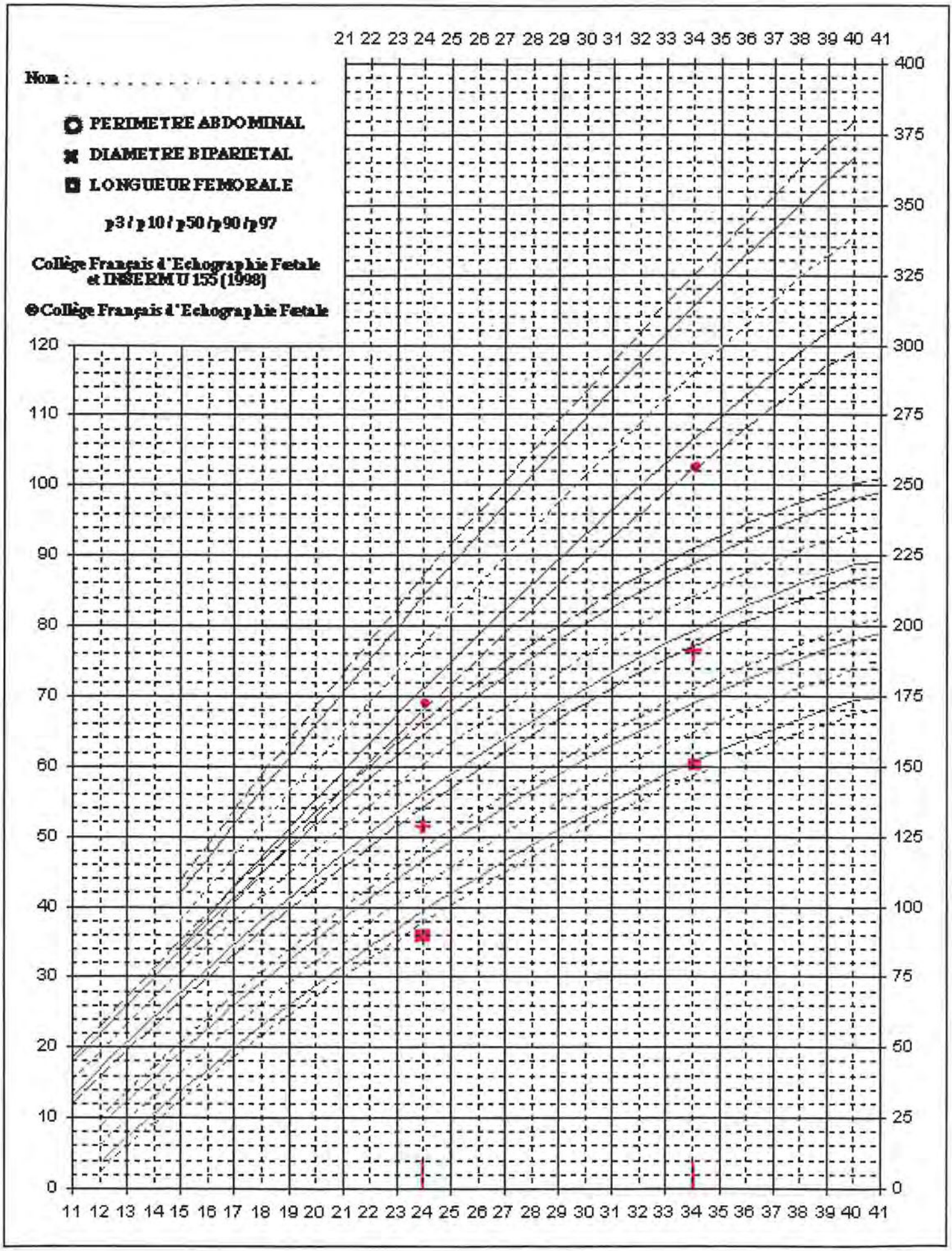
Graphique représentant les biométries fœtale chez les femmes en déni de grossesse

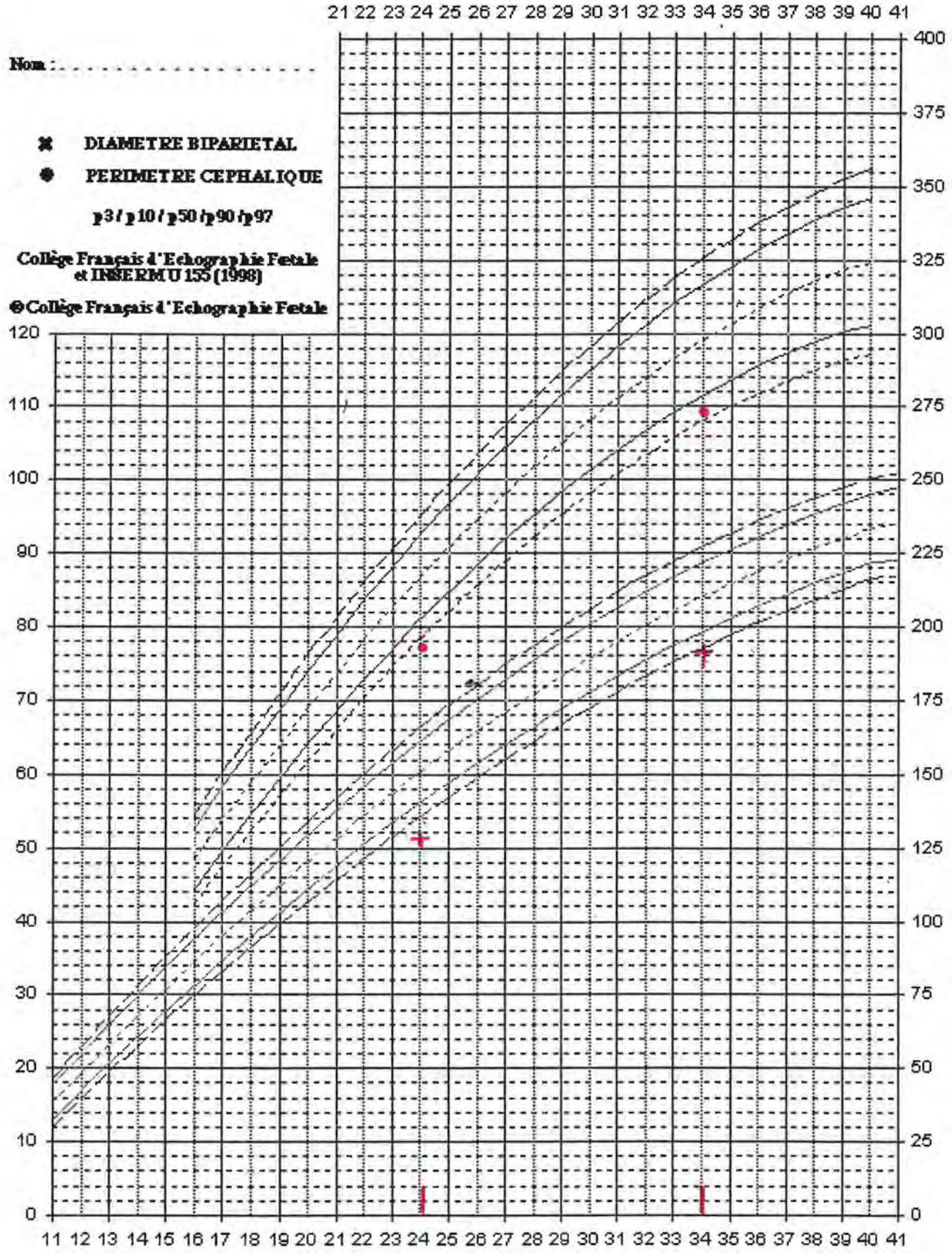


Graphique représentant les biométries fœtale chez les femmes en déni de grossesse

ANNEXE III

Biométrie du fœtus présentant une RCIU chez une femme en déni de grossesse


Nom : . . . . . .
PERIMETRE ABDOMINAL
DIAMETRE BIPARIETAL
LONGUEUR FEMORALE
p3 / p10 / p50 / p90 / p97
Collège Français d'Echographie Fetale et INSERM U 155 (1998)
© Collège Français d'Echographie Fetale
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41
400 375 350 325 300 275 250 225 200 175 150 125 100 75 50 25 0
120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41



Echo. T_1 : |___|___|_____|

LCC :

CN :

Remarques :

T_2 : |___|___|_____| **SA**

Placenta :

Remarques :

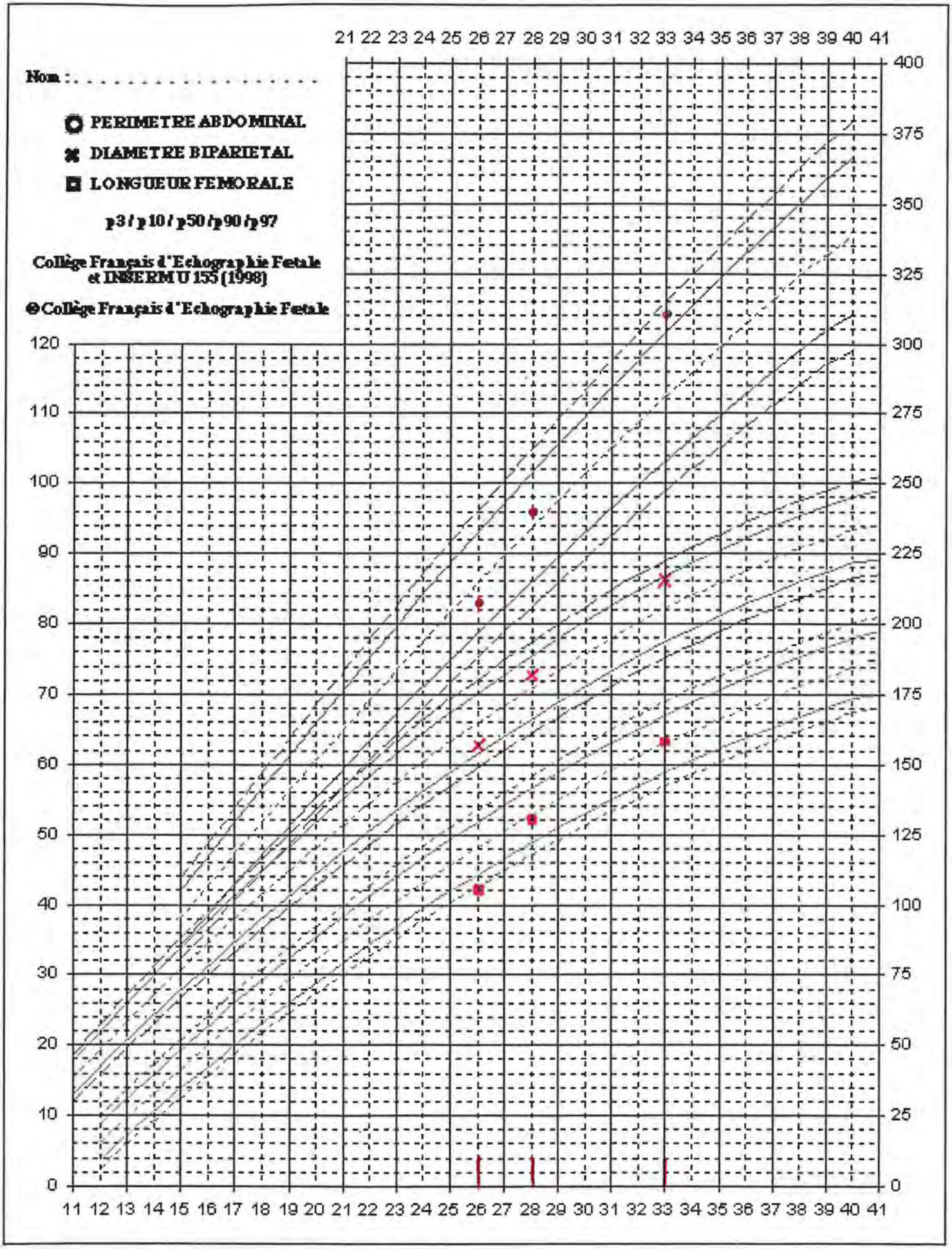
T_3 : |___|___|_____| **SA**

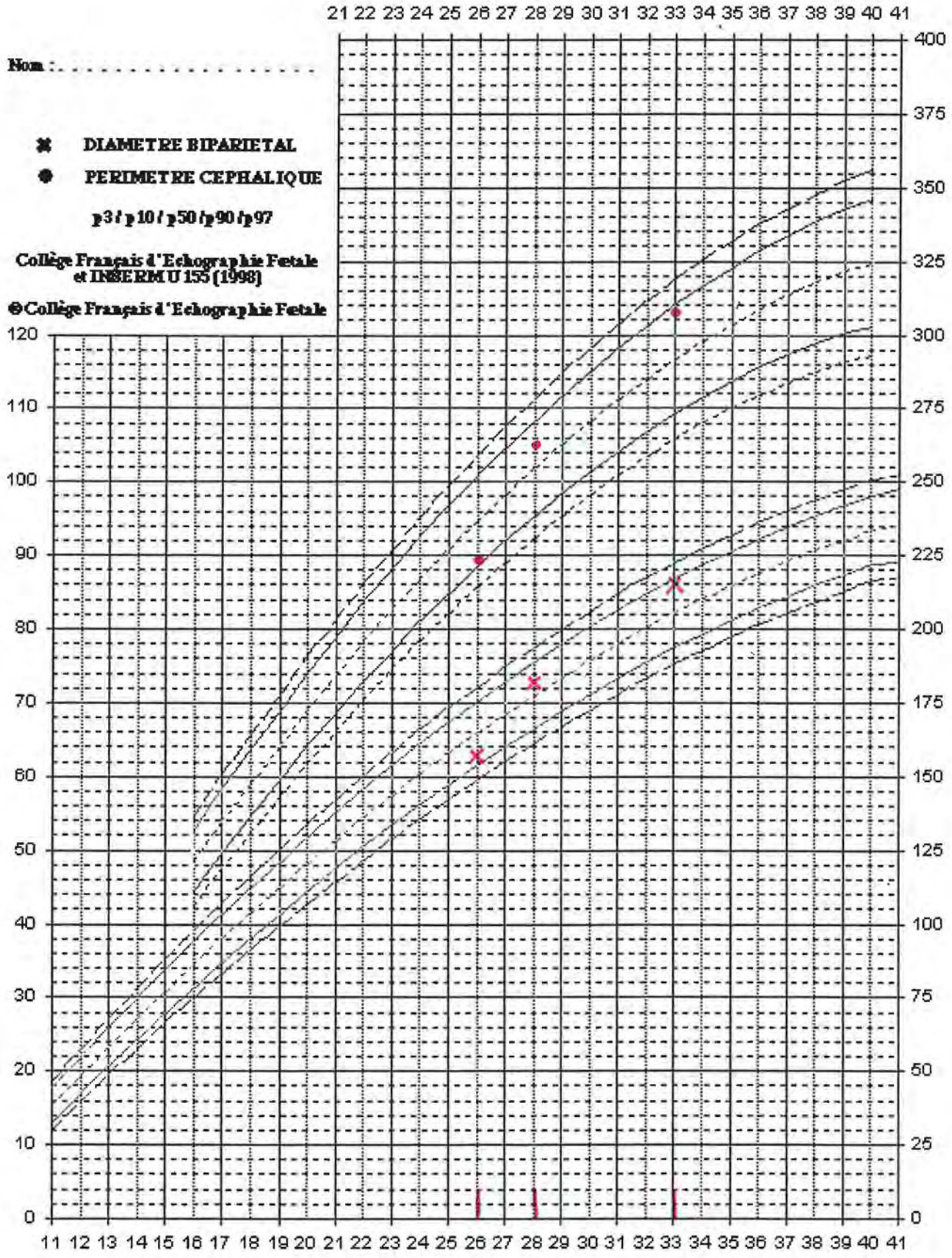
Placenta :

Remarques :

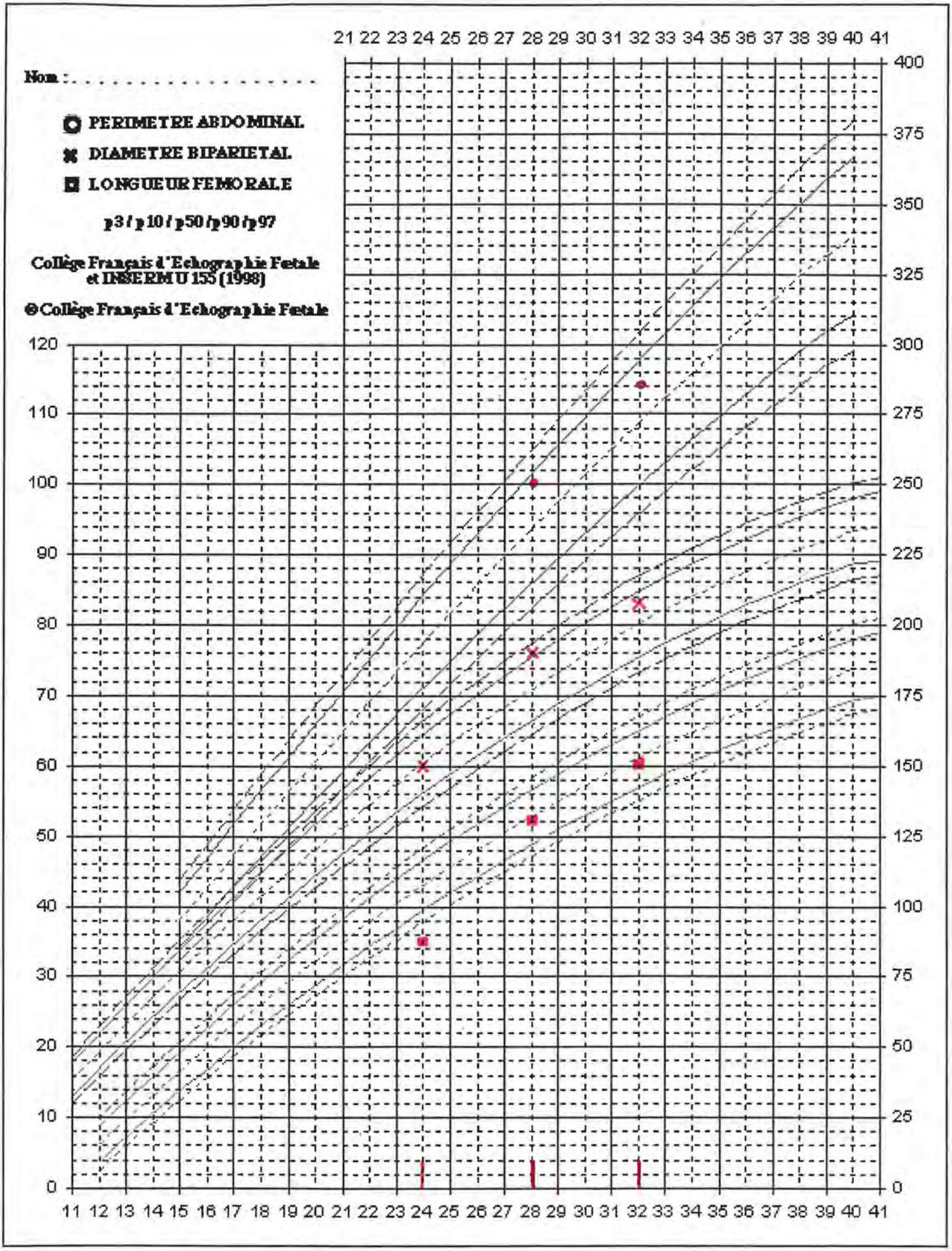
ANNEXE IV

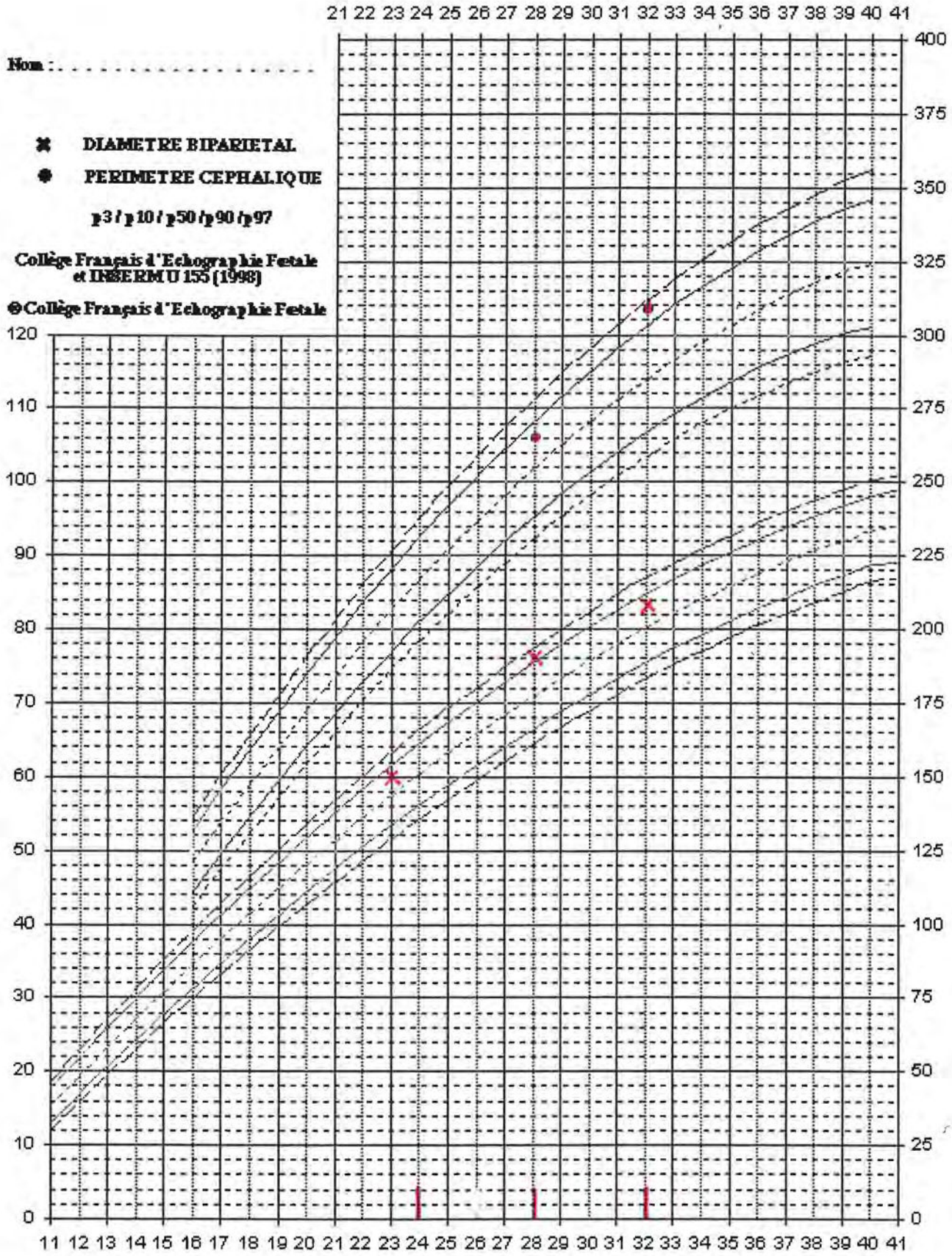
Biométries de fœtus présentant un rattrapage de croissance chez une femme en déni de grossesse


Nom : . . . . . .
PERIMETRE ABDOMINAL
DIAMETRE BIPARIETAL
LONGUEUR FEMORALE
p3 / p10 / p50 / p90 / p97
Collège Français d'Echographie Fetale et INSERM U 155 (1998)
©Collège Français d'Echographie Fetale
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41
400
375
350
325
300
275
250
225
200
175
150
125
100
75
50
25
0
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41



Echo. T_1 : |___| |___| |____|	T_2 : |___| |___| |____| SA	T_3 : |___| |___| |____| SA
LCC :	Placenta :	Placenta :
CN :	Remarques :	Remarques :
Remarques :		


Nom : . . . . . .
PERIMETRE ABDOMINAL
DIAMETRE BIPARIETAL
LONGUEUR FEMORALE
p3 / p10 / p50 / p90 / p97
Collège Français d'Echographie Fetale et INSERM U 155 (1998)
© Collège Français d'Echographie Fetale
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41
400 375 350 325 300 275 250 225 200 175 150 125 100 75 50 25 0
120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41



Echo. T_1 : |___| |___| |____|	T_2 : |___| |___| |____| SA	T_3 : |___| |___| |____| SA
LCC :	Placenta :	Placenta :
CN :	Remarques :	Remarques :
Remarques :		

ANNEXE V



Photo schématisant la position du fœtus lors de déni de grossesse



Photo schématisant la position du fœtus lors de déni de grossesse

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz Nancy

Mémoire de fin d'études de sage-femme de DAPREMONT Claire - Année 2014

DENI DE GROSSESSE : Des nouveau-nés comme les autres ? Étude rétrospective menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur 24 patientes du 1er octobre 2009 au 1er octobre 2013

Directeur de mémoire : BELGY Marie-Thérèse, sage-femme formatrice

Expert : SCHWEBACH Isabelle, sage-femme de consultation

Le déni de grossesse est un phénomène de santé publique encore trop peu étudié car difficile à concevoir. Une grossesse invisible peut-elle avoir des conséquences sur le fœtus et le nouveau-né ? Afin de répondre à cette question, une étude rétrospective sur quatre ans a été réalisée à la MRUN. Elle concerne 24 cas de déni de grossesse partiel ou total qui touche tout type de femme. Cependant, il est mis en évidence que 54 % de ces femmes sont en surpoids ce qui explique un rapport au corps particulier et une grossesse difficilement décelable. L'étude échographique montre qu'un seul fœtus présente une RCIU, les autres effectuent un rattrapage de croissance après investissement et prise en charge de la grossesse. 30 % de ces enfants sont transférés en néonatologie lors du séjour à la maternité. Nous proposons un protocole de prise en charge post-natale afin d'assurer la mise en place du lien mère-enfant puisqu'il n'existe, à la MRUN, qu'une pratique d'usage anténatal.

Déni de grossesse, surpoids, restriction de croissance intra-utérine, néonatologie, prise en charge.

Denial of pregnancy is a public health phenomenon still too little studied because it is difficult to conceive. An invisible little pregnancy it affect the fetus and newborn? To answer this question, a retrospective study was conducted four years to MRUN. It concerns 24 cases of partial or total denial that affects any woman pregnant. However, it is revealed that 54% of women are overweight which explains a report to a particular body and difficult to detect pregnancy. Ultrasound study shows that only has a restriction of fetal intra-uterine growth, others are catching up growth after investment and management of pregnancy. 30% of these children are transferred in neonatology during the stay in the maternity. We propose a protocol for post-natal load to ensure the only place of mother-child relationship as to the MRUN, a practice of antenatal use.

Denial of pregnancy, overweight, restriction of intrauterine growth, neonatology, support.