



HAL
open science

Le déni de grossesse : quels sont ses déterminants ? : revue de la littérature francophone et anglophone à propos de six études et articles datant de 2011 à 2016

Jeanne Wolf

► To cite this version:

Jeanne Wolf. Le déni de grossesse : quels sont ses déterminants ? : revue de la littérature francophone et anglophone à propos de six études et articles datant de 2011 à 2016. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-04330008

HAL Id: hal-04330008

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04330008v1>

Submitted on 7 Dec 2023

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
Ecole de Sages-Femmes de METZ

Le déni de grossesse :
Quels sont ses déterminants ?

Revue de la littérature francophone et anglophone
à propos de six études et articles datant de 2011 à 2016.

Mémoire présenté et soutenu par

Jeanne WOLF

Née le 25 Avril 1997

Directeur de mémoire : Laure Bernard

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

Le déni de grossesse :
Quels sont ses déterminants ?

Revue de la littérature francophone et anglophone
à propos de six études et articles datant de 2011 à 2016.

Mémoire présenté et soutenu par

Jeanne WOLF

Née le 25 Avril 1997

Directeur de mémoire : Laure Bernard

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021

REMERCIEMENTS

À Madame Laure Bernard, sage-femme enseignante et directrice de ce mémoire, pour m'avoir permis de travailler sur ce sujet, mais aussi pour son accompagnement si précieux. Ses conseils et suggestions à chaque étape du mémoire ont été d'une grande aide. Merci pour votre gentillesse et votre enseignement tout au long de ce parcours.

À Madame Evelyne Louis-Coquibus, sage-femme au CHR Bel-Air, de me faire l'honneur d'avoir accepté d'être l'expert de ce mémoire. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils et partages d'expériences.

À toutes les sages-femmes que j'ai pu croiser durant ces 4 années de formation, qui ont pris le temps de m'accompagner et de me transmettre leur savoir, je leur en suis reconnaissante.

À ma famille, qui depuis la PACES et durant toutes mes études, ont fait preuve d'un soutien sans faille.

À mes amies de promotion, grâce à qui ces quatre années furent si belles.

GLOSSAIRE

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

DSM : Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
GLOSSAIRE	5
INTRODUCTION	7
1. CONTEXTE	8
1.1. GENERALITES	8
1.2. IMPACT DU DENI DE GROSSESSE	11
2. MATERIEL ET METHODES	14
2.1. OBJECTIFS	14
2.2. HYPOTHESES	14
2.3. TYPE D'ETUDE	14
2.4. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE	14
2.5. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE	15
2.6. RECUEIL DE DONNEES	15
2.7. GESTION DES DONNEES	15
2.8. LIEUX DE L'ETUDE	15
2.9. PERIODE DE L'ETUDE	15
2.10. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS	15
2.11. OBLIGATION REGLEMENTAIRE/ETHIQUE	15
3. RESULTATS	16
3.1. POPULATION D'ETUDE	16
3.2. IL EXISTE DES DETERMINANTS AU DENI DE GROSSESSE	17
3.3. LE DENI DE GROSSESSE PEUT ETRE DEPISTE	19
3.4. LES SIGNES DE GROSSESSE LORS D'UN DENI SONT PRESENTS MAIS MAL INTERPRETES ...	19
3.5. IL EXISTE UNE DIMENSION PSYCHOLOGIQUE AU DENI DE GROSSESSE	19
3.6. LE DEPISTAGE DU DENI DE GROSSESSE INCLUT L'EVALUATION DE L'ETAT PSYCHIQUE DES PATIENTES.	19
4. DISCUSSION	20
4.1. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	20
4.2. LES DETERMINANTS DU DENI DE GROSSESSE	21
4.3. LE DEPISTAGE DU DENI DE GROSSESSE : UNE UTOPIE ?	25
4.4. LES SIGNES DE GROSSESSE SONT PRESENTS MAIS MAL INTERPRETES : LA CONTAGION ...	25
4.5. LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE ET L'ETAT PSYCHIQUE DANS LE DENI DE GROSSESSE.	26
4.6. DEPISTER LE DENI DE GROSSESSE : LA SOLUTION ?	26
4.7. UN FREIN AU DEPISTAGE DU DENI DE GROSSESSE : PATHOLOGIE INEXPLOREE	27
4.8. PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	28
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES	34
ANNEXE I : FICHE DE LECTURE	35
ANNEXE II : RESULTATS DE L'ETUDE	36

INTRODUCTION

Intrigant, mystérieux, énigmatique, voir même fascinant : tant d'adjectifs peuvent définir le déni de grossesse, phénomène bien réel et pourtant sous-estimé qui fait fantasmer la presse et en effraie plus d'un. L'effroi paraît compréhensible compte tenu de l'inconcevable qu'amène avec lui le déni de grossesse.

Il touche des femmes, menant leur vie dans la plus grande normalité, en dehors de tout soupçon d'une éventuelle grossesse qui se développerait là en secret. Ces femmes, ces couples et ces familles qui du jour au lendemain voient leur quotidien bousculé par l'impensable : une grossesse, voir un accouchement, et parfois malheureusement un drame.

En partant du postulat que la femme prend du poids pendant la grossesse, qu'elle n'a plus de cycles et que ses hormones sont modifiées, alors comment accepter une hypothèse telle que celle avancée par le déni de grossesse ?

Grossesse invisible aux yeux de tous, pour une majorité de personnes il est impossible de croire ces femmes à la levée du déni. Comment une mère pourrait-elle ne pas se sentir enceinte ? Comme est-il possible pour la parturiente de nier son état jusqu'à l'accouchement ? Immédiatement se soulève une question : est-ce que le déni peut arriver à tout le monde ? Et sinon, qui est plus à même d'être touché par ce phénomène ?

L'objectif de ce travail sera d'effectuer une revue de la littérature existante sur le déni de grossesse afin d'essayer d'en dégager les déterminants.

Tout d'abord, le déni de grossesse sera abordé dans sa généralité, puis la méthode ainsi que les résultats de cette étude seront exposés, et enfin ces éléments seront mis en discussion avec le reste de la littérature.

1. CONTEXTE

1.1. GENERALITES

1.1.1. Définition

Le déni de manière générale, décrit par Laplanche et Pontalis en 1967 se définit comme « *un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante* » [1]. Les deux psychologues et psychanalystes se basent sur les constatations faites par Freud en 1924, qui décrit 2 mécanismes de défense qui peuvent être repris pour définir le déni de grossesse. Tout d'abord le terme de « *Verleugnung* », qui peut se traduire par « déni », puis le terme de « *Verneinung* » qui lui signifierait plutôt « (dé)negation ». [2].

Le déni de grossesse quant à lui, se définit actuellement selon le CNGOF comme « *le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être. En effet, elle ne parvient pas à identifier qu'elle est enceinte, et ce, au-delà de 20 semaines d'aménorrhée (SA). Il est dit « partiel » s'il prend fin avant terme et « total » s'il se poursuit jusqu'à l'accouchement.* » [3]

Cette pathologie encore très mystérieuse dans sa clinique connaît pourtant une fréquence estimée à 1/500 accouchements, dont 38 % de dénis totaux (1/2 500 accouchements) et 0,6 % avec accouchement à domicile (1/10 000). [3] En considérant cette fréquence d'un cas sur 500 naissances pour les dénis de plus de 20 semaines, on s'aperçoit que ce problème est deux fois moins fréquent que le placenta prævia (1/250) mais plus fréquent que l'appendicite pendant la grossesse (1/1 000). Pour ce qui est des dénis complets découverts à l'accouchement (1/2 455), ils sont plus fréquents que les grossesses triples (1/7 225). [3]

Parfois appelée grossesse à « passager clandestin » [4], cette pathologie figure dans la classification internationale des maladies de l'OMS. Néanmoins, on peut d'ores et déjà noter que son apparition en tant que maladie n'est que très récente et que sa définition reste encore vague de nos jours. En effet, dans la dernière Classification Internationale des Maladies (CIM) de septembre 2020 ; la CIM-11 ; la dénomination exacte présente est « *concealed pregnancy* » [5], ce terme signifiant plus exactement en français « *grossesse cachée* » ou « *grossesse dissimulée* » et non pas grossesse déniée. Ce premier détail soulève déjà un problème de base dans la définition même et donc dans la prise en charge du déni de grossesse de nos jours. Il semble intéressant de noter tout de même que ce terme de « *concealed pregnancy* » [5] apparaît dans la Classification Internationale des Maladies dans la catégorie « *supervision of high risk pregnancy* » c'est-à-dire les grossesses pour lesquelles la surveillance doit être accentuée.

1.1.2. Histoire du déni de grossesse

Pour tenter de mieux comprendre l'inconnu qu'évoque le phénomène du déni de grossesse encore à notre époque dans la société tout comme au sein du monde médical, il semble judicieux de se pencher sur l'histoire de cette pathologie.

Le terme « *déni de grossesse* » que l'on emploie de nos jours en France est en réalité très récent. Les premières évocations de ce terme remontent aux années 1970. Bécache, en 1970, introduisit le terme

de déni de grossesse à propos d'une femme atteinte de schizophrénie. Auparavant, les notions de « *grossesse cachée* » ou « *grossesse méconnue* » étaient plutôt employées. [6]

En revanche, le phénomène en lui-même fut observé bien auparavant. Au XVIII^e siècle paraissaient les premiers articles professionnels, parlant de « méconnaissance de la grossesse ». [7] L'intuition du déni de grossesse a émergé dès 1681, Mauriceau fut l'un des premiers à décrire cette pathologie, il affirmait ainsi que la persistance de saignements menstruels pendant la grossesse pouvait conduire à la méconnaissance de celle-ci. [6]

En retraçant l'histoire de l'étude de cette pathologie, il semble important de noter l'absence d'homogénéité dans les différentes définitions proposées et termes employés pour définir le déni de grossesse. Ce manque de clarté entraîna des confusions de langage et donc des difficultés supplémentaires dans l'identification et l'étude de ce phénomène.

Malgré tout, progressivement, un concept plus défini du déni de grossesse est apparu et a permis peu à peu de poser un cadre sur la représentation mentale de la femme en déni de grossesse.

1.1.3. Représentation mentale de la femme en état de déni de grossesse

Mentalement, la femme enceinte ne se sait pas enceinte. Elle ne ment pas, ne feint pas de ne pas savoir, ne dissimule rien : elle ne sait rien. C'est une altération de la représentation, une impossible image sur ce que le corps éprouve. [7]

Le corps porte une grossesse dont le psychisme ne perçoit aucune trace. Les symptômes de grossesse et autres petits maux, s'il y en a, sont interprétés autrement. Une rationalisation des signes de grossesse présents s'opère. [7]

Pour expliquer des nausées ou vomissements, on accusera une simple indigestion. [8] Les mouvements fœtaux, s'ils sont présents, seront interprétés comme des symptômes digestifs. [2] En cas de déni total, il arrive même que les contractions utérines ne soient pas reconnues en tant que telles par des femmes ayant déjà accouché auparavant, il en va de même pour l'interprétation de la rupture de la poche des eaux qui peut être perçue comme de simples fuites urinaires. [2] En cas d'aménorrhée, elle sera attribuée au stress, aux cycles menstruels habituellement irréguliers ou à un début de ménopause. [2] Au contraire, s'il y a persistance des saignements même irréguliers, ils seront interprétés comme des règles attestant qu'aucune grossesse n'est en route. [8] On note tout de même que 33% des femmes ne présentent aucun symptôme ou signe sympathique au cours de leur grossesse. [2]

Les femmes en état de déni de grossesse ont une relation particulière au corps, elles investissent peu leur corps. [2] On peut le voir comme une altération de la perception du corps.

C'est une totale soumission du corps à la psyché qui va permettre à la grossesse de passer inaperçue. À tel point que les muscles grands droits de l'abdomen se tendent et se renforcent petit à petit pour que la silhouette de la femme ne soit pas modifiée.

L'utérus ne peut donc pas basculer en avant comme lors de la grossesse classique, lorsqu'il est dit antéversé. La croissance de l'utérus à défaut de se faire vers l'avant, se fera vers le haut au côté des

intestins et des anses grêles. [7] Tant de facteurs qui permettent de comprendre comment la femme peut être dupée par son propre corps, lequel, à son insu, suit les ordres de la psyché. [7]

En somme, il est primordial de comprendre que le corps charnel a ses mots et le corps psychique a les siens. [7]

Également, il faut être vigilant à différencier dissimulation, dénégation et déni.

1.1.4. La dissimulation, la dénégation, et le déni

Les troubles de la gestation psychique sont divers, on peut définir 3 termes en particuliers ; la dissimulation, la dénégation et le déni.

Tout d'abord la dissimulation ; c'est-à-dire le cas où la femme est pleinement consciente de sa grossesse mais la cache. [9] C'est un souhait conscient de cacher une réalité véritablement perçue. La femme compose et organise le secret. [7] Il est tout de même possible que ce mécanisme ne soit pas pleinement volontaire ni conscient dans sa réflexion de masquer la grossesse. Certaines dissimulations peuvent dépasser la femme elle-même. [2] Ce processus peut permettre de se protéger de son contexte social, familial, professionnel, générationnel, ou encore culturel. La femme cache sa grossesse pour des raisons diverses : religieuses, maritales, culturelles, ... [7]

Ensuite la dénégation ; un mécanisme de défense de la psyché mit en place lorsque le fait d'être enceinte ou de devenir parent est psychologiquement perçu mais écarté. [9] Dans ce cas précis, les manifestations corporelles et les perceptions proprioceptives associées à la grossesse sont reconnues et identifiées. Il est même possible que ces ressentis renvoient à la possible présence d'une grossesse, ils seront interprétés comme tels, puis ensuite cette idée sera refoulée et remplacée par d'autres explications. [2]

On se trouve en présence d'un conflit, d'une lutte, à l'intérieur du psychisme et donc une incapacité à se croire enceinte. [2] C'est une sorte de fonctionnement en deux temps, avec d'abord une prise de conscience de la réalité, puis une annulation, une éclipse de cette conscience. Une partie de la psyché est tenue à l'écart. [7] La dénégation peut correspondre à une « *interruption temporelle psychique de la grossesse* ». [7] De ce fait, le corps se transforme peu. [2]

Et enfin, le déni qui lui concerne les femmes où l'état gravidique après le 1^{er} trimestre reste complètement méconnu. [9] La grossesse reste radicalement imperceptible pour la conscience. La gestation psychique chemine dans l'ignorance totale de la grossesse et de tous les phénomènes cliniques et corporels qui s'y rattachent. [2] C'est ici une problématique d'inexistence de la grossesse psychique. Cette grossesse échappe à la femme [7], et ce sans forcément trouver d'explications ou de raisons claires.

Dans le cas du réel déni, ce sont des grossesses par définition non suivies et donc possiblement à risque pour la mère et l'enfant. De plus, les néonaticides sont plus fréquents dans les grossesses déniées. Il est également difficile d'en faire la prévention, surtout si l'accouchement a lieu à domicile puisque la grossesse est niée et méconnue des soignants [3]. Ainsi, que la grossesse soit découverte

avant l'accouchement ou non, les professionnels de la naissance devront accompagner cette femme pour l'aider à prendre conscience de son état.

La particularité de l'étude du phénomène du déni de grossesse est qu'il est primordial de différencier ces trois termes pour éviter toute forme de confusion, mais aussi de visualiser la frontière entre conscient et inconscient.

1.2. IMPACT DU DENI DE GROSSESSE

1.2.1. Une pathologie fantôme devant les praticiens

Il semble intéressant d'étudier le sujet du déni de grossesse, sujet encore émergent dans le domaine de l'obstétrique, pour tenter d'éclairer les professionnels amenés à prendre en charge des patientes se trouvant dans cette situation si particulière.

En effet, selon l'extrait des dernières mises à jour en Gynécologie et Obstétrique publié le 10 décembre 2010, il est décrit que les médecins non plus ne s'en aperçoivent pas : 38 % des femmes ont consulté un médecin sans que le diagnostic de grossesse ne soit posé. [3]

Concrètement, les patientes victimes de déni de grossesse consultent souvent pour des motifs tels que nausées, fatigue, ou douleurs abdominales qui sont des troubles d'apparence banals. Les praticiens se trouvent confrontés à des discours où les symptômes ont été réinterprétés par les patientes, de manière suffisamment convaincante pour qu'ils apparaissent comme tels. Les femmes les décrivent dans un contexte qui évacue toute grossesse ; le diagnostic en sera faussé d'avance. La pensée du praticien risque d'être profondément influencée par le déni de la patiente puisqu'il vise à présenter pour elle une réalité qui lui est tolérable. [10] Le praticien n'est pas incompetent, il est victime d'un phénomène appelé la contagion.

Le déni de grossesse est un symptôme caméléon capable de donner plusieurs visages à ces expressions et ainsi, à ses représentations. [11]

1.2.2. Les représentations sociales du déni de grossesse

Les représentations sociales du phénomène du déni de grossesse sont peu structurées. Cela peut s'expliquer tout d'abord par l'absence de consensus professionnel et de théorisation formelle concernant cette pathologie, mais aussi à l'information liée à ce sujet qui est parfois éloignée de la réalité. [11] Le déni de grossesse apparaît dans la majorité des cas chez les soignants comme un phénomène suscitant perplexité, incrédulité, incompréhension, intérêt fasciné pour ce mystère clinique. [2]

Il existe une forte corrélation entre les capacités de compréhension et d'intervention des praticiens sur l'état de santé de leurs patients, et leurs représentations. C'est pourquoi il est important dans le domaine médical d'étudier les représentations sociales car elles jouent un rôle important dans les situations de soins. [11] Les représentations, dans ce contexte, donnent du sens aux pathologies, guident les pratiques professionnelles et permettent également de justifier ces pratiques a posteriori. [11]

Ainsi, la connaissance des facteurs contributifs au déni de grossesse pourrait permettre une vigilance accrue et par conséquent une prise en charge plus spécifique et adaptée de ces patientes.

1.2.3. La nécessité d'accompagnement médical

Dans un accompagnement médical classique, la femme enceinte est suivie régulièrement, au minimum mensuellement, et plus fréquemment si nécessaire. Au cours de ces consultations de suivi, le praticien (médecin ou sage-femme) effectue tout d'abord un interrogatoire, puis pratique un examen complet. Si besoin, le praticien peut prescrire des examens utiles et/ou réglementaires et les traitements pouvant être nécessaires. [12] Il est important de pouvoir dépister une éventuelle pathologie pour pouvoir la traiter si cela est possible. De plus, le déni de grossesse impose la non prise en compte des précautions à adopter en cas de grossesse, notamment concernant la consommation d'alcool ou l'usage de certains médicaments.

Par exemple, dans le cas d'un déni total, les nombreux examens sanguins de dépistage n'étant pas réalisés, il est impossible de dépister une quelconque pathologie infectieuse (VIH ou encore toxoplasmose), ou encore une anémie. Il est aussi impossible d'anticiper la prise en charge à l'accouchement, comme en cas de présentation du siège, de macrosomie, ou encore de malformation.

L'absence de suivi obstétrical peut donc être lourde de conséquences pour la santé du futur bébé et celle de la mère, non seulement la santé physique mais aussi la santé psychique.

1.2.4. L'utilité du remaniement psychique

La grossesse est à la fois un processus physique et une croissance psychique. Ces deux éléments complémentaires forment un tout et définissent la grossesse. Ainsi, les consultations durant ces 9 mois sont aussi utiles pour accompagner la mère et/ou le couple dans l'évolution psychique qu'impose une grossesse. Durant cette maturation psychique, différentes étapes se déroulent au cours des 9 mois.

Le 1^{er} trimestre est l'étape où la femme vit l'état « *d'être enceinte* », c'est une phase d'adaptation. [13] Il n'y a pas de représentation de l'enfant mais plutôt une prise de conscience de la métamorphose corporelle, une transformation profonde du corps psychique. Cette maturation psychique passe par les images maternelles de sa propre enfance pour se poursuivre seulement plus tard par les représentations de l'enfant à venir. C'est un trimestre représenté par le bouleversement et marqué par une phase d'introspection chez la femme. Les liens affectifs passés et présents sont remis en question pour permettre de façonner une construction psychique de l'enfant dans la pensée de la mère. [7]

Au 2^{ème} trimestre, le corps s'est adapté à la grossesse. Le bébé désiré par les futurs parents est pensé, imaginé et projeté vers l'avenir. Ces représentations permettent une véritable anticipation de l'enfant. [13] De plus le second semestre est la période durant laquelle l'enfant est visualisé au travers des échographies, permettant un développement de l'imaginaire autour de l'enfant à naître. Le 2^{ème} trimestre peut être vu comme celui qui fait naître le bébé dans la famille. [7]

Enfin au 3^{ème} trimestre arrive ce que Winnicott a nommé « *la préoccupation maternelle primaire* ». C'est un état psychique qui s'accroît vers la fin de la grossesse et les premiers mois de la vie du bébé et qui préparerait la future mère à s'occuper de son enfant. [13] Ce trimestre correspond aussi à l'attente de la naissance et donc de la représentation de séparation de la mère et de l'enfant après 9 mois passés dans l'intimité, l'un dans l'autre. Cette séparation est imaginée lors de la préparation à la naissance dans un exercice tant physique que psychique. C'est la concrétisation verbale qui renforce l'idée de l'enfant dans son statut d'être différent. [7]

Lors d'un déni de grossesse, des protections sont mises en place par le psychisme de la mère pour la protéger de ces pensées, elle ne se pense donc pas enceinte et toutes ces étapes essentielles de maturations psychiques ne sont pas mises en place. [10] Le phénomène de gestation psychique est présent mais est particulier, ici l'enjeu constant est de nier la grossesse et la présence de l'enfant. [4]

La gestation psychique lors d'un déni de grossesse peut être vue comme un mouvement de va-et-vient où certaines perceptions sont reconnues pour être aussitôt refoulées par le psychisme. Cela témoigne d'un mécanisme psychique inconscient, où l'inconscient s'oppose à la prise de conscience. [4]

L'enfant ne sera imaginé et conçu dans le psychisme qu'au moment de la levée du déni durant la grossesse ou à la naissance. C'est le moment où la mère peut cheminer à rebours ces mois de grossesse ensevelis sous le déni, on parle de « naissance psychique » de l'enfant. [10]

On peut imaginer aisément le trouble de la relation parent-bébé qui peut s'installer en postnatal. [2] Des difficultés peuvent apparaître. Par exemple un ressenti du nouveau-né comme étranger à soi ou encore un rejet de l'enfant parce que trop associé à des émotions et ressentis négatifs. [2] L'investissement de la relation avec l'enfant peut s'avérer parfois plus complexe suite à un déni de grossesse et peut même mener à l'indifférence voire à la maltraitance de l'enfant dans certains cas. [2]

De plus, en l'absence de suivi de la grossesse, le pronostic vital risque d'être engagé doublement : pour l'enfant et pour la mère. Le déni de grossesse représente ainsi un véritable enjeu de santé somatique et psychique, maternel et néonatal. [4]

1.2.5. Déni et néonaticide

Souvent associé à des faits divers, connu et provoquant un notable engouement médiatique, le déni de grossesse total est malheureusement quelque fois associé au néonaticide.

Le néonaticide sous-entend la mort d'un enfant dans la même séquence de temps que l'accouchement : c'est l'homicide d'un nouveau-né dans les 24 premières heures de sa vie, et dans le cas du déni de grossesse, par la mère. Il est important de noter que si le corps de la femme se met en travail alors qu'elle n'a pas encore pu formuler dans sa tête son état de grossesse, le décès de l'enfant (pouvant aussi survenir suite à un manque de soin, sans pour autant être délibéré) est alors l'un des risques majeurs. [7]

Le néonaticide se présente comme l'ultime et tragique acte d'annulation d'un conflit psychique irrésoluble. Ainsi, la prévention du néonaticide doit reposer sur un élément objectif, celui de poser le

diagnostic de grossesse si celle-ci est déniée. [14]. En découle la problématique suivante : quels sont les déterminants au déni de grossesse ?

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. OBJECTIFS

2.1.1. Bénéfices attendus

Améliorer la prise en charge sage-femme / professionnels.

Diminuer le nombre de néonaticides survenant à la suite d'un déni de grossesse.

2.1.2. Objectifs principal et secondaires

- Objectif principal

Définir/établir les déterminants du déni de grossesse.

- Objectifs secondaires

Approfondir la psychopathologie du déni de grossesse.

2.2. HYPOTHESES

H1 : Il existe des déterminants au déni de grossesse.

H2 : Le déni de grossesse peut être dépisté.

H3 : Les signes de grossesse lors d'un déni sont présents mais mal interprétés.

H4 : Il existe une dimension psychologique au déni de grossesse.

H5 : Le dépistage du déni de grossesse inclut l'évaluation de l'état psychique des patientes.

2.3. TYPE D'ETUDE

Revue de la littérature anglophone et francophone à propos de six articles datant de 2011 à 2016.

2.4. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE

2.4.1. Critères d'inclusion

Articles ou études publiés sur le thème du déni de grossesse. Les articles sont choisis à l'aide de mots clés et représentent une recherche exhaustive afin de recueillir le plus grand nombre d'études et de minimiser les biais de sélection.

La puissance des articles choisis est prise en compte : articles et documents d'organismes officiels (CNGOF, campus cerimes, HAS), articles publiés (tels que des articles tirés de Vocation sage-femme ou Elsevier Masson) ou documents relevant d'un niveau de preuve scientifique suffisant.

2.4.2. Critères de non inclusion

Les articles choisis doivent être pertinents vis-à-vis du sujet du déni de grossesse : pas de confusion avec dénégation ou dissimulation.

2.4.3. Critères d'exclusion

Étude sélectionnée mais n'ayant pas de puissance suffisante ou d'intérêt pour le sujet d'étude.

2.4.4. Modalités de recrutement/nombre de sujets nécessaires

Recherche d'articles et de publications disponibles sur internet par mots clés avec l'utilisation de plateforme de recherche : Google Scholar, Cairn, Persée, Pub Med, PASCAL.

2.5. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE

- Déterminants de la grossesse (approche psycho-socio-culturelle du déni de grossesse)
 - o Mots clés : déterminants, facteurs de risques, et déni de grossesse
- Dépistage des signes de grossesse (facteurs de repérage et dépistage clinique de la grossesse)
 - o Mots clés : signes de grossesse ; symptômes de grossesse
- Psychopathologie et déni de grossesse (influence de l'état psychique sur la grossesse)
 - o Mots clés : psychopathologie et déni de grossesse ; psychologie et déni de grossesse

2.6. RECUEIL DE DONNEES

Effectué selon la fiche de lecture. (Annexe I)

2.7. GESTION DES DONNEES

Chaque article sélectionné sera étudié par fiche (annexe I) puis comparé aux autres articles de la littérature sélectionnés.

2.8. LIEUX DE L'ETUDE

Articles publiés dans les pays francophones/anglophones.

2.9. PERIODE DE L'ETUDE

Articles publiés ces 10 dernières années.

2.10. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

Articles sélectionnés avec puissance grade A, B et C, par exemple méta-analyse.

2.11. OBLIGATION REGLEMENTAIRE/ETHIQUE

2.11.1. Modalités d'information et de recueil de la note d'information

Revue de la littérature : pas d'information nécessaire.

2.11.2. Modalités de gestion des données : confidentialité

Revue de la littérature : pas de confidentialité nécessaire.

2.11.3. Déclaration des conflits d'intérêt

Revue de la littérature : pas de conflit d'intérêt.

2.11.4. Archivage des données

Revue de la littérature : pas d'archivage nécessaire.

2.11.5. Règles de publications

Les résultats seront publiés après la validation par la soutenance devant un jury d'examen.

3. RESULTATS

3.1. POPULATION D'ETUDE

Le processus de sélection des études et articles pouvant être inclus à l'étude est rapporté dans la Figure 1 ci-dessous.

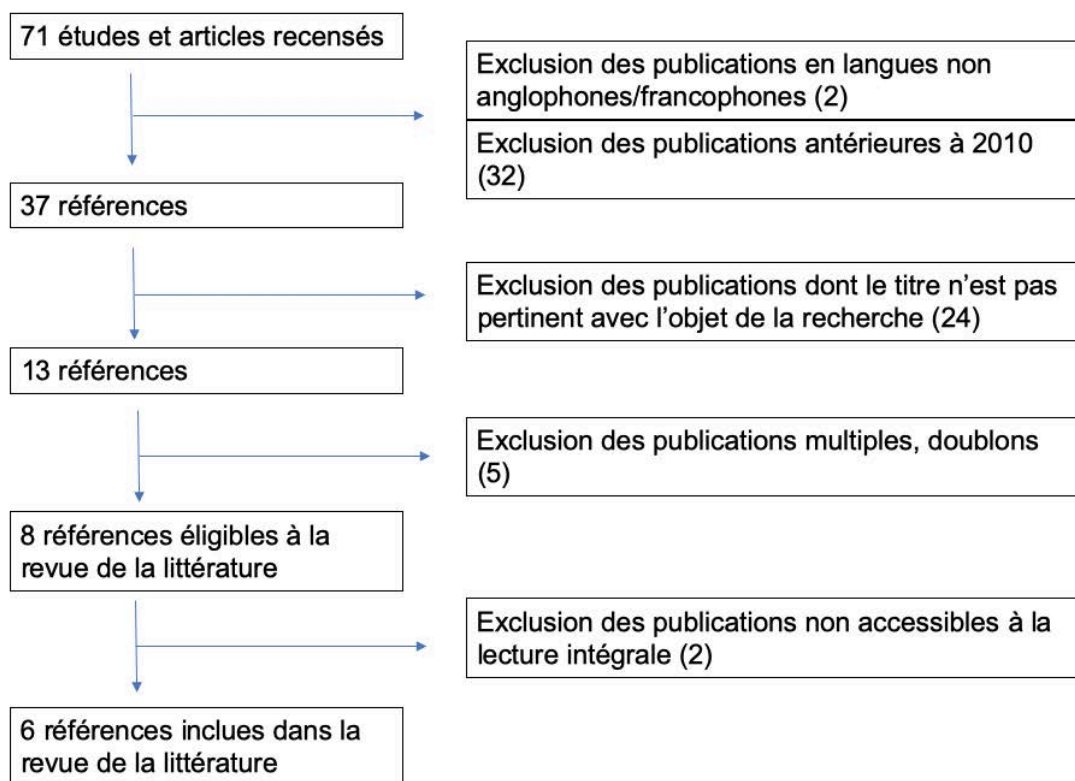


Figure 1 : Flow-chart : Sélection des articles.

[15] Chaullet S, Juan-Chocard A-S, Vasseur S, Hamel J-F, Duverger P, Descamps P, et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. déc 2013 ; 171 (10) : 705-9.

[16] Bayle B. Les enjeux psychologiques du déni de grossesse. Vocation sage-femme. Mai-juin 2016 ; 120 : 10-3.

[17] Seguin S, Golse B, Apter G. Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature. Presses Universitaires de France. Jan 2013 ; 56 : 267-92.

[18] Goirand-Nougairède D. Place des facteurs non psychiques dans le déni de grossesse. Vocation sage-femme. Mai-juin 2016 ; 120 : 14-7.

[19] Seigneurie AS, Limosin F. Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. La revue de médecine interne. 2012 ; 33 : 635-39.

[20] Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy - a literature review and discussion of ethical and legal issues. J R Soc Med. juill 2011 ; 104 : 286-91.

Les résultats de l'étude se trouvent en annexe II.

3.2. IL EXISTE DES DETERMINANTS AU DENI DE GROSSESSE.

Le profil type de la femme présentant un déni de grossesse paraissait de manière générale impossible à établir. [16,19,20]

Cependant, certaines caractéristiques et certains contextes apparaissaient plus fréquemment en cas de déni de grossesse sans pour autant être obligatoirement présents. De plus, ces différents éléments relevés n'étaient pas significatifs pour certains auteurs. Ils semblent judicieux tout de même de distinguer ces résultats en différentes classes.

3.2.1. Situation sociale

Les femmes en situation de précarité et/ou d'instabilité sociale étaient plus fréquemment touchées par le phénomène du déni de grossesse selon la littérature. [15,18,19,20] Notamment, un auteur notait un taux élevé de femmes célibataires ainsi que de femmes bénéficiant d'aides sociales. [19]

Certains auteurs affirmaient que le déni de grossesse semblait avoir une fonction adaptative qui permettait à certaines femmes de maintenir en l'état leur vie sociale et affective ; au cas où elles refuseraient les conséquences sociales et professionnelles susceptibles d'être générées par leur grossesse. [17]

L'éducation familiale semblait jouer un rôle prépondérant dans les facteurs de risques du déni de grossesse. Les femmes ayant eu une absence de communication verbale et/ou une éducation particulièrement rigide ou défaillante étaient plus à risque de présenter un déni de grossesse. [17] Il en va de même si la grossesse était associée à un sentiment de honte car directement reliée à l'acte sexuel. [19]

Le manque d'éducation à propos du corps et de la reproduction était plusieurs fois cité dans la littérature comme ayant un lien de causalité avec la survenue d'un déni de grossesse, là où le lien entre sexualité et grossesse n'était pas établi. [15,16] Les femmes victimes de violences verbales ou physiques semblaient plus à même de présenter un déni de grossesse. [15]

En cas d'antécédents de placement d'un précédent enfant, l'anticipation d'un risque de placement du futur nouveau-né était présentée comme un facteur de risque de survenue d'un déni de grossesse. [18,19]

3.2.2. Antécédents gynécologiques et obstétricaux

Un des auteurs déclarait que la grande majorité des femmes incluses dans son étude n'avaient pas de suivi gynécologique. [15]

La multiparité était un des déterminants au déni de grossesse chez l'un des auteurs [15], les nullipares étant moins touchées par le déni de grossesse que les femmes ayant déjà eu un enfant. [15]

Les âges extrêmes de la vie reproductive étaient décrits comme à risque de déni de grossesse par l'un des auteurs. [18] Toutefois, les moyennes d'âges des femmes présentant un déni de grossesse se situaient majoritairement entre 20 et 30 ans selon les auteurs. [15,19,20]

La stérilité supposée chez des femmes ayant un long parcours d'infertilité apparaissait comme un critère susceptible d'être responsable de déni de grossesse. [18,20]

L'utilisation d'un contraceptif (et non pas le mésusage de celui-ci), l'irrégularité chronique du cycle menstruel, ou l'attente du retour de couche sont des éléments ayant été relevés par un des auteurs qui les a décrits comme des facteurs de risques du déni de grossesse. [18]

Les femmes ayant eu recours à une IVG par le passé étaient plus à risque de présenter un déni de grossesse. [15,18]

Les femmes ayant déjà présenté une grossesse de découverte tardive étaient décrites comme plus à risque de présenter un déni de grossesse à nouveau. [15,18]

3.2.3. Antécédents psychiatriques

Plusieurs études mettaient en évidence la présence récurrente de pathologies psychiatriques, [15] particulièrement la schizophrénie, associées au déni de grossesse. [16] Ce facteur de risque était invalidé par d'autres auteurs. [16,19]

Certains auteurs notaient une proportion importante de femmes ayant eu un trouble des conduites alimentaires (de type anorexie mentale) et un mauvais rapport avec leurs propres corps parmi les cas de déni rencontrés. [15,17]

Un élément paraissait jouer un rôle important dans le mécanisme du déni de grossesse : la particularité du lien mère/fille [19], que ce soit une indisponibilité de la mère pour sa fille, ou une très forte dépendance qui lie l'accouchée à sa mère. Des relations mère/fille très fusionnelles, ambivalentes et régressives ont été notées chez plusieurs patientes. [17]

Certains auteurs notaient aussi, chez certaines femmes présentant un déni de grossesse, une relation œdipienne insuffisamment élaborée. Ils soulignaient aussi la prépondérance de relations œdipiennes très serrées, où le complexe d'Œdipe a été insuffisamment refoulé. [17]

Les termes de « conflits psychologiques » ou « conflit intra-psychique » étaient largement utilisés à propos des situations ayant amené à une situation de grossesse déniée chez des femmes par ailleurs bien adaptées. [17,19,20]

Plusieurs études admettaient que la relation entre présence de troubles et déni de grossesse ne pouvait pas être prouvée. [16,17,19]

Le déni de grossesse n'est pas, en lui-même, révélateur d'une pathologie mentale [16,17,20], et dans l'ensemble, les femmes qui le présentent ont une personnalité « ordinaire ». [16]

3.3. LE DENI DE GROSSESSE PEUT ETRE DEPISTE.

Il a été relevé que le déni de grossesse était une pathologie difficile à diagnostiquer en raison des tableaux cliniques et des symptômes très variables de cette pathologie. [20]

Tous les auteurs relevaient la pluralité des tableaux liée à cette entité clinique. [15-20]

Le dépistage de cette pathologie était peu décrit dans la littérature contrairement à la prise en charge des femmes une fois la grossesse découverte.

3.4. LES SIGNES DE GROSSESSE LORS D'UN DENI SONT PRESENTS MAIS MAL INTERPRETES.

De manière générale, les signes de grossesse n'étaient peu voire pas retrouvés. [18] Le déni de grossesse était majoritairement silencieux. Les signes de grossesse étaient plus ou moins présents, lorsqu'ils l'étaient et qu'ils étaient perçus, ils étaient aussi mal interprétés par la femme. [15,18] L'aménorrhée était associée à la ménopause, à l'attente d'un retour de couche ou à des cycles habituellement irréguliers. [16,18] Les saignements qui survenaient en cas de prise d'un contraceptif oral (imposant la persistance d'hémorragies de privation) ou en début de grossesse étaient pris pour des règles. [16] Les nausées étaient moins fréquentes et étaient attribuées à des troubles gastriques. [16] La prise de poids n'était pas associée à une grossesse par les femmes. [16] Dans certains cas plus rares, la femme pouvait accoucher dans les toilettes en associant ses douleurs pelviennes ou dorsales à des troubles intestinaux. [16,18] Les mouvements actifs fœtaux, s'ils étaient présents, n'étaient pas reconnus ou alors attribués à d'autres causes. [18]

3.5. IL EXISTE UNE DIMENSION PSYCHOLOGIQUE AU DENI DE GROSSESSE.

Il apparaissait chez plusieurs auteurs que les facteurs de risques de présenter un déni de grossesse pouvaient être psychologiques (cf 6.1.3) et non pas seulement environnementaux.

3.6. LE DEPISTAGE DU DENI DE GROSSESSE INCLUT L'EVALUATION DE L'ETAT PSYCHIQUE DES PATIENTES.

Selon les auteurs, l'état psychique des patientes ayant présenté un déni de grossesse était très varié. (cf 6.1.3)

Dans la majorité des cas, les femmes qui présentaient un déni de grossesse avaient une personnalité « ordinaire ». [16] Pour autant, cette constatation ne contredisait pas le fait que certaines patientes qui souffraient d'une pathologie psychiatrique avérée pouvaient connaître un déni de grossesse. [16]

L'un des auteurs déclarait que des mécanismes psychopathologiques subtils et ancrés dans l'histoire personnelle de la femme pouvaient contribuer dans plusieurs cas à un conflit interne tel qu'il pouvait aboutir à un déni de grossesse. [19]

4. DISCUSSION

4.1. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

4.1.1. Limites

Le premier biais qu'il semble important de souligner concerne la puissance des études et articles sélectionnés dans ce travail de recherche. Tous étaient de faible niveau de preuve scientifique. Indéniablement, les résultats font donc preuve de moins de force. [21] Cependant, les études ayant un haut ou moyen niveau de preuve scientifique sont rares sur le thème précis qui fut abordé dans ce mémoire.

Concernant cette fois les études épidémiologiques ainsi que celles abordant l'incidence du déni de grossesse en France, ce sont des études très souvent retrouvées comme exemple voire comme base de réflexion de nombreuses autres études. Le nombre d'études ayant un niveau de preuves fiables et solides est faible. Ainsi, plusieurs se recourent. En étant vigilant, on s'aperçoit que les mêmes sources sont récurrentes. Les mêmes noms reviennent dans les bibliographies ainsi que les mêmes études, articles ou œuvres. Et ce dans des travaux datant d'il y a plus de 30 ans tout comme d'autres bien plus récents.

Dans cette revue de la littérature, faisant réponse à la problématique à un instant précis, il apparaît après étude du sujet que le déni de grossesse aurait besoin de renouveau, de données chiffrées plus récentes et plus fournies. Or la revue de la littérature est un type d'étude ne permettant pas d'apporter d'élément nouveau au sujet, uniquement de faire acte de ce qui est déjà su.

Un dernier biais est à noter, et concerne l'origine des publications. Un seul article anglais a pu être retenu pour cette étude, et très peu de publications anglophones ont été recensées lors de la recherche des résultats. Les études au sujet du déni de grossesse n'ont pas une provenance répartie de manière homogène. Christoph Brezinka, professeur à l'université médicale d'Innsbruck en Autriche affirme que la France occupe une position particulière par rapport aux autres pays d'Europe concernant le déni de grossesse. [2] C'est uniquement en France qu'il y a pu y avoir une prise de conscience sur l'existence de ce phénomène et sur le fait qu'il ne faille pas le négliger, surtout dans le domaine médical. [2] Il semblerait judicieux que les autres pays d'Europe s'inspirent du chemin de réflexion qu'a emprunté la France selon Brezinka. [2]

Ainsi, le manque de recherche à propos du phénomène du déni de grossesse joue en la défaveur des femmes en freinant l'éducation des soignants et de la société, éducation qui semble pourtant fondamentale.

4.1.2. Forces

Il s'avère que toute étude ou recherche à propos du déni de grossesse ne peut être que bénéfique car cela poursuit l'envie de nombreux scientifiques et chercheurs, celle de mettre en lumière ce sujet encore trop sombre.

En effet, il est temps d'accéder à une meilleure approche, médico-psychologique, qui aborde toutes les questions que le déni soulève, plus exhaustive.

Il reste beaucoup à faire mais chaque apport à ce thème du déni de grossesse ne peut être que favorable. L'idée étant de répandre le plus possible le savoir déjà acquis sur le déni de grossesse, pour mieux l'appréhender, et d'y ajouter de nouvelles ressources.

4.2. LES DETERMINANTS DU DENI DE GROSSESSE

Au regard des résultats énoncés ci-dessus, certains éléments semblent redondants lors de l'étude du déni de grossesse. En revanche, d'autres facteurs de risques sont insuffisamment développés ou n'apparaissent pas dans les résultats mais sont présents dans la littérature, notamment le versant psychique de la pathologie.

En effet, les résultats ont démontré plusieurs critères pouvant être définis comme physiques ou environnementaux, tels que la multiparité ou la précarité, sans vraiment développer les mécanismes psychiques sous-jacents qui pourraient amener à suspecter un risque de déni de grossesse.

Parmi ces mécanismes sont retrouvés plusieurs grands thèmes : le rapport à la sexualité, la filiation, le désir d'enfant et le conjoint.

4.2.1. Déni de grossesse et sexualité

La sexualité semble un point intéressant à retenir et à étudier dans les facteurs de risque du déni de grossesse.

Premièrement, dans les cas où la sexualité est impensable, par exemple dans les familles rigides là où la sexualité et tout ce qui s'en rapproche est un sujet tabou et empli d'interdit et que par la grossesse seront révélées les relations sexuelles. [2] Aussi dans le cas de violences sexuelles, les agressions sexuelles sont enfouies et la peur du regard d'autrui majore la culpabilité et la honte souvent déjà très importantes. [2] Grâce à cette séparation psychique, sorte de clivage, le cours de la vie peut être poursuivi, au moins le temps d'une grossesse dans le cas du déni. Le mécanisme mis en lumière ici est lié au(x) précédent(s) traumatisme(s), les femmes niant leurs grossesses répètent les comportements de l'entourage qui a pu nier leur souffrance passée. [2] De plus, dans le cas des relations adultérines, la grossesse peut être plus facilement déniée car l'enfant est inconcevable du fait de son origine. [2]

Enfin, pour Catherine Bonnet comme Anna Spielvogel, le déni de grossesse « *a souvent pour origine des histoires de maltraitances, physique, sexuelle, ou émotionnelle, des viols, des carences affectives ou des comportements négligents des parents* » [2], ce qui appuie l'argument de l'impact de la sexualité dans le complexe du déni de grossesse.

À noter tout de même que dans la plupart des études épidémiologiques sur les étiologies du déni de grossesse, les femmes présentant des antécédents de viols ou d'incestes ne sont que peu présentes. [2] La sexualité a donc un rôle certain parmi les causes du déni de grossesse, mais n'est pas la seule explication quant à l'origine d'une grossesse déniée.

4.2.2. Dénis de grossesse et filiation

De manière classique, l'arrivée d'un nouvel enfant s'accompagne d'un réaménagement, d'une modification psychique. C'est la création d'une nouvelle identité familiale avec le saut d'une génération. [2] Dans le cas du déni de grossesse, Élisabeth Darchis, psychologue-psychanalyste, décrit une impossibilité du système familial à évoluer, à se muer. [2]

Dans le cas d'une grossesse déniée, le retour à l'enfance et aux origines est impossible. [2] Les modifications psychiques ne pourront pas s'opérer et aucun mouvement de régression ne sera effectué. Le travail psychique inhérent à la grossesse est paralysé par ce que comporte l'histoire de la femme : des traumatismes anciens ou encore des secrets de familles. [2]

Pour pouvoir accéder à la maternité, il est important pour la future mère de pouvoir s'identifier à sa propre mère. [2] Ainsi dans certains cas, l'identification maternelle est irréalisable. Par exemple parfois, l'indisponibilité ou l'absence de la mère a rendu difficile l'intériorisation d'une figure maternelle, aucun modèle maternel n'a pu être intériorisé par la future mère. [2] En cas d'absence de référence maternelle originaire, il devient impossible pour la femme d'enfanter à son tour. Pour pouvoir avoir accès à la maternité, une femme doit se remémorer sa propre mère au début de sa vie d'enfant [2]

De plus, Israël Nisand, professeur de gynécologie-obstétrique, et Sophie Marinopoulos, psychologue-psychanalyste, déclarent que la majorité des mères des patientes rencontrées ayant dénié leurs grossesses ont un profil similaire. Ce sont des mères souvent sur un versant dépressif, en proie à une détresse intérieure, et ayant été incapables d'interpréter les besoins affectifs de leurs filles. [2] De ces faits en découle un manque affectif au cours de la vie de l'enfant chez ces patientes. Ce manque affectif peut mener à un état traumatique, état qui perdure au fil des années et contre lequel il faudra lutter, c'est un état où il faudra perpétuellement ignorer ce qui fait mal, tel que les angoisses. Ce sera le seul moyen de s'en sortir. [7] En résulte donc parfois un déni de grossesse. [7]

En résumé, il apparaissait dans les résultats qu'une mère indisponible ou une relation mère/fille très fusionnelle et régressive avaient été notées chez plusieurs patientes, [17] en faisant donc un possible déterminant au déni de grossesse.

De plus, il était affirmé que les relations œdipiennes trop ou trop peu investies pouvaient jouer un rôle dans la survenue d'un déni de grossesse. [17] Ces constatations quant aux rapports mère/fille et au complexe Œdipien sont plus nuancées et approfondies dans la littérature.

En effet, dans le cas d'un complexe d'Œdipe insuffisamment élaboré, même si l'inceste n'a pas eu lieu, la grossesse peut être vécue comme une preuve d'inceste fantasmatiquement. Le père est alors trop intrusif, et la mère est trop en retrait et trop peu protectrice. [2] Le complexe œdipien est alors déséquilibré. Le père étant trop présent, la maternité représenterait à la fois avoir un enfant du père, mais donc aussi abandonner son rôle de fille vis-à-vis de lui. [2] Le positionnement identificatoire ne permet pas à la fille de trouver sa place afin d'établir une relation œdipienne saine. Ces déséquilibres entraînent une confusion et une désorganisation des rôles au niveau transgénérationnel. [2]

Le déni de grossesse constitue un mécanisme de défense [2] et les troubles de la filiation abordés dans cette sous-partie se présentent comme des déterminants récurrents, si ce n'est fréquents, du déni de grossesse.

4.2.3. Désir d'enfant et déni de grossesse

Il semble intéressant de s'interroger sur la place du désir d'enfant dans le cas du déni de grossesse.

Contrairement à ce qui pourrait être pensé, une femme présentant un déni de grossesse n'est pas obligatoirement une femme ne souhaitant pas être enceinte ou ne désirant pas d'enfant.

Le désir de grossesse renvoie à l'image de la fonction reproductrice. [2] En étant enceinte, la femme s'assure de sa féminité, de sa fertilité et du bon fonctionnement de son corps. [2] Ce désir d'enfant est équivoque. Cette ambivalence est présente dès le début de la grossesse, si celle-ci devient trop insupportable, elle peut mener à un déni de grossesse. [2]

Il est intéressant de plutôt rechercher si le déni a servi à pallier à une situation où le désir d'enfant ne pouvait s'exprimer. Ou si au contraire, le non-désir d'enfant était si fort que tous les signes habituels de grossesse ont été empêchés. Chaque histoire possède une origine du désir ou du non-désir différente, marquant la singularité des cas cliniques rencontrés. [2]

Les cas de troubles du rapport aux corps semblent être judicieux pour illustrer l'impact que le désir d'enfant peut avoir, en association avec d'autres facteurs, dans la survenue du déni de grossesse. Tout d'abord, il est nécessaire de constater qu'avant le déni de grossesse, il y a souvent le trouble de la représentation du corps et du rapport à soi. [2]

Ainsi, on observe plus fréquemment le déni de grossesse associé à certaines pathologies mentales. Parmi ces pathologies se trouvent la schizophrénie, les troubles du comportement alimentaire et les toxicomanies. [2] Ces différents troubles sont intéressants car intimement liés au désir d'enfant.

En effet, le désir d'enfant est peu compatible avec la prise de toxiques. [2] Le déni de grossesse prend alors place face à ce souhait d'enfant afin d'épargner la femme des diverses problématiques durant sa grossesse : l'anticipation d'un éventuel placement ou encore la problématique du sevrage. [2] Dans le cas de l'anorexie mentale, la grossesse serait susceptible de réactiver les problématiques associées à l'image du corps. Le déni intervient donc pour protéger contre la perte de maîtrise sur le poids et sur le corps, et (de même que dans le cas de la toxicomanie) contre la culpabilité d'un éventuel effet nocif du comportement de la mère sur l'enfant à venir. Le cas de l'anorexie mentale est particulier car souvent accompagné d'une aménorrhée persistante, élément facilitant le déni de grossesse et la non prise de conscience de son état. [2]

Le non-désir d'enfant n'est donc pas un déterminant du déni de grossesse.

4.2.4. La place du conjoint parmi les déterminants

Le conjoint (lorsqu'il est présent) fait partie intégrante de l'environnement de la femme et conditionne par ses comportements une fraction des réactions, des actes, et des interactions de la femme concernant plusieurs sujets comme sa sexualité, sa vie affective et amoureuse et sa procréation. [7]

À nouveau, faire une généralisation, ici sur les partenaires et conjoints de ces femmes, serait incorrect. En revanche, ne pas les mentionner dans la recherche des diverses étiologies du déni de grossesse est tout autant aberrant car dévoilerait un manquement dans la tentative de description complète et exhaustive de cette pathologie. [7]

Des suites de leurs nombreuses rencontres et expériences cliniques, Nisand et Marinopoulos dégagent plusieurs portraits d'hommes, compagnons de ces femmes présentant un déni de grossesse. Ces trois classes ne sont pas représentatives d'un modèle fixe d'homme mais regroupent un ensemble d'hommes. Leur description témoigne d'un mélange de cas rencontrés. [7]

La première grande catégorie est celle de « *l'homme naïf* » [7], celui assigné à une réputation de benêt, d'idiot. Il ne se rend compte de rien et surtout pas de la souffrance de sa femme. Il ne s'est jamais posé de questions quant à sa relation avec elle et se refuse à se poser des questions sur celle-ci. Le déni de grossesse apparaît comme un accident prévisible quand on connaît à quel point l'être humain a besoin de communiquer, d'exprimer ses affects. En être privé déclenche un grand risque de mort, physique ou psychique. [7]

La seconde catégorie est celle du « *grand névrosé* » [7]. Lui est capable de colère, de grand retrait, d'emballement, puis de silence. Il est franc, cru et dit ce qu'il pense. Il impose une certaine image de force et de stabilité. Derrière ce qui peut sembler être des qualités, se cache une facette moins attractive : il est peu réceptif à la souffrance de sa femme, et il n'a pas de temps pour elle. [7] Il a en commun avec l'homme naïf l'incapacité à concevoir que sa femme puisse avoir des attentes amoureuses ou des envies de projets. Il est inapte à lui donner l'attention dont elle aurait besoin. C'est un compagnon égoïste et la pauvreté affective dont il fait acte est navrante. [7]

La troisième et dernière catégorie mise en lumière est celle du « *pervers narcissique* » [7]. Ce type d'homme n'est pas toujours simple à déceler. Il cherche toujours à apparaître sous son meilleur jour, charmant, insoupçonné. [7] Dans la relation, il n'a comme enjeu que de se satisfaire et exerce donc une emprise sur sa partenaire afin d'obtenir ce qu'il souhaite. Sa relation avec « *l'autre du couple* » [7] est d'une maltraitance gravissime.

L'étude de ces portraits démontre qu'il est essentiel, en tant que professionnels de santé, de garder en tête que le déni de grossesse est toujours la partie visible d'une plus grande maltraitance pouvant prendre diverses formes. [7]

4.2.5. Autres résultats sous exploités

Il a été retrouvé dans les résultats, que les femmes en situation de précarité et/ou d'instabilité sociale étaient plus fréquemment touchées par le phénomène du déni de grossesse. Cependant, il semble important de souligner qu'on ne peut pas confondre la pauvreté sociale avec la misère psychique, relationnelle et affective. [7]

En effet, il est possible d'évoluer dans un milieu favorisé sans pour autant être reconnu ou respecté à sa juste valeur. Il est possible d'être en couple mais dans une grande solitude, sans reconnaissance ou amour partagé. [7] Le déni de grossesse arrive dans les familles plongées dans la misère affective,

or c'est une caractéristique qu'il est parfois difficile de percevoir derrière la seule façade montrée en société.

En somme, les conclusions de nombreux travaux se rejoignent et admettent des déterminants au déni de grossesse, cependant il ne semble évidemment pas possible de poser un profil typique et immuable de la femme présentant ou à risque de présenter un déni de grossesse.

4.3. LE DEPISTAGE DU DENI DE GROSSESSE : UNE UTOPIE ?

En considérant le caractère hétérogène de la population de femmes touchées par le déni de grossesse, il semble que le dépistage de celui-ci ne doit pas passer par une recherche de critères ou de facteurs de risque mais plutôt par une vigilance accrue et une meilleure connaissance de cette pathologie mystérieuse. Notre attention en tant que professionnels de santé doit être plus grande et nous devons être plus attentifs aux femmes présentant ces critères.

Angela Jenkins, Simon Millar et James Robins admettaient que le déni de grossesse pourrait être mieux dépisté si les professionnels de santé étaient plus suspicieux vis-à-vis de cette pathologie et s'ils s'assuraient que des tests de grossesse étaient réalisés par toutes femmes présentant un ou plusieurs symptômes de grossesse. [20]

4.4. LES SIGNES DE GROSSESSE SONT PRESENTS MAIS MAL INTERPRETES : LA CONTAGION

Il a été abordé plus tôt l'aspect de réinterprétation et de rationalisation des signes de grossesse par la femme déniait sa grossesse. (cf 1.1.3)

Les signes de grossesse lors d'un déni peuvent être présents mais ne le sont pas toujours. Lorsqu'ils le sont, un phénomène omniprésent dans le déni de grossesse apparaît : la contagion.

Élément perpétuellement retrouvé en cas de déni de grossesse, c'est la « *réponse de l'impensable social à l'impensé de la femme* ». [7] La femme étant persuadée de son impossibilité gravidique, elle provoque de l'impensable chez les soignants. Ils se retrouvent alors piégés à leur tour, victime d'une « *contamination par le déni* » [19]. Il en va de même pour le conjoint, les proches et l'entourage. [19]

Cette influence peut s'expliquer par le fait que le praticien est incapable de percevoir ce que la patiente elle-même ne perçoit pas. [16] Colette Pierronne, psychologue, affirme que « *les rationalisations de ces femmes sont présentées d'une telle sorte aux médecins traitants, que leur pensée en est gelée* ». [16] Sophie Marinopoulos aborde le sujet de la contagion en admettant que la manière dont les femmes décrivent et définissent leurs symptômes, influe sur le jugement de leur interlocuteur. Le déni de grossesse impose une emprise telle, que rien de logique ou rationnel ne pourrait amener le praticien à envisager l'état gravide de sa patiente. [16]

Sorte de « *déni du déni* » [16], la contagion est un mécanisme ne venant que renforcer une persuasion chez la femme déjà bien ancrée. L'hypothèse avançant que les signes de grossesse lors d'un déni sont présents mais mal interprétés est confirmée par le système de rationalisation chez la patiente, ainsi que par l'existence de la contagion chez les soignants ainsi que les proches.

4.5. LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE ET L'ETAT PSYCHIQUE DANS LE DENI DE GROSSESSE.

La place primordiale de la psychologie et de l'état psychique des patientes dans la santé gésique semble quelque fois sous-estimée. La prise en compte de ces facteurs dans la prise en charge globale est primordiale. La médecine ayant parfois tendance à se focaliser sur les simples symptômes somatiques, en oublie l'incontournable importance de la psyché dans le processus soignant, de surcroît dans le cas du déni de grossesse.

Il existe évidemment une dimension psychologique au déni de grossesse, en revanche cet abord de la pathologie reste encore mystérieux dans son fonctionnement et sa compréhension.

Toutefois, les résultats de certaines études amènent à penser qu'une prise en charge à la fois somatique et psychique des femmes présentant un déni de grossesse aurait un impact en termes de prévention des récives. [15] Le dépistage du déni de grossesse inclut donc l'évaluation de l'état psychique des patientes.

4.6. DEPISTER LE DENI DE GROSSESSE : LA SOLUTION ?

Question importante que soulève ce travail de recherche : connaître les déterminants au déni de grossesse permettrait-il de mieux le dépister ?

Le dépistage ainsi que la prévention semblent être des éléments clés vers une meilleure qualité de prise en charge ainsi qu'un gain de chance pour les femmes susceptibles d'être touchées par le déni de grossesse. Cette prévention se traduirait comme une aide et tenterait de décoder durant la grossesse les signes pouvant être présents. [7]

Un élément fondamental s'impose, c'est l'hétérogénéité des profils et des signes de grossesse rencontrés dans l'étude des cas cliniques du déni de grossesse. L'impossibilité à établir un portrait figé de la femme dénia sa grossesse rend automatiquement le dépistage complexe. Chaque femme est unique puisque chaque parcours de vie l'est aussi. [7]

Cependant, prévention ne veut pas dire prédiction, [7] il est tout aussi difficile de ne pas tomber sur l'autre versant et de chercher à dépister à tout prix un déni de grossesse chez une femme ayant des antécédents ou des facteurs identifiés comme à risque de déni de grossesse et qui n'en présentera peut-être jamais. [7]

Plus simplement, Israël Nisand et Sophie Marinopoulos affirment qu'il existe « *des risques à prévenir les risques du déni* ». [7] Cette affirmation s'appuie sur l'importance de la prise en compte de la singularité de chacun et le fait que rien n'est jamais joué à l'avance. [7] La parole est essentielle, la compréhension de l'autre ne peut passer que par le dialogue. Ainsi, le diagnostic d'une pathologie telle que le déni de grossesse ne peut se résumer à un enchainement d'items à cocher, qu'ils soient somatiques ou psychiques.

Plusieurs risques liés à la prévention sont donc décrits par Nisand et Marinopoulos.

Le premier risque dans la prévention, est celui d'effacer la singularité des femmes, ce qui irait à l'encontre même de ce qui semble indispensable dans la compréhension du déni de grossesse : le caractère unique de chaque patiente. [7]

Le second risque est celui de ne prendre la patiente que dans son immédiateté, sans penser à ce qui fait et ce qui a fait d'elle ce qu'elle est à cet instant. Le déni de grossesse ne survient pas sans raison, il ne tombe pas de nulle part, le risque ici est d'amputer la femme de son antériorité, de son histoire personnelle. Or c'est la compréhension des vécus psychiques de la patiente qui permet au soignant de progresser dans son raisonnement. [7]

Le troisième risque s'appuie sur le principe de la prévention elle-même car elle n'est jamais neutre. Chaque praticien a sa propre manière de voir les choses et donc ne va pas conceptualiser la prévention de la même manière. Il est nécessaire d'interroger ses propres représentations associées au déni de grossesse et les images qu'il peut évoquer afin de les confronter à la réalité. Rentre aussi en jeu la notion connue du transfert et du contre-transfert dans la relation soignant-soigné. Le fait d'entendre et d'analyser ces ressentis est essentiel dans le cadre d'une prévention de qualité. [7]

Le quatrième et dernier risque lié à la prévention est le plus difficile à concevoir. Il aborde la nécessité d'accepter que la vérité puisse nous échapper. Accepter ce point revient à accepter que la vérité nous dépasse. « *Pour donner du sens à une histoire, il faut accepter le non-sens* » [7], c'est à dire renoncer à comprendre et plutôt accepter d'être dépassé pour pouvoir accéder à une prévention saine de la maladie, là où on intègre la part sombre et inexplorée du déni de grossesse. [7] De surcroît lors de la prise en charge de patiente ayant un antécédent de déni de grossesse.

La prévention du déni de grossesse est essentielle voire vitale même si elle s'avère loin d'être simple. Le déni de grossesse est un phénomène qui existe et qui fait souffrir des femmes. À chacun d'agir pour, ensemble, faire reculer le nombre de mères qui le vivent.

4.7. UN FREIN AU DEPISTAGE DU DENI DE GROSSESSE : PATHOLOGIE INEXPLOREE

Au vu des résultats récoltés au cours de ce travail de recherche, il semble flagrant que le déni de grossesse est une pathologie particulièrement sous explorée. Son étude est majoritairement récente, fragile parfois, quelque fois riche, mais insuffisante en comparaison des nombreuses autres pathologies connues. Le déni de grossesse peut être décrit comme la « *maladie orpheline de l'obstétrique* ». [2] Étant encore majoritairement mystérieux sous plusieurs de ses aspects, le déni de grossesse reste trop peu répandu et trop peu enseigné. Il est même plutôt considéré comme une pathologie accessoire dans les parcours d'enseignements médicaux, il peut ne jamais apparaître dans le cursus d'un futur docteur en psychiatrie. [22]

De cette constatation en découle une évidence : le déni de grossesse semble difficile à dépister de nos jours. En effet, l'inconnu évoqué par cette pathologie rend son diagnostic particulièrement complexe. Israël Nisand déclarait d'ailleurs « *le déni de grossesse est récalcitrant à toute généralisation* » [2], rejoignant l'argumentaire de la difficulté du dépistage.

Le déni de grossesse peut être dépisté, cependant difficilement dans les conditions actuelles en prenant en compte les connaissances que nous avons sur ce sujet et son enseignement auprès des professionnels de santé.

4.8. PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

4.8.1. Un besoin de connaissances plus fournies

L'insaisissabilité de ce sujet ainsi que son caractère mystérieux sont parfois aguicheurs dans les médias, de surcroît lors de drames et faits divers, pouvant cette fois-ci faire exploser la presse. Étonnamment, malgré ces mises en lumière, le déni de grossesse ne semble pas déclencher un engouement suffisant pour mener à de nouvelles études plus puissantes, plus ambitieuses. Ces nouvelles recherches, apportant un savoir inexploré ou venant appuyer des affirmations déjà annoncées, permettraient d'en apprendre un peu plus sur le déni de grossesse et donc ainsi de sensibiliser un plus large public.

4.8.2. La Classification Internationale des Maladies

Le déni de grossesse est toujours absent, dans sa juste forme, des classifications nationales et internationales. Il n'est donc pas présent dans la dernière CIM malgré plusieurs signalements par différents auteurs ayant averti de ce manquement par le passé.

Ce dernier est inclus depuis peu dans la section « troubles liés aux traumatismes et au stress » du DSM 5, ce qui n'est pas suffisant car manquant de justesse. [23]

Son apparition en tant que réelle pathologie reconnue permettrait d'aboutir à une plus grande légitimation et reconnaissance de ce phénomène.

D'une certaine manière, si le libellé exact de « déni de grossesse » était clairement cité dans la CIM, la confusion avec grossesse déniée, grossesse dissimulée et grossesse cachée pourrait être moins récurrente.

De plus, l'introduction de cette nouvelle catégorie permettrait de mettre en lumière et de classer d'autres phénomènes appartenant au thème de la reproduction, eux aussi laissés de côté. Dans ces autres pathologies se trouvent par exemple l'Interruption Volontaire de Grossesse tardive, ou encore les grossesses nerveuses, qui sont à l'opposé du déni de grossesse. [22] Il serait tout aussi judicieux d'imaginer une sous-catégorie différenciant dénégation et dissimulation du réel déni de grossesse. [22]

En revanche, même si cette intégration dans la prochaine CIM peut faire espérer une amélioration de la reconnaissance du déni de grossesse, l'avis opposé est aussi exprimé.

Ainsi, d'autres auteurs sont plus frileux quant à cette idée d'introduction du déni de grossesse dans une classification nationale ou internationale. En effet, selon eux catégoriser de la sorte le déni de grossesse reviendrait à ne plus le voir comme une pathologie qualitative, où chaque personne est unique, mais plutôt sous un versant quantitatif. Faisant perdre ainsi l'essence précieuse de ce phénomène, intimement lié à la singularité de chaque femme. [22]

Néanmoins, l'utilisation des classifications nationales et internationales, en mentionnant le déni de grossesse en tant que tel, permettrait au moins d'établir des études plus justes car il serait plus simple de repérer les cas de déni à inclure dans ces études. Cela, en plus de la reconnaissance probable accordée à la pathologie.

4.8.3. L'utilité d'un consensus professionnel

L'absence de consensus professionnel empêche la clarification du sujet du déni de grossesse.

Il n'existe pas à ce jour de définition clairement établie et admise par l'Organisation Mondiale de la Santé. [23] La présence du déni de grossesse dans la CIM-11 est erronée, non adéquate par rapport à la réalité du phénomène.

Il semble aberrant que la définition même du déni de grossesse ne soit pas claire, admise et généralisée. De ce fait, ni la CNGOF, ni aucune autre instance scientifique reconnue en France n'a admis de définition précise et cadrée du déni de grossesse. Ainsi, dans certaines études on prendra comme seuil le passage des 20 semaines d'aménorrhées sans connaissance de son état gravidique comme limite pour parler de déni de grossesse. D'autres études prennent la fin du premier trimestre soit 14 semaines d'aménorrhées comme frontière (c'est-à-dire le dépassement de la date légale maximale actuellement pour pratiquer une IVG).

Dix ans après la dernière publication de la CNGOF concernant le déni, rien n'a été publié à ce sujet. [3]

La dénomination ambiguë de ce phénomène est un frein à la bonne sensibilisation des professionnels.

Un soignant, un proche, ou une femme confrontée au déni de grossesse et souhaitant approfondir et creuser dans ce qu'il a vécu, risque de se retrouver frustré. Rien ne sera trouvé dans les manuels d'obstétrique, rien ne sera trouvé dans les manuels de psychologie clinique. [7] Pour sortir de cette situation, il existe quelques livres, peu sont parus récemment, abordant la question du déni d'un aspect complet et exhaustif.

Cependant ce ne sont pas des livres à destination d'enseignement aux professionnels, il semble logique et opportun de vouloir ajouter parmi ces manuels, au moins le minimum pour aborder cette pathologie sans nier son existence. [7]

La sensibilisation des soignants se présente comme la clé pour une meilleure prise en charge, il semble opportun de profiter des années de formation pour aborder le déni de grossesse afin d'y être vigilant et préparé, le jour où il sera rencontré ; car il sera rencontré. Le déni de grossesse fait partie des pathologies auquel on peut être confronté dès lors que l'on côtoie des femmes enceintes. [7]

De manière générale, tous les professionnels de santé ainsi que les professionnels des milieux scolaires et sociaux, devraient être sensibilisés aux complications qu'implique le non-suivi de grossesse au travers du déni de grossesse.

Par conséquent, connaître et savoir reconnaître cette pathologie, c'est rendre des services incommensurables aux femmes et aux familles que l'on rencontre au cours d'une carrière et qui se fient à nous. [7]

4.8.4. La prise en charge psychologique et/ou psychiatrique

L'un des déterminants retrouvés dans les résultats comme étant un facteur de risque de déni de grossesse était l'antécédent de déni de grossesse.

La prise en charge à long terme des patientes ayant présenté un déni de grossesse est très peu étudiée. Or, si ce critère se trouve être un facteur de risque, il semble judicieux qu'en cas de déni de grossesse soit mis en place un suivi psychologique voir psychiatrique si besoin afin de prévenir le risque de récurrence. [19]

Une attention particulière doit être portée à ces femmes ayant déjà témoigné d'une certaine détresse psychologique par le passé en présentant un déni de grossesse.

4.8.5. Conclusion sur les propositions pour la pratique professionnelle

Le but de ces propositions est de repérer plus facilement et systématiquement les femmes incapables psychiquement d'être mère, de les aider à accéder à la demande d'aide indispensable à la non-répétition du déni de grossesse.

Il est temps que ces cas ne soient plus uniquement exposés comme de simples anecdotes ou pire des faits divers, mais qu'ils soient considérés comme de réels problèmes de santé publique. [2]

CONCLUSION

Le déni de grossesse est un sujet d'actualité. Très en vogue dans les populations de jeunes adultes, le déni de grossesse est retrouvé récemment sur les plateaux télé, sur les réseaux sociaux, au bout de nos doigts sur nos smartphones. Anciennement rejeté, le déni de grossesse attire aujourd'hui les curieux, cet ancien déni du déni reste tout de même encore à combattre.

De plus, après cette étude réalisée sur le déni de grossesse, il semble que la complexité de ce phénomène particulier impose de ne pas placer de modèle protocolaire sur chaque femme. Chaque femme est unique et chaque maternité l'est aussi.

En somme, il peut être affirmé que le déni de grossesse est une pathologie polymorphe aux cas cliniques extrêmement variés. Chaque patiente est à prendre dans son ensemble, sa globalité et sa singularité et à ne pas résumer uniquement par son déni de grossesse ou au contraire, en évoquant simplement son déni sur une feuille de transmissions sans en souligner l'importance.

La sage-femme, en tant que personne clé dans le suivi de la vie gynécologique et obstétricale des femmes, possède un rôle premier dans le dépistage et l'accompagnement du déni de grossesse. Elle se doit d'être précurseur dans ce domaine. Que ce soit au sein de l'hôpital, en cabinet libéral ou dans toutes autres missions destinées aux sages-femmes, il est possible de rencontrer le déni de grossesse, la plupart des professionnels de l'obstétrique l'ont d'ailleurs déjà rencontré.

Il semblerait judicieux d'encourager la sensibilisation et la formation des sages-femmes au phénomène complexe du déni de grossesse ainsi qu'à ses déterminants afin de pouvoir mieux prendre en charge les femmes.

Admettre l'immense rôle du psychisme dans la grossesse c'est admettre qu'« *il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant, et il ne suffit pas d'accoucher pour devenir mère* » [7]. Le déni de grossesse n'est pas une maladie en soi mais plutôt un signe de mal-être profond [7], à nous soignants de ne pas le nier, de continuer à prospecter ce sujet pour mieux accompagner ces femmes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF. 2007 ; 524p.
- [2] Bayle B, et al. Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique. Édition érès. 2016 ; 244p.
- [3] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Le déni de grossesse. 10 déc 2010 ; 145-58.
- [4] Bayle B. Les enjeux psychologiques du déni de grossesse. Vocation sage-femme. Mai-juin 2016 ; 120 : 10-3.
- [5] World Organisation for Health. ICD-11. Sept 2020 [en ligne]. (Consulté le 14/01/21) ; disponible sur <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2046775039>
- [6] Jacob Alby V, Quaderi A, Védie C. Le déni de grossesse relève-t-il d'une maladie mentale ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2014 ; 172 : 382-6.
- [7] Marinopoulos S, Nisand I. Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Lonrai : Les liens qui libèrent. 2019 ; 231p.
- [8] Sanselme-Cardenas ME, Rabanel JR, Lestien R, et al. Y'a-t-il des dénis de grossesse qui se terminent bien ? Vocation sage-femme. Nov-déc 2012 ; 99 : 30-2.
- [9] Darchis L. Le déni, une défense contagieuse dans la famille. Vocation sage-femme. Mai 2016 ; 120 : 19-20.
- [10] Carlier L. Quel accompagnement pour les « grossesse clandestines » ? Vocation sage-femme. Mai – juin 2016 ; 120 : 23-5.
- [11] Janati Idrissi M, Dany L, Libert M. Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Juin 2014 ; 62 : 195-202.
- [12] Grossesse. Ordre des sages-femmes conseil national [en ligne]. (Consulté le 04/07/20) ; disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sage-femme/competences/grossesse/>
- [13] Deflandre L. Les troubles psychiques au cours de la grossesse : anxiété et inquiétudes face aux changements. Passeport Santé [En ligne]. (Consulté le 04/07/20) ; disponible sur : <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=troubles-psychiques-grossesse>
- [14] Seigneurie AS, Limosin F. Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. La revue de médecine interne. 2012 ; 33 : 635-39.
- [15] Chaulet S, Juan-Chocard A-S, Vasseur S, Hamel J-F, Duverger P, Descamps P, et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. déc 2013 ; 171 (10) : 705-9.

- [16] Bayle B. Les enjeux psychologiques du déni de grossesse. *Vocation sage-femme*. Mai-juin 2016 ; 120 : 10-3.
- [17] Seguin S, Golse B, Apter G. Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature. *Presses Universitaires de France*. Jan 2013 ; 56 : 267-92.
- [18] Goirand-Nougairède D. Place des facteurs non psychiques dans le déni de grossesse. *Vocation sage-femme*. Mai-juin 2016 ; 120 : 14-7.
- [19] Seigneurie AS, Limosin F. Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. *La revue de médecine interne*. 2012 ; 33 : 635-39.
- [20] Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy - a literature review and discussion of ethical and legal issues. *J R Soc Med*. juill 2011 ; 104 : 286-91.
- [21] Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Avr 2013 ; 6-7.
- [22] Chaulet S. Déni de grossesse : exploration clinique et psychopathologique, prise en charge, étude rétrospective sur 5 ans au CHU d'Angers. Université d'Angers. 2011 ; 224p.
- [23] Humeau É. Le déni de grossesse : revue de la littérature et étude de son lien potentiel avec le néonaticide. Université de Bordeaux. 2018 ; 79p.

ANNEXES

ANNEXE I : FICHE DE LECTURE

ANNEXE II : RESULTATS DE L'ETUDE

ANNEXE I : FICHE DE LECTURE

Fiche de lecture

Titre de l'article :

Mots clés :

Année de publication :

Puissance de l'étude :

Pays/langue de publication :

Schéma/type d'étude :

Population d'étude :

Lieu et période de l'étude :

Problématique de l'étude :

Objectifs de l'étude :

Principaux résultats :

Conclusion de l'étude :

ANNEXE II : RESULTATS DE L'ETUDE

(page à enlever remplacée par le tableau résultat)

Le déni de grossesse : quels sont ses déterminants ?

Revue de la littérature francophone et anglophone à propos de six articles et études datant de 2011 à 2016.

RESUME

Introduction : Le déni de grossesse est un phénomène bien réel et pourtant sous-estimé. Ce sont des grossesses invisibles aux yeux de tous, parfois même pour les praticiens. La connaissance de ses déterminants pourrait permettre de mieux le dépister. L'objectif de ce travail d'essayer de dégager les déterminants du déni de grossesse.

Méthode : Afin de répondre à cet objectif, une revue de la littérature anglophone et francophone a été réalisée à propos de six publications datant de 2011 à 2016.

Résultat : Le profil type de la femme présentant un déni de grossesse paraissait de manière générale impossible à établir. Cependant, certaines caractéristiques et certains contextes apparaissaient plus fréquemment en cas de déni de grossesse sans être pour autant obligatoirement présents. Les principaux facteurs de risques relevés étaient tout d'abord sociaux comme la précarité ou l'instabilité sociale, mais aussi l'éducation familiale si elle a été particulièrement rigide ou défaillante par exemple. Ils étaient aussi gynécologiques et obstétricaux, les femmes ayant présenté un déni de grossesse avaient souvent déjà eu recours à l'IVG auparavant et les nullipares étaient moins touchées par ce phénomène. Les moyennes d'âges des femmes ayant présenté un déni de grossesse se situaient majoritairement entre 20 et 30 ans. Certains auteurs relevaient aussi des antécédents psychiatriques comme étant des déterminants du déni de grossesse, notamment en cas d'antécédent de pathologie entraînant un trouble du rapport au corps.

Conclusion : Il n'existe pas de profil type de la femme à risque de nier sa grossesse. Il faut encourager la sensibilisation et la formation des sages-femmes au phénomène complexe du déni de grossesse ainsi qu'à ses déterminants afin de pouvoir mieux prendre en charge les femmes.

MOTS CLES : DENI DE GROSSESSE, DETERMINANT, FACTEUR DE RISQUE, DEPISTAGE

ABSTRACT:

Introduction: Pregnancy denial is a very real and yet underestimated phenomenon. These pregnancies are invisible to everyone, sometimes even to practitioners. Knowledge of its determinants could allow for better detection. The objective of this work is to try to identify the determinants of pregnancy denial.

Methods: To address this objective, a review of the English and French literature was conducted including six publications dating from 2011 to 2016.

Results: The typical profile of the woman presenting a denial of pregnancy seemed generally impossible to establish. However, certain characteristics and contexts appeared more frequently in cases of pregnancy denial, without necessarily being present. The main risk factors identified were first of all social, such as precariousness or social instability, but also the family education if it had been particularly rigid or deficient, for example. They were also gynecological and obstetrical, as women who had experienced a denial of pregnancy had often already had recourse to abortion beforehand and nulliparous women were less affected by this phenomenon. The average age of women who had experienced denial of pregnancy was mostly between 20 and 30 years. Some authors also noted psychiatric history as a determinant of pregnancy denial, particularly in the case of a history of pathology leading to a disturbed relationship with the body.

Conclusion: There is no typical profile of a woman at risk of denying her pregnancy. Awareness and training of midwives on the complex phenomenon of pregnancy denial and its determinants must be encouraged in order to better care for women.

KEY WORDS: PREGNANCY DENIAL, DETERMINANT, RISK FACTOR, SCREENING