



HAL
open science

**Les difficultés de prise en charge physiques et psychiques
du déni de grossesse total, rencontrées par les
professionnels : étude qualitative par entretien
semi-directif réalisée auprès de 10 sages-femmes dans les
maternités du CHR Metz-Thionville et de Briey du 1er
octobre 2020 à mars 2021**

Marine Pierpaoli

► **To cite this version:**

Marine Pierpaoli. Les difficultés de prise en charge physiques et psychiques du déni de grossesse total, rencontrées par les professionnels : étude qualitative par entretien semi-directif réalisée auprès de 10 sages-femmes dans les maternités du CHR Metz-Thionville et de Briey du 1er octobre 2020 à mars 2021. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-03870486

HAL Id: hal-03870486

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870486>

Submitted on 24 Nov 2022

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.



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 de METZ

**Les difficultés de prise en charge physiques et psychiques
du déni de grossesse total, rencontrées par les
professionnels**

Etude qualitative par entretien semi-directif réalisée auprès de 10 Sages-Femmes
dans les maternités du CHR Metz-Thionville et de Briey
du 1^{er} octobre 2020 à mars 2021

Mémoire présenté et soutenu par

Marine PIERPAOLI

Née le 13 Juillet 1996

Directeur de mémoire : Laure BERNARD

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

**Les difficultés de prise en charge physiques et psychiques
du déni de grossesse total, rencontrées par les
professionnels**

Etude qualitative par entretien semi-directif réalisée auprès de 10 Sages-Femmes
dans les maternités du CHR Metz-Thionville et de Briey
du 1^{er} octobre 2020 à mars 2021

Mémoire présenté et soutenu par

Marine PIERPAOLI

Née le 13 Juillet 1996

Directeur de mémoire : Laure BERNARD

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont aidé à l'élaboration de tout ce travail, pour leur soutien et leurs encouragements.

Je remercie particulièrement ma directrice de mémoire Mme BERNARD et mon experte de mémoire Mme SCHILLES, qui ont su m'accorder de leur temps pour m'aider à ce que mon travail soit le plus complet possible.

Je remercie l'ensemble des Sages-Femmes qui ont participé à mes entretiens, qui ont pris de leur temps professionnel ou personnel, pour m'aider de manière bienveillante, à améliorer cette prise en charge.

Je remercie également ma famille et mes amies pour leur soutien et le temps passé pour la relecture de mon mémoire.

ABREVIATION :

AFRDG : Association Française de Reconnaissance du Dénier de Grossesse

CEGOP : Cercle d'Etude des Gynécologues et Obstétriciens du Parc

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

DU : Diplôme Universitaire

GHR : Grossesse à Haut Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

HFME : Hôpital Femme Mère Enfant

MFIU : Mort Fœtale In Utero

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

PMI : Protection Maternelle Infantile

RC3P : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Périnatalité et Parentalité

SDC : Suites de Couches

SF : Sage-Femme

UGO : Urgences Gynécologiques Obstétriques

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
ABREVIATION :	5
INTRODUCTION.....	7
PARTIE 1 : LE CORPS DU DENI	8
1. L'HISTOIRE DU DENI ET SON EPIDEMIOLOGIE.....	8
2. L'IMPACT PSYCHIQUE D'UNE GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE	9
3. LE DENI DE GROSSESSE ET SES « NON SIGNES CLINIQUES »	10
4. LES DIFFERENTS TYPES DE DENI	13
5. LES POTENTIELLES CONSEQUENCES DU DENI DE GROSSESSE	14
6. LA PRISE EN CHARGE	16
PARTIE 2 : METHODE ET RESULTATS.....	18
1. METHODE	18
2. RESULTATS	20
2.1. GENERALITES	20
2.2. GROSSESSE PSYCHIQUE	21
2.3. LA SAGE-FEMME PROFESSIONNELLE PILIER.....	21
2.4. LES DIFFICULTES RESENTIS PAR LES SAGES-FEMMES	23
2.5. LES BESOINS EXPRIMES PAR LES SAGES-FEMMES.....	26
PARTIE 3 : ANALYSE ET DISCUSSION DE L'ENQUETE.....	28
1. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE.....	28
2. GROSSESSE PSYCHIQUE.....	29
3. LA SAGE-FEMME PROFESSIONNELLE PILIER	31
4. LES DIFFICULTES RESENTIES PAR LES SAGES-FEMMES.....	33
5. LES BESOINS EXPRIMES PAR LES SAGES-FEMMES	35
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE.....	40
ANNEXES	44

INTRODUCTION

Selon de CNGOF, le déni de grossesse « *se définit comme le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être* » [1]. Il désigne cette réalité physiologique privée de la grossesse psychique. Le déni est un phénomène de refus de prendre en compte une part de réalité externe inacceptable pour le Sujet, c'est-à-dire non métabolisable sur le plan psychique. [1] En France, de 1 500 à 3 000 femmes sont concernées chaque année. [2] Il constitue donc un réel problème de santé publique. Cependant, ce phénomène demeure encore mal connu par le grand public et les professionnels de la périnatalité. [3]

Dans mon adolescence, j'ai été confrontée au déni de grossesse puisqu'une amie a vécu un accouchement inopiné avec une grossesse inconnue jusqu'au terme. Après de nombreuses recherches sur ce sujet, sur internet, dans les livres, sur les réseaux-sociaux, j'ai été surprise de la complexité de ce phénomène et cela a attisé ma curiosité. Au fur et à mesure de mes études, de mon développement personnel et psychologique, ma soif d'en savoir plus sur ce sujet n'a cessé d'augmenter.

De plus, dans les médias, le déni de grossesse fait les gros titres des faits divers ou de plus grosses affaires très connues comme l'affaire Véronique COURJAULT en 2009 ou encore appelée « affaire des bébés congelés » amenant à des néonaticides. Au-delà des gros titres des médias, le déni de grossesse est beaucoup plus complexe et profond psychologiquement qu'un simple article qui fait le « *buzz médiatique* ».

Etant en dernière année d'école de Sage-femme, j'ai également remarqué l'embarras des Sages-Femmes concernant ce sujet avec des avis très différents et une prise en charge parfois difficile. C'est pourquoi, il était important de rédiger mon mémoire sur ce sujet, afin d'améliorer cette situation et permettre aux patientes d'avoir une meilleure prise en charge en les aidant le plus possible ; en les déculpabilisant et les accompagnant dans leur histoire de vie aussi bien passée, présente que future.

PARTIE 1 : LE CORPS DU DENI

1. L'HISTOIRE DU DENI ET SON EPIDEMIOLOGIE

1.1. L'HISTOIRE DU DENI

Le déni de grossesse ne se fait pas appeler comme tel lors des premières découvertes. Au XVIème siècle, les grossesses non déclarées sont décrites comme des «*recels*» de grossesse. Puis, au XVIIème, le Docteur Moriceau prétend que des saignements menstruels peuvent persister pendant la grossesse et conduire à la méconnaissance d'un état gravide. Par la suite, au cours du XIXème siècle, le docteur Marcé, élève d'Esquirol, observe que certaines femmes hospitalisées pendant leur grossesse, n'ont pas conscience de leur état. [4] C'est ensuite à partir des années 1850 que de nombreuses thèses ou de nombreux livres sur ce phénomène psychique, ont vu le jour. Ce n'est seulement qu'après les années 1970 qu'apparaît le concept de «*déni de grossesse* », grâce aux nombreux progrès de la psychiatrie [5]. Depuis 1985, le déni de grossesse est une pathologie qui figure dans la classification des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). [3]

D'après I.Nisand, lors de sa conférence en 2016 à Strasbourg, il n'y a pas de littérature internationale car la France est en avance sur ce sujet et beaucoup de pays comme l'Amérique ou le Soudan, qui eux commencent leur investigations, sollicitent les journalistes français pour argumenter leurs recherches. Nous sommes l'un des seuls pays au monde à prendre conscience du déni de grossesse.

1.2. EPIDEMIOLOGIE

En France, 1 500 à 3 000 femmes sont concernées chaque année, dont 320 accouchent sans avoir eu conscience de leur état de grossesse. L'étude prospective conduite par Jens Wessel évoque que le taux de déni partiel est à 1 pour 475 naissances et celui des dénis totaux est estimé à 1 pour 2 500 naissances [2,6]. Si l'on rapporte ces taux au nombre de naissances survenant annuellement en France (753 000 naissances en 2019 [7]), les dénis partiels au-delà de cinq mois concerneraient plus de 1 600 femmes chaque année. Un quart environ de ces dernières accouchent dans un lieu inapproprié, non médicalisé (essentiellement dans les toilettes ou dans d'autres pièces de leur domicile, mais également sur leur lieu de travail, dans leur voiture, dans des lieux publics...) [2].

2. L'IMPACT PSYCHIQUE D'UNE GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE

2.1. LE PREMIER TRIMESTRE

Lors du premier trimestre de la grossesse, la future mère ne pense pas encore à l'enfant qui se développe à l'intérieur de son utérus mais pense plutôt à son « *état d'être enceinte* » [1]. Elle va penser à tous ses changements corporels de la grossesse, qui fait d'elle, au regard de la société et de son entourage, une femme enceinte ; son ventre qui va prendre de plus en plus de formes, ses différentes douleurs liées à la grossesse, les vomissements du début de grossesse s'il y en a... Les liens avec le père du bébé sont multipliés lors de ce trimestre, que ce soit des liens positifs, ou négatifs dans certains cas. C'est à ce moment, où la mère va repenser à sa propre histoire, sa propre relation avec sa mère, avec son père et sa vision d'elle petite fille. On assiste à une transparence psychique de la part de la mère, elle rêve beaucoup de son enfance et de ses propres souvenirs [8]. La femme s'installe dans son nouveau statut avec plus ou moins de difficultés cliniques, sociales, économiques...

2.2. LE DEUXIEME TRIMESTRE

Au second trimestre, la phase d'adaptation est dépassée, et la femme prend pleinement conscience de son état gravide, qu'elle accepte, dans la grande majorité des cas [9]. Ce trimestre correspond donc au moment où la future maman, le couple, va commencer à s'imaginer réellement l'enfant à venir. C'est à ce moment-là que certaines représentations de l'enfant naissent, mais aussi, où une faille de ces représentations comme l'annonce d'un handicap, peut entraîner de graves conséquences sur la relation parents-enfants [1]. En effet, lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, il y a un clivage qui se fait entre le rêve des parents vis-à-vis de l'enfant et la réalité [10]. C'est un mécanisme de protection des parents mais qui coupe le lien psychique, affectif et virtuel qui se fait avec le bébé. Cependant, si tout se passe physiologiquement, c'est une période souvent sereine, où la mère ressent une grande sensibilité au monde extérieur et se sent fière de développer son fœtus. [8]

Apparaissent dans cette période trois représentations de l'enfant : l'enfant imaginaire, l'enfant fantasmatique et l'enfant mythique, principalement décrits par Lebovici [9] :

- *« L'enfant imaginaire se trouve dans le préconscient et est le fruit du désir de grossesse, de l'histoire de l'union des deux parents. Il s'agit de l'enfant que les parents souhaitent avoir de par son sexe, son prénom, sa ressemblance à l'un ou à l'autre des parents. »*

- *L'enfant fantasmatique est inconscient. Il est élaboré par chacun des deux parents depuis leur enfance et prend ses racines dans leur histoire individuelle. Il renvoie aux racines infantiles du désir d'enfant.*
- *L'enfant mythique reflète les références culturelles et médiatiques des parents. Celles-ci, ainsi que tous les mythes et idéaux familiaux, vont influencer la manière d'envisager l'enfant et son éducation. » [9]*

Toutes ces représentations permettent d'imaginer, d'anticiper l'arrivée du bébé et ainsi de créer un lien affectif des parents avec ce fœtus.

2.3. LE TROISIEME TRIMESTRE

Le troisième trimestre correspond à l'imagination de l'accouchement et donc de la séparation entre la mère et son bébé. Les séances de préparation à la naissance aident beaucoup à s'imaginer et ainsi, se rassurer de ce moment tant appréhendé [1]. Les parents confrontent l'enfant imaginaire à l'enfant réel et un processus de deuil peut se mettre en place et sera achevé à l'accouchement [8]. Dans le premier trimestre, la mère prend conscience d'être enceinte, au deuxième elle s' imagine et se représente son enfant et dans ce troisième trimestre, elle va se préparer à être la future mère de l'enfant qu'elle porte. En effet, devenir mère, c'est accepter de faire en soi de la place pour un autre, certes désiré le plus souvent, mais qui reste un inconnu. Cela réclame d'avoir pleinement confiance en son corps, de se connaître soi [9].

Si ce trimestre psychique ne se fait pas, c'est à la naissance qu'il se fera et cela peut être trop brutal, ce qui peut entraîner des baby blues et des décompensations inquiétantes [1].

3. LE DENI DE GROSSESSE ET SES « NON SIGNES CLINIQUES »

3.1. DEFINITION DU DENI DE GROSSESSE

Le déni de grossesse n'est pas une non sensation mais une non représentation de l'enfant ; le corps et l'esprit fonctionnent de façon clivé. C'est une non prise en compte d'une donnée de la réalité et de la signification qu'elle peut comporter. Avant le déni de grossesse, ces femmes sont dans un déni d'altérité, déni de leur corps, de leurs émotions, de leur sexualité, de leur féminité, de leur désir propre. Et bien souvent depuis l'enfance, elles fonctionnent mais elles ne vivent pas [11]. Il s'agit donc d'un phénomène inconscient qui, est une défense très particulière. Une défense qu'utilise l'appareil psychique, celui qui compose notre vie relationnelle et affective. [11]

Le déni doit être distingué de la grossesse cachée : la femme est alors consciente d'être enceinte, mais fait tout pour le dissimuler à son entourage. [12]. Dans le déni de grossesse, l'absence de conscience d'être enceinte s'accompagne de l'absence d'un certain nombre de signes cliniques [13].

C'est un mécanisme névrotique et adaptatif. La femme est prise dans un système de pressions familiales, sociales, ou internes qui rendent la grossesse insupportable. L'absence d'écoute de soi, le fait que la femme ne sache pas prendre de temps pour elle, l'empêcherait par conséquent de pouvoir être à l'écoute de son corps [14]. Très souvent, elle a une vie socioprofessionnelle bien remplie au point qu'inconsciemment, elle n'ait pas besoin de devenir mère [13]. Elle renvoie à l'autre un état de dénégation, qui contribue à induire en erreur la femme enceinte et son entourage, mais aussi les professionnels de santé [5].

Mme. Miller (2003), psychiatre américaine, propose une manière de classifier les cas de dénis de grossesse en se basant sur les processus psychiques [14-15] :

- Le déni envahissant : Déni où aucun élément physique et psychique d'une grossesse n'atteint la pleine conscience.
- Le déni affectif : concerne les femmes qui, à certains moments, ont conscience de leur état de grossesse mais qui continuent à agir comme si elles ne l'étaient pas. Cette forme de déni peut être observée chez les femmes toxicomanes. Il s'agit d'un mécanisme de défense qui les protège de la culpabilité de nuire au fœtus par la consommation de substances.
- Le déni psychotique : Phénomène survenant chez les femmes atteintes de maladies psychotiques.

Selon Israël Nisand, lors de la journée Cercle d'Etude des Gynécologues et Obstétriciens du Parc, le 22 janvier 2016 à l'université de Strasbourg, le déni de grossesse est une pathologie grave, qui peut avoir de graves conséquences sur l'enfant et le tuer. Il n'y a pas assez d'objets d'études sur ce sujet, car nous avons un déni du déni du corps médical et il nous met dans un mal être, il remet en question la maternité et la notion de la bonne mère. Nous pouvons nous demander si cela est un déni de grossesse ou un déni de réalité ? Selon Nisand, la grossesse est une construction dans l'esprit d'une femme, qui fait que ce qui pousse en elle est un enfant. Si la réalité n'est qu'animale, c'est-à-dire un être qui se développe dans l'utérus, la femme ne se trouve pas dans la phase de l'enfantement, mais dans un autre état. Pour que ce

qui sort d'une femme ai le statut d'enfant, il faut que la femme l'ai désigné comme son enfant : c'est un processus psychique qui s'apparente à l'adoption. Toutes les femmes adoptent un jour ou l'autre leur enfant et si elles ne l'adoptent pas, cela se termine mal pour l'enfant. C'est pourquoi le gynécologue français dit qu'« *il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant* » [11].

D'après lui et Sophie Marinopoulos, ce qui fait que le déni se révèle, est souvent lié au hasard et non pas à la gravité de la pathologie.

3.2. SES « NON SIGNES CLINIQUES »

Lors du déni de grossesse, il n'y a pas de signes sympathiques de grossesse ou s'il y en a, ils ne sont pas interprétés comme tels. Quarante-six pourcent des femmes continuent d'avoir des saignements menstruels réguliers, même très tard, pendant la grossesse. Certaines continuent de prendre une contraception orale (15%), ce qui peut justifier des saignements réguliers [12]. Beaucoup de femmes ne sentent pas le fœtus se mouvoir, cependant, elles ressentent quand même des sensations dans leur ventre mais vont associer ces sensations à des troubles digestifs. Ainsi, les vomissements de début de grossesse seront aussi interprétés comme une mauvaise digestion d'aliments, une fatigue, une possible gastro-entérite, toute autre cause excepté une grossesse.

Selon S. Marinopoulos, le déni de grossesse est « *contagieux* » [11], c'est un état d'être psychique partagé. On est contaminé quand on vit avec quelqu'un porteur d'un virus. Il en est de même avec les maux du psychisme qui rappellent une certaine appartenance familiale et une communauté du fonctionnement. L'entourage, la famille, les amis, le conjoint sont hors de la pensée d'une grossesse et vont trouver les mêmes sens que la femme pour les signes cliniques présents. [1] Les proches sont donc eux aussi dans le déni mais les professionnels de santé, le sont également. En effet, un bon nombre de patientes ont consulté leur médecin traitant et celui-ci n'a pas fait le diagnostic de grossesse, ce qui peut induire en erreur la femme [16].

3.3. L'ADAPTATION PHYSIQUE PAR LE PSYCHIQUE

Le Pr Nisand, obstétricien, évoque le rôle de la sangle abdominale dans la variation du périmètre abdominal au cours d'une grossesse. Dans les situations classiques, celle-ci se relâche, sous contrôle du système nerveux autonome, afin de permettre à l'utérus de basculer vers l'avant. Dans les situations de déni, le tonus des muscles de la paroi abdominale est

maintenu, ne permettant pas à l'utérus de modifier sa position. L'utérus ne bascule donc pas vers l'avant et il y a un refoulement du diaphragme et des anses digestives vers le haut. [11] Plusieurs études mettent en évidence une proportion importante de présentation en siège des bébés, dans les situations de déni de grossesse (presque 19% de l'ensemble de la cohorte de l'étude de Brezinka et al.), alors qu'en population générale, des études ont estimé ce risque entre 3 et 4% [17-18]. Cette présentation aurait pour conséquence une morphologie de grossesse moins évidente. I.Nisand, a pu apporter une explication médicale à ce qui était jusque-là considéré comme un phénomène surréaliste. A l'aide d'un schéma en mouvement, il compare un bébé en train de se développer normalement dans la cavité utérine de sa mère, dans le cas d'une grossesse dite normale, et dans le cas d'un déni de grossesse. Dans la première situation l'enfant pousse sur la paroi abdominale de sa mère et fait pointer le ventre en avant, comme dit précédemment. Dans le deuxième cas, le bébé se place donc en longitudinal, à la verticale, ne modifiant quasiment pas la morphologie maternelle. Dans les deux cas de figures, l'enfant grandit et grossit, mais l'aspect extérieur du corps de la mère reste inchangé. [19, 20]. (Annexe I)

Les présentations en siège semblent d'autant plus fréquentes lorsque le déni est total. En effet, pour 45% des femmes de l'étude de Brezinka et al. ayant dénié leur grossesse jusqu'à l'accouchement, une présentation en siège de l'enfant était rapportée [18].

4. LES DIFFERENTS TYPES DE DENI

4.1. LE DENI DE GROSSESSE PARTIEL

On parle de déni de grossesse partiel lorsque la femme prend conscience de sa grossesse avant le terme de la grossesse, qui est en général, au cours du deuxième trimestre. Ce déni partiel concerne trois quarts des femmes. [21]

Fréquemment, l'annonce d'une grossesse se fait par le médecin généraliste consulté pour des symptômes courants de la vie quotidienne, ou bien dans un centre hospitalier lors d'une consultation aux urgences, après avoir réalisé des examens complémentaires tels que des prélèvements sanguins de béta-hCG, échographie, test urinaire... [22]. Suite à cette annonce, il faut donc réaliser le dossier médical de la patiente (les sérologies, des échographies..), faire le maximum, aussi rapidement que possible, pour rattraper ces mois de suivi de grossesse manqués. Bien évidemment, cela dépendra donc du terme de la découverte. C'est un véritable traumatisme au moment de l'annonce, la future mère n'a que quelques semaines, quelques jours ou quelques heures pour se préparer à cet évènement inopiné qui va bouleverser sa vie et son quotidien [13].

C'est pourquoi, nous distinguons souvent deux types de comportement suite à l'annonce du déni. Soit la femme prend peur, fuit, ne se fait pas suivre à la fin de sa grossesse et ne vient pas à ses rendez-vous médicaux. Soit la femme culpabilise et va être très rigoureuse quant au suivi de la grossesse et à ses rendez-vous. Dans les deux cas, la patiente doit être rassurée et accompagnée au maximum.

4.2. LE DENI DE GROSSESSE TOTAL

On parle de déni de grossesse total lorsque la femme ne prend conscience de sa grossesse qu'au moment de l'accouchement. Elle vient souvent aux urgences en pensant à une autre raison médicale, comme une crise d'appendicite par exemple.

Nous distinguons des comportements qui mettent à jour un contrôle massif des affects précocement, et qui viennent dans un contexte familial où l'expression émotionnelle est réduite au minimum, voire inexistante. S. Marinopoulos parle de « *pauvreté affective* » [11], puisqu'elle ne remet pas en cause l'amour que peut porter la mère à son enfant mais plutôt l'impossibilité de donner à cet amour, une expression affective repérable et décodable par les membres de la famille [1]. Selon elle, c'est le déni total qui peut inquiéter la vie de l'enfant, tandis que le déni partiel est plus mobilisé pour le protéger [23]. C'est généralement pour cette raison que le déni de grossesse total est souvent à l'origine d'infanticide, puisque le déni va jusqu'à nier l'existence du nouveau-né. Le néonaticide a lieu le plus souvent lors d'un accouchement à la maison ou sur les lieux de travail. Le père y participe rarement. Quelques femmes ont fait plusieurs néonaticides successifs [12].

5. LES POTENTIELLES CONSEQUENCES DU DENI DE GROSSESSE

5.1. CONSEQUENCES PSYCHIQUES MATERNELLES

La grossesse comprend un ensemble de processus psychologiques, émotionnels et relationnels qui sont de véritables réaménagements nécessaires à la préparation de la fonction de mère. Le déni de la grossesse court-circuite tout ce travail d'élaboration vu précédemment. Le temps psychique de la grossesse est réduit (déni partiel) et dans certains cas inexistant (déni total). On peut toutefois penser que ce travail se fait soit après la naissance, en accéléré ou sur un temps plus ou moins long, soit sous une autre forme pendant la grossesse.

5.2. CONSEQUENCES POSSIBLES SUR LE FŒTUS

De par une non connaissance de l'état gravidique de la patiente, le suivi de grossesse n'est donc pas réalisé. Toutes les consultations mensuelles de grossesse ne sont pas réalisées, donc le

dépistage et le diagnostic de certaines pathologies ne sont pas faits : la recherche de malformations fœtales, le risque de T21, la recherche de pathologie génétique si contexte il y a, le dépistage de diabète gestationnel, le dépistage d'hypertension artérielle (avec le risque de pré-éclampsie associé).

De plus, les restrictions alimentaires et comportementales ne sont pas réalisées. En effet, de l'alcool, du tabac, des drogues, des médicaments contre-indiqués pendant la grossesse, du poisson cru ou encore du fromage au lait cru, peuvent être pris au cours de la grossesse non connue, et les potentielles conséquences pour le fœtus peuvent être graves ; un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), une dépendance à certaines drogues avec un sevrage nécessaire à faire à la naissance, des pathologies virales et infectieuses etc. Même si la proportion des pathologies du nouveau-né liés à la non conscience de la grossesse reste faible, les bébés sont tout de même exposés à tous ces risques pouvant entraîner ces conséquences fœtales. [18]

5.3. L'ACCOUCHEMENT SOUS X SELON C.BONNET

C.Bonnet (1996) est une pédopsychiatre et voit une continuité entre l'accouchement sous X et le déni de grossesse. Au moment immédiat de l'accouchement, un certain nombre de femmes refuse les interactions sensorielles avec leur enfant. Elles ne veulent ni le toucher, ni le voir, ni l'entendre. Puis, elles précipitent leur sortie de la maternité afin de ne plus penser à l'enfant. Ce déni de l'enfant prolonge celui de la grossesse. Elle évoque que ces femmes expriment leur peur de ne pas parvenir à contenir leurs impulsions destructrices à l'égard de l'enfant, et de ne pas pouvoir assumer leur qualité de mère. [24] D'autre part, la décision de ces femmes peut être vue comme « *un geste d'amour* » : « *La capacité de renoncer à une filiation porteuse de maltraitance, pour protéger la vie et l'avenir d'un enfant, est un acte maternel.* » [23].

J.Berns (1982) propose un sens au déni : il aurait permis à ces femmes un détachement émotionnel (à moins que l'on puisse parler d'un non attachement) à l'enfant ensuite donné à l'adoption. [25]

5.4. LE NEONATICIDE

Il s'agit du meurtre, par sa mère ou son père, d'un enfant né depuis moins de 24 heures. Au-delà de 24h, il s'agit d'un infanticide et ce jusqu'à 1 an. Le terme néonaticide a été employé pour la première fois par Phillip Resnick en 1970. Sur une étude portant sur 168 cas d'infanticides, il dégage un profil de femmes néonaticides. Elles seraient majoritairement jeunes, non mariées, non psychotiques, ne présentant pas de pathologie psychiatrique

diagnostiquée antérieurement ou au moment des faits. Ainsi, un lien est établi entre néonaticide et déni de grossesse dans la littérature (Resnik 1970, Brozovsky 1971, Finnegan 1982, Green et Manohar 1990). Ce meurtre ne serait pas prémédité, il constituerait la seule manière, trouvée sur le moment, pour faire taire cette « *réalité hurlante et sidérante* » que représentent les cris du bébé. [23]. Le néonaticide a lieu le plus souvent lors d'un accouchement à la maison ou sur les lieux de travail. [12]

Le plus souvent, la cause du décès n'est pas claire et est décrite comme « *absence de soins à nouveau-né* », abandon, hypothermie ou plus rarement étouffement avec un tissu, strangulation, défenestration, noyade, étouffement dans un sac en plastique... [26]. Les médecins légistes qui ont étudié les corps qui leur ont été adressés, estiment cependant que la vie de l'enfant a été très courte et inférieure à 30 minutes, mais ces enfants ont respiré. La femme qui accouche seule et découvre sa grossesse à la naissance de l'enfant est dans un état de sidération totale. Elle reste souvent en déni après la naissance et est incapable de protéger l'enfant qui tombe dans les toilettes, est mis à la poubelle, ou est simplement laissé sans soins [12].

Tout infanticide ou néonaticide donne lieu à une expertise médico-légale afin de déterminer si l'enfant était né vivant et viable, et de situer les circonstances de la mort. La mère meurtrière bénéficiera systématiquement d'une expertise psychiatrique pour distinguer selon les termes de l'article 122-1 du code pénal, si elle était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aliéné ou altéré son discernement. Et c'est là que le déni de grossesse prend toute son importance. Si le déni total est reconnu, il sera considéré que ce trouble psychique ait pu entraîner l'abolition du discernement de la mère. Dans ce cas, la mère, n'ayant pas eu conscience d'accomplir un acte criminel, ne sera pas responsable pénalement de son acte et sera acquittée. Ce déni total étant cependant une pathologie rarissime, dans la plupart des cas, on considérera que la non-reconnaissance par la mère de son état de grossesse ou sa prise de conscience tardive ait pu provoquer une altération de son discernement au moment de l'accouchement. [27]

6. LA PRISE EN CHARGE

6.1. LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

La prise en charge des patientes effectuant une grossesse physiologique en suites de couches est toujours pluridisciplinaire : sages-femmes, gynécologue-obstétriciens, auxiliaires de puéricultrices, aides-soignantes, psychologues et bien d'autres encore. Au même titre que

n'importe quelle grossesse, les patientes victimes de déni de grossesse total bénéficient également d'une prise en charge pluridisciplinaire. Lors de cette prise en charge, il y a différents plans. Sur le plan médical, nous avons les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens et les aides-soignantes/auxiliaires de puéricultrice voir des puéricultrices. Sur le plan psychologique, il peut y avoir un/une psychologue, un/une psychiatre. Sur le plan social, l'assistante sociale peut être présente et enfin le plan juridique est également possible. [28]

6.2. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS LE DENI DE GROSSESSE

Lors d'une grossesse physiologique, le développement psychique se fait en différentes étapes. En effet, celui-ci se construit en fonction de chaque trimestre de la grossesse. Ce développement est donc très important pour l'acceptation de l'état de grossesse, le bon déroulement physique et psychique de la grossesse, la construction du lien mère-enfant et la préparation pour le futur accouchement [1]. Lors du déni de grossesse, qu'il soit partiel ou total, ces étapes ne se réalisent pas, et cela peut impacter énormément la vie du nouveau-né à venir, mais également celle de la mère. C'est pourquoi, la place des professionnels de santé est donc très importante, et plus particulièrement la place de sage-femme. Que ce soit lors de l'annonce du déni de grossesse (fait généralement par le médecin mais la sage-femme est présente), lors de l'accouchement, lors du post-partum immédiat ou encore lors des suites de couches, la sage-femme reste très présente aux côtés des patientes.

Le moment de l'annonce est très particulier. La soudaineté de l'annonce oblige la femme à accepter le processus maturatif de la grossesse en un temps extrêmement court. Parfois, malgré les preuves de la présence d'une grossesse, certaines femmes continuent à refuser la réalité [5].

Nous comprenons donc qu'il est nécessaire d'employer des mots adaptés, recherchés afin de déculpabiliser la femme, et de l'amener à accepter ce nouvel état. Les femmes ont besoin d'échanger sur cet évènement, de partager leurs angoisses et leurs émotions à n'importe quel moment, que ce soit au moment du lever du déni ou après l'accouchement. Il est important que la sage-femme soit présente, rassurante, de confiance et qu'elle n'apporte aucun jugement de valeur [21].

Il arrive que la femme soit dans un état de panique, de sidération, voire d'incompréhension après l'accouchement. Puis, il y a un état de culpabilité, se basant sur le mode de vie avant l'accouchement, et surtout la non-reconnaissance du fœtus. Ces patientes se sentent dans un état de « *tentative de survie* », abandonnées par leur propre corps [11]. Une prise en charge

pluridisciplinaire doit être adaptée en fonction de chacune d'elle, afin d'accompagner l'élaboration du lien mère-enfant.

La place de la sage-femme dans le déni de grossesse est donc très importante. La période des suites de couches suite à un déni de grossesse total est une période difficile pour la patiente car toute la préparation psychique de devenir mère, d'avoir un enfant, qui se fait en 9 mois, doit se faire en quelques jours. Le temps est donc énormément raccourci et cette période de suites de couches va être très importante pour l'acceptation de cette grossesse qui n'a pas été ressentie comme telle ; l'acceptation d'être mère et la construction du lien mère-enfant. Nous pouvons donc nous demander, quelle est la prise en charge physique et psychique des patientes, suite à un déni de grossesse total, en suites de couches ? Quelles sont les difficultés rencontrées par les différents professionnels de santé et plus particulièrement, par les sages-femmes ?

PARTIE 2 : METHODE ET RESULTATS

1. METHODE

1.1. PROBLEMATIQUE

Quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnels lors de la prise en charge physique et psychique des dénis de grossesses totaux après l'accouchement ?

1.2. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'accompagnement et la prise en charge après l'accouchement de la patiente réalisant un déni de grossesse total.

Les objectifs secondaires sont de :

- Décrire la prise en charge physique de la patiente réalisant un déni de grossesse : accompagner la patiente dans l'alimentation, les soins du bébé...
- Décrire la prise en charge psychique de la patiente réalisant un déni de grossesse : accompagner la patiente dans son rôle de mère, dans l'élaboration du lien mère-enfant...
- Décrire les différentes difficultés rencontrées lors de cette prise en charge
- Recenser les formations pour la prise en charge de déni de grossesse, accessibles à tous les professionnels de santé
- Elaborer un éventuel protocole de prise en charge du déni de grossesse pluridisciplinaire
- Elaborer un éventuel livret d'accompagnement pour les patientes ayant eu un déni de grossesse

1.3. HYPOTHESES

H1 : Selon les Sages-Femmes, la grossesse psychique est nécessaire pour devenir mère

H2 : Selon les Sages-Femmes, la grossesse psychique est nécessaire pour le lien-mère enfant

H3 : De par sa prise en charge, la sage-femme représente un pilier pour la patiente dans l'acceptation d'être mère

H4 : De par son accompagnement, la sage-femme représente un pilier pour la patiente dans l'acceptation d'être mère

H5 : La sage-femme ressent des difficultés dans la prise en charge d'une patiente présentant un déni de grossesse

H6 : La sage-femme ressent le besoin d'une formation concernant le déni de grossesse

H7 : Les sages-femmes souhaiteraient un protocole de prise en charge du déni de grossesse

H8 : Les sages-femmes aimeraient un livret d'accompagnement à donner aux patientes ayant eu un déni de grossesse

1.4. TYPE D'ETUDE

L'enquête est une étude qualitative par entretien semi-directif.

1.5. POPULATION D'ETUDE

1.5.1. Critère d'inclusion :

Les sages-femmes ayant déjà pris en charge au minimum une patiente victime d'un déni de grossesse total après l'accouchement.

1.5.2. Critère de non inclusion :

Sont non-incluses les sages-femmes n'ayant jamais pris en charge de déni de grossesse total.

1.5.3. Critère d'exclusion

Sont exclues les sages-femmes qui sont intervenues dans la prise en charge d'un déni de grossesse total mais ne souhaitent pas participer à l'entretien ou ne peuvent pas.

1.6. CRITERE DE JUGEMENT

Critère de jugement principal : Décrire le ressenti des sages-femmes lors de la prise en charge

Critères secondaires : Décrire les difficultés ressenties, décrire la prise en charge et décrire l'accompagnement, les formations sur le déni de grossesse, un protocole de prise en charge.

1.7. RECUEIL DE DONNEES

Les données ont été recueillies par un entretien en face à face semi-directif avec des sages-femmes sélectionnées lors de passages en maternité, sur la base du volontariat, jusqu'à

saturation des données. Grâce à un guide d'entretien préparé préalablement. Le recueil de données a été anonymisé. Le guide de recueil de données est joint en annexe II.

1.8. GESTION DES DONNEES

Pour une étude qualitative par entretien : enregistrement des données sur un dictaphone et retranscription du verbatim, dans son intégralité sur le logiciel Microsoft Word. Puis codage du verbatim.

1.9. LIEU ET PERIODE DE L'ENQUETE

L'enquête a eu lieu dans les maternités du CHR Metz-Thionville et à la maternité de l'hôpital Maillot de Briey sur la période qui s'étend d'octobre 2020 à mars 2021.

1.10. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES

C'est une étude épidémiologique, observationnelle de catégorie 3 : soit de recherche non interventionnelle. Les données ont été recueillies anonymement, avec l'attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de la retranscription et codage des entretiens. Les données seront détruites après validation par la soutenance devant un jury d'examen.

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêt.

2. RESULTATS

2.1. GENERALITES

Voici un tableau récapitulatif des 10 entretiens réalisés :

	Durée de l'entretien	Service où la SF travaillait au moment de l'entretien	Nombre de déni PEC par la SF	Ancienneté de la SF
Entretien n°1	17 minutes	SDC	1	3 ans
Entretien n°2	29 minutes	SDC	3	22 ans
Entretien n°3	16 minutes	GHR	1	2 ans
Entretien n°4	48 minutes	Consultations	3	Plus de 15 ans
Entretien n°5	47 minutes	GHR	4-5	Plus de 15 ans
Entretien n°6	12 minutes	SDC	1	Moins de 10 ans
Entretien n°7	17 minutes	SDC	1	1 an
Entretien n°8	15 minutes	SDC	1	Moins de 10 ans
Entretien n°9	56 minutes	SDC	4-5	Plus de 15 ans
Entretien n°10	17 minutes	SDC	2	Moins de 15 ans

2.2. GROSSESSE PSYCHIQUE

A propos de la grossesse psychique, les sages-femmes étaient dans l'ensemble toutes stupéfaites de ce manque de 9 mois de préparation psychique ; *« C'est fou quand même parce que avec les 9 mois de grossesse il lui manque toute une partie de l'histoire qu'elle n'a pas ! »*, *« ...avoir un enfant sans avoir eu les 9 mois de préparation de la grossesse avec tout, parce que la grossesse du point de vue psychique il se passe tellement de choses, c'est quand même une crise maturative »*, *« ...il n'y a pas eu l'enfant fantasmé il n'y a pas eu tout ça... »*, *« Et ça me rappelle que quand on a 9 mois de grossesse ce n'est pas pour rien, il y a une préparation qui se fait mentalement à avoir ce bébé, à l'accueillir et une patiente qui a quelques heures ou quelques jours il y a quelque chose de fragile... »*.

Dans l'ensemble de mes entretiens, plusieurs sages-femmes étaient assez d'accord et parfois même, plusieurs évoquaient leur propre grossesse afin d'essayer de comprendre le déni et leur faculté d'empathie, d'essayer de se mettre à la place des patientes ; *«...je me dis quand même une grossesse ça dure 9 mois, je suis maman de 2 enfants, je me souviens de mes grossesses, j'ai mis du temps à préparer l'arrivée du bébé même matériellement. »*, *« Puis, on dit qu'une grossesse c'est 9 mois, c'est un corps mais c'est un psychisme c'est à dire ta grossesse tu l'as pensé, tu te projettes, t'imagines, c'est une grande période où en fait tu es beaucoup dans ta tête. Donc j'essaie d'imaginer mais c'est inimaginable d'avoir d'un seul coup entre les mains un enfant comme ça quoi »*. De par leurs mots, les sages-femmes essayaient toutes dans l'ensemble de s'imaginer ; *« A quel moment tu te dis je ne peux pas être enceinte et je ne vais pas sentir... Je pense que c'est un moment de ta vie où t'es pas centré sur toi-même, tu ne dois pas avoir le même ressenti, tu dois être détaché de tout ça un peu finalement. »*.

Une autre SF parlait également de sa propre grossesse en évoquant l'incompréhension du non ressenti de la grossesse *« On est professionnel de santé et malgré ça, que t'as été enceinte toi-même et que tu sais ce que c'est de sentir un bébé bouger à terme tu te dis mais ce n'est pas possible quoi. »*

Dans l'ensemble de ces 10 entretiens, 8 SF ont donc parlé de l'importance de la grossesse psychique et de cette préparation psychologique de 9 mois manquée.

2.3. LA SAGE-FEMME PROFESSIONNELLE PILIER

Plusieurs SF parlaient également de la culpabilité des mères suite à leur déni. Elles exprimaient toutes le fait d'essayer de les déculpabiliser et de faire attention à nos mots prononcés ; *« Je pense qu'il faut au maximum les rassurer et les déculpabiliser. »*, *« Je pense*

que quand elles accouchent comme ça, beaucoup lui disent « mais vous n'avez pas senti ?? » on est tellement dans la surprise, tellement ébahi. Donc on lui renvoie une culpabilité ce sont nos réactions qui la culpabilisent, dans notre regard, on a un jugement. », « Le fait que ce soit compliqué à le comprendre c'est difficile d'être vraiment auprès de la personne, être juste avec elle, c'est compliqué de trouver sa place. C'est hyper compliqué d'avoir les bons mots, de lui faire comprendre ce qu'il se passe alors que toi-même tu as du mal à le comprendre », « c'est comme les patientes fragiles psychologiquement, c'est un peu le même contexte car tu espères avoir les bons mots et ne pas être maladroit dans tes paroles pour éviter de porter un jugement ou même d'augmenter une détresse potentielle. C'est surtout ça, c'est savoir mettre les pieds dans le plat sans en rajouter trop non plus. », « Je me suis dit qu'il ne fallait pas que je dise des choses qui puissent la heurter avec toutes les informations qu'elle a déjà eu, j'avais peur d'utiliser un langage qui n'était pas adapté... ».

Toutes les SF avaient quasiment le même discours ; *« je me rends compte qu'il y a toujours une part de culpabilité alors j'essaye vraiment d'être bienveillante et de toujours leur dire que ce n'est pas de leur faute. Je pense toujours, dans mon esprit, qu'elle n'a pas choisi, on ne choisit pas de faire un déni, donc à partir du moment où je suis dans cet état esprit, j'ai facilement ce discours-là. », « Je pense que c'est quelque chose, en tant que SF, qu'il faut qu'on comprenne, le déni. J'essaie vraiment d'avoir cette optique et de ne pas dire « non mais n'importe quoi comment on peut ne pas sentir » pour moi c'est dépassé ».*

Une sage-femme parlait de l'empathie et du rôle de la sage-femme : *« ...se mettre à sa place, ce qu'elle vit à ce moment-là, ne pas trop aller dans l'empathie et essayer de rester un peu en dehors. Après ce sont souvent des jeunes filles et maintenant que je suis maman, on a tendance à vouloir les bichonner un petit peu mais il faut rester à sa place quand même, ne pas être trop dans l'empathie et de rester professionnel. »*

Toujours dans la vision du rôle pilier de la SF *« ça j'ai vraiment retenu, de ne pas banaliser, « vous voyez il est beau » il y a tellement de choses derrière... » « ...donc je pense qu'on a un rôle primordial là-dedans. », « elles sont en état de sidération de ce qui sort d'elle. Il ne faut pas qu'elles soient seules quand elles accouchent, il faut qu'il y ait quelqu'un qui soit là et qui disent, comme la SF qui dit « madame vous accouchez » »,*

La plupart des SF disaient que la durée d'hospitalisation est trop courte, d'où l'importance de la prise en charge qui passe en premier lieu par la SF : *« En maternité, le laps de temps est tellement court que nous nous sommes surprises mais elles, elles ne le sont pas c'est bizarre.*

Et peut-être qu'en maternité c'est vrai que les quelques jours ne suffisent pas à aller dénouer quelque chose de leur histoire », « Bah en fait, les séjours en maternité sont assez courts on va dire, je parle après l'accouchement, pour évoquer ce qu'il se passe sur les découvertes tardives. », « Est-ce qu'on est très attentif à l'interaction mère-enfant, on est peu dans les chambres et les séjours sont courts donc qu'est ce qui se passe après. », « Finalement elle reste que 4 jours chez nous, les 4 jours sont importants mais ça reste que 4 jours et le suivi est très important. », « En fait, pour moi, ce n'est pas en 30 minutes qu'on peut déceler ça, c'est pour ça que le tissage et ce qu'on peut faire après avec un travail à posteriori, ne serait-ce que pour investir. », « Globalement, pour ce qui est de ce qu'on en voit ici, le séjour est toujours court. ».

L'ensemble des SF parlaient de la « prise en charge pluridisciplinaire » avec : « ...on avait accès facilement à la psychologue. C'est pareil pour la PMI, ce sont les sages-femmes qui appellent la PMI. », « Quand on attendait la personne qui devait venir chercher le bébé, il me semble que c'était l'assistante sociale au final, la patiente est restée avec l'auxiliaire de puéricultrice et moi-même quasiment toute la journée. On l'a eu dans nos bras. », « Alors d'emblée quand il y a un déni de grossesse, on a toujours tendance à faire passer la psychologue. Après l'assistante sociale, de temps en temps, en fonction du contexte, mais on n'a pas de personne dédiée à ça quoi. », « C'est sûr qu'il y a vraiment besoin d'un suivi et d'un accompagnement de la SF libérale à domicile, la PMI et donc d'un suivi pluridisciplinaire. », « Prévenir la cadre, psychologue, médecin de garde, assistante sociale ça c'est sûr. », « Après, je ne sais pas si c'est plutôt au niveau des SF ou des psy mais je pense en effet qu'il faut que ce soit pluridisciplinaire avec la PMI, c'est quand même un critère de vulnérabilité et oui, je pense que la prise en charge pour elle, ça a été, en tout cas je l'espère. », « Le soutien psy, pas de sortie précoce, SFL, PMI, voilà il y a quand même des choses que l'on va mettre en place très facilement. ».

2.4. LES DIFFICULTES RESENTIES PAR LES SAGES-FEMMES

Lors de ces 10 entretiens, plusieurs ressentis bien distincts ont été évoqués ; plusieurs SF disaient « Je n'ai pas la sensation de maîtriser la situation du tout, même si j'ai 22 ans d'ancienneté... », « J'ai eu l'impression de ne rien gérer ... », « j'étais subjuguée par cette situation, j'étais jeune SF depuis à peine 3 mois, étonnée et surprise », « ...j'avais beaucoup appréhendée, j'avais peur... », « Je pense qu'on n'a pas suffisamment d'armes », « C'était une situation extrêmement compliquée et déstabilisante... », « Elle n'était absolument pas

préparée, c'était compliqué de tout faire d'un coup. », « Émotionnellement, c'était très difficile. ».

Alors que d'autres SF disaient « J'ai jamais trop réfléchi, je ne me suis jamais trop posée la question et donc je n'appréhendais pas forcément. », « Ce n'était pas vraiment compliqué au niveau de mes émotions à moi », « Je suis dans une structure hospitalière et c'est pour ça que je me sens capable, moi toute seule j'ai des capacités mais ce que j'aime beaucoup dans le milieu hospitalier, c'est qu'on a des personnes ressources autour de nous », « Je me sentais capable car pour moi ce n'est pas un tabou, j'avais des connaissances à ce sujet parce que c'est quelque chose qui me passionne assez, donc je sentais que je pouvais être utile et il y a aussi parfois les moments de la vie qui font qu'on est assez proche de quelqu'un et non je n'ai pas été en difficulté. ».

Le ressenti des SF dépendait souvent et inéluctablement du ressenti de la patiente : « Je pense que le fait que la patiente prenne les choses extrêmement facilement et extrêmement sereinement, que ce soit une troisième pare et que finalement elle est eu un bel entourage, elle a accouché et tout le monde a tout amené, elle avait tout ce qu'il fallait, c'était réglé, c'était carré. Elle s'est occupée de son enfant, elle ne s'est pas posée de questions, je pense que ça a énormément facilité la prise en charge. », « J'ai beaucoup appréhendé et au final, à partir du moment où j'ai discuté avec elle et que j'ai vu que tout allait bien, ça ne m'a pas posé de difficulté. Au final, je l'ai pris en charge comme toutes les patientes qui ont accouché. ».

Quelques SF évoquaient le fait que lorsque cela fait plusieurs jours que la patiente était en maternité, il était beaucoup plus « facile » pour la prise en charge : « Après si c'est une dame qui arrive, qui descend de la salle ce n'est pas pareil. Elle était déjà là donc je pense que j'ai moins appréhendé. Elle était déjà à J3 ou J4 et je savais que ça se passait bien donc voilà. », « elle l'avait bien pris aussi et ça faisait aussi plusieurs jours qu'elle était là donc je n'appréhendais pas forcément. ».

Certaines SF étaient « choquées » surtout par l'incompréhension qui les dominait ; « ...ce qui m'impressionne toujours c'est là non connaissance des patientes de leur corps c'est vraiment ce qui m'avait marqué mais en même temps elle était très cortiquée... », « Tu as toujours une espèce de vieux doute de te dire c'est pas possible qu'elle n'ait pas senti. », « C'est cette scission psychologique qu'on n'arrive pas à comprendre puisque c'est quelque chose de tellement abstrait que tant que tu l'as pas vécu, tu ne comprends pas. », « Je trouve que le déni est quelque chose de très complexe déjà à comprendre et à partir du moment où on a du

mal à le comprendre, enfin pour moi ce n'est pas concret en fait, on se dit mais comment ça se fait qu'on ne peut pas ressentir un bébé pendant 9 mois alors qu'on voit très bien qu'il donne des coups etc. », « Après quand on voit les reportages ou les documentaires sur le sujet, avec des schémas, avec la rétroversion de l'utérus, t'as du mal à croire que le psychisme puisse induire quelque chose d'anatomique et de physiologique sur la grossesse. »

Quelques SF pour qui leur expérience s'était bien déroulée étaient surprises de la vitesse de cheminement à la naissance : *« Au final ça a très bien fini pour cette première patiente et c'est fou comme le cheminement va vite dans leur tête après. », « J'ai l'impression que quelque part dans la tête tout est prêt pour assimiler autant de truc sans hésiter, je me dis quand même ... parce que les bébés ils ont même leur doudou dans le berceau, leur gigoteuse comme si de rien n'était. », « ce qui m'a justement marqué c'est qu'elle prenait les choses étonnement simplement et bien, « bon bah voilà elle a un enfant et c'est comme ça » et presque trop facilement par rapport au contexte où on peut s'attendre à un état de choc ou de sidération, ce n'était pas du tout le cas avec cette patiente. », « La difficulté que j'ai c'est que moi cette situation me paraît anormale. Elle me paraît anormale alors que j'ai l'impression que la patiente, elle, vit normalement sa vie de mère. Du coup, j'ai l'impression, après c'est mon ressenti, que je lui propose des choses qui n'ont pu lieu d'être, par rapport à son bébé et au vu du fait qu'elle est déjà mère », « Ce qui me marque toujours, c'est la préparation ultra rapide où les patientes vont investir cette grossesse très rapidement. », « Moi je la vois 2 jours après en maternité dans sa chambre et puis, si ça n'avait pas été noté sur le dossier, je n'aurais pas su que c'était un déni de grossesse. Et c'est souvent le cas avec les dénis de grossesse, j'ai l'impression que tout se fait très très vite après la naissance au niveau du cheminement dans leur tête. », « Moi j'étais époustouflée, enfin quand même elle est toute jeune elle est étudiante, je pense qu'elle avait presque mon âge à l'époque, je me voyais pas dire à mes copines « oh bah qu'est-ce que t'as fait ce WE ? Oh bah au fait j'ai accouché ça y est j'ai un bébé » enfin c'est fou quoi. Elle n'était pas aussi surprise que moi. Mais ça c'est le propre du déni, il y a quand même une partie qui se vit très bien. ».*

Les SF essayaient de trouver une raison à cette rapidité de cheminement et pensaient qu'on pouvait se laisser « berner » : *« la patiente m'a dit « il n'y a pas de soucis c'est bon tout est prêt chez moi je pourrais l'accueillir j'ai tout ce qu'il faut », elles essayent de se justifier quelque part, pas de la justification mais de se dire qu'elles ont honte, qu'elles se sentent*

coupables et j'ai l'impression que nous, personnel, elles veulent montrer à quel point elle peuvent être une bonne mère donc ça passe par la préparation de tout le matériel etc. », « du coup, on peut peut-être se laisser berner par la normalité de la situation vu que quand on va dans la chambre, on retrouve des dames avec le bébé dans les bras et tout à l'air d'aller bien et nous aussi rentrer dans une forme de déni et de se dire que tout va bien. », « Comment les femmes elles arrivent à berner tout le monde, j'ai l'impression que tout le monde peut rentrer dans le déni, enfin même les médecins. », « Je pense que ce ne sont pas des situations à banaliser et qu'il faut aller au-delà des apparences d'une dame qui a l'air toute contente avec son bébé et qu'on peut passer à côté de tellement de choses si on n'est pas à l'écoute et si on n'aborde pas le sujet pour certaines. », « J'en ai eu quelques-unes en peu de temps et ça m'a assez marqué le fait qu'elle te dise « oui mais c'est bon je l'ai appris il y a 15 jours ou quelques jours à peine et ça y est j'ai toutes les affaires comme si tout à coup il fallait qu'elles investissent cette grossesse là en 10 jours et qu'il fallait qu'elles aient fait le travail en 10 jours alors qu'on le fait normalement en 8-9 mois ». Et je trouve que c'est presque du surinvestissement d'un coup, quand elles n'accouchent pas dans les 3 secondes d'après. ».

Plusieurs SF étaient « frustrées » de ne pas pouvoir connaître la suite et que le suivi post-partum n'était peut-être pas assez complet ; *« On crée des liens en fait, mais je suis assez frustrée parce que je ne connais pas la suite, on est importantes un moment, et après peut être que les difficultés qui ne sont pas verbalisées immédiatement, peuvent l'être bien plus tard dans une relation qui a du mal à s'installer avec son enfant, dans la culpabilité qui est là, qui va peut-être grandir, tout ça ce sont des choses qui me manquent un peu derrière. », « En fait, oui ça pourrait être intéressant de savoir ce qu'elles deviennent par la suite. Parce que peut-être que parfois, ça ne se passe vraiment pas bien et qu'il faut insister sur l'orientation après la sortie de la maternité. Parce que quelques fois, elles proposent des choses aux patientes qu'elles refusent et c'est vrai qu'on ne mesure peut-être pas à quel point ça peut faire basculer vers de la pathologie au niveau de la relation mère-enfant. », « Il faut quand même mesurer ce qu'il peut se passer après et ça peut être intéressant d'attirer notre attention là-dessus. ».*

2.5. LES BESOINS EXPRIMÉS PAR LES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes ressentaient toutes l'envie d'en savoir davantage sur ce sujet notamment par l'intermédiaire d'une formation ou conférence : *« Dans toute la psychologie et la psychiatrie on a des cours, mais moi je trouve qu'on ne parle pas assez de sujets qui jouent*

vraiment parce qu'un déni de grossesse c'est de la vraie psychologie psychiatrie », « Je pense qu'on mériterait toutes d'aller en formation, d'avoir une petite formation même si on a lu des trucs sur le sujet, des films etc. Ou pourquoi pas une réunion/débat sur ce sujet ? », « En formation, lors de notre cursus, on a quelques cours sur la schizophrénie par exemple, que l'on ne rencontre pas forcément mais pas de cours sur le sujet du déni de grossesse. On l'aborde un peu sur le tas et il faut savoir le gérer quoi. Il faut qu'on puisse comprendre, le gros du truc on le connaît mais c'est tellement complexe, il y a tellement de choses derrière un déni... », « Et peut-être qu'on n'est pas assez sensibilisées après, grâce à mon DU de psycho-périnat, j'ai pu acquérir des points de vigilance que je n'aurais pas eu, par rapport à d'autres. », « Et forcément, si les interlocuteurs sont un peu sensibilisés sur le sujet, je pense qu'on effectue une meilleure PEC, il faut que ce thème-là soit abordé dans les études quelles qu'elles soient. En fait, je trouve que si l'on n'a pas assez de connaissances sur ce sujet, on n'imagine pas l'ampleur des dégâts. », « Avoir quelques outils ça pourrait être intéressant et puis même, avoir une meilleure connaissance du psychisme et de l'état dans lequel on peut être, de toute l'influence que ça peut avoir. », « Peut-être en parler un peu plus dans des petites formations ou en discuter plus entre nous. Au final, tant que ce n'est pas quelque chose qui arrive c'est comme pour les accouchements sous X tant que ça n'arrive pas, on ne se pose pas trop la question en fait. », « Ça pourrait être pas mal d'avoir des informations sur le cheminement psychologique. ».

Concernant la proposition d'un protocole de prise en charge ou une fiche récapitulative les avis étaient divers. Certaines SF étaient pour : *« C'est vrai qu'en salle, il n'y en a pas et c'est vrai que ça pourrait être une bonne idée d'avoir une fiche récapitulative avec les numéros à prévenir, PMI, etc. Cela dépend du secteur mais ça pourrait être pas mal. », « Je pense que tu es un peu perdu face à ça et oui ça serait très bien. Au moins ça permet d'avoir une trame et de ne pas perdre pied dans une situation qui est compliquée. », « Sur le deuil périnatal, c'est vrai qu'on a une check-list, du coup c'est vrai que ça pourrait être intéressant. Parce que c'est quand même assez fréquent », « Je pense qu'un petit protocole au minimum avec les points clés, ça serait bien d'avoir une petite fiche récapitulative pour ne pas oublier quelque chose. », « C'est vrai qu'on en n'a pas souvent et qu'il faut à chaque fois se rafraichir la mémoire sur qu'est ce qu'on fait et si on a déjà une check list qui peut nous dégrossir la situation et qui permettrait surtout qu'on harmonise nos pratiques et que chacun n'y mette pas sa petite cuisine et sa petite expérience ça pourrait être pas mal. ».*

D'autres SF étaient moins intéressées : « *Prévenir la cadre, psychologue, médecin de garde, assistante sociale ça c'est sûr mais bof je sais pas trop si ça serait vraiment utile.* », « *Pour nous un déni de grossesse c'est évident qu'on va appeler l'assistante sociale, c'est évident qu'on va appeler la psychologue, et finalement je ne suis pas certaine qu'un protocole servirait.* », « *Sur tout ce qu'on a à faire pourquoi pas, Enfin je sais pas trop...* », « *Oui ça peut être bien mais tu sais ce qu'on aime bien sur la fiche récap c'est qu'on met que du technique. C'est que du technique. On ne va jamais dire : avez-vous appelé la psychologue ? Et j'ai peur que s'il y a une petite feuille on la perde ? Parce que le déni il n'y a pas finalement de technique.* ».

Cependant, les avis concernant la proposition d'un livret/dépliant pour les patientes étaient similaires : « *Je pense que ça peut être très bien mais il ne faut pas que ce soit hyper culpabilisant parce que déjà qu'elles sont culpabilisées au taquet.* », « *Et peut-être mettre un lien qu'elles comprennent, qu'elles ne sont pas toutes seules, ce n'est pas la première à laquelle ça arrive, c'est peut être déculpabilisant, c'est une situation qui a déjà été étudiée au préalable. D'autres patientes l'on vécu, quelque chose pour relâcher un peu la pression, pour ne pas qu'elles se sentent montrées du doigt.* », « *Alors oui car c'est vraiment une situation psychologique particulière, donc plus on peut avoir de données, mieux ce sera pour l'évolution de la situation. Je pense que dans l'immédiat, pour la prise en charge, le protocole est bien et puis à long terme, mettre quelque chose en place pour la patiente dans tous les cas.* », « *En effet, il faut surtout faire quelque chose pour les patientes, pour qu'elles ne culpabilisent pas, c'est déjà une situation très complexe, un livret serait vraiment génial.* », « *Ça serait super pour les patientes.* ».

PARTIE 3 : ANALYSE ET DISCUSSION DE L'ENQUETE

1. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

1.1. LES LIMITES DE L'ETUDES

Seulement 10 entretiens ont été réalisés dans 2 structures hospitalières de la même Région ; avec plus d'entretiens et dans des endroits plus diversifiés géographiquement, les résultats auraient sûrement pu être plus complémentaires.

Une des plus grosses limites de l'étude est le fait que tous les entretiens ont été réalisés en maternité. En effet, les SF interrogées travaillent en suites de couches surtout ou en salle de naissance et aux urgences-gynécologiques obstétriques, ce qui aboutit au fait que la plupart des patientes souhaitent garder leur bébé. Les suites de couches se passent souvent bien et la

prise en charge est donc souvent plus « facile » lorsque la patiente accepte de garder le nouveau-né et que la nouvelle est bien prise. Lorsque le déni de grossesse se finit en infanticide ou en abandon (sans soin), les patientes ne viennent pas à la maternité que ce soit pour accoucher ou pour le suivi post-partum. Ces prises en charges seraient beaucoup plus difficiles mais ce type de cas ne sera pas traité, vu le contexte et le lieu, dans lequel les entretiens ont été réalisés. Ceci est donc biaisé.

1.2. LES FORCES DE L'ETUDE

Une des forces de l'étude est que certaines SF ont des connaissances approfondies sur le sujet du déni de grossesse, et d'autres de grandes motivations quant à la prise en charge de ces patientes, notamment psychique. Ce qui aboutit au fait que les ressentis des SF sont très bien explicités, réfléchis et nous laissent beaucoup d'objets de discussion quant à ce sujet.

Les SF ont donc des niveaux de connaissances et de motivations diverses quant au sujet du déni de grossesse. De par cette différence, les difficultés de prise en charge et les ressentis ne sont pas les mêmes et sont donc complémentaires.

De plus, les SF interrogées proviennent de différents services (salle de naissance, suites de couches, UGO, consultations, grossesses à risques), et possèdent toutes également des niveaux d'ancienneté différents (de 1 an à 25ans), ce qui donne des résultats très diversifiés et assez représentatifs. En effet, que ce soit au niveau des avis personnels, concernant le déni de grossesse, que des besoins exprimés par les SF et leurs ressentis, ils sont donc tous très différents et ces résultats permettent d'être explorés de façon intéressante.

2. GROSSESSE PSYCHIQUE

Toutes les SF interrogées sont toutes interloquées par le manque des 9 mois de grossesse. Dans l'ensemble, toutes les SF savent que la grossesse dure 9 mois physiquement, mais psychiquement également. Durant ces 9 mois, la future mère vit une « grossesse psychique », imaginant qui sera son enfant, et quelle relation elle aura avec lui. Elle lui aménage un espace psychique de gestation, qui participera à la construction de la personnalité future du bébé [29]. Les SF sont conscientes que cette préparation psychique, si elle ne se fait pas, peut entraîner des conséquences sur la mère, sur le lien mère-enfant ou sur l'enfant lui-même. Par ailleurs, les SF ayant déjà eu une grossesse et des enfants, se réfèrent à leur propre grossesse afin d'essayer de comprendre et de s'identifier à la patiente. C'est justement par ce processus-là que l'incompréhension les domine. En effet, il est de la nature humaine de vouloir se

comparer à quelque chose de connu personnellement pour comprendre. Selon René Zazzo, elles « *traduisent ici le sentiment que la comparaison est assimilation, qu'elle n'est donc recevable que si l'assimilation ne risque pas de troubler l'ordre et la nature des choses. Et c'est sans doute une des raisons pour lesquelles on s'inquiète de ce qu'elle pourrait avoir de louche. Comparer n'est-ce point toujours courir le risque d'assimiler ce qui ne peut, ce qui ne doit pas l'être, de réduire, de nier au moins l'un des termes, quelque chose d'essentiel ?* » [30].

De plus, la prise en charge de ces patientes est très importante de par la possibilité de récurrence de déni de grossesse chez les patientes ayant déjà eu un déni. Les SF le disent : « *Mais le déni souvent quand elles en ont fait un, il faut être plus vigilante. Je sais que ça peut se reproduire beaucoup plus facilement.* », « *J'avais retenu que tu n'étais pas à l'abri de faire un deuxième déni de grossesse, que c'était presque un facteur de risque psychique, un traumatisme de ton corps qui ne reconnaît pas que tu es enceinte. Finalement, c'est logique que si on en fait un, on peut très bien en faire un deuxième ou un troisième.* ». Selon Sophie Marinopoulos et Israël Nisand, il faut comprendre que si la femme présente un déni de grossesse total et qu'elle accouche seule, « *qu'elle annule la réalité de la naissance en faisant disparaître l'enfant réel et qu'ensuite elle reprend sa vie à l'identique sans que personne l'interpelle, les choses se reproduiront, elles se répéteront. La répétition appartient au psychisme, elle vient démontrer que rien n'a changé dans l'appréhension traumatique d'un événement. Quelqu'un symptomatise quand il ne peut pas remettre en question son fonctionnement psychique, quand il ne peut affronter sa propre dysharmonie. La répétition résulte de l'utilisation d'un même mode de défense* » [11].

Il faut savoir que le déni, cette absence de représentation de l'enfant au cours de la grossesse est un *signe, un indice sur l'état psychique de la femme*. Quand une femme se présente aux UGO après cinq ou neuf mois de grossesse passés sous silence, il est *évident que nous sommes face à un symptôme, donc un élément diagnostique qui nous signale que quelque chose ne va pas* [11]. Cet indice sur l'état psychique de la femme est souvent ou presque tout le temps dû à un traumatisme psychique antérieur. Certaines SF interrogées n'avaient pas cette notion de traumatisme psychique antérieur, mais d'autres parlaient d'un passé incestueux, de violences sexuelles, physiques ou verbales. Une SF rétorquait « *Il y a toujours quelque chose derrière...* ».

Une autre SF apportait une précision sur la prise en charge psychique d'une patiente « *Elle n'était pas apte à entendre qu'il y avait quelque chose, une souffrance, un traumatisme quelque part. Le psychologue sur place disait que ce n'est pas à la personne en face de te trouver quelque chose, peut-être qu'on ne trouvera rien, mais c'est quelque chose qui doit émaner de toi, et que ça ne sortira jamais.* ». Souvent, les patientes font un déni de leur propre traumatisme psychique antérieur, c'est toujours un mécanisme de défense cérébral pour l'hôte.

3. LA SAGE-FEMME PROFESSIONNELLE PILIER

Lors des entretiens, les SF évoquent toutes le fait que la patiente victime de déni de grossesse total, présente de la culpabilité : de ne pas avoir ressenti, de ne pas avoir fait attention à leur hygiène de vie, de ne pas avoir écouté leur corps, de ne pas avoir préparé l'arrivée de cet enfant. Beaucoup de culpabilités qui hantent déjà ces patientes. Les SF ont donc « *peur* » de ne pas utiliser les bons mots, de ne pas avoir les bonnes réactions et donc, de les faire culpabiliser davantage. Le rôle de la SF est primordial par le fait que c'est elle qui accueille la patiente aux UGO, et qui prend en charge la patiente en salle de naissance. C'est également elle qui s'occupe de la patiente et de son bébé en post-partum immédiat, ainsi qu'à son retour à la maison. C'est de son accompagnement au fil de ces services, qu'elle va se souvenir, et il est donc très important que cet accompagnement soit optimal.

Des SF disaient « *Il y a quand même pas mal de personnes ou de professionnels qui se disent « ce n'est pas possible qu'elle ne se soit rendu compte de rien » il y a encore quand même beaucoup je pense d'incrédibilité. Ils disent « ne me dit pas que son mari ne l'a pas vu » », « Parce que souvent c'est dommage on a toujours une idée péjorative sur ces dénis, on a toujours l'impression que ce sont des nanas paumées, alors que je pense qu'on a des vrais dénis qui doivent arriver chez n'importe qui.* ». Autour de ce déni, beaucoup de professionnels de santé ont donc une image négative et jugeante. Beaucoup pensent que le déni n'existe pas et que la patiente le savait. Il est important d'éviter tous ces jugements de valeur car ils peuvent entraver une prise en charge bienveillante. La SF est en première ligne quant à cette prise en charge, et s'il y a de l'incrédibilité face à cette patiente, la culpabilité de celle-ci ne cessera d'augmenter davantage.

La notion d'empathie dans la relation soignant-soigné est donc également très présente dans cette situation, et a également été évoquée au cours des entretiens. L'important dans cette relation délicate et complexe qu'est la relation d'aide, est de conserver un juste équilibre entre la distance froide et indifférente de la protection de ses propres émotions, et une implication

émotive trop grande et mal gérée dans la situation de la patiente [31]. Il est primordial pour la patiente, de ne pas mettre en travers de la relation soignant-soigné des croyances, des doutes quant à son histoire ; la confiance doit être présente. A l'inverse, il faut éviter de trop nous engager dans la situation de la patiente, afin de ne pas nous laisser emporter dans sa souffrance. Un trop grand investissement personnel risque de rendre la SF (ou autres professionnels de santé) momentanément moins performante, et de donner prise à un mal-être qui deviendrait à la longue dommageable sur le plan émotionnel. De ce mal être imprudemment géré, pourrait en découler une fatigue physique et émotive, qui peut toujours occulter le spectre de l'épuisement professionnel [31]. Pour éviter cela, avoir des connaissances sur le sujet permettra d'acquérir des capacités de mettre à distance son vécu personnel, et permettra ainsi, d'avoir une relation d'empathie adaptée.

La durée d'hospitalisation en maternité qui serait trop courte a été évoquée à de nombreuses reprises. Selon l'HAS, la durée de séjour standard a été définie comme une durée d'hospitalisation de 72 à 96 heures après un accouchement par voie basse, ou de 96 à 120 heures après un accouchement par césarienne [32]. La sortie précoce, définie comme toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse, et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne, n'est pas recommandé lors des dénis de grossesse car dans les critères maternels à bas risque, il faut une absence de situation de vulnérabilité psychique et sociale [32]. Ce n'est pas le cas puisque nos patientes victimes de déni de grossesse sont vulnérables psychologiquement. Même si la sortie précoce est refusée, 3 à 5 jours (si césarienne) ne suffisent pas à la prise en charge psychique d'une patiente. Ce n'est souvent que plusieurs jours ou plusieurs mois plus tard qu'une décompensation psychique peut avoir lieu. En effet, selon le CNGOF, dans les troubles psychiques du post-partum se trouvent le baby blues, qui se termine au 7^{ème} jour après l'accouchement, la dépression du post-partum qui débute avant 6 semaines après l'accouchement, et la psychose puerpérale qui survient plus tardivement, 1 à 2 mois après la naissance de son enfant [33]. Le rôle de la SF dans les premiers jours après l'accouchement en maternité est très important car une patiente victime d'un déni de grossesse est vulnérable psychologiquement, et il est donc primordiale que la SF, en première ligne, sache dépister cette vulnérabilité et puisse mettre en place une prise en charge multidisciplinaire sur le long terme, même après le retour à domicile.

Cette prise en charge multidisciplinaire est donc bien présente dans les maternités où les entretiens ont été réalisés. Les SF m'expliquent que les différents professionnels de santé qui

interviennent en pratique dans la prise en charge sont : la Sage-Femme, le/la gynécologue-obstétriciens, le/la psychologue, l'auxiliaire puéricultrice, l'infirmière puéricultrice, le pédiatre, l'aide-soignante, quelques fois même l'assistante sociale, la PMI en cas de contexte social particulier et/ou selon des critères de vulnérabilité.

Le CNGOF évoque l'importance de cette prise en charge pluridisciplinaire, notamment lors des troubles psychiques de la grossesse et du post-partum [33]. On peut avoir recours à plusieurs systèmes de prise en charge notamment une hospitalisation dans des unités mère-bébé. A l'HFME de Mercy, cette unité s'appelle l'unité Kangourou. Au cours des entretiens, les SF évoquent le fait que fréquemment, les nouveau-nés et leur maman résident en unité kangourou : *« Elle et son bébé étaient en unité kangourou parce qu'il faisait genre 2 kilos un truc comme ça, c'était un petit bébé », « Cette patiente là en particulier est partie tout de suite en kangourou. », « On dit souvent qu'il faut faire un suivi rapproché mère-enfant dès la maternité, et de ne surtout pas séparer les parents, donc le kangourou c'est l'idéal. », « Je repars chez une autre dame juste après qui a accouché et qui s'est rendu compte de rien qui a poussé et qui est né dans les toilettes, cette patiente là et le bébé étaient en service kangourou car le bébé était tombé dans les toilettes sur la tête, donc il fallait le surveiller. », « Et c'est sa mère qui a retrouvé le bébé dans les toilettes et on m'a dit que le bébé y est resté longtemps, du coup il était en néonatalogie, il s'était retrouvé en réanimation et avait besoin de beaucoup de soins. ».*

4. LES DIFFICULTES RESSENTIES PAR LES SAGES-FEMMES

Les difficultés ressenties sont donc à l'opposé les unes des autres. Certaines SF n'en ressentent pas et se sentent utiles, quant à cette prise en charge, d'autres se sentent démunies et ont l'impression de ne pas gérer la situation : une situation complexe. Le déni de grossesse bouscule les connaissances, les situations quotidiennes, les habitudes des SF quant à la prise en charge d'un couple et de leur nouveau-né tant désiré. Ces difficultés ressenties sont dépendantes bien évidemment des connaissances de la SF, de son intérêt envers le psychisme maternel, de son expérience. En effet, on trouve fréquemment dans les récits des SF, surtout pour les jeunes diplômées dans l'ensemble, que la prise en charge a été beaucoup plus compliquée dans leur cas, et qu'elles n'avaient pas la sensation d'avoir suffisamment d'armes. Tandis que, la majorité des SF avec de l'expérience n'éprouvaient pas ce genre de difficultés, et au contraire souhaitaient être présentes et utiles, même si cela n'est pas vrai dans tous les cas. Cette différence de difficultés s'explique-t-elle par la peur de l'inconnu ? *« La peur*

d'introduire un élément de désordre dans un quotidien que l'on a toujours du mal à stabiliser. La peur d'avoir à modifier son comportement dans une configuration nouvelle de proximité. La peur d'ajouter de l'incertitude dans un environnement déjà perçu comme chahuté. » [34]

La plupart des SF qui ressentent des difficultés sont nombreuses à être « *choquées par l'incompréhension qui les domine* » : ce qui rejoint cette peur de l'inconnu. Cette phrase, autrement dite, veut également dire qu'une fois ce sujet compris, certaines difficultés ressenties ne seront plus présentes.

Cette différence de difficultés peut également s'expliquer par le vécu personnel propre à chaque professionnel. En effet, qu'est-ce que le déni de grossesse peut renvoyer personnellement ? L'angoisse de séparation ? L'abandon ? Le rejet ?

Cependant, la notion de difficulté est très subjective en fonction des cas. Lorsque la patiente dit ne pas ressentir de difficultés et que tout semble bien se dérouler, la prise en charge est donc forcément plus « *facile* » car la patiente ne donne pas l'impression de ressentir le besoin d'aide d'un tiers. A l'inverse, si la patiente n'arrive pas à accepter cette grossesse, cet accouchement ni ce nouveau-né, il est évident que la prise en charge sera bien plus complexe. Cependant, peut-on réellement se fier au ressenti même de la patiente ? Il ne faut pas négliger certains comportements et ne pas se laisser « *berner* » par cette acceptation si rapide par la patiente de cet enfant.

La plupart des SF, surprises, expliquaient que, très souvent, les patientes n'acceptaient pas la venue d'une psychologue ; peut-être cette demande était-elle trop prématurée ? La patiente faisait-elle un déni ou une dénégation d'un propre traumatisme psychique antérieur, et ainsi ne souhaitait pas être aidée ? Ce « *surinvestissement presque exacerbé* » ne doit-il pas nous mettre la puce à l'oreille ?

Comme dans le livre de S. Marinopoulos et I. Nisand, où est relaté le cas de Sabine, une patiente ayant fait un néonaticide et qui, après investigation, a subi un déni de grossesse partiel lors de sa précédente grossesse, et qui n'a pas suscité plus d'inquiétude qu'une autre patiente, du fait de son acceptabilité rapide et heureuse de cette grossesse. Que ce soit Sabine, inconnue du grand public, où aussi Mme Courjault qui a fait les gros titres des médias, toutes ces mères néonaticides présentent des antécédents de déni ou de dénégation dans leur parcours obstétrical. « *Déni ou dénégations qui, à aucun moment, n'ont été analysés ou même pris en compte comme un symptôme de mal-être. A ce titre-là, nous considérons que nous*

sommes tous à des niveaux divers inconsciemment responsables de ces drames solitaires » [11].

Plusieurs SF évoquent la frustration de la courte durée du séjour en suites de couches. Il est, en effet, difficile de déceler un mal-être psychique en très peu de temps comme vu précédemment. C'est pourquoi, peu importe l'acceptation ou non de la grossesse de cet enfant, il ne faut pas « *banaliser* » [11], mais plutôt organiser un suivi régulier et plus soutenu à la sortie de la maternité. En effet, pour ces patientes victimes de déni, il faut se tenir à l'affût d'une ouverture psychique afin de pouvoir les aider dès que possible, et éviter ainsi un retentissement futur.

5. LES BESOINS EXPRIMES PAR LES SAGES-FEMMES

Plusieurs SF étaient frustrées de ne pas pouvoir connaître le passé (pour les dénis partiels) et le futur de ces patientes victimes de déni. Pour les patientes vulnérables socialement, connues de l'assistante sociale, toutes les transmissions de leurs histoires ont été réalisées et tracées dans le dossier de la patiente, que ce soit avant, pendant, ou après l'accouchement. Plusieurs SF évoquent le fait qu'elles auraient aimé avoir des informations plus détaillées concernant l'histoire de la patiente victime de déni de grossesse. Il est vrai que, même si l'acceptation de cette grossesse se fait rapidement et avec joie, cette patiente reste très vulnérable et fragile psychiquement. Il faut donc que sa prise en charge soit la plus complète possible, et que sa vulnérabilité soit prise en compte de manière systématique, que la nouvelle soit bien acceptée ou non. Des réunions de concertation pluridisciplinaire périnatalité et parentalité (RC3P) sont souvent réalisées pour les patientes victimes de violences, avec des enfants placés en foyer ou avec un passé psychique compliqué par exemple, mais pas pour les patientes victimes de dénis de grossesse partiels ou antécédent de dénis de grossesse. Les réseaux de santé en périnatalité ont un rôle prépondérant dans l'amélioration des prises en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, tout particulièrement celles et ceux qui sont en situation de vulnérabilité. Les réseaux assurent la coordination la plus opérante possible afin de permettre un travail en réseau efficient. Ils se positionnent en ce sens comme facilitateur auprès des professionnels [35].

Concernant la proposition d'une conférence ou d'une formation au cours des entretiens, toutes les SF parlent de leur besoin d'être informées. Elles parlent de « *l'incompréhension qui les domine* » et de par cette incompréhension, leur prise en charge n'est peut-être, pas assez complète. Dans certains mémoires sur le même sujet en 2010, l'auteur rapportait déjà que la

majorité des sages-femmes interrogées avait exprimé du désarroi, de l'embarras face à ces femmes. Le déni de grossesse remet en question beaucoup de leurs croyances sur la maternité, et plusieurs expriment de l'incompréhension face aux cas rencontrés. Certaines d'entre elles mettaient déjà cela en lien avec un manque de formations. Il est effectivement supposable que les soignants sont généralement maladroits lorsqu'ils ne disposent d'aucune connaissance sur une situation [9]. Malgré le manque de formations sur ce sujet, aucune mesure n'a été mise en place dans ce sens, pour palier à ce manque depuis plusieurs années.

Une SF interrogée ayant réalisée un Diplôme Universitaire en psycho-périnatalité explique : *« Grâce à mon DU de psycho-périnat, j'ai pu acquérir des points de vigilance que je n'aurai pas eu par rapport à d'autres. Et surtout de ne pas rester qu'avec des SF, d'avoir une autre vision, ça m'a ouvert sur tout ce qui est psychologie et psychiatrie. Une fois qu'on a toutes ces connaissances-là, en consultation, sur le psychisme qu'on a jamais fini d'acquérir quand je vois je me dis « là je comprends » et ça permet de désamorcer plein de choses. »*. Une autre dit *« J'avais des connaissances à ce sujet parce que c'est quelque chose qui me passionne assez, donc je sentais que je pouvais être utile. »*. De par leur expérience, avec des connaissances sur le sujet, nous voyons que leur façon d'aborder le sujet est beaucoup plus sereine, et peut-être plus efficace lors du dépistage de vulnérabilité psychique, ainsi que de l'orientation de la prise en charge vers d'autres professionnels de santé.

Par le manque de connaissances, nous avons vu précédemment que certains professionnels ont encore une image négative et jugeante concernant l'incrédibilité de l'histoire des patientes. En effet, certains de ces professionnels ne font pas la différence entre un réel déni de grossesse et une grossesse cachée. Bien que la future mère subisse une réelle détresse lorsqu'elle décide de dissimuler son état lors d'une grossesse cachée, cette dernière refuse consciemment cette grossesse et se met très souvent en danger en espérant la fausse couche. Les facteurs liés à cette manifestation révèlent très souvent que la femme vit dans un contexte familial ou social truffé d'interdits, ce qui la condamne à une solitude désespérée [13].

Cette incompréhension et ce manque de véritable connaissance peut s'expliquer également par le buzz médiatique. En effet, le déni de grossesse est très médiatisé, une SF dit *« Le déni de grossesse on en entend beaucoup parler dans les infanticides et les procès à scandales médiatisés des femmes qui tuent leur enfant. Après il y a quand même des émissions, des magazines où on va parler du déni de grossesse mais peut-être qu'il y a des choses qui ne sont pas bien exprimées sur les grands médias avec des titres choquants alors que c'est bien plus profond que ça. »*. Les médias ont permis d'informer l'opinion publique quant à

l'existence de ce phénomène, mais bien souvent en l'illustrant malheureusement par des situations extrêmes ou caricaturales [36]. Il faut donc palier à ce buzz médiatique en le substituant par des formations, des conférences, ou des sources d'informations fiables et sécurisées, réalisées par des professionnels de santé parfaitement informés sur ce sujet.

Concernant la proposition d'un protocole de prise en charge ou d'une fiche récapitulative sur les points clés à ne pas oublier, les avis sont très divergents. Il est vrai qu'aucun document de ce type n'existe à l'heure actuelle pour les professionnels de santé, et que les SF jeunes diplômées auraient souhaitées disposer d'une liste pour savoir qui contacter et quand, et avoir à leur disposition quelques outils pour les aider dans leur prise en charge. Cependant, beaucoup de SF font remarquer que cette prise en charge est « *logique* », et qu'une fiche récapitulative ne serait pas le plus utile. Il est également vrai que les Check-lists déjà existantes (sur la MFIU par exemple), font l'objet de points plutôt techniques, pratique-pratiques.

Si la proposition d'un protocole n'a pas fait l'unanimité, la proposition d'un livret ou d'un dépliant pour les patientes s'avère plus utile. En effet, pour les MFIU, des livrets et des dépliants sont déjà disponibles pour les patientes, aussi bien pour l'accompagnement psychologique, que pour la déculpabilisation, et pour leur montrer qu'elles ne sont pas seules dans cette situation. Ces patientes sont vulnérables car c'est un événement physiquement ou psychiquement très difficile, au même titre que les patientes victimes de déni de grossesse. Très peu d'actions sont mises en place pour accompagner le déni de grossesse, encore mal connu, même si des progrès ont été fait ces dernières années. Une association a été créé en 2009 : l'Association Française de Reconnaissance du Déni de Grossesse à Toulouse, sous la direction du docteur Felix Navarro, médecin de santé publique [37]. Des textes, des témoignages, des forums étaient disponibles sur le site de cette association. Malheureusement, après le décès en 2017 du Dr Navarro, plus aucune information sur le déni de grossesse n'est disponible sur le site de l'AFRDG. Il est encore actif, mais présente seulement des informations en anglais sur les maux de la grossesse, les astuces de nutrition, les sports et d'autres activités possibles pendant la grossesse : et n'est donc plus du tout approprié au déni [38]. Pour les SF, un livret ou un dépliant déculpabilisant, informatif et accompagnant pour les patientes, serait donc idéal.

CONCLUSION

En 2021, une relative méconnaissance des mécanismes psychopathologiques du déni de grossesse perdure, malgré une amélioration ces dernières années. Cependant, ce symptôme doit être reconnu. Etant donné sa prévalence et les risques physiques et psychologiques encourus, il correspond à un réel enjeu de santé publique. La prise en charge des patientes victimes de déni de grossesse reste difficile, et doit être pluridisciplinaire afin qu'elle soit optimale. Chaque réaction est propre à chaque patiente, et ne doit jamais être banalisée car la patiente est avant tout vulnérable psychologiquement et a besoin d'aide.

Pour l'amélioration des pratiques, les propositions retenues seraient de réaliser une formation (en face ou en visioconférence) ou la création d'une rubrique « déni de grossesse » dans la revue « Sage-femme pratique » ou « Profession Sage-Femme » par exemple : ceci permettrait d'informer les sages-femmes par le récit de données fiables. La prise en charge serait beaucoup plus limpide, complète et moins difficile si les SF étaient bien informées.

Une RC3P serait idéale pour les patientes ayant réalisées un déni de grossesse partiel avant l'accouchement, afin que les professionnels de santé soient bien informés du contexte de la patiente, et également après l'accouchement (concernant surtout le déni de grossesse partiel et total). Cette réunion pluridisciplinaire permettrait à l'histoire de la patiente d'être connue auprès de tous les professionnels de santé, d'avoir un avis et ainsi un suivi plus soutenu et surveillé pour ces patientes.

Une autre proposition serait de reprendre le site de l'AFRDG, de le réactualiser et de le diffuser par le biais d'internet, afin qu'un site avec des informations fiables, géré par des professionnels de santé instruits dans ce domaine, soit en ligne et disponible pour tout le monde et à tout moment.

Nous pourrions proposer également, un livret ou un dépliant pour les patientes. En effet, pour toutes ces femmes qui sont pleines de culpabilité, et pour lesquelles la proposition du psychologue a été refusée car elles n'en ressentaient pas le besoin à ce moment, ce dépliant serait déculpabilisant, informatif et accompagnant. Il faut leur expliquer ce qui leur est arrivé, qu'elles ne sont pas seules dans cette situation et que des professionnels de santé instruits dans ce domaine sont disponibles à tout moment. De nos jours, internet fait partie intégrante de notre vie, mais aucun site fiable et professionnel dédié au déni de grossesse n'existe. La patiente peut se perdre dans un grand nombre d'informations fausses, mal expliquées ou dans des forums avec des personnes non informées correctement. Plusieurs patientes ne souhaitent pas discuter de ce qu'il s'est passé, et les SF peuvent quelques fois se laisser berner par la

situation étonnement bien acceptée par la patiente. C'est pourquoi, ce dépliant se trouverait à proximité de la patiente dans les moments où elle est seule, et que lors de sa disponibilité psychique, elle se questionne. Que ce soit la nuit en service de maternité ou au retour à domicile, la patiente, seule, aura la possibilité de répondre à son besoin. Si elle est demandeuse d'aide, elle aura la possibilité d'avoir les informations nécessaires pour son accompagnement.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Le déni de grossesse et ses manifestations psychiques. 10 décembre 2010. [En ligne]. (Consulté le 12/04/20) ; Disponible sur

http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/livres/2010_GO_159_marinopoulos.pdf

[2] Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire. Le déni de grossesse. Mai-Juin 2013. [En ligne]. (Consulté le 03/05/20) ; Disponible sur http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2014/04/RSSU_21.pdf

[3] Carles. L. Le déni de grossesse et ses conséquences sur la mère, sur le nouveau-né et sur l'installation du lien mère-enfant. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Limoges. Université de Limoges. 2014 ; 152p.

[4] Gorre-ferragu. N : Le déni de grossesse : une revue de littérature. Thèse de médecine ; Université de Rennes 1. 2002 ; 134p.

[5] Rémy. M. Le déni de grossesse : “ Il ne suffit pas d’être enceinte pour attendre un enfant ? ”. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Nancy. Université Henri Poincaré. 2011 ; 82p.

[6] Bayle. B. Elsevier. Le déni de grossesse par Anne Claire Nonnotte. 6 juin 2016. [En ligne]. (Consulté le 03/05/20) ; Disponible sur <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/gyneco-sage-femme/le-deni-de-grossesse>

[7] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Naissance et taux de natalité. 14 Janvier 2020. [En ligne]. (Consulté le 03/05/20) ; Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380>

[8] Psychiatrie Infirmière. La grossesse, la femme enceinte. [En ligne]. (Consulté le 19/04/20). Disponible sur

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/cours/grossesse.htm>

[9] Grandgirard C. Le déni de grossesse : une réalité encore ignorée ? [Mémoire]. École de Sages-Femmes de Metz. Université Henri Poincaré Nancy I. 2010 ; 92p

[10] Allard. I et Marinopoulos. S « Prise en charge psychanalytique des tout-petits ». mars 2003. Confluences numéro 57 : 13-16.

[11] Marinopoulos. S, Nisand. I. Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Le déni de grossesse. Editions Les liens qui libèrent ; oct 2019.

- [12] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Le déni de grossesse. [En ligne]. (Consulté le 04/02/20) ; Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GO_145_lansac.pdf
- [13] Guide de l'infertilité. Qu'est-ce que le déni de grossesse partiel ou total : quels sont les signes ?. [En ligne]. (Consulté le 21/01/20) ; Disponible sur <https://www.guide-de-l-infertilite.fr/fr/actualites/article/qu-est-ce-que-le-deni-de-grossesse-partiel-ou-total-quels-sont-les-signes>
- [14] Mazoyer, A. Barigou et S. Harrati. Que nous apprend le déni de grossesse sur l'investissement de la sexualité génitale ?. A-V. « Enfance et psy ». 2011 ; 51 : 119-25.
- [15] L Carlier. La complexe émergence du déni de grossesse. Les dossiers de l'obstétrique. 2009 ;381 :34-9.
- [16] C Pierrone, MA Delanoy, C Florequin, M Libert. Le déni de grossesse. A propos de 56 cas observés en maternité. Perspectives psychiatriques. 2002 ; 41 :182-8.
- [17] D Hickok, D Gordon, J Milberg, M Williams, J Daling. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study. Am J Obstet Gynecol. Mars 1992.
- [18] C Brezinka, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. J Psychosom Obstet Gynecol. 1994;15.
- [19] Chaulet. S. Déni de grossesse : Exploration clinique et psychopathologique, prise en charge, étude rétrospective sur 5 ans au CHU d'Angers [Thèse]. Faculté de médecine. Université d'Angers. 2011 ; 224p
- [20] Un passagé clandestin : les vérités sur le déni de grossesse. [En ligne]. (Consulté le 23/09/2021) ; Disponible sur http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2012_2013/rapports/deni-de-grossesse.pdf
- [21] Loudénot A. Déni de grossesse : quelle prise en charge pour les patientes ? [Mémoire]. Ecole de sage-femme Saint-Antoine. Université de Pierre et Marie Curie. 2016 ; 86p.
- [22] Lansac. J, O'Byrne. P, Masson. J-M, Le déni de grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Collège Nationale de Gynécologues et Obstétriciens Français. 2010 ; 39 : 1-342.

- [23] Seguin. S, Golse. B, Apter. G. Dénis et dénégations de grossesse : une revue de la littérature. « Psychiatrie de l'enfant ». 2013 ; 56 : 267-92.
- [24] Gorre-Ferragu. N. Le déni de grossesse : une revue de littérature [En ligne]. (Consulté le 24/09/2021). Rennes 1, 2002. 82 p. Disponible sur ; <http://these.nuxit.net/reception/1316884436..deni.pdf>
- [25] Grangaud N. Dénis de grossesse: description clinique et essai de compréhension psychopathologique. [Thèse d'exercice]. France, Saint Louis, 2001.
- [26] Resnick. P, Genet. M-C, Evans. R, Voruz. V, Yang. S. Meurtre de nouveau-né : une synthèse psychiatrique sur le néonaticide. *Enfances et Psy.* Mars 2009 ; 44 : 42-54
- [27] Job. E. Le déni de grossesse peut-il exonérer la mère néonaticide de sa responsabilité pénale ? [En ligne]. (Consulté le 03/10/2021) ; Disponible sur <http://als.univ-lorraine.fr/files/conferences/dossiers/DeniGrossesse/Job.pdf>
- [28] Allier. C, Bonneau. V, Bouthegourd. B. Le déni de grossesse. Quel impact sur la pratique sage-femme pour la prise en charge de ces grossesses clandestines ?. [Mémoire]. Filière Sage-Femme. Haute école de santé Vaud Lausanne. 2016 ; 193p
- [29] Cerveau et psycho. Modifications psychiques durant la grossesse. [En ligne]. (Consulté le 27/03/2021) ; Disponible sur <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/developpement-personnel/modifications-psychiques-durant-la-grossesse-1761.php>
- [30] R Zazzo. La comparaison entre l'homme et d'autres espèces. *Enfance.* 1982 ; 35-4. 229-48
- [31] Prendre soin. Relation qui apaise, personnalité soignante et usure de la capacité d'empathie. Novembre 2013. [En ligne]. (Consulté le 02/04/2021) ; Disponible sur <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/11/Relation-qui-apaise-personnalite%CC%81-soignante-et-usure-de-la-capacite%CC%81-dempathie.pdf>
- [32] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement. Mars 2014. [En ligne]. (Consulté le 03/04/2021) ; Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- [33] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Chapitre 35 Item 67 UE3 Troubles psychique de la grossesse et du post-partum. [En ligne]. (Consulté le 03/04/2021) ; Disponible sur <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html>

- [34] J Barraux. La peur de l'inconnu. Revue Française de gestion. Juillet 2015 ; 252 : 5-6
- [35] Coordination périnatale Grand-Est. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Périnatalité Parentalité Déploiement du dispositif Recommandation pour la mise en œuvre. Juillet 2018. [En ligne]. (Consulté le 05/04/2021) ; Disponible sur [file:///C:/Users/Marine/Downloads/RCP%20P%C3%A9rinatalit%C3%A9%20 GE_cadrage %20process%20et%20%C3%A9valuation%2003-07-2018-VF.pdf](file:///C:/Users/Marine/Downloads/RCP%20P%C3%A9rinatalit%C3%A9%20GE_cadrage%20process%20et%20%C3%A9valuation%2003-07-2018-VF.pdf)
- [36] E. Humeau. Le déni de grossesse : revue de la littérature et étude de lien potentiel avec le néonaticide [Thèse]. Université de Bordeaux. 2018 ; 79p.
- [37] Identifiants et Référentiels pour l'enseignement supérieur et la recherche. Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse. 2010. [En ligne]. (Consulté le 05/04/2021) ; Disponible sur <https://www.idref.fr/139156100>
- [38] Afrdg.info. Healthy Pregnancy Tips. 2021. [En ligne]. (Consulté le 05/04/2021) ; Disponible sur <http://www.afrdg.info>

ANNEXES

ANNEXE I : Image du positionnement du fœtus lors du déni

ANNEXE II : Guide d'entretien

ANNEXE I : IMAGE DU POSITIONNEMENT DU FŒTUS LORS DU DËNI



ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN

Je suis Marine étudiante SF en 5^{ème} année, je vous remercie d'avoir accepté de répondre à cet entretien sur votre prise en charge des patientes qui ont vécu un déni de grossesse.

Sachez que les données sont anonymisées et seront détruites après retranscription.

Si vous êtes toujours d'accord, nous allons commencer l'entretien.

Informations sur la date et le cas du déni de grossesse :

- **Date de prise en charge du déni, âge de la patiente, le contexte de la patiente, la contraception ou non de la patiente, son accouchement, le ressenti de la patiente**
- Pouvez-vous m'expliquer dans quelles circonstances, vous avez eu à prendre en charge une patiente ayant eu un déni de grossesse total et ce que vous avez retenu des informations de cette patiente ?

Informations sur la prise en charge :

- Quelle a été la prise en charge en détail (multidisciplinaire ou non...) ?

Informations sur le ressenti de la sage-femme :

- Qu'est-ce qui vous a **marqué** durant cette prise en charge ? et/ou avez-vous eu la sensation de maîtriser cette situation ?
- Pouvez-vous me dire **quelles difficultés avez-vous ressenties** lors de cette prise en charge ?
- Avant ce cas, vous pensiez-vous capable de prendre en charge une patiente victime d'un déni de grossesse ? Pourquoi ?

Les différentes critiques suite à la prise en charge :

- Avec le **recul, pensez-vous que votre prise en charge ait été complète** et adaptée ou auriez-vous aimé faire/dire d'autres choses supplémentaires ?
- Pensez-vous que vous et les autres professionnels de santé qui l'ont pris en charge ont pu aider la patiente suffisamment pour l'accompagner dans son nouveau rôle de mère, dans cette nouvelle situation, dans le lien mère-enfant ?

Informations sur un cas futur :

- Aimerez-vous avoir une **formation supplémentaire**/conférence sur le déni de grossesse afin de mieux le connaître cet évènement et réaliser une meilleure prise en charge ?
- Pensez-vous qu'un **protocole de prise en charge** (accompagnement) de la patiente puisse vous être utile ?

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de Metz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de [Marine PIERPAOLI] - Année 2021

Les difficultés de prise en charge physiques et psychiques, du déni de grossesse total rencontrées par les professionnels

Etude qualitative par entretien semi-directif réalisée auprès de 10 Sages-Femmes dans les maternités du CHR Metz-Thionville et de Briey du 1^{er} octobre 2020 à mars 2021

RESUME

Introduction : Le déni de grossesse « *se définit comme le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être* ». Ce n'est pas une non sensation mais une non représentation de l'enfant. En France, de 1 500 à 3 000 femmes sont concernées chaque année. Il constitue donc un réel problème de santé publique. L'objectif principal de cette étude est de décrire l'accompagnement et la prise en charge après l'accouchement de la patiente réalisant un déni de grossesse total. Quelles sont donc les difficultés rencontrées par les professionnels lors de la prise en charge physique et psychique des dénis de grossesse totaux après l'accouchement ? Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretien semi-directif à la maternité du CHR Metz-Thionville et de Briey entre octobre et mars 2021 auprès de 10 Sages-Femmes. Etait inclus les SF ayant pris en charge un déni de grossesse total et acceptant l'entretien. Résultat : Certaines SF évoquaient des difficultés émotionnelles de prise en charge avec un manque de connaissance, « pas suffisamment d'armes » et d'autres moins. Ces difficultés dépendaient du ressenti de la patiente, des connaissances de la SF et de ses motivations personnelles. Conclusion : La prise en charge des patientes victimes de déni de grossesse reste difficile et doit être pluridisciplinaire afin qu'elle soit optimale. Chaque réaction est propre à chaque patiente et elle ne doit jamais être banalisée. Au vu des résultats, les professionnels souhaiteraient un livret explicatif et accompagnant pour les patientes.

MOTS CLES : DENI DE GROSSESSE, SAGES-FEMMES, PRISE EN CHARGE, DIFFICULTES, PSYCHISME

ABSTRACT:

Introduction: Denial of pregnancy "is defined as the fact that a pregnant woman is not aware of being". It is not a no-feeling but a no-representation of the child. In France, 1,500 to 3,000 women are affected each year. It therefore constitutes a real public health problem. The main objective of this study is to describe the support and care after childbirth of the patient with a total denial of pregnancy. So, what are the difficulties encountered by professionals in the physical and psychological management of total denial of pregnancy after childbirth? Methods: We carried out an qualitative study by semi-structured interview at the maternity hospitals of the CHR Metz-Thionville and Briey between October and March 2021 with 10 midwives. Included were midwives who medical care of a total denial of pregnancy and accepted the interview. Results: Some midwives evoked emotional difficulties in taking care with a lack of knowledge, "not enough weapons" and others less. These difficulties depended on the patient's feelings, her knowledge of midwives and her personal motivations. Conclusion: The care of patients suffering from denial of pregnancy remains difficult all the same and must be multidisciplinary in order for it to be optimal. Each reaction is unique to each patient, but it should never be trivialized. In view of the results, the professionals would like an explanatory and accompanying book for the patients.

KEY WORDS: DENIAL OF PREGNANCY, MIDWIFE, CARE, DIFFICULTIES, PSYCHE