



**HAL**  
open science

**Quand corps et esprit s'opposent : la sage-femme face au déni de grossesse : étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, monocentrique, à l'aide de questionnaires sur les connaissances et les pratiques professionnelles auprès de 31 sages-femmes du CHR Metz Thionville sur le déni de grossesse en 2019**

Camille Antoine

► **To cite this version:**

Camille Antoine. Quand corps et esprit s'opposent : la sage-femme face au déni de grossesse : étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, monocentrique, à l'aide de questionnaires sur les connaissances et les pratiques professionnelles auprès de 31 sages-femmes du CHR Metz Thionville sur le déni de grossesse en 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04344994

**HAL Id: hal-04344994**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04344994v1>**

Submitted on 14 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](mailto: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.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

Quand corps et esprit s'opposent.  
La sage-femme face au déni de grossesse

Étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, monocentrique, à l'aide de questionnaires  
sur les connaissances et les pratiques professionnelles auprès de 31 sages-femmes du CHR Metz  
Thionville sur le déni de grossesse en 2019

Mémoire présenté et soutenu par  
Camille ANTOINE  
Née le 25 Décembre 1995

Directeur de mémoire : Mme Catherine MERGEN-MOREL,  
Sage-Femme enseignante

Expert de mémoire : Mme Joëlle MANGEOT,  
Sage-Femme enseignante

Promotion 2015-2019



Université de Lorraine  
École de Sages-Femmes de METZ

Quand corps et esprit s'opposent.  
La sage-femme face au déni de grossesse

Étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, monocentrique, à l'aide de questionnaires  
sur les connaissances et les pratiques professionnelles auprès de 31 sages-femmes du CHR Metz  
Thionville sur le déni de grossesse en 2019

Mémoire présenté et soutenu par  
Camille ANTOINE  
Née le 25 Décembre 1995

Directeur de mémoire : Mme Catherine MERGEN-MOREL,  
Sage-Femme enseignante

Expert de mémoire : Mme Joëlle MANGEOT,  
Sage-Femme enseignante

Promotion 2015-2019

# REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame MERGEN-MOREL, ma directrice de mémoire, pour son aide si précieuse et son soutien tout au long de l'élaboration de ce travail.

Merci, à Madame MANGEOT, sage-femme enseignante à l'école de Metz, pour avoir accepté d'être experte de ce mémoire, pour son aide et ses conseils.

Je remercie mes parents et ma sœur pour les heures passées à relire mon mémoire ainsi que pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de ces années d'étude.

Merci à mes amis d'avoir toujours été présents, dans les bons comme dans les mauvais moments.

## ABREVIATIONS

**AFRDG** : Association Française pour le Reconnaissance du Déni de Grossesse

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

**GHR** : Grossesses à Hauts Risques

**PEC** : Prise En Charge

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**QCM** : Question à Choix Multiples

**SDC** : Suites De Couches

**SDN** : Salle De Naissances

**SF** : Sage-Femme

**SFL** : Sage-Femme Libérale

**UGO** : Urgences Gynécologiques et Obstétricales

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>Partie 1 : SAGE-FEMME ET DENI DE GROSSESSE.....</b>	<b>9</b>
<b>1. LA GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE.....</b>	<b>9</b>
1.1. Dimension physique.....	9
1.2. Dimension psychique .....	9
1.3. Le lien mère enfant : le désir d'enfant différent du désir de grossesse .....	10
<b>2. LE DENI DE GROSSESSE .....</b>	<b>11</b>
2.1. Définitions .....	11
2.2. Phénomène ancien.....	12
2.3. Clinique et étiologie .....	12
<b>3. LEVER DU DENI.....</b>	<b>14</b>
3.1. Circonstances du lever du déni .....	14
3.2. Prise en charge .....	14
3.3. L'impact sur le lien mère enfant.....	15
<b>4. PLACE DE LA SAGE-FEMME .....</b>	<b>16</b>
4.1. Les compétences .....	16
<b>Partie 2 : METHODE .....</b>	<b>18</b>
<b>1. PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>18</b>
<b>2. OBJECTIFS .....</b>	<b>18</b>
2.1. Bénéfice attendu .....	18
2.2. Objectif principal .....	18
2.3. Objectifs secondaires .....	18
<b>3. HYPOTHESES .....</b>	<b>18</b>
<b>4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGES.....</b>	<b>19</b>
4.1. Type d'étude .....	19
4.2. Population d'étude : étape d'éligibilité .....	19
4.3. Critère de jugement principal et secondaire.....	19
4.4. Recueil de données .....	20
4.5. Gestion des données.....	20
4.6. Lieux de l'étude .....	20
4.7. Période de l'étude.....	20
4.8. Procédure de minimisation des biais .....	20
<b>Partie 3 : PRESENTATION DES RESULTATS.....</b>	<b>21</b>
<b>1. GENERALITES DE LA POPULATION ETUDIEE .....</b>	<b>21</b>
1.1. Age de la population étudiée .....	21
1.2. Année d'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme.....	21
1.3. Expériences professionnelles au cours de la carrière des sages-femmes de l'étude.....	22
<b>2. CONNAISSANCES SUR LE DENI DE GROSSESSE .....</b>	<b>23</b>
2.1. Enseignements et formations .....	23
2.2. Définition du déni de grossesse .....	23
2.3. Épidémiologie du déni de grossesse .....	23
<b>3. EXPERIENCE ET RESSENTI.....</b>	<b>24</b>
3.1. Expérience.....	24
3.2. Ressenti .....	25



3.3.	Déni de grossesse et lien mère-enfant.....	25
3.4.	Prise en charge du déni de grossesse.....	26
<b>PARTIE 4 : DISCUSSION ET ANALYSE DES RESULTATS.....</b>		<b>29</b>
<b>1.</b>	<b>LIMITE DE L'ETUDE .....</b>	<b>29</b>
1.1.	Taux de participation .....	29
1.2.	Caractéristiques de la population étudiée .....	29
1.3.	Contenu du questionnaire .....	29
<b>2.</b>	<b>LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES SUR LE DENI DE GROSSESSE .....</b>	<b>30</b>
2.1.	Définition du déni de grossesse .....	30
2.2.	Épidémiologie du déni de grossesse .....	30
<b>3.</b>	<b>L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET LE RESSENTI .....</b>	<b>31</b>
3.1.	Nombre de situations rencontrées .....	31
3.2.	La prise en charge spécifique du déni de grossesse.....	31
3.3.	Ressenti .....	33
<b>4.</b>	<b>LES REPERCUSSIONS DU DENI DE GROSSESSE SUR LE LIEN MERE-ENFANT .....</b>	<b>33</b>
<b>5.</b>	<b>LES BESOINS EN FORMATION.....</b>	<b>34</b>
<b>6.</b>	<b>AXES D'AMELIORATION.....</b>	<b>34</b>
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>36</b>
<b>ANNEXES .....</b>		<b>38</b>

## INTRODUCTION

Les études de sage-femme nous démontrent que la grossesse est un bouleversement physique et psychique. C'est aussi un moment privilégié pour la future maman. Mais certaines femmes ont des difficultés à concevoir cette grossesse et cela va jusqu'à la négation. Cela m'a particulièrement interpellée car alors, le cheminement psychologique qui se déroule classiquement pendant neuf mois ne peut se faire. Je me suis posé la question « Qu'en est-il du lien mère-enfant, quelles sont les conséquences sur ce lien ? »

Le déni de grossesse a longtemps été expliqué comme une dissimulation. Le grand public, lui, en a eu connaissance par les médias à travers des faits divers de néonaticides bien que cette issue tragique soit peu fréquente.

Différents auteurs ont analysé le déni de grossesse. Selon l'AFRDG (Association Française pour le Reconnaissance du Déni de Grossesse), il concerne entre 600 et 1800 femmes chaque année. Des études étiologiques ont été menées sur la fréquence, les causes et le profil des mères. Ces grossesses comportent des risques tant pour la mère que pour le fœtus et le nouveau-né. Des écrits notent aussi les circonstances des levées du déni pendant la grossesse ou à l'accouchement. La sage-femme, experte de la santé génésique, est actrice de ces moments particuliers de la vie de femmes.

Pour répondre à la problématique : « En quoi les connaissances des sages-femmes sur le déni de grossesse impactent la prise en charge de ces patientes ? » une étude a été menée, elle est basée sur un questionnaire auprès de sages-femmes de deux maternités. L'analyse des résultats permet de préciser les connaissances, les pratiques et le ressenti des sages-femmes.

Une discussion suit qui permet de comparer les hypothèses avec les résultats de l'étude et les écrits d'auteurs.

## Partie 1 : SAGE-FEMME ET DENI DE GROSSESSE

### 1. LA GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE

#### 1.1. Dimension physique

Pour une femme, la grossesse se déroule pendant 9 mois, et entraîne des modifications physiologiques qui permettent le développement et la croissance du fœtus, l'adaptation de la mère à l'état gravide ainsi que la préparation de la mère à l'accouchement. Cette grossesse est une allogreffe naturelle nécessitant un état d'immunodépression. Parmi ces changements, on note une prise de poids, une absence de menstruation, un changement de l'état général (somnolence, asthénie, nausées, température,...), des modifications au niveau des glandes endocrines, métaboliques, cardiovasculaires, respiratoires, hématologiques, rénales et urinaires, hépatiques et digestives, dermatologiques, gynécologiques...[1]

#### 1.2. Dimension psychique

La grossesse entraîne également des modifications au niveau de l'affect. Ces remaniements psychologiques, provoqués par des facteurs neuropsychologiques, hormonaux, sociologiques, ethnologiques préparent la femme à être la mère de cet enfant. [1]

Les caractéristiques du psychisme maternel lors de la grossesse ont tout d'abord été décrites comme « *préoccupation maternelle primaire* » par D.W. Winnicott, psychanalyste, ce qui permet à la mère de comprendre et de répondre aux besoins de son enfant. Ce phénomène se produit dans les quelques semaines précédant et suivant l'accouchement. Puis, M. Bydlowski, médecin psychiatre, a élaboré le concept de « *transparence psychique* » qui intervient dans la deuxième partie de la grossesse et qui correspond à un abaissement de la résistance habituelle face au refoulé inconscient et à un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits. [2]

Cette période qu'est la grossesse, donne donc lieu à une crise maturative, où l'enjeu est de changer de génération de manière irréversible et brutale. La crise peut réactiver des conflits latents, de l'anxiété à différents degrés selon l'histoire de la femme, se manifester par un processus de régression et contribuer à la formation d'une nouvelle identité avec l'émergence du sentiment de devenir mère. [1,3]

La grossesse psychique selon S. Marinopoulos, psychologue clinicienne et psychanalyste, se définit par « *une temporalité trimestrielle en référence au découpage médical de la gestation* »

Le premier trimestre correspond à l'état d'être enceinte. La femme ne se représente pas l'enfant, elle est tout d'abord enceinte, c'est pourquoi l'interruption de grossesse est envisageable.

Le deuxième trimestre fait apparaître l'attente d'un enfant. La femme se représente un bébé imaginaire, fantasmatique. Les parents suivent la bonne santé du fœtus grâce aux examens médicaux. Cependant, à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, on constate un mécanisme de protection des parents qui se manifeste par une rupture avec ce bébé virtuel ainsi qu'une rupture du lien avec l'enfant en intra

utérin. Ce phénomène induit la possibilité d'une interruption médicale de grossesse. [4]

Le troisième trimestre fait naître une nouvelle représentation, une image des corps séparés. La mère évoque l'accouchement. La naissance provoque la séparation des corps physiques et des corps psychiques. Les préparations à la naissance servent à mettre en images cette séparation. Parfois ce travail mental est impossible pour la femme, entraînant un état psychique de décompensation en suites de couches. [4]

### 1.3. Le lien mère enfant : le désir d'enfant différent du désir de grossesse

Le désir de grossesse est pour la femme une manière de vérifier sa capacité à féconder, à tester son potentiel reproducteur. Elle prouve le caractère fonctionnel de son corps et réalise l'accomplissement de sa féminité à travers sa grossesse. Surtout chez l'adolescente, qui en crise identitaire, recherche sa part de féminité et veut assumer le passage du corps de jeune femme à un corps de mère. De plus, cette grossesse lui donne un statut social, la valorise et lui donne une meilleure intégration dans la société. En effet, l'idéal social, culturel et familial repose sur une vie maritale avec enfants. [5]

Pour certains psychanalystes, le désir d'enfant est universel et est inscrit en chaque femme. Avant la pilule contraceptive, cette question du désir ne se posait pas vraiment. Maintenant, on constate une démarche consciente et programmée pour concevoir un enfant. La femme est détentrice de la reproduction de l'espèce et veut transmettre une partie d'elle à ses enfants et ainsi gagner une part d'immortalité. Cependant, le désir d'enfant échappe parfois à la volonté. [6] Il est lié à l'inconscient. Pour le neurologue Freud, c'est une continuité, la petite fille veut s'accomplir comme femme et comme sa mère. De ce fait, il est plus difficile d'avoir un désir d'enfant chez la femme qui était en conflit avec sa mère dans l'enfance. [7] Selon M. Bydlowski, médecin psychiatre, la femme a une représentation inconsciente de l'enfant par rapport à sa propre histoire, elle pense qu'il aura un destin qu'elle n'a pas eu, qu'il accomplira et réparera ce qu'elle-même n'a pas réussi, qu'il comblera le vide de sa vie. Par la suite, cette pensée peut amener un manque d'affection pour l'enfant idéalisé. Pour M. Bydlowski, le désir d'enfant se résume par la volonté d'être identique à sa mère, d'avoir un enfant du père (complexe d'Œdipe) et d'entretenir un amour sexuel pour un homme du présent. Actuellement, de plus en plus de femmes se réalisent dans leur carrière et ne ressentent donc pas le désir d'enfant. Elles ont peur aussi d'une perte de contrôle de l'image de soi pendant la grossesse et pensent qu'elles auront des difficultés à avoir un lien maternel avec leur enfant si elles même ont eu une enfance plus ou moins heureuse. [6]

Selon M. Bydlowski, l'instinct maternel n'existe pas. La mère désire l'enfant, a envie d'apprendre et d'installer peu à peu une relation adaptée et constante. La maternité est comme une adoption et reflète sa propre histoire. [8]

## 2. LE DENI DE GROSSESSE

### 2.1. Définitions

Pour certaines femmes, cette grossesse peut être méconnue ; c'est le déni de grossesse. Il se caractérise par le fait de ne pas avoir conscience de son état gravide au-delà du 3<sup>e</sup> mois de grossesse. [9] Le déni de grossesse est un phénomène inconscient. L'appareil psychique, qui constitue notre vie relationnelle et affective, a recours à un mécanisme de défense. [8]

Pour Bayle, psychiatre et docteur en philosophie, la grossesse physiologique comprend une gestation somatique et une gestation psychique. Dans le déni de grossesse, il existe une grossesse physique mais pas de grossesse psychique. Bayle évoque donc une « *pathologie de la gestation psychique* » [10]

On distingue deux types de déni en fonction du stade de découverte [9] :

- Déni partiel : le plus fréquent, il est évoqué lorsque le déni disparaît après le 1<sup>er</sup> trimestre et avant le terme
- Déni total : plus rare, il est nommé ainsi lorsqu'il persiste jusqu'à l'accouchement, voire dans le post partum.

Cependant, Bayle, décrit 3 types de négation : la dissimulation, le déni et la dénégation [11] ; la négation étant un processus psychique plus large.

La dissimulation de grossesse est le processus le plus conscient des négations de grossesse. En effet, la femme a connaissance de son état gravide mais est incapable de le révéler à autrui.

Le déni est le processus le plus inconscient. La femme présente une totale méconnaissance des perceptions de son corps.

Et enfin, la dénégation de grossesse se situe entre les deux extrémités de niveau de conscience. La femme perçoit des modifications corporelles mais les attribue à des causes non obstétricales.

Les différents types de négation conduisent parfois à certaines confusions mais il est important de les différencier pour adapter la prise en charge des patientes. [12] En effet, pour Dayan, pédiopsychiatre, « *la négation de grossesse désigne le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état* ». [13]

Selon le CNGOF (Collège national des Gynécologues Obstétriciens Français), la fréquence moyenne du déni de grossesse est estimée à 1/500 accouchements, dont 38 % de dénis totaux ce qui représente 1/2 500 accouchements et 0,6 % avec accouchement à domicile (1/10 000 accouchements). [14] Le nombre de femmes concernées par le déni de grossesse serait de 600 à 1800 chaque année en France d'après l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse. [15]

C'est une pathologie qu'on retrouve dans la classification des maladies de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) depuis 1985. Cependant le déni de grossesse est un phénomène encore peu connu que ce soit du grand public ou des professionnels de santé. Le déni de grossesse peut aboutir parfois à la mort de l'enfant par néonaticide dans les 24 premières heures suivant l'accouchement. En

effet, il a été dévoilé au grand public par les médias suite à des affaires judiciaires d'infanticide. Ces femmes, concernées par le déni de grossesse, font l'objet de représentations de la part de la population : adolescente, primipare, sans formation, d'un milieu socio-économique bas, ayant des problèmes psychologiques voire psychiatriques mais en fait, cela peut toucher toutes les femmes. [14]

## 2.2. Phénomène ancien

Le terme « *déni* » est apparu au XIIIe siècle pour désigner l'« *action de refuser quelque chose à quelqu'un* » mais c'est au XVIIe siècle qu'il est employé sous la signification « *action de nier un fait* ».

Au XVIe siècle, le terme de « *recel de grossesse* » est utilisé pour qualifier les grossesses non déclarées. [16]

Au XVIIe siècle, le Docteur Mauriceau décrit plusieurs cas de femmes présentant des menstruations persistantes pendant leur grossesse ce qui pourrait les conduire à méconnaître leur état gravide. [17]

Au XIXe siècle, le médecin George Gould soumet le terme « *grossesses inconscientes* » pour désigner ce phénomène. [16]

C'est seulement en 1976 que l'appellation « *déni de grossesse* » est employée pour la première fois en France. Elle concerne tout d'abord les femmes présentant des pathologies psychiatriques. Des cliniciens ont proposé d'inscrire cette dénomination dans le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en tant que « *trouble de l'adaptation avec déni d'une maladie physique* » puis en tant que « *trouble de l'adaptation avec déni d'un état physique* ». Ces notions n'ont pas été acceptées faute d'éléments significatifs de la clinique du déni de grossesse, notamment sur vécu des femmes du peripartum [18]

Cette pathologie est inscrite dans la classification des maladies de l'OMS depuis 1985 cependant le déni de grossesse est un phénomène encore peu connu que ce soit du grand public ou des professionnels de santé [14]

## 2.3. Clinique et étiologie

- La clinique du déni de grossesse

La clinique du déni de grossesse se définit par l'absence de signes physiologiques de la grossesse.

Les signes sympathiques de grossesses tels que les nausées, la tension mammaire ou l'asthénie ne sont pas retrouvés chez les femmes présentant un déni de grossesse. S'ils sont évoqués, ils sont souvent attribués à une autre cause par la femme et même par les médecins. Les femmes poursuivent donc parfois leur activité (travail, effort intensif, sport,..) jusqu'à la fin de la grossesse. [19]

L'aménorrhée est connue de tous et est souvent le premier signe associé à un état gravide. Chez ces femmes, elle sera octroyée à une toute autre cause comme le changement d'une contraception, la ménopause, l'impact du stress,.. Les menstruations peuvent être expliquées par la poursuite d'une prise contraceptive hormonale chez certaines femmes, des cycles irréguliers, un fibrome, ce qui permet d'entretenir l'illusion d'une absence de gestation. [19]

Les mouvements actifs fœtaux ne sont ni perçus, ni reconnus par la mère. Ils sont souvent assimilés au péristaltisme digestif.

On trouve comme autres signes la prise de poids qui est souvent minime lors d'un déni ainsi que l'absence de modification du volume de l'abdomen. En effet, l'utérus est physiologiquement antéversé et est de plus en plus projeté vers l'avant au fur et à mesure de la croissance du fœtus. Les muscles de l'abdomen se renforcent obligeant l'utérus à se développer verticalement en parallèle à la colonne vertébrale. De plus le fœtus se présente dans la plupart des cas en siège ce qui provoque un aspect de ventre plat. [20]

Ces mécanismes trompent donc la femme qui ne peut pas imaginer être enceinte ainsi que son entourage et parfois même son médecin. [20]

Les manifestations psychopathologiques du déni non psychotique de grossesse permettent l'existence et le maintien de ce phénomène. Il se définissent par la rationalisation et la contagion du déni.

La rationalisation se définit par le fait d'attribuer systématiquement une cause aux signes sympathiques de grossesse comme cité ci-dessus.

La contagion du déni à l'entourage familial, social et médical, entretient le phénomène de rationalisation. Ainsi tout l'entourage est convaincu de l'absence d'un état gravide de la femme. [21]

- Le profil des mères

D'après les études des psychiatres Friedman et de Wessel, l'âge des mères déniaient leur grossesse est variable avec un plus grand risque pour les femmes très jeunes et ayant une vie sexuelle active très tôt. Le risque se trouverait aux âges extrêmes de la vie reproductive. Selon Wessel, la majorité des femmes sont en couple et ont une vie stable. Selon l'étude de Friedman, la majorité des femmes vivent avec leur mère. Ces femmes sont pour la plupart titulaires d'un diplôme et ont un emploi. Elles sont primigestes dans un tiers des cas seulement. [21]

Selon une étude plus récente, réalisée rétrospectivement à la maternité du CHU d'Angers du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2009 sur 75 cas de déni de grossesse, la moyenne d'âge est de 27 ans plus ou moins 7,6 ans. Une situation sociale précaire était présente dans plus de 40% des cas. Dans 12% des cas, il existait un climat de violence ; quelle soit actuelle ou passée, physique ou sexuelle. La moitié des femmes avaient déjà été enceinte au moins une fois. Parmi elles, 7 femmes avaient déjà présenté un ou plusieurs dénis de grossesse.

Et enfin, 20% de ces femmes souffraient ou avaient souffert de troubles psychiatriques : addictions, trouble du comportement alimentaire, trouble de la personnalité émotionnellement labile, antécédent de tentative de suicide, épisode dépressif, épisode psychotique. [22]

Ces femmes sont soumises à de nombreux facteurs de stress avant ou au début de la grossesse d'après l'étude de Brezinka ; conflits familiaux, séparation avec le conjoint etc. Cette étude rétrospective autrichienne a été réalisée par un gynécologue obstétricien et deux psychiatres en 1994. Elle est prospective sur 3 ans et recense 27 cas de déni de grossesse.

Les résultats des études sur la notion d'abus sexuels comme élément entrant dans le mécanisme du déni de grossesse divergent. Le pourcentage d'antécédent d'abus sexuels passe de 8% à 20% selon les

auteurs.

Pour conclure, il n'existe pas un profil type de femmes concernées par le déni de grossesse. [21]

- Lien entre pathologie psychiatrique et déni de grossesse ?

Selon l'étude de Brezinka, l'absence de trouble mental est démontrée dans 52% des cas. Pour les femmes présentant une pathologie psychiatrique on peut évoquer le trouble psychotique schizophrénique, la dépression majeure, les troubles de la personnalité, le retard mental léger. [21]

- Autres hypothèses n'ayant pas fait l'objet d'études

Le professeur Brezinka et son équipe ont mis en avant des caractéristiques communes dans les différents dossiers des femmes ayant présenté un déni de grossesse ; troubles de l'alimentation, mauvais rapport avec leur corps, persuasion de l'incapacité à être enceinte. [21]

### 3. LEVER DU DENI

#### 3.1. Circonstances du lever du déni

La découverte de l'état gravide des femmes se fait dans la plupart des cas au cours du 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre (c'est le déni partiel) ou dans de rare cas à l'accouchement (c'est le déni total). Elle est souvent fortuite, ces femmes consultent une première fois chez leur médecin pour des symptômes qu'elles pensent être liés à une toute autre cause. Puis, avec la persistance de ces symptômes, la grossesse sera révélée au décours d'examens complémentaires tels que l'échographie, la radiographie. Parfois, c'est l'entourage qui exprime leur doute concernant une éventuelle grossesse et en discute avec la femme. Plus rarement, c'est la femme qui, vers le 5<sup>e</sup> mois, prise de doute face aux symptômes, consulte en sous estimant souvent son terme. [23]

A l'annonce de cette grossesse, le corps de la femme se modifie, laissant apparaître en quelques heures un ventre arrondi. [20] La femme s'autoriserait à dévoiler son état gravide psychiquement et physiquement lorsque son entourage reconnaîtrait sa grossesse selon le pédopsychiatre N. Grangaud. [24]

#### 3.2. Prise en charge

La pédopsychiatre et psychanalyste C. Bonnet a rédigé un article concernant l'accompagnement du déni de grossesse. Le thérapeute propose un accompagnement en fonction du souhait de la patiente et à son rythme. Il est important d'établir une relation de confiance avec la patiente dans un premier temps. [25]

Une prise en charge sociale est aussi mise en place. Elle consiste à informer la future mère de ses droits en matière de prestations sociales et sur les autres démarches administratives à réaliser.

La PMI peut intervenir pour accompagner la femme dans sa grossesse, répondre à ses



questionnements et prévenir d'éventuelles difficultés médico-psycho-sociales. [20]

A l'annonce de la grossesse, en cas de déni partiel, la première prise en charge reste médicale en réalisant un dossier complet de la patiente (estimation du terme, sérologies, échographies,..). On effectue tous les examens cliniques et paracliniques possibles. Il est difficile de concilier l'urgence à rattraper le suivi de la grossesse, s'assurer du bien être fœtal et de laisser à la patiente le temps de réaliser ce qui lui arrive.

En résumé, il n'existe pas de prise en charge spécifique pour ces femmes présentant un déni de grossesse. La prise en charge multidisciplinaire serait la plus adaptée mais la prise en charge psychologique n'est pas effectuée dans la majorité des cas. [20]

### 3.3. L'impact sur le lien mère enfant

L'attachement débute in utero, en effet il existe des interactions materno-fœtales grâce aux capacités sensorielles du fœtus, capacités auditives et capacités sensitives. Ce processus se poursuit pendant les premières années de vie de l'enfant. L'attachement lui permet de découvrir le monde en toute sécurité. Pendant toute la grossesse, la femme a le temps d'imaginer son futur enfant notamment avec l'aide de l'échographie (passage de l'enfant virtuel à l'enfant visualisé, puis à l'enfant réel avec la naissance), d'en parler avec ses proches, d'interagir avec lui et inconsciemment de le protéger en suivant les conseils des professionnels de santé (alimentation, addictions, sport,..). De plus, le travail psychique de la grossesse, qui s'élabore grâce au parcours de vie de la maman (sa propre naissance, le maternage qu'elle a reçu,..), est court circuité par le déni de grossesse. [21,26]

Le premier contact s'établit à la naissance, la mère découvre l'enfant imaginé et visualisé. Les échanges commencent, à la fois tactiles, visuelles et auditifs. La mère répond aux besoins de son nouveau-né en maintenant un état de bien-être. Elle développe ainsi une hypersensibilité afin de percevoir les demandes de son enfant et occulte, en partie, le monde extérieur. Il existe plusieurs types d'interactions : comportementales ou réelles, affectives, fantasmatiques.

L'attachement selon le psychanalyste Bowlby, qui débute au cours de la grossesse et se poursuit durant les trois premières années de la vie de l'enfant, est un processus instinctif qui permet d'assurer la survie de l'espèce. C'est l'élément important qui assure à l'enfant sécurité et réconfort. [26]

Devenir parent passe par des remaniements psychiques qui permettent l'attachement au nouveau-né mais qui peut être aussi source d'angoisse. [26]

Les conséquences du déni de grossesse sur les suites de couches n'ont pas fait l'objet de réelles études. Deux étudiantes sages-femmes belges ont interrogé en 2006 des sages-femmes sur leur connaissance sur le déni de grossesse. Les professionnels de santé interrogés notent une majorité d'allaitement artificiel (52,7%). Les patientes sont stressées (30%) et ont besoin d'attention (22,8%) D'autre part, 43,7% des sages-femmes constatent que l'installation des interactions précoces mère enfant sont les mêmes que lors d'une grossesse désirée ; 25,5% soulignent une pauvreté dans les échanges mère-enfant ; les interactions précoces se mettent en place pour deux sages-femmes sur trois

lors de l'accouchement ou dans le post partum immédiat. Elles surviendraient pour 23,7% des sages-femmes au cours du séjour de maternité et seulement 3,6% des sages-femmes n'ont pas observé d'interactions. Dans 61,8% des cas les mères ont un comportement maternel. Plus les interactions sont précoces, plus l'évolution sera favorable. [26]

Isabelle Jordana, cadre de santé, a présenté une enquête lors du 3<sup>e</sup> colloque français sur le déni de grossesse en 2011 qui avait été réalisée durant les dix années précédentes. Cette enquête est basée sur une centaine de questionnaires à destination de femmes ayant fait un déni partiel ou total, l'objectif étant d'évaluer le vécu à long terme de ce déni, de sa prise en charge et de la situation actuelle vis-à-vis de l'enfant. D'après cette étude, les femmes ayant présenté un déni partiel de moins de 6 mois développe un lien spontané dans 95% des cas. En cas de déni de plus de 6 mois, 50% créent un lien avec leur enfant.

Certains dénis se poursuivent dans le post partum. Les femmes ne présentent aucune douleur, ni de montée laiteuse et dénie leur nouveau-né. [26]

Dans les cas les plus graves, le déni de grossesse peut aboutir en néonaticide qui survient dans les 24 heures après l'accouchement. C'est la seule manière de faire taire la réalité, la mère étant dans un état de stress aigu. [26]

Dans d'autres cas, la femme peut être plus facilement amenée à accoucher sous X en fonction de sa situation affective et matérielle. D'après le pédopsychiatre C. BONNET, la majorité des femmes ayant recours à l'accouchement sous X ont présenté un déni de grossesse. Ces femmes ont peur de ne pas savoir effectuer les soins voire d'être maltraitante envers le nouveau-né. [26]

#### 4. PLACE DE LA SAGE-FEMME

##### 4.1. Les compétences

- Formation initiale

L'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, définit le programme de la formation nécessaire à l'obtention de ce diplôme. Certaines compétences évoquées dans les différentes unités d'enseignements peuvent concerner la prise en charge du déni de grossesse. [27]

- UE Obstétrique

Cette UE a pour objectif d'acquérir une démarche clinique et un raisonnement médical, de réaliser la surveillance de situations spécifiques de la grossesse, du travail et de l'accouchement et des techniques obstétricales, de dépister et participer à la prise en charge de pathologies obstétricales.

- UE Gynécologie

Cette UE a pour objectif d'offrir un suivi de qualité adapté à la personne en favorisant les conditions d'expression et d'écoute, d'acquérir la capacité de reconnaître et d'identifier des signes cliniques,

d'acquérir un raisonnement médical et une démarche clinique, de réaliser les échographies de dépistage.

- UE Santé publique

Cette UE a pour objectif de dépister les situations à risque médical, psychologique et social et participer à un réseau de soins.

- UE Pédiatrie

L'objectif de cette UE est de participer à la prise en charge d'un nouveau-né affecté par une pathologie maternelle.

- UE Sciences humaines et sociales

L'objectif de cette UE est de développer une réflexivité sur ses pratiques et son développement professionnels et d'acquérir les connaissances nécessaires au dépistage, à l'orientation et à la participation de la prise en charge des femmes présentant des troubles psychopathologiques et psychiatriques

- Formation continue

Le Développement Professionnel Continu (DPC), plus communément formation continue, s'adresse aux professionnels de santé et a pour but l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. [28] Il existe plusieurs méthodes de DPC [29] :

- Pédagogie ou cognitive
  - En groupe (formation présentielle à un congrès, un colloque,..)
  - Individuelle (formation en e-learning)
- Analyse des pratiques
  - Gestion des risques
  - Revue de dossiers et analyse de cas
- Enseignement et recherche
- Simulation

De plus, des diplômes complémentaires appelés Diplômes Universitaires (DU) ou Diplômes Inter Universitaires (DIU) sont ouverts aux sages-femmes comme le DU d'échographie ou le DU de psychopathologie périnatale. [30]

## **Partie 2 : METHODE**

### 1. PROBLEMATIQUE

En quoi les connaissances des sages-femmes sur le déni de grossesse impactent la prise en charge de ces patientes ?

### 2. OBJECTIFS

#### 2.1. Bénéfice attendu

Améliorer la prise en charge des femmes présentant un déni de grossesse par les sages-femmes du CHR de Metz-Thionville en 2019.

#### 2.2. Objectif principal

Évaluer les connaissances et les pratiques des sages-femmes du CHR de Metz-Thionville sur le déni de grossesse en 2019.

#### 2.3. Objectifs secondaires

- Faire un état des lieux des clichés et représentations sur le déni de grossesse des sages-femmes du CHR en 2019
- Analyser les pratiques professionnelles des sages-femmes devant une patiente présentant un déni de grossesse
- Recenser les besoins en formation initiale et continue pour mieux aborder la prise en charge des dénis de grossesse

### 3. HYPOTHESES

- Hypothèse 1 : Les sages-femmes connaissent la définition du déni de grossesse
- Hypothèse 2 : Les sages-femmes ont des notions épidémiologiques du déni de grossesse
- Hypothèse 3 : Les sages-femmes sont confrontées régulièrement au déni de grossesse
- Hypothèse 4 : Les sages-femmes connaissent les répercussions du déni de grossesse sur le

lien mère enfant et y sont attentives en cas de prise en charge de déni de grossesse

- Hypothèse 5 : Les sages-femmes prennent en charge d'une manière spécifique les femmes présentant un déni de grossesse
- Hypothèse 6 : Les sages-femmes ont besoin de formation pour la prise en charge du déni de grossesse
- Hypothèse 7 : Les sages-femmes appréhendent la prise en charge des femmes présentant un déni de grossesse

#### 4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGES

##### 4.1. Type d'étude

Étude épidémiologique observationnelle descriptive monocentrique à l'aide de questionnaires avec questions fermées et ouvertes auprès des sages-femmes du CHR Metz-Thionville en 2019

##### 4.2. Population d'étude : étape d'éligibilité

###### 4.2.1. Critères d'inclusion

Les sages-femmes ayant travaillé aux urgences gynéco-obstétricales, en salle de naissances, en suites de couches, en grossesse à hauts risques et en consultations

###### 4.2.2. Critères de non inclusion

Les sages-femmes travaillant dans les autres services et/ou ne désirant pas participer à l'étude

##### 4.3. Critère de jugement principal et secondaire

Nombre de sages-femmes qui connaissent la fréquence du déni de grossesse

Nombre de déni de grossesse pris en charge par sage-femme

Nombre de sages-femmes qui mettent en place un suivi spécifique à l'annonce d'un déni de grossesse

Nombre de sages-femmes accompagnant de manière spécifique la femme pendant le travail et en suites de couche.

Nombre de sages-femmes qui favorisent le peau à peau en salle de naissances

Nombre de sages-femmes qui favorisent l'allaitement maternel

Nombre de sages-femmes qui estiment avoir besoin d'une formation complémentaire pour pouvoir prendre en charge une patiente présentant un déni de grossesse

Nombre de sages-femmes qui appréhendent la prise en charge d'un cas de déni de grossesse

#### 4.4. Recueil de données

Questionnaire anonymisé et détruit après l'étude (1)

#### 4.5. Gestion des données

Les données seront traitées avec Excel et Google Forms

#### 4.6. Lieux de l'étude

CHR Metz-Thionville

#### 4.7. Période de l'étude

Mars-Avril 2019

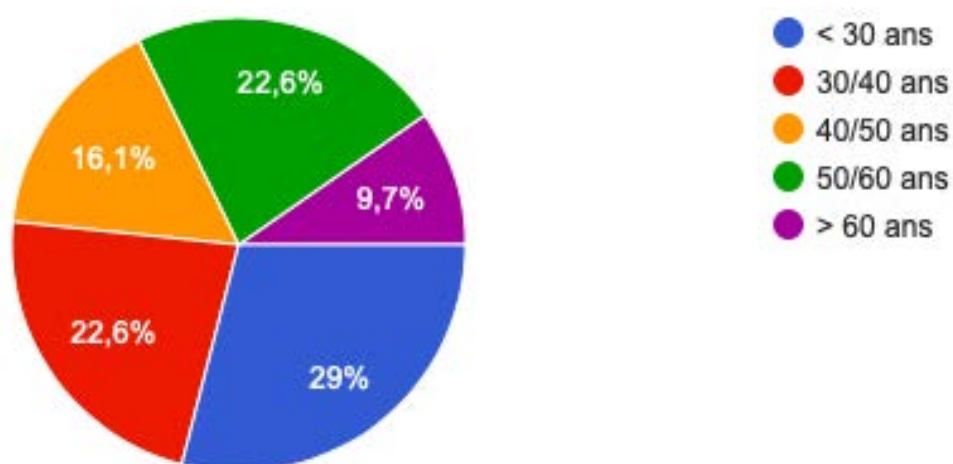
#### 4.8. Procédure de minimisation des biais

Les données seront traitées en prenant compte des biais de déclaration, de mémorisation et de sélection

### Partie 3 : PRESENTATION DES RESULTATS

Cent dix-sept questionnaires ont été distribués sur les deux sites du CHR Metz-Thionville et 31 questionnaires ont été réceptionnés, soit un taux de participation de 26 %.

#### 1. GENERALITES DE LA POPULATION ETUDIEE



Les 31 questionnaires ont été remplis par 2 hommes et 29 femmes, dont 15 sages-femmes exerçaient à l'hôpital de Mercy et 16 à celui de Bel Air.

##### 1.1. Age de la population étudiée

La majorité des sages-femmes ayant participé à l'étude était âgée de moins de 30 ans.

Figure 1 : Age des sages-femmes participant à l'étude Déni de grossesse – CHR Metz-Thionville (mars – avril 2019) (n=31)

##### 1.2. Année d'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme

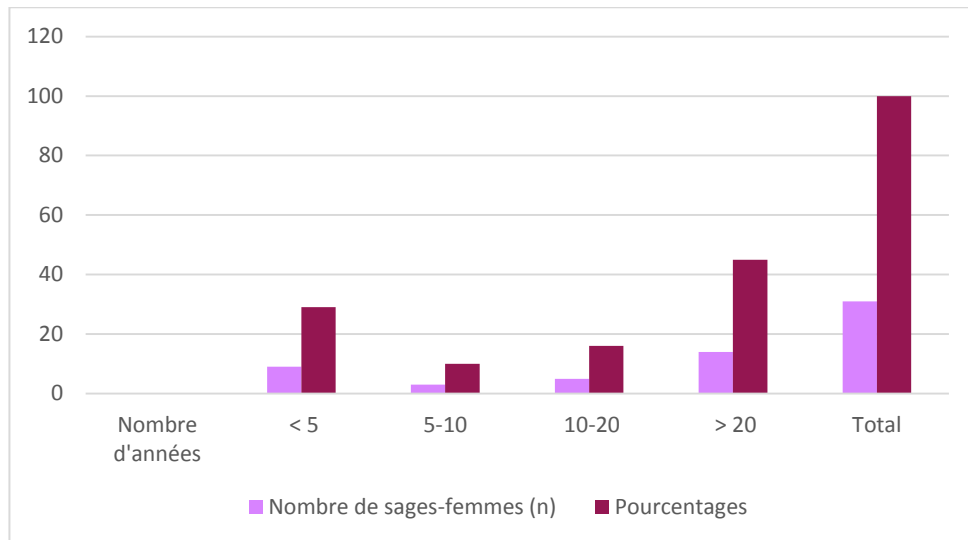


Figure 2 : Répartition des sages-femmes de l'étude Déni de grossesse en fonction du nombre d'années d'exercice – CHR Metz-Thionville (mars – avril 2019) (n=31)

Dans mon échantillon, les sages-femmes ayant plus de 20 ans d'expérience et celles ayant moins de 5 ans d'expérience ont été les plus nombreuses à répondre à l'étude, tandis que le groupe le moins représenté était celles exerçant depuis 5 à 10 ans.

### 1.3. Expériences professionnelles au cours de la carrière des sages-femmes de l'étude

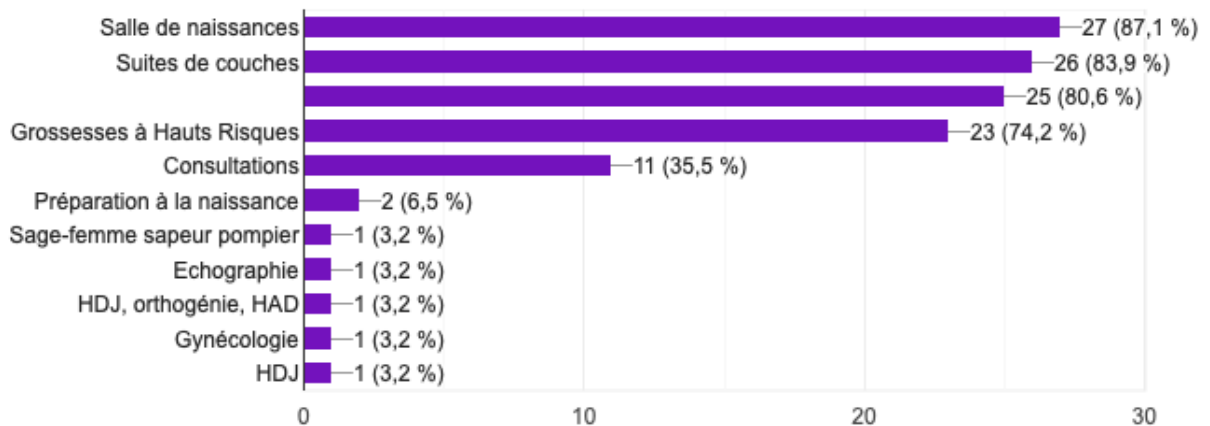


Figure 3 : Répartition des sages-femmes de l'étude en fonction de leurs services d'exercice au cours de leur carrière (plusieurs réponses possibles) – CHR Metz-Thionville (mars – avril 2019) (n=31)

Plus de la moitié des sages-femmes ayant répondu au questionnaire avait exercé au cours de leur carrière dans les services de salle de naissances, suites de couches, urgences gynécologiques et obstétricales (UGO) et grossesses à hauts risques.

Parmi les sages-femmes participant à l'étude, 11 ont déjà exercé dans le service de consultations prénatales.



Sur les 31 sages-femmes, 7 d'entre elles ont également travaillé dans d'autres services tels que l'échographie, l'hôpital de jour, l'hospitalisation à domicile, l'orthogénie, la gynécologie, la réalisation de préparation à la naissance et l'exercice de sage-femme sapeur pompier.

## 2. CONNAISSANCES SUR LE DENI DE GROSSESSE

### 2.1. Enseignements et formations

La majorité des sages-femmes interrogées, soit 58,1%, affirmait ne pas avoir eu d'enseignements concernant le déni de grossesse pendant leurs études. Pour celles-ci, 5 sages-femmes ont précisé qu'elles n'avaient pas eu non plus de formation au cours de leur carrière. Parmi ces 5 sages-femmes, 3 ont noté qu'elles se sont informées par des lectures et recherches personnelles. Les 4 autres sages-femmes qui n'avaient pas eu d'enseignement lors de leurs études, ont effectué des formations lors de leur carrière comme des conférences, un DU de psychiatrie périnatale et une formation chez les sapeurs pompiers par le biais de simulation d'interventions.

Les 13 sages-femmes ayant reçu un enseignement lors de leurs études ont précisé qu'il avait eu lieu sous formes de cours magistraux théoriques et des cours de psychologie.

Sur 26 réponses, 73,1% des sages-femmes estimaient que l'enseignement, durant les études et la carrière, était insuffisant. Elles le justifiaient tout d'abord par l'absence totale d'enseignement, par le « **peu d'éléments concrets ou de cas clinique** », le peu d'heures y étant consacrées. Les enseignements étaient souvent des « **généralités** » alors que « **chaque cas est différent** », la « **prise en charge globale n'est pas abordée** », d'autres sages-femmes estimaient qu'elles n'ont « **pas trouvé de formation allant plus que leurs recherches personnelles** » et qu'une « **formation continue ou intra hospitalière serait judicieuse** ». (2)

### 2.2. Définition du déni de grossesse

Une sage-femme n'a pas répondu. Pour 36% des sages-femmes, parmi les 30 restantes, le déni de grossesse se définissait par la « **non conscience** » des femmes de leur état gravide.

La grossesse était une « **découverte tardivement** » pour 16% des sages-femmes, notamment à l'accouchement ou peu avant le terme pour 5 d'entre elles. Elles étaient 3 à préciser que le terme « déni de grossesse » était employé pour une grossesse méconnue « **à partir du 1<sup>er</sup> trimestre** », soit 10%. L'« **absence de signes cliniques de la grossesse** » est évoquée par 3 sages-femmes. (3)

### 2.3. Épidémiologie du déni de grossesse

Un accouchement suite à un déni de grossesse a lieu toutes les 6 heures en France. La question a été posée sous forme de QCM pour évaluer les connaissances des sages-femmes sur l'épidémiologie du déni.

La majorité des sages-femmes de l'étude sont 12, soit 39%, à avoir répondu que la fréquence du

déni de grossesse en France était d'un accouchement toutes les 24h. Elles étaient 29% à déclarer ne pas la connaître.

Elles ont répondu à 19% que la fréquence du déni était d'un accouchement toutes les 6 heures, soit la bonne réponse.

### 3. EXPERIENCE ET RESSENTI

#### 3.1. Expérience

Vingt neuf sages-femmes ont déjà été confrontées au déni de grossesse, soit 93,5%.

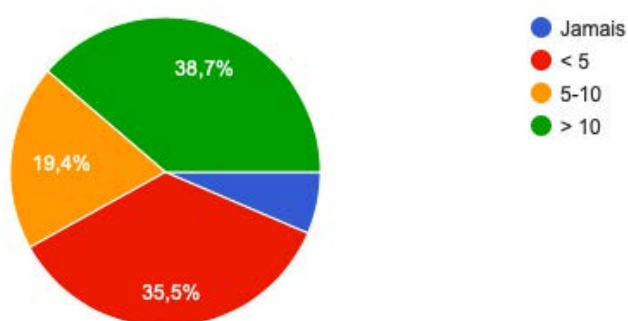


Figure 4 : Nombre de cas de déni de grossesse rencontré par les sages-femmes de l'étude durant leur carrière – CHR Metz-Thionville (mars – avril 2019) (n=31)

Douze sages-femmes ont déjà fait face à plus de 10 cas de déni de grossesse au cours de leur carrière, soit 38,7% et elles étaient onze à avoir pris en charge moins de 5 patientes présentant un déni de grossesse, soit 35,5%. Ces chiffres étaient en corrélation avec les années d'expérience des sages-femmes interrogées car les groupes de population étudiée les plus représentés sont les sages-femmes ayant plus de 20 ans et moins de 5 ans d'expérience.

Seulement 2 sages-femmes n'avaient jamais été confrontées au déni de grossesse.

##### 3.1.1. Description des situations rencontrées

Vingt huit sages-femmes ont relatés et précisé dans quels services et quelles circonstances elles avaient pris en charge des femmes présentant un déni de grossesse.

Dans 93% de ces situations, la prise en charge s'effectuait en salle de naissances et aux UGO. Dans la plupart des cas, la patiente venait consulter pour « **algies pelviennes** » et la « **grossesse était avancée** », parfois l'accouchement était imminent ; « **elle est arrivée tête à la vulve** ».

Une sage-femme relatait 3 de ses expériences aux UGO et salle de naissances ; « **il y a eu la patiente qui a senti son bébé bouger au moment où elle a vu son bébé à l'échographie au 7<sup>e</sup> mois de grossesse** », « **une patiente enceinte de 5 mois dont le ventre est sorti et la grossesse visible le lendemain** » et « **une patiente qui a choisi l'adoption** ».

Une autre sage-femme rapportait qu'une patiente, « **après son accouchement sous X et finalement revenue sur sa décision** ». Une deuxième expliquait qu'une patiente « **présentait des menstruations peu abondantes et un ventre plat, elle n'avait toujours pas conscience d'être enceinte. Elle a accouché sous X et l'enfant est décédé 4heures après** ». (4)

### 3.2. Ressenti

Sept sages-femmes confiaient, à 26%, qu'elles ressentaient de « **l'incompréhension** » lorsqu'elle ont été confrontées à une déni de grossesse. Elles étaient 22% à être « **étonnées** » de la situation et quatre sages-femmes ressentaient un sentiment d'empathie envers ces femmes présentant un déni de grossesse.

D'autres sages-femmes se étaient « **démunies** », « **déconcertées** », ressentaient un « **sentiment d'impuissance** » ou « **ne savaient pas comment réagir** ».

Quelques sages-femmes expliquaient être stupéfaites par la « **puissance du psychosomatique** » et par le « **pouvoir du corps et de l'inconscient** ».

Une sage-femme déclaraient être surprise et prise de doute ; « **difficile de croire qu'on ne sent rien quand on est enceinte** ». Une deuxième sage-femme confiait : « **J'ai du mal à comprendre qu'on ne puisse rien ressentir** ».

Une professionnelles de santé ajoutait que « **certains dénis ne sont pas de vrais dénis mais plutôt des absences volontaires de suivi de grossesse (avec conscience de l'état de grossesse) par les patientes** ». (5)

Sur 27 sages-femmes, 17 affirmaient être à l'aise dans le suivi d'une femme présentant un déni de grossesse, soit 63%. Elles étaient 16 à répondre pour quelles raisons ; 3 se sentaient plus à l'aise grâce à leur « **expérience** » et la « **pratique** » d'autres confiaient que le « **professionnalisme** » reprenait le dessus, qu'elles ne « **jugeaient pas les femmes** ». Pour deux sages-femmes, cela restait un « **accompagnement** » ou encore que c'était une « **pratique courante** ». une sage-femme n'éprouvait pas de difficulté particulière car la prise en charge « **implique un accompagnement adapté par de multiples professionnels de la santé et du social** ». D'autres précisaient qu'elles étaient plus ou moins à l'aise en fonction des différentes situations. (6)

Dix sages-femmes sur 27 ont donc confié ne pas être à l'aise dans les prises en charge de déni de grossesse car la « **situation est extrêmement compliquée** » pour la patiente, on ne connaît pas le « **contexte social, l'histoire personnelle de la patiente** ». Elles ressentaient un « **mal être** », la « **peur de faire plus de mal** », le sentiment de « **ne pas trouver sa place** » et la « **peur de ne pas pouvoir gérer le versant psychologique** » et « **l'administratif (accouchement sous X)** ». (7)

Pour 62,1% des sages-femmes de l'étude, l'expérience a modifié leur comportement face au déni de grossesse, soit 18 sages-femmes sur 29.

### 3.3. Déni de grossesse et lien mère-enfant

La majorité des sages-femmes (96,4%) pensaient que le déni de grossesse avait des répercussions sur le lien mère-enfant.

Sur 29 réponses, huit sages-femmes évoquaient « **l'absence de maturation psychologique pendant la grossesse pour devenir parents** », le « **manque de relation mère-enfant** » pendant la grossesse, le manque de « **projection** » ainsi que le cheminement « classique » de la psychologie de la grossesse avec le « **bébé imaginaire** »

Quatre sages-femmes estimaient que les éventuelles difficultés de l'établissement du lien mère-enfant dépendaient de « **l'âge de découverte du déni de grossesse** », en effet, si la grossesse venait à être « **découverte au moment de d'accoucher, le bouleversement émotionnel et psychologique est tel que le lien peut avoir du mal à s'établir** » tandis qu'à distance de l'accouchement, « **la femme a un peu de temps pour intégrer l'enfant et commencer l'établissement d'un lien in utero** ». Des patientes pouvaient ressentir de la « **culpabilité** », et avoir des « **difficultés à investir l'enfant** ».

Une sage-femme remarquait que « **les enfants nés d'un déni sont souvent très calmes, comme s'ils continuaient à se faire oublier** » (8,9)

#### 3.4. Prise en charge du déni de grossesse

Sur 30 sages-femmes, 23 ont répondu qu'il n'exisait pas de protocole de prise en charge du déni de grossesse, soit 76,7%.

Les 7 sages-femmes, qui ont affirmé qu'il y avait un « **protocole du CHR** », ont décrit les éléments qui y figurent : « **intervention psychologue** », « **visite assistante sociale** », « **relai PMI** », « **séjour plus long à la maternité** » (10)

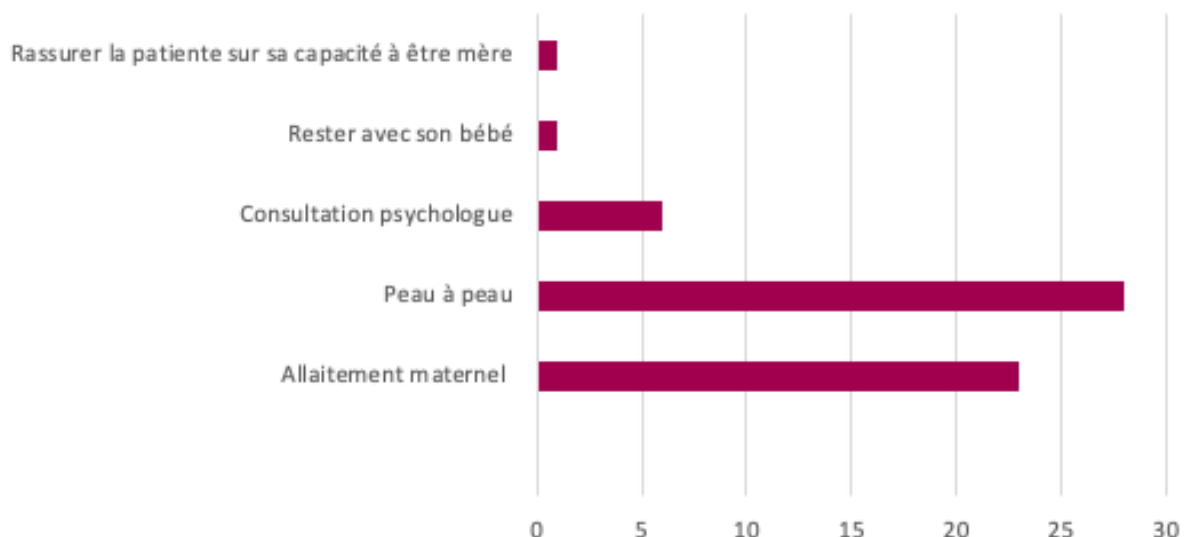


Figure 5 : Propositions évoquées par les sages-femmes pour favoriser le lien mère-enfant – CHR Metz-Thionville (mars – avril 2019) (n=31)

Pour favoriser l'établissement du lien mère-enfant, les sages-femmes ont proposé en majorité à la

naissance et/ou dans les suites de couches, d'encourager l'allaitement maternel et de mettre le nouveau-né en peau à peau avec sa mère (ou père). Elles suggèraient également la proposition d'une consultation avec une psychologue ainsi que de laisser le nouveau-né avec sa mère et de rassurer cette dernière quant à sa capacité à materner.

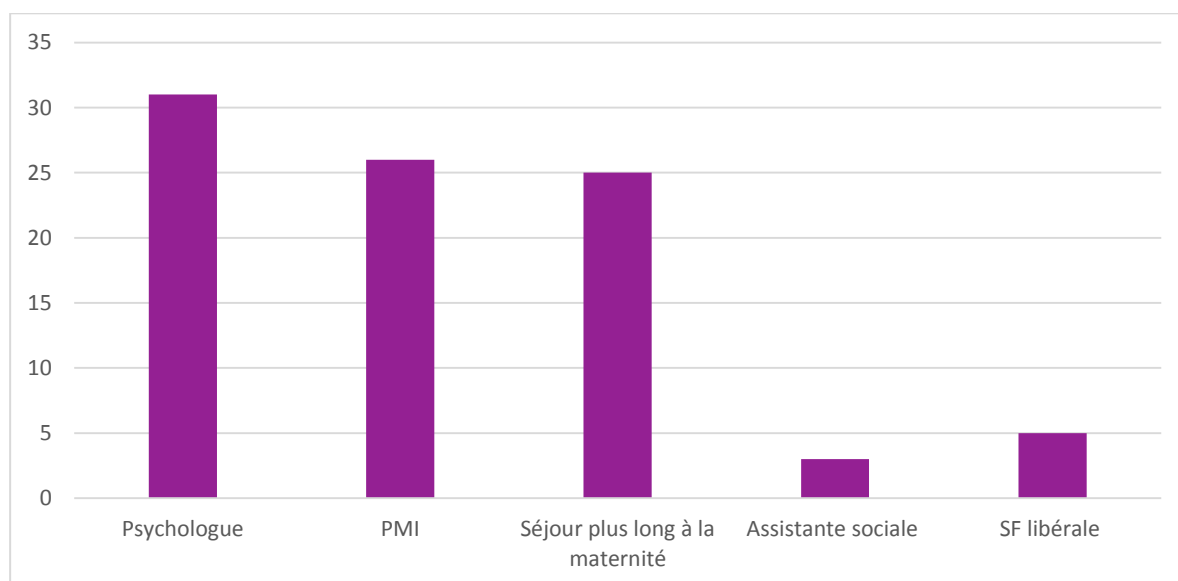


Figure 6 : Éléments de prise en charge du déni de grossesse évoqués par les sages-femmes – CHR Metz-Thionville (mars – avril 2019) (n=31)

Face à une patiente présentant un déni de grossesse, les sages-femmes interrogées proposaient en majorité comme prise en charge une consultation avec une psychologue (100%), un séjour plus long à la maternité (25%) et le relai avec la PMI (26%) après la sortie de la maternité. On comptait également 3 propositions pour le passage d'une sage-femme libérale à domicile ainsi que 2 propositions pour un rendez-vous avec une assistante sociale.

Vingt et une sages-femmes ayant déjà été confrontées à un déni de grossesse ont fait part de leur prise en charge. Elles étaient 43% à avoir proposé un suivi avec une psychologue, soit 9 sages-femmes. Une sage-femme suggérait de présenter le dossier à l'équipe pluridisciplinaire. Quatre d'entre elles évoquaient « **l'observation** » et la « **surveillance du lien mère-enfant** », soit 19%. Une autre sage-femme prônait « **une prise en charge classique en insistant sur l'allaitement maternel et le peau à peau** » et portait attention sur la « **rencontre de la mère et l'enfant** ». Plusieurs sages-femmes déclaraient l'importance de « **l'accompagnement** », du « **dialogue** », du « **soutien** », qu'il était important d'informer les patientes, « **d'écouter ses besoins et demandes** », de « **rassurer** » sur la capacité d'être une bonne mère.

Quatre sages-femmes contactaient la « **PMI** » pour prendre le relai après un « **séjour en maternité plus long** » et une sage-femme précisait que la sortie n'était préconisée que si la maman avait accepté le bébé. (11)

Les sages-femmes de l'étude étaient 65,4% à constater une évolution de leur prise en charge avec l'expérience, soit 17 sages-femmes sur 26 ayant répondu à cette question. Elles déclaraient avoir plus de « **connaissances** », « **d'expériences** », « **d'assurance** », une « **meilleure compréhension** »

de ce phénomène. Elles évoquaient le fait que le déni de grossesse soit « **plus encadré** » et « **plus connu** », de ce fait elles trouvaient « **une documentation plus fournie** ». Elles se sentaient également aidées par la présence de psychologues et d'assistantes sociales. (12)

Les 9 sages-femmes qui ne constataient pas d'évolution, confiaient qu'elles n'avaient pas « **suffisamment d'expérience** » ou qu'elles n'avaient « **jamais été confrontées** » au déni de grossesse. (13)

Pour 5 sages-femmes n'ayant jamais été confrontées au déni de grossesse, 3 déclaraient ne pas avoir les connaissances et les ressources suffisantes pour prendre en charge une patiente présentant un déni de grossesse du fait du « **manque de connaissance en psychologie** », de l'absence de « **bases nécessaires à l'école** ». Une sage-femme évoquait le fait que « **chaque personne est différente, il n'y a pas de « théorie » à avoir mais c'est une question d'humanité et d'accompagnement** ». Une des deux sages-femmes ayant répondu positivement à cette question, confiait qu'elle s'adaptait facilement aux situations. (14)

Parmi les 31 sages-femmes de l'étude, 30 d'entre elles soit 96,8%, pensaient avoir un rôle important dans la prise en charge du déni de grossesse et qu'il avait également un impact sur la relation mère-enfant.

## **PARTIE 4 : DISCUSSION ET ANALYSE DES RESULTATS**

### **1. LIMITE DE L'ETUDE**

#### **1.1. Taux de participation**

Le taux de participation souhaité était au minimum de 30%. Cependant, malgré les nombreuses relances dans les différents services, seulement 31 questionnaires ont été remplis et exploités, soit un taux de participation de 26%. Le déni de grossesse, étant un sujet encore controversé, mais aussi les nombreuses questions ouvertes composant le questionnaire, ont pu constituer un frein à la participation de l'étude. De plus, sur une même période, les sages-femmes du CHR ont été sollicitées de maintes fois par les diverses études effectuées par les différentes étudiantes de 5<sup>ème</sup> année pour leur mémoire. Cela a pu être également un frein à la participation.

#### **1.2. Caractéristiques de la population étudiée**

Les sages-femmes de l'étude font parties du CHR Metz-Thionville, deux maternités de niveau II en Moselle qui compte plus de 5 000 accouchements au total. J'ai choisi le milieu hospitalier pour établir un état des lieux des pratiques professionnelles, du ressenti et des besoins des sages-femmes, en matière d'accompagnement des patientes présentant un déni de grossesse. Cette étude représente la population du département de la Moselle, où j'ai réalisé mes études, les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés au niveau national.

S'agissant de l'expérience professionnelle des sages-femmes interrogées, se distinguent principalement deux groupes : celles ayant moins de 5 ans d'expérience et celles ayant plus de 20 ans.

La majorité des sages-femmes ont déjà eu une expérience professionnelle dans les services de salle de naissances, d'urgences gynécologiques et obstétricales, de suites de couches et de grossesses à hauts risques.

#### **1.3. Contenu du questionnaire**

Une question ouverte portait sur les cas de déni de grossesse rencontrés par les sages-femmes lors de leur carrière où elles pouvaient décrire dans quel service et dans quelles circonstances s'étaient déroulées leur prise en charge. Elles étaient nombreuses à répondre, cependant elles ne développaient pas, ou très peu, les circonstances.

Une question, sous forme de QCM, s'intéressait à l'épidémiologie du déni de grossesse. Vingt-deux sages-femmes y ont répondu, les autres ont indiqué qu'elles ne savaient pas ou s'interrogeaient sur le fait qu'il s'agisse de la fréquence du déni de grossesse en France ou au niveau mondial.

La question avec choix multiples « Que proposez-vous à la naissance et/ou dans les suites de couche ? », qui suivait la question de la répercussion du déni sur le lien mère-enfant, a été tout d'abord

mal interprétée. En effet, elle concernait les propositions permettant de favoriser le lien mère-enfant et non pas des éléments de prise en charge globale du déni de grossesse. Cette interrogation aurait pu être plus précise et le fait d'exposer deux propositions ainsi qu'une case « autre » a certainement influencé les choix.

Concernant la question sur la prise en charge du déni de grossesse, il aurait été préférable de ne pas mettre de proposition pour ne pas influencer le choix des sages-femmes.

## 2. LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES SUR LE DENI DE GROSSESSE

### 2.1. Définition du déni de grossesse

Dans l'ensemble, les sages-femmes connaissent la définition du déni de grossesse. Elles ont la notion qu'il s'agit d'un processus psychologique qui est inconscient. « Un déni de grossesse est la non connaissance d'une grossesse et tous les mécanismes psychocorporels associés, qui explique cette méconnaissance »

Cependant, contrairement à certaines pathologies obstétricales, il n'y a pas dans les réponses de sages-femmes de définition standardisée comme pour la pré éclampsie par exemple qui associe hypertension et albuminurie au-delà d'un certain seuil.

Quelques sages-femmes précisent que le déni concerne les grossesses découvertes « **au-delà du 1<sup>er</sup> trimestre** » (3), comme le définit docteur Félix Navarro, président de l'Association pour la reconnaissance du déni de grossesse. [9]

Cependant, une sage-femme, connaissant la définition, met en doute la réalité du déni de grossesse : « **difficile de croire qu'on ne sent rien quand on est enceinte** ». (5)

Pour une sages-femme, ces femmes ne veulent pas être enceinte d'une façon volontaire, elle assimile plutôt le phénomène à une grossesse cachée : « **Certains dénis ne sont pas de vrais dénis mais plutôt des absences volontaires de suivi de grossesse (avec conscience de l'état de grossesse) par les patientes** »

Le verbatim montre des notions de consensus sur « **l'inconscience d'être enceinte** », « **à l'insu de la patiente** », « **C'est une grossesse qui évolue à l'insu de la femme, elle ne se sent pas et ne sait pas qu'elle est enceinte** », « **la découverte d'être enceinte.** ».

La notion de terme est un peu moins précise : c'est une « **Découverte tardive d'être enceinte** », la « **Grossesse non connue par la patiente quel que soit le terme** », c'est « **Être enceinte sans avoir conscience de l'être (à partir du 2<sup>e</sup> trimestre)** », c'est une « **Grossesse non connue par la patiente quel que soit le terme** ». (3)

L'hypothèse n°1, « **Les sages-femmes connaissent la définition du déni de grossesse** », est donc affirmée.

### 2.2. Épidémiologie du déni de grossesse



Les sages-femmes de l'étude sont seulement 19% à connaître la fréquence du déni de grossesse, qui est d'un accouchement toutes les 6 heures. En effet, elles pensent en majorité qu'il s'agit d'un accouchement toutes les 24h. Lors de ma recherche documentaire, j'ai eu de grosses difficultés à trouver des notions d'épidémiologie sur le déni de grossesse en France. Cet état des lieux démontre qu'il y a peu d'articles sur le sujet. Moi-même, j'ai pu suivre cependant un débat télévisé suite à un reportage sur le déni de grossesse, où l'expert psychiatre Daniel ZAGURY et le pédopsychiatre Michel LIBERT, mentionnaient la fréquence du déni de grossesse. [31]

Devant le peu d'informations disponibles, la connaissance épidémiologique sur le déni de grossesse est peu accessible. C'est un sujet qui ressort essentiellement quand des affaires télévisées surgissent. Effectivement, l'image négative que donnent les médias du déni de grossesse, pouvant aboutir à une issue dramatique, peut expliquer l'impression de rareté du phénomène pour certaines sages-femmes. Les dénis de grossesse aboutissant à un tel drame restent rares. Les femmes ayant découvert leur grossesse tardivement après un épisode de déni, et accouchant de façon normale, constituent la grande majorité des dénis. Ces patientes peuvent ne pas être assimilées à des cas de déni de grossesse par certaines sages-femmes. [16]

L'hypothèse n°2, « **Les sages-femmes ont des notions épidémiologiques du déni de grossesse** », est donc infirmée.

### 3. L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET LE RESSENTI

#### 3.1. Nombre de situations rencontrées

Parmi les 31 sages-femmes interrogées, 93,5% ont déjà été confrontées à une situation de déni de grossesse. Nous pouvons supposer que le nombre d'années d'expérience des professionnels de santé est en corrélation avec le nombre de déni de grossesse rencontré. En effet, les groupes de population étudiée les plus représentés sont les sages-femmes ayant plus de 20 ans et moins de 5 ans d'expérience et les nombres de cas de déni de grossesses les plus cités sont « plus de 10 cas » et « moins de 5 cas » .

Selon l'AFRDG (Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse), il concerne entre 600 et 1800 femmes chaque année Il y a plus de 20000 sages-femmes en France. La probabilité pour une sage-femme de rencontrer un déni de grossesse est relativement faible. Si les sages-femmes ont rencontré des situations de déni, cela ne fait pas partie de leur quotidien habituel de travail.

L'hypothèse n° 3 « **Les sages-femmes sont confrontées régulièrement au déni de grossesse** » est infirmée.

#### 3.2. La prise en charge spécifique du déni de grossesse

Conscientes d'être devant une situation psychique particulière de la grossesse, les sages-femmes

proposent une prise en charge spécifique avant, pendant et après la grossesse. L'accompagnement psychologique est souvent cité : « **En SDN, ... l'intervention de la psychologue de manière précoce** », en suites de couches, le « **Passage obligatoire de la psychologue** », il est nécessaire d'une « **Visite de la psychologue, visite de l'assistante sociale et relai de la PMI, séjour plus long en maternité** », « **Les patientes qui ont fait un déni de grossesse doivent rencontrer la psychologue du service de maternité** » (10)

Les sages-femmes proposent en majorité une consultation avec une psychologue, un séjour plus long à la maternité et un relai avec la PMI à la sortie. Grâce à leurs connaissances sur le déni de grossesse, notamment qu'il s'agit d'un phénomène inconscient, elles peuvent adapter leur prise en charge.

Elles suggèrent de prendre du temps pour « **être à l'écoute** » des patientes, de les « **accompagner** » dans les soins de leur enfant, à apprendre à le découvrir, les « **rassurer** » quant à la capacité de s'occuper de lui, même si elles ne s'y sont pas préparé pendant 9 mois. (11) La sortie de la maternité peut leur paraître inquiétante, peur de se retrouver seule avec leur enfant, d'où l'importance de l'intervention de la sage-femme libérale.

Toute intervention de l'équipe pluridisciplinaire est toujours proposée mais jamais imposée. (11) [16]

Ce travail de partenariat, pour les sages-femmes, apparaît plutôt comme une aide, un soutien, un encouragement, que comme un besoin fondamental. Effectivement, une sage-femme évoque que « **La PEC ne se fait pas seul, elle implique un accompagnement adapté par de multiples professionnels de santé et du social** » et se sent donc rassurée de ne pas être la seule professionnelle à avoir prise en charge la patiente.

Pour certaines sages-femmes, la prise en charge se fait au cas par cas suivant le terme de la lever du déni, de l'investissement de cette grossesse suite à la découverte, de la création du lien mère-enfant pendant la grossesse puis pendant le séjour à la maternité. Un accompagnement psychologique de la maman est essentiel pour une compréhension psychopathologique du déni de grossesse. Une prise en charge mère/enfant peut être nécessaire pour aider la mère à tisser un lien affectif avec son bébé, car en l'absence du temps de maturation psychologique de la grossesse, ce lien peut être difficile à mettre en place.

En effet, certaines sages-femmes évoquent cette situation comme potentiellement à risques pour la mère et son enfant : complications périnatales, accouchement sous X, néonaticide.

Accoucher sans savoir qu'on est enceinte, dans la douleur, dans l'incapacité de comprendre ce qu'il se passe, est un moment sidérant pour la maman. Certaines femmes n'ont pas l'impression que cet enfant est le leur, voire parfois, n'ont même pas conscience que c'est un être vivant. C'est pourquoi il est important de mettre des mots « vous êtes enceinte », « vous allez accoucher ». [31] Ce qui explique les cas de néonaticides lorsque les femmes accouchent seule à domicile. L'incompréhension, la découverte tardive de l'accouchement, la solitude, le contexte précaire peuvent aboutir à un accouchement sous X. Trois sages-femmes ont relaté des cas de déni de grossesse rencontrés lors de leur carrière : « **En SDN, une femme était à 38 SA, elle présentait des menstruations peu abondantes et un ventre plat, elle n'avait toujours pas conscience d'être enceinte. Elle a accouché sous X et l'enfant est décédé 4h après** », « **En GHR, ..après un accouchement sous X pour lequel la patiente est finalement**

revenue sur sa décision », « Une patiente a choisi le don à l'adoption ».

L'hypothèse n°5 « **Les sages-femmes prennent en charge d'une manière spécifique les femmes présentant un déni de grossesse** », est affirmée.

### 3.3. Ressenti

Dix-sept sages-femmes expriment le fait de se sentir préparée à accompagner une patiente ayant présenté un déni de grossesse. Pour elles, c'est une « **pratique courante** », « **Cela ne pose pas de problème** », « **Cela reste un accompagnement dans la parentalité** », c'est une « **Patiente comme les autres avec un accompagnement plus poussé** ». (6)

D'autres sages-femmes mettent en avant l'expérience et la maturité qui permettent de prendre de l'assurance dans ce suivi. (5)

Cependant, dix sages-femmes ne partagent pas ce ressenti. Elles confient « **ne pas trouver leur place** », « **ne pas trouver les mots** », être dans « **l'incompréhension** », avoir un sentiment de « **mal être** » et avoir « **peur de ne pas gérer le versant psychologique de la prise en charge** ».

Elles évoquent leurs difficultés à expliquer le phénomène du déni de grossesse à la patiente puisqu'elles-mêmes n'en connaissent pas toutes les causes. Elles ne sentent toujours à l'aise car elles ont une « **méconnaissance du contexte social et de l'histoire personnelle de la patiente** ». (7)

Une sage-femme qui n'a jamais été confronté à un cas de déni de grossesse, pense qu'elle saura faire face à cette prise en charge puisqu'elle sait « **s'adapter facilement aux situations** » (14)

L'hypothèse n°7 « **Les sages-femmes appréhendent la prise en charge des femmes présentant un déni de grossesse** », est infirmée.

## 4. LES REPERCUSSIONS DU DENI DE GROSSESSE SUR LE LIEN MERE-ENFANT

Parmi les sages-femmes de l'étude, 96,4% pensent que le déni de grossesse a des répercussions sur l'établissement du lien mère-enfant. En effet, elles connaissent l'existence du processus de « **maturation psychologique** » de la grossesse comme la représentation du « **bébé imaginaire** » au 2<sup>e</sup> trimestre décrite par la psychologue S. Marinopoulos. (9), [4]

Selon ces professionnels de santé, l'établissement de la relation mère-enfant peut dépendre du terme de la lever du déni. Effectivement, en cas de découverte tardive, au moment de l'accouchement par exemple, la patiente n'aura pas eu le temps « **d'anticiper cette enfance** », il n'y aura pas eu de « **dialogue anténatal** » et pas « **d'enfant imaginé pendant les 9 mois de grossesse** ». En revanche, si la découverte se fait plus tôt dans la grossesse, « **On peut "rattraper" le temps perdu** ». (9)

Concernant la prise en charge, les sages-femmes encouragent majoritairement les patientes à allaiter leur enfant et à le mettre en peau à peau afin de favoriser le lien mère-enfant. Elles évoquent également le fait de rassurer la femme sur sa capacité à mater et préconisent de laisser l'enfant avec sa mère.

Une sage-femme remarque que « **Soit le lien est plus fort si l'acceptation est rapide, soit au contraire il existe des difficultés** ». (9) En effet, une professionnelle de santé lors d'un débat télévisé remarquait qu'une idylle pendant les suites de couches se créait, « comme si un autre inconscient préparait quand même à la rencontre des deux êtres ». [31]

Le clivage entre la mère et l'enfant existant pendant la grossesse, se réduit au moment de l'accouchement, la femme est souvent capable de ressentir de réels sentiments maternels. Les femmes ont des compétences maternelles qui se développent à l'accouchement. « L'instinct maternel n'est pas inné et instinctif, les sages-femmes ont compris que la maternité est une adoption, et que dans le déni ou l'adoption, la maternité est possible, même si les 9 mois de fusion avec l'enfant n'ont pas existé ». [16]

Les sages-femmes connaissent les compétences que possèdent les femmes à devenir mère.

L'hypothèse n°4 « **Les sages-femmes connaissent les répercussions du déni de grossesse sur le lien mère-enfant et y sont attentives en cas de prise en charge de déni de grossesse** », est affirmée.

## 5. LES BESOINS EN FORMATION

La majorité des professionnels de santé de l'étude déclare ne pas avoir eu d'enseignements concernant le déni de grossesse pendant leurs études et la plupart n'ont pas eu de formation complémentaire pendant leur carrière.

Pour celles qui ont assisté à des cours magistraux sur ce sujet, elles estiment que l'enseignement reçu était insuffisant car il comportait « **peu d'éléments concrets** », qu'il n'abordait pas de « **prise en charge globale** » et que « **chaque cas est différent** ». (2), [19]

Plusieurs sages-femmes confient être « **démunies** » face à ces femmes et ressentent un « sentiment d'impuissance » ainsi que de « **l'incompréhension** » : « **Comment le pouvoir du corps et de l'inconscient peut dissimuler une grossesse ?** ». Certaines ne comprenant pas elles-mêmes ce phénomène, se disent être en difficulté lorsqu'une patiente leur pose des questions sur le mécanisme du déni de grossesse. (5), [17]

L'hypothèse n°6 « **Les sages-femmes ont besoin de formation pour la prise en charge du déni de grossesse** », est donc affirmée.

## 6. AXES D'AMELIORATION

Les sages-femmes de l'étude étant nombreuses à déplorer un manque d'enseignement lors de la formation initiale, il serait judicieux d'intégrer ce sujet au programme avec une approche pluridisciplinaire : gynécologie, psychologie, obstétrique, science sociale avec des intervenants qui ont été confrontés à cette pathologie. Ce thème pourrait être abordé sous forme d'un ARC

(Accompagnement au Raisonnement Clinique) pour avoir une approche globale de la prise en charge.

Concernant les formations complémentaires, des colloques sur le déni de grossesse pourraient être plus accessibles pour tous les professionnels de santé et dans toute la France.

Chaque établissement de santé devrait avoir un protocole de prise en charge globale du déni de grossesse. Une formation pluridisciplinaire avec des psychologues, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, infirmières puéricultrices, sages-femmes libérales, médecins pourrait être envisagée ainsi que des rencontres ou réunions de toute l'équipe pour évoquer la prise en charge.

## **CONCLUSION**

Le déni de grossesse, phénomène mal connu et encore controversé, qui entraîne des risques physiques et psychologiques, est un réel enjeu de santé publique. Le déni de grossesse est une grossesse qui évolue à l'insu de la femme. Il concerne toute femme en âge de procréer, tout profil confondu et dans tous les milieux socio-économiques. Les étiologies sont méconnues et sont présentées sous forme d'hypothèses.

Cette étude menée auprès des sages-femmes du CHR Metz-Thionville avait pour objectif d'évaluer les connaissances et les pratiques professionnelles des sages-femmes sur le déni de grossesse. Elle a permis de montrer qu'au cours de sa carrière la sage-femme peut être confrontée au déni de grossesse. Elle a un rôle important dans la prise en charge et le soutien de l'établissement du lien mère-enfant. La sage-femme apporte sa bienveillance en rassurant les patientes et en les déculpabilisant. La majorité des sages-femmes connaissent les caractéristiques du déni de grossesse et savent adapter leur prise en charge.

Pour un accompagnement de qualité, l'expérience et la formation sont essentielles. Pendant la formation initiale des études de maïeutique, le déni de grossesse n'est pas assez abordé lors des enseignements. La formation continue n'apporte pas toutes les réponses aux professionnels de santé. Elle est insuffisante.

C'est pourquoi, pendant les études, des cours magistraux avec mise en situation et cas clinique apporteraient une réflexion sur la prise en charge du déni de grossesse. Quant à la formation continue, des rencontres pluridisciplinaires permettraient des discussions sur la prise en charge. Chaque professionnel de santé pourrait échanger sur le vécu de leur expérience professionnelle et aborder le problème avec leur sensibilité et leur éducation.

Dans chaque établissement de santé, un protocole pourrait être mis en place et servir de base pour la prise en charge du déni de grossesse. Il serait à adapter à chaque patiente et en fonction de ses demandes et de ses besoins.

Le déni de grossesse, qui est maintenant reconnu, mériterait des études plus approfondies afin d'identifier ses étiologies. Des études prospectives permettraient d'analyser le devenir des enfants issus de déni de grossesse avec les risques de mal être ou de maltraitance, et pour les femmes, les risques de récurrences.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Modifications physiologiques de la grossesse. 2011 ; 36p.
- [2] Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet PSY*. Mar 2001 [En ligne]. (Consulté le 18/06/2018) ; 63: 30-3. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-3-page-30.htm>
- [3] Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*. Fév 2001 [En ligne]. (Consulté le 18/06/2018) ; 13: 41-52. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2001-2-page-41.htm>
- [4] Marinopoulos S. De l'impensé à l'impensable en maternité: Le déni. *Champ psychosomatique*. Jan 2009 [En ligne]. (Consulté le 18/06/2018) ; 53: 19-34. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2009-1-page-19.htm>
- [5] Exbrayat Y. Désirer un enfant. 2018 [En ligne]. (Consulté le 07/07/2018) ; Disponible sur : [http://www.exbrayat-psychologue.fr/?page\\_id=395](http://www.exbrayat-psychologue.fr/?page_id=395)
- [6] Fresnel H. Monique Bydlowski : « Le désir d'enfant échappe souvent à notre volonté ». *Psychologies* [en ligne]. Juil 2009 (Consulté le 08/07/2018) ; Disponible sur : <http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Desir-d-enfant/Articles-et-Dossiers/Vouloir-un-enfant/Monique-Bydlowski-Le-desir-d-enfant-echappe-souvent-a-notre-volonte>
- [7] Abdel-Baki A, Poulin MJ. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. *Psychothérapies*. Jan 2004 [en ligne]. (Consulté le 08/07/2018) ; 24 : 38. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2004-1-page-3.htm>
- [8] Marinopoulos S, Nisand I. Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Brignon, Les Liens qui Libèrent, 2011, 229 p.
- [9] Navarro F, Delcroix M. Qu'est-ce que le déni de grossesse ? *La revue de santé scolaire & universitaire*. Elsevier Masson. Mai-juin 2013 [en ligne]. (Consulté le 18/06/2018) ; 21 : 10-3. Disponible sur : [http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2013/07/Navarro\\_-le-deni-de-grossesse.pdf](http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2013/07/Navarro_-le-deni-de-grossesse.pdf)
- [10] Blanchette F. Étude de cas portant sur le déni de grossesse. [essai]. Université du Québec à Montréal. 2011 ; 180p.
- [11] Bayle B. Les négations de grossesse (dissimulation, dénégation, déni). *L'enfant à naître*. 2005 [En ligne]. (Consulté le 02/04/2019) ; 169 à 204. Disponible sur : <https://www.cairn.info/l-enfant-a-naître--9782749204871-page-169.htm?contenu=resume#>
- [12] Halimi R. Perspectives d'accompagnement des négations de grossesse. [mémoire]. École de sages-femmes. Université de Nantes. 2011 ; 152p.

- [13] Dayan J. Psychopathologie de la périnatalité. Paris, Masson, 1999.
- [14] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Déc 2010 [en ligne]. (Consulté le 22/01/18). Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2010\\_GO\\_145\\_lansac.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GO_145_lansac.pdf)
- [15] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Le vécu de la grossesse par les femmes. Grossesse et accueil de l'enfant. Mai 2010 [en ligne]. (Consulté le 20/12/18). Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf>
- [16] Grandgirard C. Le déni de grossesse : une réalité encore ignorée ? [mémoire]. École de Sages-Femmes de Metz. Université Henri Poincaré Nancy I. 2010 ; 92p.
- [17] Remy M. Le déni de grossesse : « Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant... ». [mémoire]. Ecole de Sage-Femme Albert Fruhinsholz. Université Henri Poincaré, Nancy I. 2011 ; 80p.
- [18] Pereira de Oliveira C. « Le déni de grossesses » : une entité clinique valide ? Topique. Février 2013 [En ligne]. (Consulté le 03/07/2018) ; 123 : 189-207. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-topique-2013-2-page-189.htm>
- [19] Copy A. Le déni de grossesse appréhendé par les sages-femmes en 2012. Ecole de Sage-Femme. UFR de médecine et des sciences de la santé Brest. 2013 ; 50p.
- [20] Dapremont C. Déni de grossesse : Des nouveau-nés comme les autres ? [mémoire]. Ecole de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz Nancy. Université de Lorraine. 2014 ; 83p.
- [21] 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.
- [22] Chaulet S, Juan-Chocard A, Vasseur S et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. [Résumé]. Annales Médico-Psychologiques. Elsevier Masson. 2013 ; 171 : 705-9.
- [23] Tschannen K, Mira M, Giacomini M et al. Un passager clandestin : Les vérités sur le déni de grossesse [Immersion en communauté]. Faculté de médecine. Université de Genève. 2013 ; 57p.
- [24] Grangaud N. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. [Thèse]. Faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis. Université Paris VII. 2001.
- [25] Bonnet C., Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé. Perspectives Psychiatriques. 2002 ; 41 ; 3 : 189 – 194
- [26] 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 Sages-Femmes. Université de Limoges. 2014 ; 152p.
- [27] Legifrance.gouv. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. [en ligne]. (Consulté le 09/07/2018). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
- [28] Ordre des sages-femmes conseil national. La formation continue : le DPC. [en ligne]. (Consulté le 09/07/2018). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
- [29] Haute autorité de santé. Evaluation et amélioration des pratiques, méthodes et modalités de DPC. [en ligne]. (Consulté le 20/12/18). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf)
- [30] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Formation, DIU/DU. [en ligne]. (Consulté

le 09/07/2018). Disponible sur : <http://www.cngof.fr/formation/recensement-diu-du>

[31] France tv. Replay Le monde en face : « Déni de grossesse, à mon corps défendant » : le débat. [en ligne]. (Consulté le 10/05/2019). Disponible sur : <https://www.france.tv/france-5/le-monde-en-face/738827-le-monde-en-face.html>

## ANNEXES

- **Annexe 1** : Questionnaire distribué aux sages-femmes du CHR Metz-Thionville
- **Annexe 2** : Verbatim « Pensez-vous que cet enseignement soit suffisant ? Pourquoi ? »
- **Annexe 3** : Verbatim « Qu'est-ce que pour vous le déni de grossesse ? »
- **Annexe 4** : Verbatim « Dans quels services et quelles circonstances avez-vous été confronté(e) au déni de grossesse au cours de votre carrière ? »
- **Annexe 5** : Verbatim « Quel est votre ressenti face au déni de grossesse ? »
- **Annexe 6** : Verbatim « Êtes-vous à l'aise dans le suivi d'une femme présentant un déni de grossesse ? Si oui, pour quelles raisons ? »
- **Annexe 7** : Verbatim « Êtes-vous à l'aise dans le suivi d'une femme présentant un déni de grossesse ? Si non, pour quelles raisons ? »
- **Annexe 8** : Verbatim « Pensez-vous que le déni de grossesse ait des répercussions sur le lien mère-enfant ? Si oui, pourquoi ? A quoi pensez-vous ? »
- **Annexe 9** : Verbatim « Pensez-vous que le déni de grossesse ait des répercussions sur le lien mère-enfant ? Si non, pourquoi ? »
- **Annexe 10** : Verbatim « Existe-t-il un protocole de prise en charge du déni de grossesse ? Si oui, lequel ? »
- **Annexe 11** : Verbatim « Si vous avez déjà été confronté(e) à un déni de grossesse, quelle a été votre prise en charge ? »
- **Annexe 12** : Verbatim « Selon vous, votre prise en charge a-t-elle évolué avec votre expérience ? Si oui, pourquoi ? »
- **Annexe 13** : Verbatim « Selon vous, votre prise en charge a-t-elle évolué avec votre expérience ? Si non, pourquoi ? »



- **Annexe 14** : Verbatim « Si vous n'avez jamais été confronté(e) à cette situation, pensez-vous avoir les connaissances et les ressources suffisantes pour prendre en charge une femme présentant un déni de grossesse ? »
- **Annexe 15** : Verbatim « Avez-vous quelque chose à ajouter ? »

## **Annexe 1: Questionnaire distribué aux sages-femmes du CHR Metz-Thionville**

Mesdames et messieurs les sages-femmes,

Je m'appelle Camille Antoine et je suis actuellement en 5<sup>e</sup> année à l'école de sages-femmes de Metz. Mon sujet de mémoire de fin d'études porte sur le déni de grossesse. L'objectif principal de mon étude est d'évaluer les connaissances et les pratiques professionnelles des sages-femmes du CHR concernant le déni de grossesse en 2019.

Ce questionnaire est donc destiné aux sages-femmes ayant travaillé dans les services de consultations, de GHR, de salle de naissances, d'urgences gynéco-obstétricales et de suites de couche.

Pour y répondre, il suffit de cocher la/les case(s) correspondant à vos réponses, pour certaines questions vous pourrez développer vos réponses. Ce questionnaire n'a pas pour but de juger, mais d'aider à apporter des pistes d'amélioration. L'anonymat sera préservé et le questionnaire sera détruit après l'étude.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à mon étude et pour les réponses que vous m'apporterez.

1) Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
2) Votre âge	<input type="checkbox"/> < 30 ans <input type="checkbox"/> 30/40 ans <input type="checkbox"/> 40/50 ans <input type="checkbox"/> 50/60 ans <input type="checkbox"/> > 60 ans
3) Lieu d'exercice	<input type="checkbox"/> Hôpital de Mercy <input type="checkbox"/> Hôpital de Bel Air
4) Expérience(s) professionnelle(s) au cours de votre carrière	<input type="checkbox"/> Salle de naissances <input type="checkbox"/> Suite de couches <input type="checkbox"/> Urgence Gynécologiques et Obstétricales <input type="checkbox"/> Grossesses à Hauts Risques <input type="checkbox"/> Consultations <input type="checkbox"/> Autres : .....
5) En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?	.....
6) Avez-vous eu des enseignements sur le déni de grossesse lors de vos études ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si <u>oui</u> , sous quelle(s) forme(s) ?

	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Si <u>non</u>, avez-vous eu une formation continue complémentaire au cours de votre carrière ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7) Pensez-vous que cet enseignement soit suffisant ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>8) Qu'est-ce que pour vous le déni de grossesse ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9) Avez-vous déjà été confronté(e) à une situation de déni de grossesse ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>10) En moyenne, combien de fois avez-vous été confronté(e) au déni de grossesse au cours de votre carrière ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> &lt; 5</p> <p><input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> &gt; 10</p> <p>Si <u>oui</u>, dans quels services et quelles circonstances ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>11) Connaissez-vous la fréquence du déni de grossesse ?</p>	<p>Un accouchement suite à un déni de grossesse a lieu :</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les 3h <input type="checkbox"/> Toutes les 6h</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les 12h <input type="checkbox"/> Toutes les 24h</p>
<p>12) Quel est votre ressenti face au déni de grossesse ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>

	..... .....
13) Etes-vous à l'aise dans le suivi d'une femme présentant un déni de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si <u>oui</u> , pour quelles raisons ? ..... ..... .....  Si <u>non</u> , pour quelles raisons ? ..... ..... .....
14) Est-ce que l'expérience a modifié votre comportement face au déni de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15) Pensez-vous que le déni de grossesse ait des répercussions sur le lien mère enfant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si oui, pourquoi ? A quoi pensez-vous ? ..... ..... .....  Si non, pourquoi ? ..... ..... .....
16) Que proposez-vous à la naissance et/ou dans les suites de couche ?	<input type="checkbox"/> Allaitement maternel <input type="checkbox"/> Peau à peau <input type="checkbox"/> Autres : .....
17) Existe-t-il un protocole de prise en charge du déni de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si <u>oui</u> , lequel ? .....

	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>18) Quelle serait votre prise en charge ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Psychologue                      <input type="checkbox"/> PMI</p> <p><input type="checkbox"/> Séjour plus long à la maternité</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : .....</p> <p>Si vous avez déjà été confronté(e) à un déni de grossesse, quelle a été votre prise en charge ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>19) Selon vous, votre prise en charge a-t-elle évoluée avec votre expérience ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui                                      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si <u>oui</u>, pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Si <u>non</u>, pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>20) Si vous n'avez jamais été confronté(e) à cette situation, pensez-vous avoir les connaissances et les ressources suffisantes pour prendre en charge une femme présentant un déni de grossesse ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui                                      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>21) Pensez-vous avoir un rôle important dans cette prise en charge ? (Qu'il aura un impact sur la relation mère enfant ?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui                                      <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>22) Avez-vous des choses à rajouter ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Je vous remercie de votre participation.

Camille ANTOINE

## **Annexe 2 : Verbatim**

« Pensez-vous que cet enseignement soit suffisant ? Pourquoi ? »

- 1) « Cours de 4h seulement, peu d'éléments concret ou cas clinique »
- 2) « Je n'ai pas trouvé de formation allant plus loin que mes recherches personnelles »
- 3) « Pas d'enseignement »
- 4) « A la condition de ne pas survoler et de prendre toutes les composantes en compte »
- 5) « Parce que chaque cas est différent »
- 6) « Car c'est l'inconnu quand on y est confronté »
- 7) « Les cas de déni de grossesse se multiplient et pas assez d'information sur le sujet pour avoir une approche adéquate »
- 8) « Peu de souvenirs de cet enseignement. La pratique reste primordiale »
- 9) « Prise en charge globale non abordée »
- 10) « On nous enseigne des généralités et en fait chaque cas est différent »
- 11) « Formation continue ou intra hospitalière serait judicieuse »

### **Annexe 3 : Verbatim**

#### « Qu'est-ce que pour vous le déni de grossesse ? »

- 1) « C'est une grossesse qui évolue à l'insu de la femme, elle ne se sent pas et ne sait pas qu'elle est enceinte »
- 2) « Une patiente qui arrive avec des douleurs pelviennes et qui accouche ou découvre qu'elle est enceinte »
- 3) Une femme qui ignore sa grossesse en cours, n'a pas de signes de grossesse, a ses menstruations »
- 4) « Absence de conscience de la grossesse »
- 5) « Être enceinte sans avoir conscience de l'être (à partir du 2<sup>e</sup> trimestre) »
- 6) « Ne pas (re)connaître son état de grossesse au-delà du 1<sup>er</sup> trimestre »
- 7) « De refouler inconsciemment dans son esprit l'existence d'une grossesse »
- 8) « Une grossesse développée à l'insu de la femme enceinte, et découverte alors qu'elle approche du terme ou lors de l'accouchement »
- 9) « Il s'agit d'une patiente enceinte qui n'a pas conscience qu'elle l'est. La grossesse est soit découverte par des douleurs ou parfois lors de l'accouchement »
- 10) « C'est une grossesse qui évolue à l'insu de la patiente »
- 11) « C'est une situation particulière où le désir d'enfant n'existe pas, le désir de grossesse non plus, mais un bébé existe in utero »
- 12) « C'est une femme enceinte qui ne souhaite pas de grossesse, qui arrive à cacher sa grossesse tant le psychisme impacte sur le corps. N'oublions pas nous sommes une unité (corps + esprit) »
- 13) « Une grossesse découverte fortuitement, une femme sachant qu'elle est enceinte mais elle ne l'officialise pas »
- 14) « Grossesse non connue par la patiente quel que soit le terme »
- 15) « Non conscience du fait d'être enceinte »
- 16) « Le fait de ne pas savoir qu'elle est enceinte et de l'apprendre tard dans la grossesse ou à l'accouchement »
- 17) « C'est la méconnaissance de l'état de grossesse, à l'état conscient avec absence apparente de signes de grossesse »
- 18) « Une grossesse dont le corps se refuse. La femme n'a pas conscience de sa grossesse »
- 19) « Méconnaissance psychique d'une grossesse »
- 20) « Quelque chose du domaine de l'inconscient qui fait que « l'esprit » se refuse à intégrer l'existence d'une grossesse »
- 21) « Un déni de grossesse est la non connaissance d'une grossesse et tous les mécanismes psychocorporels associés, qui explique cette méconnaissance »
- 22) « Diagnostic de grossesse fait tardivement ou pas avant l'accouchement »
- 23) « Découverte d'une grossesse à un âge gestationnel avancé sans signes cliniques antérieurs »
- 24) « C'est une patiente qui n'a pas conscience de sa grossesse quel que soit le terme »
- 25) « Découverte tardive d'être enceinte »
- 26) « Un refus de la grossesse »

- 27) « La patiente n'est pas consciente de son état de grossesse »
- 28) « Le refus psychologique d'intégrer qu'une grossesse est en cours »
- 29) « Incapacité consciente ou inconscience d'accepter, d'intégrer l'idée d'une grossesse »
- 30) « C'est une femme qui n'a pas conscience d'être enceinte au-delà du 1<sup>er</sup> trimestre »



#### **Annexe 4 : Verbatim**

« Dans quels services et quelles circonstances avez-vous été confronté(e) au déni de grossesse au cours de votre carrière ? »

- 1) « UGO, SDN »
- 2) « Aux urgences, une patiente présente des algies pelviennes, elle a appris qu'elle était enceinte, elle avait des CU »
- 3) « SDN, consultation pour douleurs et accouchement dans l'heure qui suit »
- 4) « En SDN, chez des patientes qui avaient appris leur grossesse à 7 mois (2 patientes) »
- 5) « Maternité, GHR »
- 6) « Consultations de suivi de grossesse et en SDN »
- 7) « Consultations prénatales, SDN, SDC »
- 8) « En GHR, juste après avoir la découverte de la grossesse et peu avant l'accouchement dans un cas, après un 'accouchement sous X pour lequel la patiente est finalement revenue sur sa décision »
- 9) « En extra hospitalier (douleurs abdominales chez une jeune fille de 15 ans)  
A l'UGO : envoyée par son médecin généraliste pour absence de règles  
En SDN : elle est arrivée tête à la vulve »
- 10) « En SDN (il n'y avait pas d'UGO) »
- 11) « SDN, accouchement au secret »
- 12) « UGO : patiente arrivée pour douleurs → accouchement  
SDC : suivi d'une patiente avec déni total jusqu'au terme »
- 13) « A l'UGO notamment, patiente adressée par les urgences générales où le diagnostic de grossesse avancée était posé »
- 14) « En SDN, mais aussi aux urgences gynécologiques »
- 15) « Grossesse pathologique, UGO »
- 16) « En SDN, aux UGO, en SDC »
- 17) « En SDN, 37 SA et MFIU, accompagnement délicat  
En maternité, plusieurs dénis de grossesse et enfants bien acceptés »
- 18) « SDN, SDC »
- 19) « UGO : admission d'une patiente en travail  
SDC : accouchée »
- 20) « UGO : consultation pour douleurs  
SDN suite à un accouchement à domicile »
- 21) « Aux urgences : annonce d'une grossesse  
En SDN : relève d'une collègue  
En SDC »

22) « SDN : accouchement

UGO : découverte de grossesse

Maternité : après accouchement »

23) « UGO, SDN, SDC »

24) « GHR, SDC »

25) « SDN et SDC

Dans les cas où 'ai été confrontée, il y a eu la patiente qui a senti son bébé bouger au moment où elle a vu son bébé à l'échographie au 7<sup>e</sup> mois de grossesse.

Une patiente enceinte de 5 mois dont le ventre est sorti et la grossesse visible le lendemain

Une patiente qui a fallu accompagner car elle a découvert sa grossesse au moment de l'accouchement et il a fallu gérer la famille plus que la patiente

Une patiente qui a choisi le don à l'adoption »

26) « Urgences »

27) « En SDN, une femme était à 38 SA, elle présentait des menstruations peu abondantes et un ventre plat, elle n'avait toujours pas conscience d'être enceinte. Elle a accouché sous X et l'enfant est décédé 4h après »

## **Annexe 5 : Verbatim**

« Quel est votre ressenti face au déni de grossesse ? »

- 1) « Difficile de trouver les mots »
- 2) « Absence de ressenti particulier »
- 3) « Étonnement, questionnement »
- 4) « Peu de temps pour apporter une aide efficace, parfois démunie »
- 5) « Cela ne me met pas en difficulté, je me place à l'écoute de la patiente pour l'accompagner au mieux, être dans le non jugement »
- 6) « J'ai du mal à comprendre qu'on ne puisse rien ressentir »
- 7) « Tout dépend de la réaction de la patiente, qui peut montrer un investissement fulgurant de la grossesse »
- 8) « Je suis souvent déconcertée »
- 9) « C'est un sentiment ambigu de compréhension du fait de la spécificité de la grossesse et en même temps d'incompréhension physiologique (quand on a déjà été mère et qu'on connaît les modifications du corps et les ressentis de la grossesse) »
- 10) « Empathie »
- 11) « Incompréhension, mais je reste professionnel »
- 12) « Pas de ressenti particulier »
- 13) « Cela peut arriver lorsque la patiente pense que ce n'est pas possible qu'elle soit enceinte ? »
- 14) « Je ne sais pas comment réagir »
- 15) « Certains dénis ne sont pas de vrais dénis mais plutôt des absences volontaires de suivi de grossesse (avec conscience de l'état de grossesse) par les patientes »
- 16) « Je suis toujours étonnée de voir comment « l'inconscient » peut modifier la perception que les femmes ont de leur corps »
- 17) « Incompréhension »
- 18) « Je suis toujours étonnée du pouvoir de l'inconscient et des modifications corporelles quand le déni est levé »
- 19) « Toujours étonné de la « puissance » du psychosomatique »
- 20) « Toujours de la surprise »
- 21) « Aucun, j'accueille les femmes et fait tout ce qu'elles souhaitent. Je m'adapte, prend le temps qu'il faut pour la femme »
- 22) « Empathie envers les patientes, sentiment d'impuissance »
- 23) « Situation compréhensible, vulnérabilité psychologique »
- 24) « La surprise et le doute (difficile de croire qu'on ne sent rien quand on est enceinte)
- 25) « Au départ, l'étonnement puis l'empathie »
- 26) « Empathie »
- 27) « Incompréhension, comment le pouvoir du corps et de l'inconscient peut dissimuler une grossesse ? »

## **Annexe 6 : Verbatim**

« Êtes-vous à l'aise dans le suivi d'une femme présentant un déni de grossesse ? Si oui, pour quelles raisons ? »

- 1) « Pratique courante »
- 2) « J'ai fait beaucoup de recherches personnelles pour me sentir prête à accompagner »
- 3) « La PEC ne se fait pas seul, elle implique un accompagnement adapté par de multiples professionnels de la santé et du social »
- 4) « Cela ne pose pas de problème »
- 5) « Après le moment de stupéfaction, le professionnalisme reprend le dessus »
- 6) « Expérience »
- 7) « Il faut l'accompagner dans cette nouvelle et dans la découverte de la grossesse »
- 8) « De plus en plus avec l'expérience professionnelle et la pratique »
- 9) « Souvent une fois l'annonce faite, les suites sont favorables »
- 10) « L'expérience et la maturité aide à prendre en charge ces patientes »
- 11) « Cela reste un accompagnement dans la parentalité »
- 12) « Cela dépend de la situation »
- 13) « Avec l'expérience »
- 14) « Je ne juge pas les femmes »
- 15) « Je ne juge pas »
- 16) « Patiente comme une autre avec un accompagnement plus poussé »

### **Annexe 7:** Verbatim

« Êtes-vous à l'aise dans le suivi d'une femme présentant un déni de grossesse ? Si non, pour quelles raisons ? »

- 1) « On imagine bien que pour elle la situation est extrêmement compliquée »
- 2) « Pas au départ, beaucoup de questionnement »
- 3) « Après avoir géré l'urgence de l'accouchement, il faut gérer le versant psy et administratif (éventuellement un accouchement sous X) »
- 4) « Incompréhension et mal être »
- 5) « Car c'est l'inconnu »
- 6) « Pas toujours à l'aise car méconnaissance du contexte social, de l'histoire personnelle de la patiente »
- 7) « Très délicat d'expliquer le phénomène face aux questions de la femme »
- 8) « Cela dépend de la situation »
- 9) « Parfois non quand elles rejettent toutes mes propositions »
- 10) « Trouver sa place, trouver les mots »
- 11) « On ne connaît pas son histoire, peur de faire plus de mal »
- 12) « J'ai peur de ne pas pouvoir gérer le versant psychologique de la prise en charge »

## **Annexe 8 : Verbatim**

« Pensez-vous que le déni de grossesse ait des répercussions sur le lien mère-enfant ? Si oui, pourquoi ? A quoi pensez-vous ? »

- 1) « Le déni de grossesse peut survenir dans un contexte économique précaire → refus de savoir qu'il va y avoir un bébé, peut être précurseur de refuser la prise en charge = non investissement de l'enfant »
- 2) « Tout dépend de l'état de la patiente »
- 3) « Risque de rejet/dépression »
- 4) « Soit lien plus fort si acceptation rapide, soit au contraire difficultés »
- 5) « N'a pas eu le temps de la grossesse pour se préparer à avoir son bébé »
- 6) « On peut douter de l'attachement de la mère vis-à-vis de son enfant »
- 7) « Le manque de relation mère-enfant durant la période prénatale, le manque de préparation à être maman »
- 8) « Culpabilité de la mère, du père. Enfant désiré ? »
- 9) « Difficulté d'investir l'enfant, la relation »
- 10) « La femme n'a pas pu se préparer psychologiquement à la venue de ce bébé, elle n'a pas pu faire le cheminement « classique », bébé imaginaire,.. »
- 11) « Absence de la maturation psychologique pendant la grossesse pour devenir parents. Pas de projection de l'enfant à naître, attentes,.. »
- 12) « Je pense que cela dépend du stade où l'on apprend la grossesse. Pour une femme qui découvre la grossesse alors que c'est le moment d'accoucher, le bouleversement émotionnel et psychologique est tel que le lien peut avoir du mal à s'établir. Si la grossesse est découverte à distance de l'accouchement, la femme a un peu de temps pour intégrer l'enfant et commencer l'établissement d'un lien in utero »
- 13) « Surement mais jamais dans les cas que j'ai rencontré »
- 14) « Parfois si le déni de grossesse est levé à l'accouchement, la patiente est sidérée, cela peut avoir des répercussions sur le lien d'attachement »
- 15) « Car la mère n'accepte pas forcément le bébé »
- 16) « Le fait d'être mère sans l'avoir envisagé peut-être traumatique »
- 17) « Pas de réelle volonté d'être mère »
- 18) « Problème d'attachement »
- 19) « Car la grossesse dure 9 mois et c'est un temps nécessaire pour se préparer à être mère »
- 20) « Il peut y avoir davantage de difficultés dans le lien d'attachement »
- 21) « Les enfants nés d'un déni sont souvent très calmes, comme s'ils continuaient à se faire oublier »

- 22) « Un investissement différent de la grossesse, plus tardif et difficile prennent parfois place dans un contexte de grossesse initialement non désirée »
- 23) « Le lien n'a pas été créé suffisamment tôt »
- 24) « On ne peut généraliser. Dans mon expérience, j'ai connu des liens qui se sont créent très forts, et des abandons, tout dépend de la prise de conscience, de la "raison" du déni, de l'accompagnement. On peut "rattraper" le temps perdu »
- 25) « Abandon, lien mère-enfant »
- 26) « Culpabilité »
- 27) « Il n'y a pas l'enfant imaginé des 9 mois de grossesse, pas de dialogue anténatal, pas d'anticipation de cette enfance »
- 28) « Cela dépend du terme »
- 29) « Surtout si l'âge de découverte du déni de grossesse »

### **Annexe 9** : Verbatim

« Pensez-vous que le déni de grossesse ait des répercussions sur le lien mère-enfant ? Si non, pourquoi ? »

- 1) « Cela dépend de l'état de la patiente »
- 2) « Mais cela dépend du terme de découverte de la grossesse. Si le déni est partiel, elle aura peut-être un peu de temps pour intégrer cette information et investir la grossesse »



### **Annexe 10 : Verbatim**

« Existe-t-il un protocole de prise en charge du déni de grossesse ? Si oui, lequel ? »

- 1) « En SDN, pour le choix d'intervention de la psychologue de manière précoce »
- 2) « Passage obligatoire de la psychologue »
- 3) « Visite de la psychologue, visite de l'assistante sociale et relai de la PMI, séjour plus long en maternité »
- 4) « Les patientes qui ont fait un déni de grossesse doivent rencontrer la psychologue du service de maternité »
- 5) « Protocole du CHR »

## **Annexe 11 : Verbatim**

« Si vous avez déjà été confronté(e) à un déni de grossesse, quelle a été votre prise en charge ? »

- 1) « Il faut s'assurer que le lien mère enfant s'établisse dans de bonnes conditions, donc on favorise un séjour plus long en maternité »
- 2) « Réunion pluridisciplinaire »
- 3) « Observation de l'instauration du lien mère enfant. Rassurer la femme dans sa capacité d'être une bonne mère. Ne pas culpabiliser. Écouter les interrogations que pourrait avoir la patiente »
- 4) « Observation du lien mère enfant, observation de la situation sociale »
- 5) « Concernant la prise en charge, il faut proposer, laisser du temps, ne pas forcer les choses »
- 6) « J'étais étudiante »
- 7) « Soutien relation mère enfant, appel PMI, appel SF libérale »
- 8) « Psychologue et séjour plus long à la maternité »
- 9) « Être plus proche de la patiente, on informe les services de PMI et on propose la consultation avec la psychologue »
- 10) « Proposition d'une consultation avec la psychologue »
- 11) « Proposition consultation avec psychologue »
- 12) « Encadrement renforcé en suites de couches Attention renforcée sur la mise en place du lien mère enfant, repérer attitude de rejet/enfant »
- 13) « Psychologue, accompagnement à la maternité ++, PMI »
- 14) « Accompagnement, informations »
- 15) « Sortie préconisée que si la maman a accepté le bébé »
- 16) « Cela était en salle de naissance, après la surprise, prise en charge classique mais en insistant sur l'allaitement, le peau à peau, en étant très vigilante sur la rencontre de la mère et de l'enfant. je reprenais des nouvelles dans les suites de couches »
- 17) « PEC habituelle de l'accouchement au niveau médical, et davantage d'explication, de dialogue et d'écoute sur les besoins et demandes de la patiente »
- 18) « Accompagnement psychologique, possibilité d'être avec l'enfant »
- 19) « Rassurer, expliquer et écouter la patiente. Lui proposer un suivi par une assistante sociale et psychologue selon les besoins. Évaluer l'accompagnement. Présenter le dossier au STAFF »
- 20) « Psychologue, PMI, séjour plus long à la maternité »
- 21) « Contacter tout de suite une psychologue pour une prise en charge »

## **Annexe 12 : Verbatim**

« Selon vous, votre prise en charge a-t-elle évoluée avec votre expérience ? Si oui, pourquoi ? »

- 1) « Plus attentive au lien mère enfant »
- 2) « A mon époque on ne parlait pas de déni »
- 3) « Plus encadré, plus connu par rapport aux risques de la relation mère enfant, lien avec la PMI »
- 4) « Plus de connaissances, d'expériences, d'empathie peut être »
- 5) « Expérience professionnelle, documentation plus fournie. Je me sens plus compétente maintenant »
- 6) « Meilleure compréhension de la patiente, de ses réactions et besoins »
- 7) « Depuis que je suis également mère »
- 8) « On s'est informé sur ce sujet donc on y a réfléchi de manière plus particulière, l'effet de surprise dure moins longtemps car on passe dans l'action »
- 9) « Compréhension du déni de grossesse »
- 10) « L'expérience renforce notre assurance et les connaissances »
- 11) « Nous avons plus d'outils avec la présence de la psychologue et de l'assistante sociale »
- 12) « Parce que le déni de grossesse est démystifié. Tous ne se terminent pas par un infanticide »

### **Annexe 13 : Verbatim**

« Selon vous, votre prise en charge a-t-elle évoluée avec votre expérience ? Si non, pourquoi ? »

- 1) « Pas suffisamment d'expérience »
- 2) « Je n'y ai jamais été confronté »
- 3) « Courte expérience »
- 4) « Pas assez d'expérience encore »
- 5) « Pas assez d'expérience »

#### **Annexe 14 : Verbatim**

« Si vous n'avez jamais été confronté(e) à cette situation, pensez-vous avoir les connaissances et les ressources suffisantes pour prendre en charge une femme présentant un déni de grossesse ? »

- 1) « Je m'adapte facilement aux situations »
- 2) « Manque de connaissance en psychologie »
- 3) « Car je n'ai pas bénéficié des bases nécessaires à l'école »
- 4) « Chaque personne est différente, il n'y a pas de « théorie » à avoir mais c'est une question d'humanité et d'accompagnement »

## **Annexe 15 : Verbatim**

« Avez-vous des choses à ajouter ? »

- 1) « Un cas qui doit être abordé durant les études, de plus en plus fréquent il me semble »
- 2) « C'est un parcours a priori comme les autres avec une surveillance accrue psychologiquement et au lien mère enfant »
- 3) « Compréhension du mécanisme psychique important à connaître »
- 4) « La première rencontre de la mère et de l'enfant est fondamentale, donc dans le déni de grossesse, cela est encore plus important, le lien mère enfant en dépend »
- 5) « Accompagnement, dialogue »
- 6) « Je suis sage-femme depuis 35 ans et je n'ai pas rencontré ni pris en charge de déni de grossesse les 20 premières années de ma carrière. J'ai « découvert » le déni de grossesse il y a quelques années, alors ma question est : pourquoi ?
- 7) « Nous avons un rôle important dans la réassurance et de la déculpabilisation des patientes, il faut savoir rassurer ces patientes sur leurs capacités de maternage »
- 8) « L'expérience a permis d'améliorer ma prise en charge »
- 9) « La naissance est parfois un choc émotionnel énorme, on pourrait brutaliser la femme, à nous d'être patients, compréhensifs et délicats »
- 10) « Formation pluridisciplinaire avec psychologues/sages-femmes/aides-soignantes/auxiliaires de puériculture + SF libérales pour meilleures PEC »

**Quand corps et esprit s'opposent : la sage-femme face au déni de grossesse**

**RESUME**

Introduction : Le déni de grossesse est une pathologie qui a été récemment dévoilée au grand public par les médias et qui est encore controversée. Il n'existe pas de consensus concernant sa définition ce qui entraîne une absence de protocole pour sa prise en charge dans certains hôpitaux.

Méthode : L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances et les pratiques des sages-femmes du CHR Metz-Thionville concernant le déni de grossesse en 2019. Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive monocentrique. Un questionnaire anonyme a été distribué à 117 sages-femmes.

Résultats : Le taux de participation a été de 26%, soit 31 questionnaires remplis. Les sages-femmes étaient 93,5% à avoir été confrontées au déni de grossesse au cours de leur carrière. Dix-sept professionnels de santé constataient une évolution de leur prise en charge avec l'expérience. Les sages-femmes ressentaient en général de l'incompréhension vis-à-vis de ce phénomène mais se sentaient à l'aise dans sa prise en charge. La majorité des sages-femmes interrogées (n=18) affirmait ne pas avoir eu d'enseignements concernant le déni de grossesse pendant leurs études.

Conclusion : Malgré le manque d'enseignement des sages-femmes sur le déni de grossesse lors de leur formation initiale et au cours de leur carrière, les sages-femmes ont des connaissances sur le déni de grossesse. Elles savent adapter leur prise en charge en cas de déni de grossesse. Elles favorisent l'établissement du lien mère-enfant et y sont attentives. Une amélioration de ces formations permettrait une optimisation de cette prise en charge.

Mots clés : Déni de grossesse, évaluation, prise en charge, pratiques professionnelles

**ABSTRACT**

Introduction : Denial of pregnancy is a pathology who has recently been unveiled to the general public by the media and is still controversial. There is no consensus on his definition which leads to a lack of protocol for his supported in some hospitals.

Methods : The objective of this study was to assess the knowledge and practices of midwives at CHR Metz-Thionville regarding denial of pregnancy in 2019. This was a single-center descriptive observational epidemiological study. Anonymous questionnaires were given to 117 midwives.

Results : The participation rate was 26%, it represents 31 completed questionnaires. Midwives were 93.5% to experience denial of pregnancy during their careers. Seventeen health professionals noted a change in their care with experience. Midwives generally felt misunderstanding of this phenomenon but felt comfortable in their care. The majority of midwives surveyed (n = 18) reported that they had no education about denial of pregnancy during their studies.

Conclusion : Despite midwives' lack of education about denial of pregnancy during their initial training and during their careers, midwives have knowledge about denial of pregnancy. They know how to adapt their care in case of denial of pregnancy. They promote the establishment of the mother-child bond and are attentive to it. An improvement of these trainings would allow an optimization of this support.

Keywords : Denial of pregnancy, assessment, patient care, professional practices